

## INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA SAÚDE

“A Inteligência Artificial veio para ficar. Se queremos um caminho ético, a medicina tem de liderar.” \_ p. 14

“Precisamos da IA para garantir que o médico ainda tem tempo para ser humano.” \_ p. 42

1976 ————— 2026

Constituição  
da República  
Portuguesa

- Artigo 64º

## 50 anos da consagração do direito à saúde

\_ p. 21



VOLVO

# ROM | 241

## Sumário

5

### Editorial

Dia do Médico: inteligência, responsabilidade e humanidade

9

### Nota da redação

Imperativo ético na Saúde: quem e além mercados

12

### Breves

14

### Entrevista

ANTÓNIO VAZ CARNEIRO  
A Inteligência Artificial veio para ficar  
Se queremos um caminho ético, a Medicina tem de liderar

20

Responsabilidade disciplinar dos Médicos

21

50 anos da consagração do direito à saúde

28

### Atualidade

2ª edição do Seminário de Medicina Humanitária  
Ad Auxilium - atuação médica em cenários de crise

32

Responsabilidade disciplinar dos Médicos

33

Celeridade no processo de contratação de médicos para o SNS

34

Centros de Referência devem ser prioridade efetiva do SNS

35

Mais vagas em medicina não significa mais médicos no SNS

36

### 43º Encontro da APMGF

MGF é pedra basilar, elo social e garantia ética

40

### Reunião da Assembleia de Representantes

Projetos cruciais para o futuro da Saúde em Portugal

A Ordem dos Médicos e a Volvo Car Portugal estabeleceram um protocolo que lhe permite, enquanto médico inscrito, aceder a condições exclusivas na aquisição de um automóvel Volvo, uma marca que coloca a segurança, a inovação e a sustentabilidade no centro de tudo o que faz.

Digitalize o código QR e conheça as suas vantagens.



# Dê o próximo passo com a Volvo.

42

### Entrevista

GUADALUPE HAYES-MOTA  
Precisamos da IA para garantir que o médico ainda tem tempo para ser humano

48

### Fora de Ordem

Quando o corpo falha, o medo fala mais alto

50

### Opinião

Quando “Talvez seja psiquiátrico” surge demasiado cedo

52

E passaram 20 anos: Reflexões a partir da liderança de uma Unidade de Cuidados Paliativos em Portugal

53

IA: por um uso ético e centrado no doente

54

Entre medicina e gestão: a forma de pensar na liderança hospitalar

56

Às quatro da manhã

57

### Informação

Secção Regional do NORTE

63

Secção Regional do CENTRO

69

Secção Regional do SUL



ORDEM DOS MÉDICOS

Revista da Ordem dos Médicos: Ano 42 - Nº 241 - JAN./FEV./MAR. 2026 | Propriedade: Conselho Nacional da Ordem dos Médicos | Sede: Av. Almirante Gago Coutinho 151, 1749-084 Lisboa | Telefone geral da OM: 211 517 100 | Diretor: Carlos Cortes - Bastonário da Ordem dos Médicos | Diretores Adjuntos: José Torres da Costa, Manuel Teixeira Veríssimo, Paulo Simões | Diretora Executiva: Paula Fortunato - paula.fortunato@ordemdosmedicos.pt | Redação: Paula Fortunato | Editores Convidados: Andreia Gi, António Hipólito de Aguiar, Pedro Cardoso Teixeira, Ana Rita Fradique, Ana Rita Ramalho, Miguel Roxo, João Frutuoso, Carla Simões Pereira, Catarina Fidalgo Dourado, João Massano | Design gráfico: Slingshot, Comunicação e Multimédia | Paginação: Rita Teixeira | Redação: Av. Almirante Gago Coutinho, 151, 1749-084 Lisboa | Depósito Legal: 7421/85 ISSN: 2183-9409 | Periodicidade: Trimestral | 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.

## Editorial

por CARLOS CORTES  
Bastonário da Ordem dos Médicos



# Dia do Médico: inteligência, responsabilidade e humanidade

O Dia do Médico, assinalado a 18 de junho em Portugal, celebra uma profissão fundada na confiança, na responsabilidade pública e numa exigência científica e ética que atravessa gerações. É o momento em que a Ordem dos Médicos homenageia colegas com 25 e 50 anos de inscrição, reconhecendo percursos de dedicação, ciência, serviço, sacrifício e ligação com os doentes. Cada homenagem traduz gratidão. Cada medalha conta uma história de vida ao serviço da medicina. Cada carreira celebrada recorda-nos que a medicina portuguesa foi construída por pessoas concretas, com conhecimento, coragem e sentido de dedicação.

Celebrar os médicos é também assumir uma responsabilidade perante o futuro. A medicina vive hoje uma das maiores transformações da sua história recente. A Inteligência Artificial entrou definitivamente no debate clínico, científico, académico, organizacional e ético. Está presente na investigação, no diagnóstico, na análise de dados,

na gestão dos serviços, na formação médica, na publicação científica e na relação dos cidadãos com a informação em saúde. A questão central deixou de ser a chegada da IA à medicina. A questão decisiva é a forma como a integramos, quem a lidera, com que critérios, com que limites e ao serviço de que valores.

A resposta da Ordem dos Médicos tem de ser clara. A Inteligência Artificial deve estar ao serviço dos doentes, da qualidade dos cuidados, da segurança clínica, da equidade no acesso e da relação médico-doente. A tecnologia deve ajudar a medicina a ser mais precisa, mais atempada, mais organizada e mais humana. Deve libertar tempo clínico, reduzir burocracia, apoiar decisões complexas e melhorar a continuidade assistencial. Deve reforçar o médico, não empobrecê-lo. Deve ampliar a capacidade de cuidar, não substituir a presença humana que dá sentido ao ato médico e à relação médico-doente.

A IA pode ser uma aliada extraordinária. Pode apoiar o diagnóstico, identificar padrões invisíveis ao olhar humano, antecipar risco, personalizar tratamentos, evitar duplicações, melhorar a gestão de recursos, acelerar a investigação clínica e ajudar a construir uma medicina mais preditiva e personalizada. Pode ainda aliviar uma das maiores fontes de desgaste profissional: a carga administrativa que sequestra tempo, atenção e energia aos médicos. Numa época marcada pelo *burnout*, pela pressão assistencial e pela fragmentação dos cuidados, devolver tempo ao médico é uma forma concreta de proteger os doentes.

Mas a medicina não pode confundir velocidade com progresso. A inovação em saúde mede-se pela segurança com que protege as pessoas, pela evidência que a sustenta e pela confiança que merece. Um algoritmo que influencia diagnóstico, tratamento, prioridade de acesso ou percurso assistencial deve ser validado, auditado, transparente e sujeito a supervisão médica. Na saúde, a confiança não se delega em sistemas opacos. Constrói-se com ciência, responsabilidade, escrutínio e ética.

A Ordem dos Médicos tem acompanhado esta transformação. O Conselho Nacional para as Tecnologias de Informação e Comunicação constitui um órgão técnico consultivo da Ordem, chamado a pronunciar-se sobre matérias relacionadas com tecnologias de informática na saúde. A Comissão para a Inteligência Artificial, por sua vez, dá suporte técnico, científico e ético à reflexão da OM sobre uma matéria que deixou de pertencer ao futuro abstrato e passou a integrar o presente da prática médica. Estas estruturas são importantes porque a transformação digital da saúde exige conhecimento médico e orientação ética. A medicina não pode assistir de fora à construção das ferramentas que irão influenciar o seu exercício.

Esta preocupação tem expressão concreta em iniciativas, debates e tomadas de posição. A Ordem dos Médicos tem promovido reflexão sobre a IA na prática clínica, na investigação e na publicação científica. E tem afirmado publicamente que a IA deve estar ao serviço da relação médico-doente, da responsabilidade médica e do humanismo. É esta a linha certa: estudar, formar, debater, propor e liderar.

Este equilíbrio entre cautela, responsabilização e esperança encontra uma formulação particularmente feliz em Fei-Fei Li, professora de Ciência da Computação na Universidade de Stanford, cofundadora do Stanford Institute for Human-Centered AI e uma das grandes pioneiras da Inteligência Artificial contemporânea. Fei-Fei Li lembra-nos que “a IA é uma ferramenta, os seus valores são valores humanos” e acrescenta uma ideia essencial para a medicina: “os perigos e as esperanças do nosso futuro dependem das pessoas”, isto é, dependem de todos nós.

Esta reflexão deve servir-nos de orientação. A Inteligência Artificial será aquilo que formos capazes de fazer dela. Poderá aumentar desigualdades, reforçar enviesamentos, ameaçar a privacidade, fragilizar a autonomia clínica e transformar a relação médico-doente numa sequência de interações mediadas por sistemas técnicos. Mas, ao invés, poderá melhorar o acesso, antecipar doenças, apoiar decisões, proteger tempo clínico, reduzir sofrimento e permitir uma medicina mais próxima das necessidades reais de cada pessoa. A diferença estará na governação, na ética, na transparência, na formação e na responsabilidade humana e no papel que definiremos para nós.

Os médicos devem liderar este processo. Devem liderá-lo porque conhecem a incerteza clínica, a vulnerabilidade dos doentes, a complexidade das decisões terapêuticas e o peso moral de cada escolha. Os médicos sabem que um resultado laboratorial é um dado, mas uma decisão clínica exige contexto. Sabem que a imagem diagnóstica é essencial, mas não substitui a história do doente. Sabem que a eficiência é necessária, mas não pode esmagar a compaixão. Sabem que a informação é poderosa, mas a compreensão nasce da integração entre ciência, experiência e humanidade.

O maior risco da IA na saúde não é a substituição direta dos médicos. O maior risco é a erosão lenta da escuta, da presença e da responsabilidade. A empatia é uma competência clínica. O doente comunica por sintomas, hesitação, contexto familiar, fragilidade social e confiança. Uma medicina incapaz de escutar torna-se menos humana e também menos precisa. A tecnologia pode organizar dados. O médico integra dados, pessoa, circunstância e decisão.

Esta edição da Revista da Ordem dos Médicos coloca esta discussão no lugar certo: ao lado dos 50 anos da consagração constitucional do direito à saúde. O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa é uma das promessas mais nobres da nossa democracia. Todos têm direito à proteção da saúde. Este direito concretiza-se através de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e tendencialmente gratuito, mas também através da prevenção, da promoção da saúde e da atenção às determinantes sociais, económicas, culturais e ambientais que moldam a vida das pessoas.

Portugal tem razões para se orgulhar do caminho percorrido. A esperança de vida aumentou, a mortalidade infantil diminuiu de forma notável e a medicina portuguesa alcançou resultados comparáveis aos melhores exemplos europeus em muitas áreas. Estes ganhos resultam da democracia, do SNS, da evolução científica, da dedicação dos profissionais e da concretização progressiva do direito à saúde. Mas o orgulho não deve gerar complacência. Persistem desigualdades territoriais, listas de espera, dificuldades no acesso a médico de família, doenças crónicas sem resposta suficientemente integrada e equipas médicas a trabalhar sob pressão excessiva.

A Inteligência Artificial deve ser pensada a partir deste compromisso constitucional. A tecnologia só terá verdadeiro valor se ajudar a concretizar o direito à saúde. Deve melhorar o acesso, reduzir tempos de espera, apoiar a prevenção, fortalecer os cuidados de saúde primários, facilitar a articulação entre níveis de cuidados e proteger os doentes mais vulneráveis. A IA que aumenta a distância entre quem tem acesso e quem fica para trás será uma inovação falhada. A IA que reforça equidade, segurança e qualidade será uma verdadeira conquista civilizacional.

A Medicina Geral e Familiar ocupa aqui um lugar decisivo. A MGF é proximidade, leitura social da doença e conhecimento da vida real das pessoas. Num tempo de tecnologia sofisticada, o médico de família recorda-nos que o contexto pessoal, familiar, comunitário também é dado clínico. A IA pode ajudar a gerir informação, sinalizar risco, reduzir tarefas repetitivas e melhorar a articulação com o hospital. Mas a confiança construída ao longo do tempo continua a ser insubstituível. Um SNS forte precisa de uma MGF forte, valorizada e capaz de responder às necessidades das comunidades.

***A IA pode ser uma aliada extraordinária. Pode apoiar o diagnóstico, identificar padrões invisíveis ao olhar humano, antecipar risco, personalizar tratamentos, evitar duplicações, melhorar a gestão de recursos, acelerar a investigação clínica e ajudar a construir uma medicina mais preditiva e personalizada.***

**A IA que reforça equidade, segurança e qualidade será uma verdadeira conquista civilizacional.**

Outros temas desta edição da OM, tais como os Centros de Referência, a contratação atempada de médicos, a qualidade da formação, a investigação clínica, a medicina humanitária, os cuidados paliativos e a liderança hospitalar apontam para a mesma exigência em organizar melhor para cuidar melhor. Centros de Referência robustos e bem definidos protegem doentes com patologias complexas. A contratação célere de médicos ajuda a melhorar a capacidade de atratividade do SNS. A formação exigente garante futuro. A prescrição deve respeitar a avaliação clínica individual e não ser asfixiada por burocracia. A medicina humanitária recorda-nos que cuidar em crise exige formação, coordenação e um profundo sentido ético. Os cuidados paliativos ensinam que cuidar mantém sentido quando a cura deixa de ser possível. A liderança hospitalar mostra que gerir saúde exige compreender números, processos e, sobretudo, consequências clínicas e humanas.

**O futuro será digital. Que seja também humano.**

**Será inteligente. Que seja também justo.**

**Será tecnológico. Que continue a ter, no centro, a pessoa que sofre e outra que cuida.**

No Dia do Médico, importa falar também aos jovens médicos. O futuro da saúde depende da sua formação, motivação e permanência no SNS. Um país que forma médicos e depois não os consegue fixar no serviço público falha com esses médicos e falha aos doentes. A valorização médica é uma condição de segurança clínica. Dar condições aos médicos significa garantir melhores cuidados, mais acesso, mais continuidade e mais confiança. Cuidar de quem cuida é uma política de saúde, não um gesto de cortesia.

A Ordem dos Médicos deve continuar a afirmar uma visão exigente e humanista. A tecnologia deve ser recebida com abertura, estudada com rigor, regulada com prudência e aplicada com responsabilidade. A IA não deve ser um instrumento de desumanização, vigilância ou automatismo administrativo. Deve ser uma ferramenta ao serviço da medicina, dos doentes, dos profissionais e do direito à saúde. A sua integração exige literacia digital, formação médica, validação científica, proteção de dados, auditoria independente, transparência e responsabilidade profissional.

Celebrar o Dia do Médico em plena era da Inteligência Artificial é afirmar que a medicina portuguesa quer liderar o futuro sem abdicar da sua identidade. Queremos uma medicina mais inteligente, sim. Mais preditiva, mais personalizada, mais integrada e mais digital. Mas queremos, acima de tudo, uma medicina mais justa, mais segura, mais próxima e mais humana.

A tecnologia pode mudar profundamente a medicina. Os médicos devem garantir que essa mudança preserva o essencial: a dignidade do doente, a centralidade da decisão clínica, a confiança na relação médico-doente e os valores e princípios da ética hipocrática.

## Nota da redação

por PAULA FORTUNATO

Diretora Executiva do Departamento de Comunicação da Ordem dos Médicos



## Imperativo ético na Saúde: quem e além mercados

O recente editorial do British Medical Journal (BMJ), assinado por Kamran Abbasi, convida à reflexão sobre as zonas cinzentas que surgem nas interseções entre a saúde global e as regras de mercado. Num tempo em que a inovação médica promete (e oferece) avanços sem precedentes, nomeadamente graças ao potencial que é trazido pelo recurso à IA e ao BIG Data, é legítimo questionarmos, sempre que um novo tratamento é lançado no mercado, o que é que prevalece na tomada de decisão: os imperativos financeiros ou a saúde e bem-estar das pessoas e a procura da equidade no acesso aos recursos em saúde, enquanto imperativos éticos?

*“Life, liberty, and the pursuit of happiness are not what matters; it’s the markets, stupid”.* É assim que começa o editorial assinado por Kamran Abbasi, numa clara alusão à frase que se tornou famosa durante a campanha presidencial bem-sucedida de Bill Clinton em 1992 (“É a economia, estúpido!”). O autor usa esta afirmação tão provocadora para deixar um alerta à profissão médica: a ética e o interesse dos doentes estão a ser esmagados pelos interesses económicos e é, em última análise, aos médicos que cabe o dever ético de advogar em defesa dos seus doentes. Recorrendo ao exemplo do lenacapavir, fármaco injetável com capacidade para prevenir o VIH em mais de 95% dos indivíduos, o autor explica como a distribuição e acessibilidade deste tratamento são profundamente distorcidas pela lógica de mercado que é, obviamente, o lucro e como isso põe em causa o legítimo direito à saúde. Senão vejamos: enquanto o genérico desse fármaco pode ser produzido (e vendido) aos países mais pobres, através do Fundo Global, por 40 dólares (30 libras/34 euros) por pessoa, por ano, o fabricante da marca, vende-o aos países mais

ricos por 28.000 dólares por pessoa, por ano. Com a agravante de que são também estes preços exorbitantes que são exigidos aos países de renda média. Já para não referir quão questionável é eticamente o facto de alguns países da África Subariana, que foram usados nos ensaios clínicos, serem agora excluídos da produção de versões genéricas.

O autor reflete, ao estilo do John Lennon, sobre um mundo imaginário onde as considerações éticas e a importância de chegar ao maior número de doentes possível não são esmagadas pelo funcionamento da economia de mercado.

“Imagine o potencial de melhorar a vida de centenas de milhões de pessoas em todo o mundo. Imagine a poupança de custos para os sistemas de saúde ao reduzir o peso do VIH e das suas complicações. Imagine o impulso económico para economias fragilizadas quando muitos desses jovens conseguissem ingressar no mercado de trabalho. Imagine contribuir para tornar o mundo um lugar melhor, mais justo e mais saudável”, é o convite que é feito. *I wonder if you can*, acrescento. No caso em apreço, os lucros em expansão da indústria farmacêutica têm, ao menos, comprovados benefícios para a saúde dos doentes que conseguem aceder ao fármaco. Mas nem sempre os aumentos dos gastos com a inovação trazem correspondentes benefícios para a saúde das pessoas...

Nesse contexto, o editorial do BMJ aborda a preocupante criação artificial de necessidades e consumos desnecessários em pessoas saudáveis, impulsionados pela indústria do bem-estar com a venda de “produtos de saúde”. Alguns dos quais sem qualquer aprovação ou controlo e tendo como destinatários pessoas saudáveis que não têm qualquer necessidade real de os consumir e que não obtêm benefício. E esta é uma indústria

que vale cerca de três vezes mais do que a própria indústria farmacêutica.

As indústrias farmacêutica e do bem-estar não se vão autorregular. É por isso imperativo que os médicos assumam o seu papel milenar de verdadeiros provedores dos doentes e que com a sua liderança questionem ativamente a aplicação destas dinâmicas de mercado a um setor tão

sensível e tão fundamental como é a saúde. Cabe aos médicos pugnar por sistemas que priorizem a saúde sobre o lucro, garantindo que inovações como o lenacapavir chegam a quem mais precisa, independentemente da sua capacidade económica ou do seu código postal. Porque a vida, a liberdade, a procura da felicidade e, conseqüentemente, a saúde, têm que ser o que importa nesta dialética.

### Da política à Saúde: a origem de uma expressão icónica

“É a economia, estúpido!” é uma derivação da frase original constava de um cartaz simples, pendurado por James Carville no quartel-general da campanha de Bill Clinton em *Little Rock*, no Arkansas. Segundo o *Political Dictionary*, não se tratava sequer de um anúncio publicitário, mas sim de um conjunto de três frases motivacionais para consumo interno, três mensagens-chave dirigidas à equipa, escritas à mão e que tinham como objetivo manter os colaboradores da campanha focados nos temas essenciais. As três mensagens eram:

- *Change vs. more of the same* (Mudança vs. mais do mesmo);
- *The economy, stupid* (A economia, estúpido);
- *Don't forget health care* (Não esquecer os cuidados de saúde).

Ou seja... até para os defensores da primazia das leis de mercado que regem a economia, a saúde não é esquecida e tem igual relevância e destaque surgindo como um dos três pilares políticos a ter em conta na referida campanha, numa clara admissão de que a saúde é definitivamente uma das questões que mais preocupa as populações. O chavão político que se tornou famoso no mundo inteiro (*“It's the economy, stupid”*) é uma pequena variação de uma das três afirmações que estavam escritas no cartaz original, mais precisamente a que dizia apenas *“The economy, stupid”*.

#### Referências:

[1] Abbasi, K. (2026). The power of the markets: the scandal that keeps on taking. *BMJ* 2026; 393 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.s683>; Consultado a 13/04/2026.

[2] Organização Mundial da Saúde (OMS). (2024). Long-acting injectable lenacapavir continues to show promising results for HIV prevention. Comunicado de imprensa, 26 de setembro de 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/26-09-2024-long-acting-injectable-lenacapavir-continues-to-show-promising-results-for-hiv-prevention>; Consultado a 13/04/2026.

[3] Political Dictionary. (s.d.). It's the Economy, Stupid. Disponível em: <https://politicaldictionary.com/words/its-the-economy-stupid/>; Consultado a 13/04/2026.

# Dê ritmo ao seu mundo



um mundo para proteger o seu



Há imprevistos que podem mudar vidas. Antecipe-se e subscreva o seguro Ritmo Vida Profissional, exclusivo para membros das Ordens e Associações Profissionais com quem a Ageas Seguros tem protocolo.

[www.ageas.pt](http://www.ageas.pt)

Ageas Portugal - Companhia de Seguros de Vida, S.A., sede Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Matrícula / Pessoa Coletiva 502220473. CRC Lisboa. Capital Social 10.000.000 Euros. Registo ASF 1039.

PUB. (03/2025). Não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida. Existem exclusões previstas na apólice.

# ritmo vida



# Breves



## Ordem dos Médicos disponível para colaborar em prol do SNS

No início do ano, o Presidente da República devolveu ao Governo os diplomas relativos às novas regras de contratação de médicos prestadores de serviços, urgências regionais e gestão de listas de espera. A Ordem manifestou a sua expectativa de que esta fosse a “segunda oportunidade para corrigir falhas, dialogar com o setor e reforçar os recursos humanos”. O Bastonário da Ordem dos Médicos lamentou o que considera uma atuação política governamental sem fio condutor: “Este desfecho ilustra a forma errática como o Governo conduziu estes processos, ao não privilegiar o diálogo com os responsáveis do setor”, afirmou, lembrando que não se conhecia publicamente nessa data o conteúdo dos diplomas. A Ordem dos Médicos reforçou nessa ocasião a sua “total disponibilidade e interesse em colaborar com propostas e melhorias”, sempre com o objetivo central de “melhorar o acesso ao Serviço Nacional de Saúde com o máximo sentido de responsabilidade”.



## SNS (também) falha em atrair médicos estrangeiros

A Ordem dos Médicos alertou em janeiro para a incapacidade do SNS em reter profissionais: dos cerca de 5.000 médicos estrangeiros inscritos em Portugal em 2025, apenas 1/5 trabalha no setor público. Mesmo tendo havido um aumento de 20% nas inscrições de médicos estrangeiros, conclui-se que a opção tem sido por trabalhar no setor privado. O Bastonário criticou a “falta de coragem” do Governo em implementar reformas urgentes, sublinhando que o problema não é a nacionalidade, mas a carência de condições adequadas e a garantia de competências para exercer medicina no país.

## Ordem dos Médicos reforça apoio após tempestades

A Ordem dos Médicos disponibilizou todo o seu apoio aos serviços de saúde das regiões mais afetadas pela recente sequência de tempestades em Portugal, que têm colocado forte pressão sobre populações, infraestruturas e sistemas de emergência. Uma comitiva deslocou-se a Leiria após a tempestade Kristin, destacando a capacidade de resposta do Hospital de Leiria e dos profissionais de saúde. O Bastonário da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, sublinhou o papel essencial dos serviços de urgência como fator de estabilidade em contexto de crise. Durante a visita, foram identificadas as principais dificuldades na prestação de cuidados, tendo a Ordem dos Médicos manifestado total disponibilidade para colaborar com as autoridades locais, proteção civil e unidades de saúde.

O Gabinete de Literacia da Ordem dos Médicos lançou no dia 8 de setembro de 2025 o podcast **“Ouvido Clínico - A Ordem Explica”**, uma iniciativa dedicada à divulgação de informação clara, rigorosa e acessível sobre temas fundamentais para a saúde e o bem-estar da população.

O primeiro episódio foi publicado precisamente no Dia Internacional da Literacia tendo sido dedicado a essa celebração. Esse “ouvido clínico” contou com a participação de Carlos Cortes, Bastonário da Ordem dos Médicos, Lúcio Meneses de Almeida, presidente do conselho nacional de Promoção da Saúde e Sustentabilidade Ambiental (órgão consultivo da Ordem dos Médicos) e Marta Tavares, coordenadora do gabinete de literacia. Os intervenientes abordaram a importância de compreender, interpretar e utilizar corretamente a informação em saúde para apoiar decisões mais conscientes e informadas.

O jingle original deste podcast foi composto por profissionais ligados à área da saúde, destacando-se a participação da médica Carolina Cabaços.

**Créditos do jingle:** Piano - Mário Carneiro; Vozes e composição - Carolina Cabaços, Mário Carneiro e Raquel Sousa (Desmente); Gravação - iSound Studios.

Desde então, uma vez por mês, são abordados diversos temas, incluindo saúde mental, ambientes de trabalho saudáveis, menopausa, cuidados com a pele e outras áreas relevantes da Saúde Pública e da prática clínica.

Ouça todos os episódios no nosso canal

SPOTIFY



YOUTUBE



# Entrevista

e fotografia de PAULA FORTUNATO



## António Vaz Carneiro

Médico Coordenador da Comissão para a Inteligência Artificial

**A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL VEIO PARA FICAR SE QUEREMOS UM CAMINHO ÉTICO, A MEDICINA TEM DE LIDERAR**

A Inteligência Artificial (IA) não é apenas uma ferramenta, mas antes o motor de uma revolução inevitável na saúde. Este verdadeiro e maravilhoso mundo novo tecnológico abre portas à prática de uma medicina de precisão sem precedentes. A IA transforma grandes quantidades de informação em tratamentos individualizados e potencia a devolução do olhar atento entre médico e doente ao eliminar o gasto de tempo administrativo. Das análises preditivas que salvam vidas ao aumento da equidade no acesso, as oportunidades são vastas e fascinantes. Perante o impacto e potencial da IA, o desafio não é garantidamente como travar a mudança, mas antes como liderá-la com ética e rigor científico, pois, como sublinha António Vaz Carneiro, coordenador da Comissão para a Inteligência Artificial da Ordem dos Médicos: “não se pode parar o vento com as mãos”. O caminho é envolvermo-nos na decisão para garantir que o futuro da medicina continue a ter um coração humano e que esse coração está nas mãos dos médicos.

### **Como descreve o que poderá vir a ser papel da IA na próxima década?**

É completamente impossível prever os próximos dez anos da inteligência artificial e o que vai acontecer na prática. O que é possível prever é que vai ter um impacto muito grande e que a área da saúde é particularmente propícia a esta metodologia tecnológica.

### **Quais serão então as áreas da prática clínica que mais poderão beneficiar desta tecnologia?**

Todas, mas destacaria principalmente o apoio à decisão diagnóstica e terapêutica (através da duplicação do raciocínio clínico), a organização dos fluxos de trabalho e a racionalização das decisões através de acesso à informação da mais alta qualidade. Igualmente importantes são a investigação científica (graças ao potencial de procurar, analisar e validar informação em larga escala sugerindo conexões não detectáveis pelos investigadores), a educação médica (com criação de cenários clínicos e elaboração de exames, por ex.) e todo o trabalho administrativo (com relatórios e transcrições de consultas, que obrigam os médicos a passar o tempo a olhar para o ecrã em vez de para o doente). A IA poderá libertar muito tempo para os médicos desempenharem as suas funções mais nobres e importantes.

### **Há muitos atos não médicos que podiam deixar de estar na esfera do trabalho médico e que poderiam “desaparecer”...**

Sim, esse é outro aspeto importante: a substituição de atos que até aqui eram feitos por médicos e que agora podem ser assumidos por estes algoritmos de IA. Estamos perante o desafio de definir e compreender em que é que a IA pode ser verdadeiramente melhor, perceber o que esperamos da tecnologia e em que é que ela nos pode ajudar. Esse é um dos grandes desafios.

### **E em termos éticos, que áreas considera prioritárias ao implementar IA nos cuidados de saúde?**

Uma das principais é a proteção de dados. Qualquer análise individual deve ser cuidadosamente salvaguardada. Os dados individuais não podem em circunstância nenhuma ser divulgados. Esta tecnologia vai assentar, por exemplo, nos dados dos processos clínicos eletrónicos que geram milhões

de dados e informação relevante agregada, sem possibilidade de identificação do doente individual.

### **Poderá a IA ser vetor para o aumento da equidade no acesso à saúde e para uma cobertura universal?**

Vai depender de como a IA for implementada e de quem liderar o processo. Estamos perante uma revolução que, por agora, não está a ser globalmente conduzida pelos doentes, não está a ser conduzida pelos profissionais de saúde, nem pelos gestores hospitalares, nem pelos políticos. Está a ser liderada pelas tecnológicas e pela realidade que se vai implementando no nosso dia a dia. E isso gera problemas muito próprios pois as empresas têm um mapa de interesses e uma maneira de funcionar que não são os do SNS. Nós não podemos continuar a olhar para tudo isto como se fosse uma coisa académica.

### **Mas com a teleconsulta a IA não é para todos?**

Para já, nem por sombras. Este é um aspeto muito importante. A IA, se resolver problemas consistentemente e com qualidade, de forma ética e com bons resultados devidamente monitorizados, pode ser um salto enorme para todos. A teleconsulta pode ajudar quem fica doente e que neste momento não tem acesso. Isso é crucial num país com quase 2 milhões de pessoas sem médico de família. Mas a IA é muito mais. Todas as tecnologias que venham resolver os problemas de acesso são bem-vindas. Para mim quem ganha com esta revolução são os portugueses. Mas é importante sermos nós, os médicos, a assumir esta liderança da revolução da IA no setor da saúde.

### **Pode concretizar de que forma a IA melhora o acesso?**

Considere-se o seguinte cenário: são 02h da manhã e um cidadão acorda com uma dor no peito intensa, sem saber se é grave ou não. As opções imediatas seriam permanecer em casa e observar a evolução dos sintomas ou procurar um serviço de urgência. No contexto atual, a decisão de procurar assistência médica levaria a um diagnóstico de angina instável, após avaliação por um médico. Mas agora podemos recorrer a uma alternativa promissora impulsionada pela Inteligência Artificial. Em vez de uma decisão imediata e potencialmente incerta, a pessoa poderia recorrer a um programa de IA avançada, um sistema

concebido para integrar e analisar dados de saúde, o qual acederia ao seu processo clínico completo, incluindo registos de internamentos e serviços de saúde nos quais foi atendido anteriormente. Consideraria a sua história clínica, outras patologias existentes e a medicação que possa estar a fazer e, com base nesta análise abrangente, a IA seria capaz de fornecer um aconselhamento altamente sofisticado, customizado para aquele doente específico e superando a necessidade de um diagnóstico humano imediato.

### **E até mesmo integrando dados de novos dispositivos tecnológicos de monitorização de saúde...**

Sim, claro.

### **De que outros modos poderá a IA melhorar o desempenho do SNS?**

Através da organização de serviços baseada em dados reais, respeitando a natureza de cada região do país e entre diferentes países, porque os serviços de saúde são diferentes na Índia do que são Canadá ou em Portugal. E, portanto, a flexibilidade extrema da IA serve para projetar sistemas de organização de saúde baseados em dados reais. É praticamente imbatível.

### **Dependerá sempre da qualidade com que a IA é alimentada...**

É verdade. Mas a qualidade tem sempre tendência a melhorar. Diz-se que a Inteligência Artificial que utilizamos hoje será a pior que alguma vez usaremos, pois está em constante evolução. Todos os dias a IA aprende e torna-se mais sofisticada.

### **Está a coordenar a Comissão para a Inteligência Artificial (CPIA). Que ações têm desenvolvido neste último ano e meio?**

A Comissão é um desígnio do Senhor Bastonário e do Conselho Nacional e visa dar suporte à reflexão da OM nestas matérias. Já não é uma conversa sobre o futuro da medicina, é sobre o presente. Temos três grandes objetivos:

- Um, análise e reflexão profunda sobre a tecnologia para a compreender, dominar e orientar. O que é esta tecnologia? De que maneira que gostávamos que ela se posicionasse no mundo da saúde? O que será necessário alterar na maneira como fazemos as coisas agora?



**A IA, se resolver problemas consistentemente e com qualidade, de forma ética e com bons resultados devidamente monitorizados, pode ser um salto enorme para todos.**

- Dois, formação prática, básica ou avançada para os médicos em diferentes níveis da carreira. E também quanto à IA na investigação científica, e como utilizar este manancial para poder estudar de maneira muito mais rigorosa esta realidade.  
- Finalmente, divulgação da reflexão que fazemos, nomeadamente com publicação e divulgação de artigos baseados na melhor evidência para discutir os problemas que nos preocupam.

### **Mencionou a formação. Será essa uma das funções da comissão?**

Sim, a comissão tem o papel de aconselhar sobre as regras para a formação, desde a básica à mais avançada, garantindo que os médicos utilizem estas tecnologias de forma informada e ética.

### **Em que medida a IA pode alterar a relação médico-doente?**

É uma realidade nova e difícil de prever em várias vertentes. Estudos mostram que muitos doentes sentem que o *software* pode ser mais “empático” do que um médico e frisam que perante a IA não sente vergonha de expor problemas pessoais.

**É necessário balancear a IA com a opinião própria do médico, mantendo o espaço para a análise que só um médico conhecedor do seu doente consegue fazer.**

Outra realidade é o doente ter utilizado o *software* previamente à consulta e vir já muito informado sobre o diagnóstico provisório e opções terapêuticas disponíveis. É muito difícil prever o seu impacto na relação médico/doente.

### **Estaremos perante o Dr. Google 2.0, ainda mais perigoso, ou está otimista e acredita que a IA é mais um coadjuvante do que um perigo iminente?**

Eu só tenho receio da IA generativa. O risco maior reside aí: a IA que se torna autónoma e que se altera sem informar as pessoas que a desenharam inicialmente.

Já uma parte que me deixa muito otimista é o papel potencial da IA na medicina de precisão. Há desenvolvimentos que vão ser muito bons e que irão ajudar o próprio médico a ter mais base para decidir bem. A IA pode ser um parceiro fantástico para o médico se sentir mais confortável nas suas decisões, mas o impacto na prática será profundo.

### **É um defensor da evidência científica em todas as intervenções médicas. Que mecanismos de validação e evidência devem ser exigidos na IA?**

Deve ser exigida uma comparação rigorosa entre o resultado final da intervenção da IA e o resultado de uma abordagem clássica baseada em evidência analisada por médicos especialistas. Só essa comparação nos permitirá dizer qual é a melhor opção. Mas não estaremos nunca a falar de substituir os médicos.

### **Substituir definitivamente não, mas existem experiências de total automação...**

Sim. Estamos perante uma revolução total. Já existem experiências, por exemplo na China, com hospitais totalmente robotizados. Esses hospitais praticamente não contam com profissionais de saúde. As consultas são realizadas por *chatbots* e o tratamento segue a mesma lógica. Os internamentos e a monitorização dos doentes internados é realizada através da captação de uma série de informações, como as obtidas por *wearables*, ou seja, por dispositivos como muitos de nós já usamos. Isto já é feito por tecnologia atual, ainda que haja muitas dúvidas sobre a eficácia e segurança desta abordagem...

### **Quais são os riscos de dependência excessiva da IA no diagnóstico ou decisão clínica, e como preveni-los?**

O perigo é isolar o médico das suas funções mais nobres: o raciocínio e a decisão clínica. Se a decisão for feita por outra entidade, por um algoritmo, o que resta ao médico? Devemos evitar seguir cegamente a tecnologia. É necessário balancear a IA com a opinião própria do médico, mantendo o espaço para a análise que só um médico conhecedor do seu doente consegue fazer. É preciso valorizar a discussão em equipa. E não nos podemos esquecer das questões legais: se algo correr mal, depois de seguirmos cegamente um algoritmo, de quem é a responsabilidade?

### **A Agenda Nacional de Inteligência Artificial (ANIA) prevê o reforço da capacidade de computação e a criação de espaços de dados setoriais. Como é que isso vai beneficiar o dia a dia dos médicos e dos doentes?**

Permite passar da medicina isolada para a “medicina dos números”. Ter acesso a dados de milhões de pessoas permite prever eventos com uma precisão impossível de alcançar

Com a ajuda da IA, o doente deixa de ser visto como um caso isolado e passa a ser um elemento num universo de dados muito mais vasto. Isso permite prever eventos futuros na saúde de um indivíduo que, ao ser analisado isoladamente, não seriam detetáveis.

individualmente. Podemos fazer uma atividade preventiva muito mais direcionada e programas individuais de rastreio baseados no mapeamento de como as coisas vão acontecer nos próximos anos. O acesso a dados de milhões de pessoas é uma das áreas mais cruciais para a investigação e implementação de soluções mais personalizada no sistema de saúde.

#### **Parece um paradoxo: passar de milhões para o cuidar individualizado...**

Com a ajuda da IA, o doente deixa de ser visto como um caso isolado e passa a ser um elemento num universo de dados muito mais vasto. Isso permite, por exemplo, prever eventos futuros na saúde de um indivíduo que, ao ser analisado isoladamente, não seriam detetáveis. Este avanço notável permite antecipar o que pode acontecer a um doente com determinadas características, graças a bases de dados extensas que registam o histórico de milhões de pessoas ao longo de décadas. Esta capacidade preditiva possibilita uma atividade preventiva muito mais direcionada e personalizada, por exemplo, Em vez de aplicar planos de rastreio genéricos baseados apenas na idade, por exemplo, para o cancro, é possível criar programas individuais para cada pessoa, como já demonstram dados e artigos publicados. A habilidade de mapear não só quando as coisas vão acontecer, mas como se desenvolverão nos próximos anos, é absolutamente revolucionária. Embora possa parecer um paradoxo, a personalização na medicina é agora alcançada através da análise de grandes bases de dados com características semelhantes (para além das análises genómicas). Ao combinar o conhecimento individual do doente com a análise de dados agregados, obtemos um instrumento poderosíssimo para prever e definir abordagens específicas para cada caso.

#### **Vivemos, de facto, tempos fascinantes, onde a capacidade de previsão na saúde atinge um novo patamar. Fala-se muito em "IA responsável". Teremos garantias suficientes de que a IA é segura?**

Além do que já falamos há pouco sobre a proteção dos dados, para termos garantias, precisamos de ser muito rigorosos na definição ética, moral e formal, envolvendo médicos e representantes dos doentes. O sistema deve ser transparente e rígido para evitar a criação de "monstros". O ponto crucial é que os sistemas não se podem autonomizar sem que compreendamos o porquê e o como das suas decisões. Este é um dos aspetos mais relevantes: temos que, a todo o momento, ser capazes de compreender o que se está a passar, o que é que o *software* está a fazer e porque é que ele o fez desta maneira e não de outra. Essa tem que ser a grande aposta em termos de segurança.

#### **Se pudesse definir apenas uma prioridade para a CPIA para 2026, qual seria?**

A contextualização do ato clínico numa nova realidade, através da criação de grandes redes europeias e internacionais de informação e decisão. Precisamos de nos reunir, médicos e outros profissionais de saúde, para compreender o que se está a passar e influenciar este caminho.

#### **Guadalupe Hayes-Mota afirma que a IA não substitui o elemento humano, mas reforça-o\*. Quer comentar?**

É uma avaliação muito boa da situação e sintetiza o que pensamos: a IA deve unir algoritmos sempre através da empatia e experiência médica. No entanto, o grande desafio é prever para onde vamos e que caminhos queremos seguir, agora que chegámos aqui.

\* "The future of AI in health care isn't AI versus doctor; it should be thought of as doctors with the support of AI...By using AI to predict diseases and help accelerate treatment, patients will be able to better take control of their health." - Guadalupe Hayes-Mota é diretor de bioética no Markkula Center for Applied Ethics at Santa Clara University, Califórnia.



#### **Como podemos preservar a dimensão humana da medicina?**

Mantendo a relação empática com os doentes e a compaixão. Devemos continuar a treinar os estudantes para serem delicados, diligentes e humanos, independentemente da tecnologia.

#### **Em resumo, qual é, para si, o papel do médico na época da IA?**

A IA veio para ficar. Como nos carros autónomos, podemos ter receio, mas se a tecnologia provar que reduz o erro humano drasticamente, a sua adoção será inevitável. O fundamental é definir onde a IA faz a diferença para melhor e garantir as salvaguardas éticas e morais para evitar males maiores em resultado do uso da tecnologia. O papel do médico será gerir a incerteza e a instabilidade, ser um gestor de informação, um comunicador e um organizador de serviços. A IA veio para ficar, mas o médico continuará a ser central na decisão e no cuidado humano.

UNIVERSIDADE DE COIMBRA | FACULDADES  
MEDICINA | FARMÁCIA | ECONOMIA

Curso de Especialização em  
**GESTÃO E DIREÇÃO  
EM SAÚDE**

O curso é reconhecido pela Ordem dos Médicos como critério de admissão à obtenção da **Competência de Gestão dos Serviços de Saúde**

**CANDIDATURAS  
ABERTAS**

2.ª fase - até 30 de junho  
3.ª fase - 1 a 11 de setembro



## Responsabilidade disciplinar dos Médicos

A 13.ª edição do Curso de Especialização em Direito da Medicina, parceria entre a Ordem dos Médicos e o Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra, realizou-se em janeiro e contou com a presença de Carlos Cortes, Bastonário da Ordem dos Médicos.

A disciplina “não é um meio de castigo, de punição dos médicos, mas é fundamentalmente o meio de defesa do doente, da confiança pública e da defesa da medicina no seu aspeto técnico-científico, que é também uma atribuição dos Conselhos Disciplinares”, afirmou o Bastonário da Ordem dos Médicos no seminário sobre responsabilidade disciplinar dos médicos que decorreu na Seção Regional do Centro. Carlos Cortes sublinhou que “os médicos, infelizmente, ainda não são deuses e não têm resposta para tudo e às vezes a medicina acaba por não conseguir resolver os seus problemas”. Ou seja, “às vezes no decurso de uma cirurgia ou de uma intervenção médica, algo que correu mal, não está diretamente dependente da intervenção médica e as coisas acabam por não ter êxito ou mesmo obrigação de resultado, como se designa também em

direito”. Durante a intervenção, o Bastonário destacou ainda a iniciativa “Mediação OM” como um meio de ajudar, através de arbitragem, a criar consensos e resolver problemas. O seminário decorreu no âmbito 13º curso de especialização em Direito da Medicina, uma parceria entre a Ordem dos Médicos e o Centro de Direito Biomédico. Carlos Cortes explicou e apresentou também os órgãos que a Ordem dos Médicos tem dedicados à área disciplinar e como a tarefa é tida “como muito séria”.

O Curso de Especialização em Direito da Medicina constitui uma formação avançada e internacional de referência na interseção entre o Direito, a Medicina e as tecnologias da saúde. Assente numa tradição académica de rigor e excelência, o programa inicia-se com uma semana intensiva presencial em Coimbra, proporcionando uma

experiência imersiva no contexto científico e cultural da instituição. O curso aborda, de forma atualizada e multidisciplinar, os principais desafios que as ciências biomédicas e as inovações tecnológicas colocam ao Direito e à sociedade, reunindo docentes da Faculdade de Direito e especialistas nacionais e internacionais das áreas jurídica, médica e tecnológica. A componente presencial é complementada por um percurso estruturado de e-learning, composto por módulos temáticos, seminários e conferências com peritos de renome, culminando numa avaliação exigente. Ao longo das últimas décadas, esta formação tem contribuído para a qualificação de profissionais que hoje ocupam posições de destaque em diversos setores ligados à saúde, em Portugal e no espaço lusófono e internacional.

## Tema de Capa

texto PAULA FORTUNATO

# 50 anos da consagração do direito à saúde

Por ocasião das comemorações dos 50 anos da Constituição da República Portuguesa (CRP), a ROM analisa o papel desse documento fundamental nos caminhos de saúde percorridos por Portugal enquanto República soberana, democrática e baseada na dignidade da pessoa humana, assente nos valores da liberdade, igualdade e solidariedade. É genericamente aceite que nada disso se efetiva sem um outro direito que a nossa constituição também consagra: o direito à saúde, definido como direito fundamental de todos os cidadãos. Quando o legislador introduz o direito à saúde naquele que é o documento mais importante para formatar toda a restante legislação nacional, está implícito o reconhecimento de que nenhum direito fundamental é efetivo se não tivermos assegurado o acesso universal à saúde em condições de igualdade para todos os cidadãos. Esta tem sido, e continuará a ser sempre, um desígnio da Ordem dos Médicos: fazer cumprir a CRP no que à saúde diz respeito.

## Constituição da República Portuguesa

### Artigo 64.º (Saúde)

**1.** Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

**2.** O direito à proteção da saúde é realizado:  
a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;  
b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

**3.** Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:  
a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;  
b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;

c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;  
d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;  
e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;  
f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicod dependência.

**4.** O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.



A consagração constitucional do direito à saúde é expressão clara do compromisso do Estado com a proteção social e a qualidade de vida e inclui o reconhecimento de que esse mesmo Estado tem o dever de garantir um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e tendencialmente gratuito, assegurando o acesso equitativo aos cuidados de saúde, sem discriminação por motivos económicos ou sociais (conforme estatuído no artigo 64.º, n.º 2 da CRP). Este preceito constitucional é a base legal e ética sobre a qual se organiza o SNS e orienta a ação não apenas das autoridades públicas, mas também da Ordem dos Médicos, na defesa intransigente de um acesso equitativo, enquanto instituição de representação da profissão e bastião da ética e da deontologia. A celebração dos 50 anos da CRP é uma oportunidade de reafirmar o valor constitucional e social do direito à saúde.

Hoje, o direito à saúde traduz muito mais do que o “mero” tratamento da doença. É um direito que só se concretiza na exigência de uma abordagem abrangente que inclua a prevenção da doença, a promoção da saúde e a atenção às determinantes sociais e ambientais que moldam o bem-estar coletivo, ou seja: em todas as políticas públicas, a saúde deve ser uma consideração central. Veja-se o exemplo das cidades inteligentes que usam tecnologia para melhorar a vivência urbana e o seu impacto na saúde dos seus habitantes. Os Cuidados de Saúde Primários, assentes na proximidade com as comunidades, têm sido pilar essencial para cumprir estes objetivos e concretizar os princípios constitucionais, assegurando cuidado contínuo, longitudinal e centrado na pessoa.

Estes princípios encontram expressão nas posições públicas do Bastonário da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, cuja voz tem sido constante na defesa do SNS e do exercício médico em Portugal. “Não queremos viver num país em que, em plena doença, alguém seja deixado para trás por falta de dinheiro, de sorte ou dependendo do local de morada”, apela o representante para que se defenda a concretização efetiva do direito à saúde, comentando a urgência de um pacto social pela saúde que ultrapasse ciclos políticos transitórios, à semelhança do que foi preconizado no discurso do novo Presidente da República, António José Seguro. “Farei tudo o que estiver ao meu alcance para melhorar a qualidade de vida dos portugueses. Empenhar-me-ei para que se consiga garantir aos portugueses o acesso à saúde a tempo e horas. Em breve, convidarei os partidos políticos para iniciarmos trabalhos com o

propósito de dotar o país de um compromisso interpartidário para garantir o acesso à saúde. E de forma sustentada salvaguardar a continuidade do Serviço Nacional de Saúde”, ouviu-se no dia da tomada de posse.

Seja qual for o caminho, a Ordem já o disse várias vezes: não há cuidados de saúde efetivos sem médicos, sendo essencial a valorização dos recursos humanos, a reforma da gestão do SNS e uma política que coloque o cidadão no centro dos cuidados de saúde mas que não se esqueça que é igualmente imprescindível cuidar de quem cuida de nós. No encerramento do 28.º Congresso Nacional, o Bastonário frisou o papel cívico e social dos médicos na definição do futuro do SNS com declarações refletem um compromisso com a qualidade da Medicina, com os direitos dos doentes e com a defesa de condições de excelência para a prática clínica.

*“Não queremos viver num país em que, em plena doença, alguém seja deixado para trás por falta de dinheiro, de sorte ou dependendo do local de morada.”*



A Constituição da República Portuguesa não é apenas um documento. É a base de toda a construção de uma sociedade muito mais saudável do que tínhamos há 50 anos. A Ordem e os Médicos contribuem diariamente para a concretização do direito à saúde, um sonho passado a escrito pelos construtores da CRP. Aos médicos cabe o cuidar, humanizado, mas também cada

vez mais técnico. À Ordem cave a defesa intransigente da qualidade da formação médica, da equidade no acesso aos cuidados e da dignidade no exercício da Medicina, reforçando a importância de um SNS forte, sustentável e capaz de responder às necessidades atuais e futuras da população.

A defesa dos princípios constitucionais da universalidade e da proteção social é, para a Ordem, inseparável da promoção das condições que permitam aos médicos exercerem com autonomia, ética e humanismo, pilares fundamentais para uma sociedade mais justa, solidária e inclusiva.

## Uma Constituição que foi letra e que se transformou em vida

Com a democracia e a CRP, seguida poucos anos depois pela criação do SNS como forma de dar corpo ao direito constitucional à saúde, as últimas décadas de indicadores revelam uma evolução notável em que a letra da lei se foi, a pouco e pouco, transformando em mais anos de vida... Em meio século, Portugal passou de um país com indicadores de saúde típicos de países em vias de desenvolvimento para um sistema de saúde com resultados comparáveis aos melhores da Europa em muitas vertentes, reflexo precisamente do impacto das políticas

públicas, da criação do Serviço Nacional de Saúde e, claro, do desenvolvimento exponencial da prática clínica, do diagnóstico aos tratamentos e cirurgias cada vez mais eficazes. A redução acentuada da mortalidade infantil, o aumento consistente da esperança média de vida e à nascença e a diminuição da mortalidade evitável refletem não apenas o progresso técnico e científico na medicina, mas também a concretização prática do direito à saúde consagrado na Constituição da República Portuguesa o que, no nosso país, se refletiu em melhorias generalizadas, por exemplo,

no saneamento básico ou na alimentação. Apesar de vermos essa evolução que a todos nos apraz, persistem, naturalmente, vários desafios estruturais como as desigualdades em saúde, as listas de espera para consulta e cirúrgicas, a falta de resposta sistémica a doenças crónicas que nos fazem ter mais anos de vida, mas sem que tenhamos na velhice a qualidade de vida que merecíamos depois de mais de quatro décadas a contribuir para a sociedade. Continua a ser preciso fazer mais e melhor para que o direito fundamental à saúde seja efetivado em todas as faixas etárias da população.

## Portugal: 50 anos de ganhos em saúde

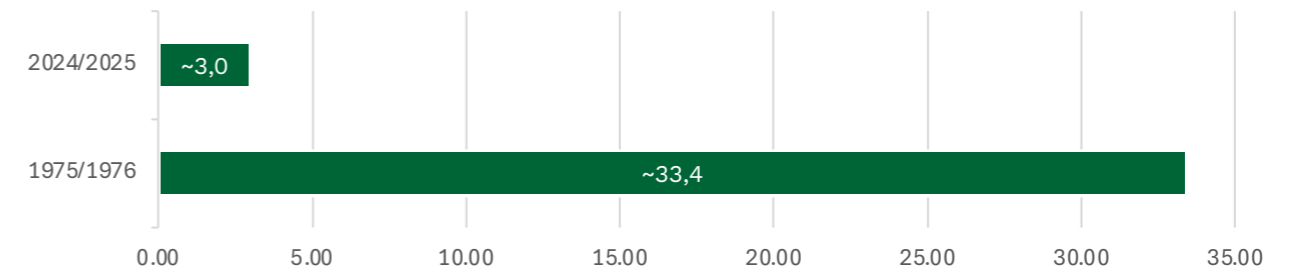


Reconhecendo limitações e áreas em que as políticas públicas não estão a ser eficazes, não podemos deixar de nos orgulhar do trabalho que a medicina fez nos últimos 50 anos, respaldada na consagração da saúde como direito fundamental: ao longo das décadas, os principais indicadores evidenciam a transformação profunda do país. Mas, a sustentabilidade do sistema ainda apresenta fragilidades, a cobertura continua a não ser universal (só nos cuidados de saúde primários, base de qualquer sistema que se

queira eficaz, há mais de 1,5 milhões de pessoas sem médico de família), as listas de espera ainda ultrapassam demasiadas vezes os tempos clínicos recomendados (em março 2025, estavam inscritos 8.868 utentes para cirurgia oncológica, 1.488 dos quais já tinham ultrapassado o tempo máximo de resposta garantido).

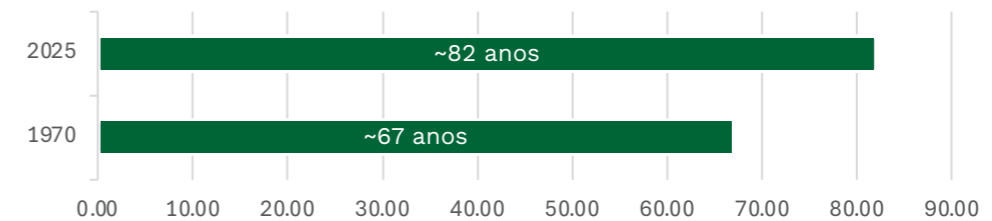
Mesmo assim, Portugal é, como foi referido pelo Bastonário da Ordem dos Médicos no dia 7 de abril, por ocasião da celebração do Dia Mundial da Saúde, é um caso de estudo quanto à esperança média de vida e “a saúde infantil também tem sido um motivo de grande orgulho”. Os números dos últimos 50 anos falam por si:

### Mortalidade Infantil (por 1 000 nados-vivos)



Estes números traduzem uma redução superior a 90%, tornando este um dos maiores sucessos da saúde pública em Portugal, colocando o nosso país entre os melhores da Europa.

### Esperança de vida à nascença



Os números mostram um aumento superior a 14 anos de vida, traduzindo melhorias sustentadas nas condições de vida a todos os níveis, acesso a cuidados e eficácia clínica.



### MORTALIDADE MATERNA: UM LONGO CAMINHO PARA PERCORRER

Nas décadas de 1970–80 estima-se que a mortalidade materna por 100 000 nascimentos se cifrava em valores frequentemente acima de 20. Valores acima dos atuais que variam entre 10 e 15. Apesar dos progressos, este indicador mantém desafios, ou melhor dizendo, apresenta novos desafios, nomeadamente ligados às mudanças demográficas e sociais, ao envelhecimento materno, a desigualdades no acesso a cuidados especializados e à complexidade clínica crescente, entre outros. O último valor consolidado disponível é de 2023 e fica em cerca de 15 mortes maternas em 100 mil partos.

Não existem dados sobre a mortalidade materna na década de 1970 em Portugal pois os sistemas de registo eram menos completos antes da criação e consolidação do SNS. Acresce que havia uma subnotificação de causas de morte materna e uma quase total ausência de metodologias padronizadas internacionais como as atuais que a OMS definiu. Os primeiros dados mais consistentes começam a surgir nos anos 1980, precisamente quando os sistemas de vigilância melhoraram.



#### QUALIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE: REDUZIR A MORTALIDADE EVITÁVEL

A morte evitável é um indicador-chave da qualidade do sistema de saúde, que demonstra a capacidade de prevenir mortes através de cuidados atempados e políticas eficazes. O conceito surge pela primeira vez em 1976 num artigo de David D. Rutstein et al, publicado na revista *International Journal of Epidemiology*. No artigo intitulado “*Measuring the quality of medical care: a clinical method*” os autores propuseram o conceito de “*sentinel health events*”, eventos sentinela de saúde. Ou seja, mortes (ou doenças) que não deveriam ocorrer na presença de cuidados médicos eficazes e atempados. Este foi o conceito embrião do que hoje chamamos mortalidade evitável, indicador que só se consolidou de forma padronizada nas décadas seguintes, com o desenvolvimento de estudos comparativos internacionais e a adoção progressiva do conceito por organizações como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento

Económico (OCDE). É por esse motivo que não existem dados aplicáveis à realidade portuguesa para a década de 1970. Mas sabemos hoje que, neste indicador que é considerado central para a definição da qualidade de um sistema de saúde, estamos entre os melhores. Em Portugal a morte evitável em menores de 75 anos está em cerca de 213 mortes por 100 000 habitantes, valor 28% abaixo da média da União Europeia (segundo dados de 2022). Em face das insuficiências estruturais que são bem conhecidas, mas que não são tema deste artigo, somos levados a concluir que os médicos e os cuidados que prestam, mesmo em situações que estão longe de ser as ideais, têm sido a chave destes sucessos clínicos e que é preciso investir mais na força motriz do SNS, ou seja, nos médicos. Em Comissão Parlamentar de Saúde, a Ordem dos Médicos, representada pelo seu Bastonário, deixou bem claro que “valorizar os médicos é investir diretamente na qualidade dos cuidados prestados às pessoas”. “Não há um SNS forte sem médicos reconhecidos, respeitados e valorizados”.

Há um longo caminho a percorrer para que o direito à saúde não se perca ou dilua na espuma política dos dias. Muitas promessas perdidas a cada mudança de hemiciclo. E os riscos de retrocesso no caminho que se fez em 50 anos existem. A Ordem dos Médicos continua a recordar amiúde o que falta fazer e mantém uma voz ativa contribuindo com sugestões e projetos que alinhem um melhor rumo para a saúde para os próximos 50 anos. Para que, quando a CRP celebrar 100 anos, não continuemos, como em 2026, à espera de um processo digital único em saúde, gesto simples que permitiria acesso rápido à informação clínica, garantindo diagnósticos precisos, tratamentos eficazes e maior segurança para os doentes, reduzindo tempos de espera e evitando exames duplicados.

Celebramos 50 anos da consagração constitucional do direito à saúde. Queremos celebrar a manutenção dos ganhos já alcançados, mas também potenciar outras áreas onde ainda ficamos aquém e, por isso mesmo, continuaremos a pugnar pela concretização plena deste direito fundamental que é simultaneamente base e sustentação de

**“Não há um SNS forte sem médicos reconhecidos, respeitados e valorizados.”**

todos os outros direitos. Porque, como bem frisa o dirigente máximo da Ordem dos Médicos, “na saúde nunca devemos ficar satisfeitos com o que temos. Temos sempre de querer melhor para os nossos doentes, porque continua a haver pessoas doentes, cerca de 300 mil à espera de cirurgia, cerca de um milhão à espera de consulta (...) É preciso continuar a acreditar e apostar na maior conquista da nossa democracia: o Serviço Nacional de Saúde. Cuidar e apoiar as pessoas nas suas fragilidades naquele que é o tema que mais preocupa as pessoas: as questões de saúde”.



# Atualidade

texto e fotografia PAULA FORTUNATO

2ª edição do Seminário de Medicina Humanitária

## Ad Auxilium - atuação médica em cenários de crise

Decorreu a 31 de janeiro de 2026, em Lisboa, no auditório da Ordem dos Médicos, o segundo seminário de medicina humanitária organizado pelo GAHOM, Gabinete de Apoio Humanitário da Ordem dos Médicos, que este ano teve como temática principal a atuação médica em cenários de crise.

Este 2.º Seminário de Medicina Humanitária – [Ad Auxilium]26, promovido pelo Gabinete de Apoio Humanitário da Ordem dos Médicos, médicos de várias nacionalidades para refletir sobre a atuação clínica em contextos de crise. Dedicado ao tema “Atuação Médica em Cenários de Crise: Uma Abordagem Humanitária”, o encontro proporcionou uma análise multidisciplinar dos desafios associados à prestação de cuidados em situações de emergência, catástrofe e conflito, abordando desde a preparação e resposta operacional até ao impacto do fator humano na gestão destas situações.

O médico Vítor Almeida, coordenador do GAHOM, salientou que só com trabalho de equipa é possível dar respostas adequadas, tanto num cenário de guerra como em caso de incêndios, cheias ou pandemias, e chamou os médicos à ação pedindo que “participem ativamente porque este projeto de apoio humanitário é de todos os médicos”.

Vítor Almeida resumiu o trabalho desenvolvido pelo GAHOM, nomeadamente no apoio à formação de médicos ucranianos, e considerou indiscutível a importância da Ordem dos Médicos em avançar com a implementação de um plano formativo multidisciplinar para capacitar as



*“Participem ativamente porque este projeto de apoio humanitário é de todos os médicos.”*

VÍTOR ALMEIDA

*“O que nos deve unir é o princípio de que o doente não tem culpa do seu contexto, pois não escolhe a guerra, nem o incêndio, nem a tempestade ou o apagão, e, por isso, o doente merece respeito total e absoluto da sua dignidade.”* CARLOS CORTES

equipas de apoio humanitário. Filipa Lança, Vice-Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, lembrou que “o médico em cenários de crise é clínico mas também organizador de prioridades” e que “a resposta não se improvisa, treina-se”, apelando à cooperação entre todos.

O Ad Auxilium 26 constituiu não apenas um espaço de reflexão técnica e científica, mas também um momento de afirmação ética sobre o papel da medicina em contextos de crise. Na sua intervenção, o Bastonário da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, sublinhou que a medicina humanitária não pode ser entendida como um ato episódico de heroísmo, mas antes como uma dimensão essencial da profissão médica, marcada pela exigência, pela escassez de recursos e pela necessidade de resposta em cenários extremos, como guerras, catástrofes ou emergências complexas. “A medicina humanitária não é um anexo a um tratado nem um heroísmo de momento. (...) Exige formação, treino, coordenação e enquadramento ético rigoroso, e nunca perder o sentido do bem”. O Bastonário falava no encerramento da sessão de abertura em que enalteceu o trabalho desenvolvido pelo GAHOM, considerando-o um órgão que presta auxílio e não ignora quem precisa de ajuda. “O que nos deve unir é o princípio de que o doente não tem culpa do seu contexto, pois não escolhe a guerra, nem o incêndio, nem a tempestade ou o apagão, e, por isso, o doente merece respeito total e absoluto da sua dignidade”, salientou. Para o Bastonário, a Ordem dos Médicos deve ser “ponto de convergência onde as pessoas se encontram, as competências se reconhecem, a ética tem vida e a prioridade é sempre o doente”.



Sob o lema “Ad auxilium, ao serviço”, destacou que poucas expressões traduzem tão bem a essência da medicina: estar ao serviço de quem, num instante, perde tudo... A casa, a segurança, o país. Neste contexto, reforçou uma ideia central: o valor da vida humana é absoluto e a sua proteção constitui uma responsabilidade coletiva. Embora a medicina, por si só, não resolva todas as crises, a sua ausência agrava inevitavelmente o sofrimento e a vulnerabilidade, como bem frisou o dirigente.

Destacando o papel do Gabinete de Apoio Humanitário da Ordem dos Médicos como estrutura agregadora, responsável por conferir método, continuidade e articulação entre instituições, e promotora de ensino e conhecimento, Carlos Cortes explicou como o GAHOM “trouxe estrutura, método e continuidade”, estabelecendo “pontes entre a Ordem e o Estado, ou Estados e a sociedade civil”, preparando médicos através de formação específica nesta área.

Carlos Cortes terminou com uma mensagem de “união operacional prática com responsabilidades claras e bem definidas, entre conhecimento e terreno, treino e decisão, ética e ação”, explicando que “a medicina humanitária é coordenação de capacidades e não protagonismo”. Enquadrando a importância de uma cultura de planeamento com formação, preparação e atitude tão técnica e ética como humana, deixou uma mensagem clara: a medicina humanitária começa também no quotidiano dos sistemas de saúde, junto dos mais vulneráveis e isolados. Pois um país

que protege os seus cidadãos em tempos de “normalidade” estará melhor preparado para responder eficazmente em situações de crise.

Ao longo do dia, foram discutidas experiências nacionais e internacionais no âmbito das missões humanitárias, bem como questões éticas, organizacionais e clínicas inerentes à intervenção médica em ambientes adversos, em intervenções como a de Major General Timothy Hodgetts (NATO), que refletiu sobre a preparação dos sistemas de saúde para cenários de guerra, de Vitaliy Kryliuk (Emergency Physician), que abordou a adaptação dos serviços de emergência a crises

prolongadas, e de Halyna Tsimbaliuk (Emergency Physician), centrada na gestão de situações com múltiplas vítimas em contexto de conflito, bem como de Carlos Ferreira (Médico de Cirurgia Geral), sobre a resposta cirúrgica em zonas de guerra, ou de João Antunes, que apresentou o papel das organizações humanitárias no terreno, partilhando o conhecimento sobre a intervenção da Médicos Sem Fronteiras em contextos humanitários extremos.

No decorrer dos trabalhos, o destaque foi sempre para a importância da formação, da

coordenação entre equipas e da resiliência dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, perante cenários de elevada exigência.

Esta iniciativa da Ordem dos Médicos reforçou o papel crescente da medicina humanitária no contexto global atual, promovendo a partilha de conhecimento e a reflexão sobre boas práticas, com vista a uma resposta mais eficaz e humanizada em situações de crise.



*“O médico em cenários de crise é clínico mas também organizador de prioridades.”* FILIPA LANÇA





## Promoção da ética e da excelência da investigação clínica

A Ordem dos Médicos recebeu no dia 18 de fevereiro a Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC), presidida pelo médico gastroenterologista Rui Tato Marinho.

Este encontro institucional permitiu à CEIC apresentar a sua missão, composição e principais objetivos, bem como trocar impressões sobre potenciais parcerias futuras.

No decurso da reunião, a CEIC destacou o seu papel enquanto organismo independente, constituído maioritariamente por profissionais de saúde, e a sua responsabilidade em assegurar a proteção dos direitos, segurança e bem-estar dos participantes em estudos clínicos, através da emissão de pareceres éticos sobre os protocolos de investigação submetidos.

Composta por 38 membros, a Comissão integra especialistas de diversas áreas, designadamente 17 médicos, 5 farmacêuticos, 4 psicólogos, 3 enfermeiros, 2 juristas, 2 teólogos e 1 representante de doentes. Do total de membros, 12 integram comissões de ética de outras instituições e 8 possuem formação ou prática profissional especificamente ligada à Ética.

Entre os objetivos apresentados, destacam-se a promoção de boas práticas e da excelência

na investigação clínica em Portugal, o reforço da literacia e da visibilidade da CEIC junto de promotores, investigadores, doentes e da sociedade civil, bem como a criação de grupos de trabalho dedicados a metas específicas.

A reunião decorreu num espírito de colaboração institucional, tendo ambas as entidades manifestado disponibilidade para aprofundar o diálogo e explorar futuras formas de cooperação.

## Celeridade no processo de contratação de médicos para o SNS

Chegados ao final de março de 2026, verificando-se uma vez mais não ter ainda sido divulgado o mapa de vagas para colocação de médicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), a Ordem dos Médicos emitiu um comunicado no dia 25 de março, que transcrevemos em seguida, apelando a maior celeridade na sua divulgação para que os jovens médicos consigam escolher de forma mais consciente e estruturada, maximizando a possibilidade de captar esses profissionais tão necessários no serviço público.

A Ordem dos Médicos considera imperativo que o mapa de vagas para colocação de médicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) seja divulgado com a máxima urgência, sublinhando que, neste momento, já surge tardiamente face às decisões que os jovens médicos estão a ser obrigados a tomar. Só com informação atempada será possível garantir previsibilidade, permitir o planeamento de vida e maximizar a capacidade de captação destes médicos pelo SNS.

Num mercado altamente competitivo, em que o setor privado e as oportunidades internacionais atuam com rapidez, qualquer atraso traduz-se numa perda efetiva de médicos. É neste momento que o SNS deve afirmar, de forma inequívoca, que quer contratar e fixar estes médicos.

“É essencial assegurar maior previsibilidade, transparência e responsabilidade em todo o processo de colocação dos médicos, desde a divulgação do mapa de vagas até à abertura efetiva dos concursos”, afirma o Coordenador da Comissão para as Idoneidades e Capacidades Formativas. José Durão sublinha

que “a repetição de atrasos e indefinições num momento crítico de transição após o internato compromete o planeamento dos jovens médicos e fragiliza a capacidade do SNS de atrair e fixar profissionais de forma atempada e sustentada.”

Os desafios do mercado, muito concorrencial, da Saúde “têm de ser enfrentados com mais proatividade. A Direção-Executiva do SNS e o Ministério da Saúde têm de antecipar e compreender melhor as dinâmicas dos recursos humanos. É necessário planear e atuar antes que ocorram perdas, desde logo com a publicação do mapa de vagas o mais cedo possível, idealmente antes de cada época de conclusão do Internato Médico. As vagas identificadas e não ocupadas devem manter-se abertas até serem efetivamente preenchidas, uma vez que correspondem a necessidades reais e persistentes do SNS”, argumenta o Bastonário da Ordem dos Médicos.

Carlos Cortes sublinha ainda que “a valorização dos médicos no SNS começa no internato e na forma ágil como o sistema demonstra que precisa destes médicos, garantindo melhor

acesso e qualidade de cuidados para os doentes.”

A Ordem dos Médicos defende a abertura de todas as vagas de Medicina Geral e Familiar nas unidades com utentes sem médico de família. “Num contexto em que persistem milhares de utentes sem médico de família, esta exigência é particularmente relevante”, nota José Durão, acrescentando que “o planeamento das colocações deve privilegiar as zonas mais carenciadas.”

A Ordem dos Médicos alerta que o processo de contratação deve ser desencadeado já em abril, evitando atrasos de vários meses como sucedeu em anos anteriores, sob pena de comprometer a capacidade do SNS de competir por estes médicos.

Para o Bastonário “só uma atuação determinada pode garantir que nenhuma vaga permaneça por preencher e que todos os cidadãos tenham acesso a acompanhamento médico, conforme é responsabilidade do SNS e defendido pela Ordem dos Médicos.”

## Centros de Referência devem ser prioridade efetiva do SNS

**Em comunicado de dia 3 de março, a Ordem dos Médicos explica por que motivo considera imperativo que os Centros de Referência sejam prioridade efetiva do SNS.**

A Ordem dos Médicos enviou uma carta à Ministra da Saúde a alertar para a necessidade urgente de revisão, reforço e verdadeira priorização dos Centros de Referência, considerando tratar-se de uma das mais relevantes reformas estruturais do Serviço Nacional de Saúde e que, apesar da sua importância, não tem tido a atenção política e operacional que se exige por parte da Direção Executiva do SNS.

Os Centros de Referência representam um instrumento essencial de qualidade e segurança clínica. Para os doentes com doença complexa, rara ou de elevada gravidade, significam acesso diferenciado, concentração de experiência e uma garantia acrescida de qualidade dos cuidados de saúde, em linha com os princípios consagrados na Lei de Bases da Saúde. As Redes de Referência Hospitalar são determinantes para assegurar ligação organizativa e resposta adequada em cada nível de diferenciação.

Em comunicado, o Bastonário da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, afirma que “os Centros de Referência são uma garantia de qualidade e de segurança para os doentes e não podem ser desvalorizados”. Acrescenta que “manter o modelo apenas no papel é insuficiente, é necessário acompanhá-lo, reforçá-lo e dotá-lo de meios para funcionar plenamente”. Sublinha ainda que “esta é uma das maiores reformas do SNS, que ainda não está plenamente implementada e não pode continuar a ser tratada como matéria secundária, exige prioridade política clara e execução rigorosa”.

A Ordem dos Médicos considera que, face à evolução demográfica, ao aumento da complexidade clínica

e à inovação terapêutica, o Ministério da Saúde e a Direção Executiva do SNS têm de fazer mais e assumir de forma inequívoca a reforma. Não basta reconhecer formalmente os centros, é indispensável proceder a uma avaliação técnica robusta, reforçar a capacidade da Comissão Nacional para os Centros de Referência, incluindo a revisão do seu enquadramento legislativo aplicável e assegurar uma monitorização efetiva e transparente.

Os Centros de Referência são um instrumento decisivo para proteger mais os doentes e elevar os padrões de qualidade do SNS. Adiar decisões compromete a confiança no sistema e a segurança das pessoas.

A Ordem dos Médicos manifestou total disponibilidade para colaborar neste processo, colocando a competência dos seus Colégios ao serviço das pessoas, da qualidade dos cuidados e do Serviço Nacional de Saúde.

## Mais vagas em medicina não significa mais médicos no SNS

**No próximo ano letivo o curso de Medicina vai contar com um acréscimo de 62 vagas a nível nacional, resultado do incremento sustentado pelas 40 que correspondem ao novo curso da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, um mestrado integrado em Medicina que havia sido rejeitado duas vezes pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. Mas, tal como alerta o Bastonário da Ordem dos Médicos, mais vagas em medicina não significa mais médicos no SNS, pois nada garante que estes estudantes, terminados os seus cursos, optem por se vincular ao serviço público.**

No próximo ano letivo Medicina vai contar com um acréscimo de 62 vagas a nível nacional. Este incremento é essencialmente sustentado pelas 40 que correspondem ao novo curso da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Trata-se de um mestrado integrado em Medicina que havia sido rejeitado duas vezes pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES), em 2023 e 2024. Mas, apesar do parecer negativo da Ordem dos Médicos, em 2025, o curso foi aprovado. A Ordem dos Médicos veio lamentar o que classificou como mera “medida de cosmética” que não traz benefícios efetivos, muito menos a curto prazo.

Ao JN, Carlos Cortes esclareceu: “Só daqui a cerca de década e meia se conhecerá o impacto, após cada aluno concluir a formação, que é de seis anos, e a especialidade, que vai de cinco a sete”. “Trata-se de uma medida de cosmética que não vai resolver [nem agora, nem no futuro] o principal problema: a falta de profissionais no Serviço Nacional de Saúde (SNS)”. O Bastonário recordou que nada garante que estes estudantes, terminados os seus cursos, optem por se vincular ao serviço público. Atualmente a taxa de captação rondaria os 48%, mas, se nada for feito para aumentar a atratividade, daqui uma década a situação estará, provavelmente, pior, com uma taxa ainda menor de jovens médicos a escolher ficar no SNS.

Apesar da análise técnica da Ordem dos Médicos, de que o curso da UTAD evidencia fragilidades significativas, nomeadamente:

- insuficiência de corpo docente com massa crítica médica;

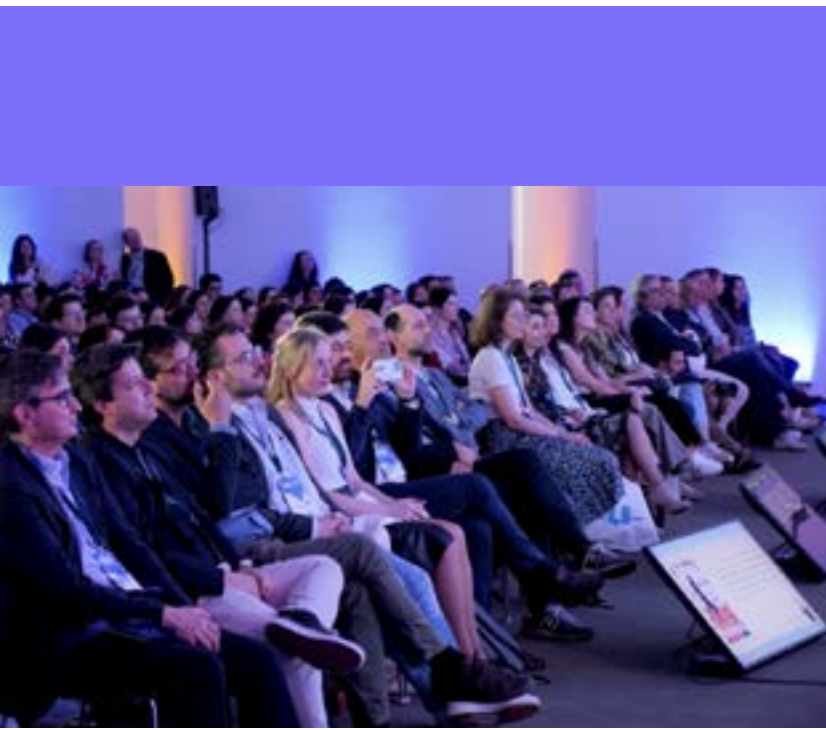


- ausência de estruturas clínicas próprias ou protocoladas com garantia de continuidade formativa;
- definição curricular pouco consistente e não plenamente orientada por competências;
- fragilidade nos mecanismos de avaliação, supervisão e melhoria contínua.

Embora tenham sido apresentadas estas reservas, a A3ES decidiu avançar com a acreditação.

A Ordem dos Médicos já manifestou que não deixará de pugnar por uma formação médica sustentada em “maturidade institucional, cultura académica consolidada, tradição clínica estruturada e um compromisso inabalável com a qualidade, a ética e a segurança”.

Os restantes 22 novos estudantes de medicina virão das vagas acrescidas que vão abrir na Universidade de Coimbra, que passa de 268 para 290. No total teremos 1656 novos estudantes de medicina, contra 1594 do ano letivo anterior.



# 43º Encontro da APMGF

## MGF É PEDRA BASILAR, ELO SOCIAL E GARANTIA ÉTICA

texto PAULA FORTUNATO

O 43º Encontro Nacional de Medicina Geral e Familiar (APMGF), que decorreu de 8 a 11 de abril em Troia, foi palco de várias intervenções marcantes e diálogos muito interessantes, centrados na redefinição do futuro da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF).

O debate centrou-se em torno da equidade em saúde e da audácia necessária para enfrentar os desafios atuais. Num discurso marcante que dirigiu aos colegas, o Bastonário da Ordem dos Médicos sublinhou a importância crucial da MGF no panorama da saúde em Portugal. Foram vários dias de temas prementes, desde a investigação à medicina narrativa, dos desafios da burocracia à inteligência artificial. Tudo naquele que é, nas palavras do Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, o “verdadeiro encontro da Medicina Geral e Familiar”.

Entre os temas principais, referenciamos a inovação e tecnologia e o impacto da Inteligência Artificial na saúde, a necessidade de reduzir a burocracia para libertar tempo clínico, a Saúde Comunitária e Social com debates sobre prescrição cultural, a medicina narrativa e a abordagem da violência familiar nos Cuidados de Saúde Primários, a gestão e qualidade e o foco na contratualização, indicadores de desempenho e na melhoria da integração de cuidados com o hospital, a saúde infantil e o envelhecimento, com debates sobre o impacto dos ecrãs na infância e os novos modelos de cuidados para a população idosa. Com esta ampla riqueza temática o encontro reafirmou a MGF como o pilar central do sistema de saúde, promovendo um debate dinâmico sobre como transformar a prática diária para melhor servir a comunidade.

Para Nuno Jacinto, este evento anual distingue-se pelo ambiente de proximidade: “É o encontro onde nos sentimos em casa, onde nos sentimos bem. Somos muitos, mas é uma família, é a família da APMGF que aqui se reúne”. Esta união serve de base para a ambição da especialidade, refletida no lema do encontro: “um novo futuro para a Medicina Geral e Familiar”. Nuno Jacinto recordou a mensagem que serviu de mote ao acolhimento dos participantes: “A MGF é a escolha do coração e o coração sabe sempre onde deve estar”, afirmou referindo-se aquela que considera ser “a melhor especialidade do mundo”. O presidente da APMGF deixou ainda um apelo à tutela pelo reconhecimento e reforço do papel destes especialistas.



### “Não há SNS forte, com MGF fraca”



O Bastonário da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, iniciou a sua intervenção contextualizando o momento atual como “um tempo de incerteza profunda”, marcado por conflitos, instabilidade geopolítica e tensões sociais, onde “a confiança se desgasta e em que a desigualdades se acentuam”. Neste cenário, a ansiedade, o sofrimento e a solidão entram “nos hospitais, entra no centro de Saúde, na vossa consulta, nos vossos gabinetes e entra também na vida real do dia a dia das pessoas nas nossas vidas”. É precisamente neste contexto que a MGF “ganha uma relevância ainda maior”, tornando-se “ainda mais essencial” a necessidade de “uma medicina de maior proximidade, medicina competente, segura e confiável”.

Estruturando a sua intervenção em três partes, o Bastonário começou por defender que “A MGF é pedra basilar do Serviço Nacional de Saúde e



de qualquer sistema de saúde que queira ser sério, sustentável, mas sobretudo justo e próximo das pessoas". Como fez questão de mencionar, os cuidados de saúde primários são a base do sistema, não um nível intermédio ou um passo administrativo. São "o lugar precisamente onde o sistema começa e começa a fazer sentido". A evidência científica é clara: "Sistemas com cuidados primários fortes tendem a alcançar melhores resultados em saúde com menos internamentos evitáveis, menor recurso desnecessário ao serviço de urgência. E, sobretudo, porque é isso que conta, melhores indicadores de saúde, nomeadamente em termos de esperança de vida".

O Bastonário da Ordem dos Médicos refutou a ideia de que a MGF é "um lugar periférico do sistema", ou que seja mera "antecâmara do hospital" ou "apêndice dos serviços de urgência". Pelo contrário, é "precisamente o centro de

gravidade de todo o sistema. E quando esta base falha, falha todo o resto". Contudo, alertou que "não há cuidados de saúde primários, fortes, sem médicos de família valorizados". A valorização implica "dar vos condições de trabalho, implica respeitar o vosso tempo clínico e retirar esta burocracia sufocante e desnecessária. Implica reconhecer a complexidade do que fazem todos os dias. Confiar implica confiar na vossa autonomia, independência e na vossa capacidade de tomar decisões". A realidade atual, com mais de 1,5 milhões de pessoas sem médico de família, é "uma ferida no sistema" que exige correção urgente, defendeu.

Num segundo momento, Carlos Cortes destacou a MGF como "um elemento agregador social e um cimento de ligação entre a comunidade, as pessoas e a saúde". O médico de família "não conhece apenas doenças. Conhece pessoas, conhece famílias, contextos, as suas

fragilidades que não aparecem nos exames de diagnóstico. O médico de família conhece a vida real e essa é uma competência clínica de altíssimo valor, insubstituível e única na área da medicina". Uma proximidade e uma ligação ao ambiente social que fazem da MGF "um verdadeiro fator de coesão social e nacional", declarou.

Recordando que a MGF é "garantia ética, moral e humanizadora, num tempo em que a saúde corre o risco de se tornar excessivamente

burocratizada, algorítmica e despersonalizada", Carlos Cortes frisou que a inovação e a inteligência artificial são bem-vindas, mas "não podem substituir a escuta, o julgamento clínico, a relação de confiança" entre o médico e o doente.

"Não há SNS forte, com MGF fraca. Isso não existe. Não há equidade sem médico de família. Não há humanização sem tempo, sem respeito, sem condições". O futuro da MGF pode exigir "reinvenção, reforma e adaptação a estes novos tempos",

mas nunca deve significar, "diminuir" ou "descaracterizar" a especialidade. Citando o especialista em MGF, José Mendes Nunes, numa entrevista há uns anos, Carlos Cortes reforçou que "O médico de família está lá para que tudo o mais não falhe", agradecendo aos médicos de família por serem "exatamente assim".

## Reunião da Assembleia de Representantes

Projetos cruciais para o futuro da Saúde em Portugal

texto PAULA FORTUNATO

A Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos (OM) reuniu-se em Coimbra no dia 20 de abril tendo se focado na aprovação de contas, relatórios de atividades, alteração ao regimento da Assembleia. A propósito do relatório de atividades houve oportunidade para o Bastonário da Ordem dos Médicos enquadrar e debater com os colegas presentes alguns temas estratégicos, como a nova carreira médica, a iniciativa Mediação OM ou o projeto “Um Rumo para a Saúde”, discussões fundamentais para a classe médica mas também para o sistema de saúde português.



Sobre o relatório de atividades, o Bastonário da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, enquadrou como alguns projetos estruturantes transitam para o novo mandato que está agora a decorrer. O dirigente explicou à Assembleia de Representantes que a maior dificuldade na ação da OM é como manter o equilíbrio entre uma postura crítica necessária perante o que possa estar errado e uma intervenção mais dura, mas sempre com um objetivo construtivo e sem cortar pontes com os decisores. Este equilíbrio é visto como essencial para ajudar a resolver os problemas do sistema de saúde, não apenas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pois, tal como foi frisado pelo dirigente, a OM representa todos os médicos de todos os setores. Abordando os temas principais, Carlos Cortes destacou o projeto com o qual a Ordem quer dar o seu contributo para o país, o “Rumo para a Saúde” que começou com um inquérito à população e que culminará num congresso alargado, do qual se pretende extrair conclusões delinear o rumo para a saúde em Portugal e qual o papel do médico nesse percurso.

Entre os pontos mais relevantes do relatório de atividades de 2025 que transitam para 2026, Carlos Cortes destacou ainda:

**NOVA CARREIRA MÉDICA** enquadrando como a Ordem dos Médicos está empenhada em apresentar ao Ministério da Saúde uma proposta de carreira médica substancialmente diferente da atual. Pretende-se modernizar a carreira com uma nova estrutura que deverá abranger áreas além do SNS, como gestão, qualidade e controlo de infeção, que não encontram resposta adequada na carreira atualmente existente.

A expectativa do representante máximo dos médicos é que este projeto se materialize em 2026.

**ACADEMIA OM** relativamente à qual foi realçada a importância desta plataforma informática que, em conjunto com o trabalho do Conselho Nacional para a Formação Profissional Contínua, certificará cursos e os disponibilizará aos médicos.

**PROJETO MEDIAÇÃO OM** que é uma iniciativa inovadora que visa evitar processos disciplinares pois consubstancia uma solução alternativa aos conselhos disciplinares. O projeto tem demonstrado o seu potencial pois dos processos que aceitaram mediação só um não foi resolvido positivamente. No entanto, o Bastonário alertou para a baixa adesão dos colegas a esta via de resolução de conflitos, sublinhando a necessidade de aprofundar esta área, que se mostra célere e eficaz, aliviando a pressão sobre os conselhos

disciplinares. Carlos Cortes explicou à Assembleia que matérias de implicação deontológica não são elegíveis para mediação.

**CERTIFICAÇÃO ISO 9001** processo que considera fundamental pois contribui para a organização interna da Ordem e que correu bem com o Conselho Nacional a ser, pela primeira vez na história da instituição, certificado segundo essa norma de qualidade.

**TABELA DE NOMENCLATURA E COMPLEXIDADE DO ATO MÉDICO** foi explicado o processo de aprovação e correção ao documento de trabalho que está atualmente a decorrer, com a análise dos Colégios ao que se seguirá uma fase em que todos os médicos poderão pronunciar-se;

Sobre os **CENSOS MÉDICOS** foi mencionado o desenvolvimento do relatório da demografia médica que está a ser elaborado.

Entre os vários documentos aprovados nesta reunião, por esmagadora maioria dos votantes, destaque para o relatório de contas do Fundo de Solidariedade que obteve a unanimidade de votos favoráveis.

O teor desta reunião da Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos demonstrou o compromisso da instituição em modernizar-se e em defender a qualidade da medicina, ao mesmo tempo que procura soluções para os desafios do sistema de saúde, assumindo-se como uma Ordem proativa na busca por melhorias e na adaptação às necessidades atuais do país.



## Guadalupe Hayes-Mota

Criador do modelo CARES para a aplicação da Inteligência Artificial

### PRECISAMOS DA IA PARA GARANTIR QUE O MÉDICO AINDA TEM TEMPO PARA SER HUMANO



Nesta entrevista, exploramos os desafios éticos, clínicos e humanos da inteligência artificial na saúde numa conversa que mantivemos com Guadalupe Hayes-Mota, diretor do Programa de Bioética no Markkula Center for Applied Ethics da Universidade de Santa Clara. Da responsabilidade social das instituições ao risco de perder o lado humano da medicina, a conversa analisa como os sistemas de IA podem transformar cuidados médicos, reduzir o *burnout* dos profissionais e impulsionar uma medicina verdadeiramente personalizada, sem abdicar da transparência, da supervisão humana e da confiança dos doentes. Uma reflexão sobre as oportunidades e as responsabilidades éticas associadas à integração da inteligência artificial na área da saúde, onde abordamos importância de “devolver aos médicos o espaço para pensar, decidir e cuidar”. No fundo, falámos de como queremos moldar o futuro do cuidar num mundo cada vez mais guiado por algoritmos sem perder o humanismo da medicina.

### Considerando o modelo “CARES”, na sua experiência, qual dos cinco princípios é o mais difícil de implementar?

O princípio mais difícil de implementar pelas organizações de saúde é a responsabilidade social, porque exige que as instituições enfrentem um problema mais profundo do que a tecnologia: o poder. A precisão pode ser melhorada, a privacidade pode ser regulada e a supervisão pode ser concebida, mas a responsabilidade social exige que as organizações exponham voluntariamente os seus próprios pontos cegos quando a IA causa danos. A maioria das discussões concentra-se em saber se o algoritmo é tendencioso. Mas a questão mais importante é saber quem beneficia do facto desse viés permanecer invisível. Muitas vezes, a IA não cria novas desigualdades, apenas torna desigualdades institucionais antigas mais rápidas, mais silenciosas e mais fáceis de defender por detrás da linguagem de “decisões orientadas por dados”. Quando um doente vulnerável é despriorizado, a falha raramente é apenas técnica; é uma escolha de liderança sobre aquilo que a organização está disposta a medir, divulgar e mudar. O verdadeiro teste ético não é se a IA consegue tomar melhores decisões, mas se os líderes [humanos] estão dispostos a abdicar do conforto da negação de potenciais erros. Na saúde, a confiança não é construída apenas pela inovação, mas pela coragem de ser transparente quando a inovação falha.

### Como podem as ferramentas de IA ser especificamente concebidas para reduzir o burnout dos médicos?

Os médicos não estão em *burnout* porque não gostam de medicina; estão em *burnout* porque grande parte do seu dia é passado a fazer trabalho que não é medicina. A IA deve ser concebida para proteger a atenção dos médicos, removendo o trabalho invisível que esgota o julgamento clínico: alertas duplicados, registos fragmentados, autorizações prévias, mensagens rotineiras da caixa de entrada e documentação escrita que serve mais para a faturação do que para prestar cuidados ao doente. Em vez de simplesmente transcrever uma consulta, a IA deveria resumir automaticamente o histórico de um doente entre diferentes especialistas, destacar o único resultado anormal que realmente altera o caso concreto, pré-redigir pedidos de autorização prévia com justificação

#### CARES: um modelo que promove a ética no cuidar

\*CARES é um modelo ético criado por Guadalupe Hayes-Mota que defende, para a implementação da IA na saúde, o respeito rigoroso por cinco princípios (que formam o acrónimo em inglês):

**Clinical Accuracy** (precisão clínica) - A IA deve ser clinicamente exata, baseada em dados verificados e usar uma linguagem que o doente entenda.

**Accessibility** (acessibilidade): A tecnologia deve estar disponível para todos, incluindo populações marginalizadas, em diferentes línguas e regiões com poucos recursos.

**Responsibility** (responsabilidade): Deve haver sempre supervisão humana. A IA apoia, mas o médico e o doente mantêm a decisão final e a responsabilidade.

**Ethics in Data Privacy** (ética na privacidade de dados): A privacidade é inegociável. O doente deve saber como os seus dados estão a ser usados para alimentar a IA.

**Social Accountability** (responsabilidade social): As empresas devem ser transparentes sobre os seus erros e submeter-se a auditorias independentes.

## *A regra mais importante é simples: a IA pode informar a decisão, mas um humano deve assumir a decisão.*

médica clara e encaminhar diretamente para os doentes pedidos rotineiros de renovação de receitas ou explicações de análises normais sem exigir revisão médica. Um médico deve ser interrompido por uma dor no peito, não por um pedido duplicado da farmácia. Devemos deixar de medir a IA pelo número de notas que escreve e começar a medi-la pela quantidade de trabalho desnecessário que evita. A melhor IA em saúde não é um melhor escriba, mas um sistema que devolve silenciosamente aos médicos o espaço para pensar, decidir e cuidar.

### **À medida que integramos modelos de linguagem de grande escala na saúde, uma grande preocupação é a sua fiabilidade. Como podemos confiar num modelo de linguagem para fornecer aconselhamento médico quando pode cometer erros factuais?**

Para utilizar esses modelos de linguagem de forma segura na saúde, temos que garantir que nunca funcionam como conselheiros médicos independentes; devem funcionar como assistentes supervisionados dentro de limites clínicos claros. Em primeiro lugar, todas as respostas médicas devem basear-se apenas em diretrizes clínicas verificadas, revistas por pares e continuamente atualizadas, e não em dados abertos da internet. Em segundo lugar, o modelo deve ser restringido pelo nível de risco: pode explicar um diagnóstico, resumir instruções de alta ou ajudar um doente a compreender efeitos secundários de medicamentos, mas não deve diagnosticar independentemente uma dor no peito, ajustar doses de quimioterapia

ou tomar decisões de fim de vida sem revisão médica. Em terceiro lugar, todas as recomendações de alto risco devem exigir validação humana e vias claras de escalonamento, para que sintomas de alerta desencadeiem automaticamente encaminhamento clínico urgente em vez de interpretação por IA. Em quarto lugar, a transparência deve ser obrigatória: os doentes devem saber quando estão a falar com IA, que fontes informaram a resposta e quando existe incerteza.

### **Como garantimos que não perdemos o toque humano no processo?**

O toque humano é preservado utilizando a IA para remover fricção administrativa, e não para substituir relações. Se a IA tratar da educação sobre renovação de receitas, resumos de seguimento e perguntas rotineiras, os médicos ganham mais tempo para as conversas que realmente exigem confiança, que lidam com medos, nuances e compaixão. Os doentes não precisam de IA para se sentirem humanos; precisam de IA para garantir que o seu médico ainda tem tempo para ser humano.

### **À medida que a IA se torna uma parceira na tomada de decisões clínicas, como devem as instituições evoluir em termos de governação para garantir que a responsabilidade humana permanece no centro do sistema de saúde?**

As instituições precisam de governar a IA da mesma forma que governam qualquer intervenção clínica de alto risco: com propriedade clara, monitorização contínua e consequências quando ocorre dano. Cada ferramenta de IA deve ter um responsável clínico identificado, um âmbito de utilização definido, uma classificação de risco, um calendário de auditorias e um processo para remover ou suspender o sistema caso tenha um desempenho fraco. Os hospitais

*Na saúde, o futuro não pode ser "o algoritmo decidiu". O futuro tem de ser "o sistema aconselhou, o clínico avaliou e a instituição permaneceu responsável".*

devem criar conselhos de governação de IA que incluam médicos, enfermeiros, especialistas em ética, cientistas de dados, juristas, doentes e representantes da comunidade, e não apenas líderes tecnológicos. Cada recomendação de IA deve ser rastreável: que dados a informaram, que diretriz a sustentou, quem a reviu e quem tomou a decisão final.

*Não permitimos que empresas farmacêuticas digam "confiem em nós" sem provas, e também não deveríamos permitir isso às empresas de IA.*

### **Mas quem assume essa decisão?**

Responsabilidade humana também significa ausência de "delegação de caixa negra". Se um médico seguir uma recomendação de IA, deve compreender o suficiente para a justificar clinicamente. Se uma instituição implementar a ferramenta, a liderança deve ser responsável pelos seus resultados. A regra mais importante é simples: a IA pode informar a decisão, mas um humano deve assumir a decisão. A governação não deve ser concebida para travar a inovação; deve ser concebida para impedir que as instituições terceirizem a responsabilidade para máquinas. Na saúde, o futuro não pode ser "o algoritmo decidiu". O futuro tem de ser "o sistema aconselhou, o clínico avaliou e a instituição permaneceu responsável".

### **Como devem os currículos de medicina e engenharia mudar para preparar a próxima geração para navegar nas "zonas cinzentas" éticas da IA?**

A educação em medicina e engenharia deve deixar de tratar a ética como uma aula secundária e começar a ensiná-la como uma competência operacional central. Neste momento, treinamos médicos para diagnosticar doenças e engenheiros para construir sistemas, mas raramente treinamos qualquer um

deles para reconhecer quando uma decisão eficiente também é uma decisão antiética. Os estudantes devem trabalhar casos reais em que não existe resposta perfeita: uma ferramenta de triagem por IA que desprioriza doentes sem seguro, um modelo preditivo que apresenta pior desempenho para populações minoritárias ou um algoritmo que melhora a eficiência mas enfraquece o consentimento informado.

### **Temos que ensinar os estudantes a questionar a IA?**

Os estudantes de medicina devem aprender a questionar recomendações algorítmicas da mesma forma que questionam um resultado laboratorial, e os estudantes de engenharia devem ser obrigados a compreender consequências clínicas antes de implementar um modelo. Salas de aula conjuntas entre medicina, ciência computacional, negócios e ética devem tornar-se padrão, porque estas decisões não acontecem em silos na vida real. Hospitais e universidades também devem exigir revisões de "morbilidade e mortalidade algorítmica", nas quais as equipas analisem não apenas erros clínicos, mas também falhas éticas causadas pela tecnologia. Devemos deixar de ensinar os estudantes que ética significa evitar má conduta e começar a ensinar que ética significa tomar decisões quando todas as opções acarretam um custo. O futuro da saúde pertencerá aos profissionais que conseguirem viver de forma responsável dentro dessa zona cinzenta, e não aos que fingem que ela não existe.

### **Se pudesse impor uma norma ética às empresas como a OpenAI ou a Google no desenvolvimento de IA para a saúde, qual seria?**

Se eu pudesse impor uma norma ética às empresas como a OpenAI ou a Google que desenvolvem IA para a saúde, seria responsabilidade externa obrigatória antes da escalabilidade. No modelo CARES, isto situa-se no centro da responsabilidade em sentido lato e responsabilidade social, porque nenhuma empresa deveria poder implementar um sistema de IA na saúde baseado apenas

em testes internos e alegações de marketing. Antes de uma ferramenta chegar a doentes ou médicos, deveria passar por validação clínica independente, testes de viés em populações diversas e divulgação pública de taxas de falha, limitações e riscos conhecidos, tal como esperamos de medicamentos ou dispositivos médicos.

#### De que tipo de vieses está a falar?

*A empatia não é uma competência "suave" na medicina; é infraestrutura diagnóstica. Remova-se esse elemento humano e não perdemos apenas compaixão, perdemos precisão.*

Se um algoritmo tiver pior desempenho para doentes das zonas rurais, falantes não nativos de inglês [ou português, se for esse o caso] ou comunidades minoritárias, isso deve ser divulgado antes da implementação, e não descoberto após a ocorrência de danos. As empresas também deveriam ser obrigadas a manter uma via clara de escalonamento para que sintomas de alto risco desencadeiem intervenção humana, e não tranquilização automatizada. A regra deveria ser simples: se o seu produto pode influenciar diagnóstico, tratamento ou acesso a cuidados, deve provar a segurança antes do lucro. Não permitimos que empresas farmacêuticas digam "confiem em nós" sem provas, e também não deveríamos permitir isso às empresas de IA. A inovação na saúde não deve ser medida pela rapidez com que uma ferramenta chega ao mercado, mas pela segurança com que protege as pessoas que dependem dela.

#### Qual é a sua maior preocupação relativamente ao impacto de longo prazo destas tecnologias na natureza fundamental dos cuidados?

A minha maior preocupação é que, com o tempo, comecemos a confundir informação com compreensão e eficiência com cuidado. A medicina não é construída apenas sobre valores laboratoriais, exames e dados estruturados; é construída com base em pausas, hesitação, linguagem corporal,

contradições, medo e aquilo que os doentes não sabem dizer ou explicar diretamente. Muitas vezes, um diagnóstico surge não do que está no processo clínico, mas do que um médico observa na sala: o doente que diz que está "bem" mas parece aterrorizado, o pai ou mãe cujo silêncio diz mais do que as palavras, o sintoma que parece menor até ouvirmos a forma como é descrito. Grande parte da medicina é verbal, emocional e relacional, não facilmente capturada por um algoritmo treinado apenas em documentação. Se a saúde se tornar demasiado dependente da IA, corremos o risco de treinar clínicos para confiar mais no ecrã do que na pessoa sentada à sua frente. A empatia não é uma competência "suave" na medicina; é infraestrutura diagnóstica. Remova-se esse elemento humano e não perdemos apenas compaixão, perdemos precisão. O maior perigo não é que a IA substitua médicos, mas que ensine lentamente os médicos a deixarem de ouvir.

#### E o que é que o entusiasmo mais no futuro da IA na medicina?

O que mais me entusiasma no futuro da IA na medicina é a transição da medicina baseada em populações para cuidados verdadeiramente individualizados. Durante décadas, tratámos os doentes com base no que funciona para a "pessoa média" num ensaio clínico, mas nenhum doente é médio.

*O maior perigo não é que a IA substitua médicos, mas que ensine lentamente os médicos a deixarem de ouvir.*

#### Qual é a descoberta que acredita que transformará verdadeiramente o bem-estar humano?

A verdadeira descoberta será o surgimento do gémeo digital do doente: utilizar IA para integrar genética, historial médico, biomarcadores, estilo de vida e progressão da doença de uma pessoa para prever como um tratamento específico funcionará para esse indivíduo antes de ser prescrito. Isto poderá pôr fim à era da medicina por tentativa e erro, em que os doentes passam meses a experimentar o medicamento errado, a dose errada ou a terapêutica errada enquanto a sua condição piora. Em oncologia, doenças raras e doenças crónicas, esse atraso pode definir a sobrevivência. A IA dá-nos a oportunidade de passar da medicina reativa para a medicina preditiva, em que não perguntamos apenas "O que funciona?", mas "O que funcionará para este doente, neste momento?" A maior promessa da IA não é informação mais rápida, mas melhores decisões. O futuro da saúde será transformado no momento em que o tratamento deixar de se basear em médias e passar a ser construído em torno do ser humano individual à nossa frente.

*A maior promessa da IA não é informação mais rápida, mas melhores decisões.*

## Sobre

**GUADALUPE HAYES-MOTA** é o diretor do Programa de Bioética no Markkula Center for Applied Ethics da Universidade de Santa Clara, onde lidera o estágio de Ética em Cuidados de Saúde e desenvolve trabalho na interseção entre inteligência artificial, biotecnologia e equidade na saúde. A carreira de Guadalupe Hayes-Mota foi moldada pela sua experiência enquanto criança diagnosticada com uma doença rara no seu país natal, o México, onde não conseguiu aceder a medicamentos vitais, o que o levou a mudar-se para os Estados Unidos da América em busca de cuidados médicos adequados. É fundador e antigo CEO da *Healr Solutions*, uma empresa baseada em IA que otimizou a distribuição e o fabrico global de fármacos. Sob a sua liderança, a empresa expandiu o seu impacto por 43 países. Ocupou cargos executivos em várias empresas farmacêuticas, supervisionando operações globais complexas que garantiram a entrega de medicamentos essenciais a milhares de milhões de doentes em 113 países. No início da sua carreira, liderou o maior sistema de saúde gratuito dos Estados Unidos na UCLA Health. No âmbito das políticas públicas, Guadalupe Hayes-Mota desempenhou um papel fundamental na elaboração do Affordable Care Act (Obamacare) como parte da administração Obama, colaborando com a RAND Corporation. Atualmente, integra o Conselho de Revisão da Rede de Aceleração de Curas do NIH (Institutos Nacionais de Saúde), nomeado pelo Secretário de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, e presta consultoria à Comissão Europeia, à OpenAI e ao Fórum Económico Mundial sobre biotecnologia global e políticas de saúde. Foi professor sénior e "Practitioner-in-Residence" no Massachusetts Institute of Technology (MIT), onde concebeu e lecionou a disciplina de "Ética dos Biofarmacêuticos", orientando futuros líderes na gestão das complexidades éticas do desenvolvimento de fármacos e do acesso dos doentes. O seu pensamento estratégico tem sido destacado em publicações como a *Forbes* e *MIT Technology Review*. Hayes-Mota foi reconhecido pela *PharmaVoice* como uma das 100 pessoas mais inspiradoras e influentes na indústria das ciências da vida. Tem duas licenciaturas em Química e Literatura, um mestrado em Engenharia de Sistemas de IA e um MBA, todos pelo MIT, bem como um mestrado em Administração Pública pela Universidade de Harvard. Atualmente, frequenta o Doutoramento em Engenharia de IA e Machine Learning na Universidade George Washington, com investigação focada na aplicação da IA no desenvolvimento de medicamentos.

# Fora de Ordem

## Quando o corpo falha, o medo fala mais alto

JOSÉ BORRALHO  
Presidente da JB TOMORROW GROUP SGPS, Autor do livro MEDO – Como transformar as ameaças em forças



Há uma verdade silenciosa que atravessa a vida de quase todos nós, uma verdade que evitamos encarar até ao momento em que já não conseguimos ignorá-la: o medo da fragilidade do corpo.

Dados recentes do estudo da ConsumerChoice, publicados em “Medo – Como Transformar Ameaças em Forças”, ajudam a dar-lhe forma: entre os principais dez medos dos portugueses, a esmagadora maioria (oito) está ligada à saúde. E isto não é um detalhe estatístico. É um retrato emocional de um país inteiro.

Não temos mais medo de falhar profissionalmente do que de perder o controlo sobre o nosso próprio corpo. Não tememos tanto o julgamento dos outros quanto tememos a possibilidade de deixar de ser autónomos, de depender, de perder capacidades que hoje damos como garantidas. E isto diz muito sobre quem somos.

Não sou médico. Não tenho respostas clínicas nem soluções técnicas. Mas observo, escuto, vivo e sobretudo sinto. E aquilo que este dado revela não é apenas uma preocupação com doenças. É algo mais profundo: é o medo de deixar de ser quem somos.

Porque, no fundo, a saúde não é apenas ausência de doença. É liberdade.

Liberdade para nos levantarmos sem dor. Para nos movermos sem medo. Para escolhermos o nosso caminho sem limitações invisíveis. Para vivermos sem termos o corpo como obstáculo.

Mas essa liberdade não é apenas física. É também mental.

Porque há um outro território, muitas vezes invisível, onde a saúde também se joga — o da mente. E quando a mente falha, o impacto pode ser tão ou mais incapacitante do que qualquer limitação física. A perda de clareza, o cansaço emocional, a ansiedade constante ou a ausência de motivação são formas silenciosas de fragilidade que raramente aparecem nas estatísticas... mas que vivem dentro de milhares de pessoas todos os dias. Quando essa liberdade — física ou mental — é ameaçada, algo dentro de nós treme.

Vivemos numa era em que controlamos quase tudo — agendas, carreiras, relações, até emoções. Mas o corpo... e a mente...



lembram-nos, com uma humildade quase brutal, que não temos controlo absoluto. E talvez seja precisamente isso que mais assusta.

O medo da doença não é apenas o medo da dor. É o medo de parar. De abrandar num mundo que nos ensinou que parar é perder. É o medo de deixar de ser produtivo, útil, independente. É o medo de sermos obrigados a olhar para nós próprios... sem distrações.

E talvez seja por isso que evitamos tanto este tema. Porque falar de saúde é, no fundo, falar de limites. E falar de limites é confrontarmo-nos com a nossa condição mais humana: a vulnerabilidade.

Mas há algo profundamente transformador neste reconhecimento.

Este medo, que tantas vezes escondemos, pode ser um dos maiores sinais de consciência que temos. Pode ser o lembrete de que aquilo que mais valorizamos não é o que mostramos ao mundo — é aquilo que nos permite viver nele. E, no entanto, continuamos a viver como se a saúde fosse garantida.

Adiamos o descanso. Negligenciamos o corpo. Silenciamos a mente. Empurramos o cansaço — físico e emocional — para amanhã. Vivemos como se fôssemos inesgotáveis... até deixarmos de ser.

Apenas nos preocupamos com a saúde na doença, raramente a tratamos como prevenção — e ainda mais raramente quando se trata da nossa saúde mental. E talvez esteja na altura de inverter essa lógica.

Cuidar da saúde não deve nascer do medo de perder, mas da consciência de preservar. Não como reação, mas como intenção. Dormir melhor. Alimentar-se com presença. Mexer o corpo com regularidade. Respirar com tempo. Fazer pausas sem culpa. Falar sobre o que se sente. Pedir ajuda quando necessário. Ouvir o corpo e a mente antes que gritem.

Pequenos gestos que, somados, constroem algo essencial: dignidade na forma como vivemos.

Porque, no final, não temos controlo sobre tudo. Mas temos influência sobre muito mais do que pensamos.

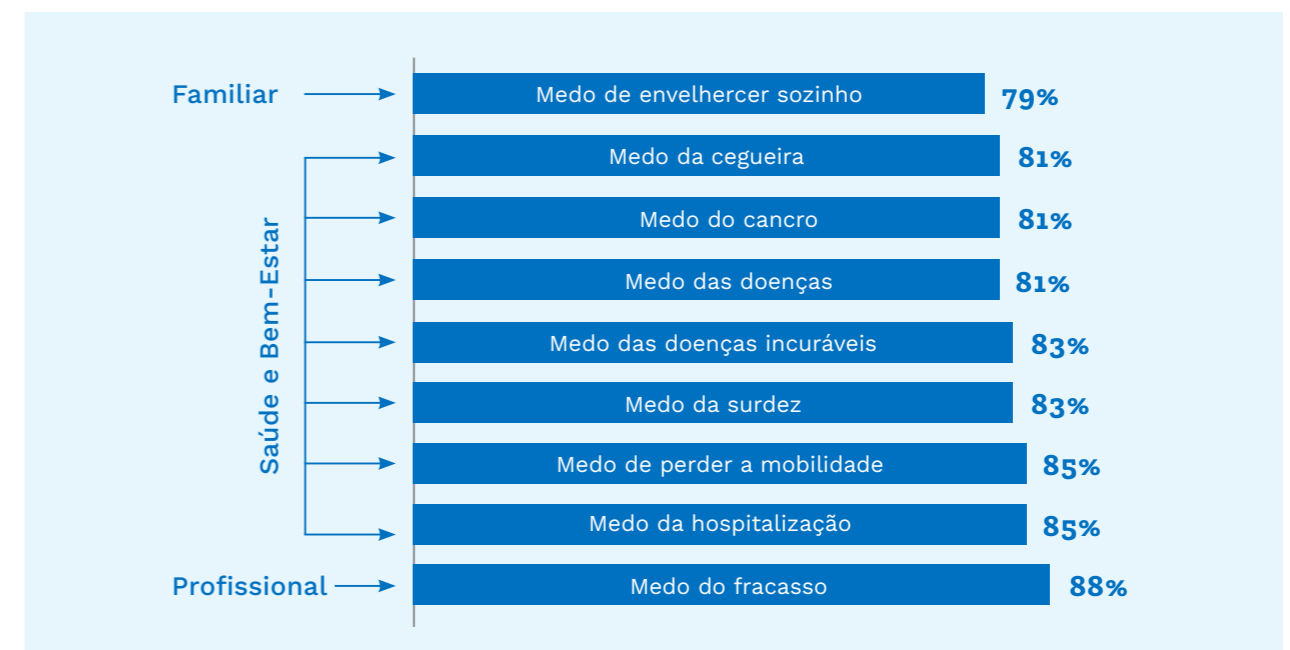
E talvez a verdadeira questão não seja “como evitar o medo”, mas sim “o que é que este medo nos está a tentar dizer?”.

Talvez esteja a dizer-nos que o tempo é limitado. Que o corpo merece respeito. Que a mente precisa de espaço. Que a vida acontece agora e não quando for conveniente.

O medo da doença vai sempre existir. Faz parte de nós. Mas não precisa de ser um peso. Pode ser um guia. Um guia silencioso que nos lembra, todos os dias, do que realmente importa.

Porque talvez não possamos controlar o futuro do nosso corpo... nem da nossa mente... mas podemos decidir, hoje, a forma como escolhemos viver dentro deles.

E essa escolha — tão simples quanto esquecida — pode ser o maior ato de coragem da nossa vida.



# Opinião

por FERNANDO MEDEIROS PAIVA

Médico Psiquiatra, ex-Chefe de Serviço e Mestre pela Faculdade de Medicina do Porto



## Quando “Talvez seja psiquiátrico” surge demasiado cedo

Viés diagnóstico, doença crónica e o risco de encerrar prematuramente o raciocínio clínico

Há uma frase que aparece com desconcertante frequência na prática médica: **“Os exames estão normais, portanto talvez seja psiquiátrico”**.

Dita muitas vezes de forma prudente, quase provisória, esta frase marca frequentemente um momento crítico: o instante em que o raciocínio clínico começa a fechar-se antes de todas as hipóteses terem sido verdadeiramente exploradas. A literatura médica descreve bem estes mecanismos. O viés de ancoragem (*anchoring bias*) leva o clínico a interpretar novos sintomas à luz de um diagnóstico pré-existente. O encerramento prematuro do diagnóstico (*premature closure*) ocorre quando se aceita uma explicação antes de todas as hipóteses relevantes terem sido devidamente exploradas. Estes fenómenos são hoje reconhecidos como causas frequentes de erro diagnóstico (Pat Croskerry, 2003; Hardeep Singh et al., 2015). Doentes com doenças crónicas constituem um terreno particularmente fértil para esta distorção cognitiva. Sintomas novos tendem a ser interpretados como manifestações da doença conhecida. E quando os exames dirigidos a essa hipótese são

normais, a tentação de recorrer a uma explicação funcional, ou psiquiátrica, surge com surpreendente rapidez. Um caso recente ilustra bem este padrão. Uma doente com doença de Crohn conhecida há vários anos iniciou quadro de astenia intensa, náuseas persistentes e vômitos. A investigação inicial foi orientada para complicações ou exacerbação da doença inflamatória intestinal. Foram realizados exames gastroenterológicos e análises laboratoriais, sem alterações relevantes. Durante cerca de dezoito dias, toda a investigação permaneceu centrada na hipótese digestiva associada à doença de Crohn. Quando os exames repetidamente não confirmaram essa hipótese, começou a surgir outra explicação possível: uma eventual componente funcional ou psiquiátrica. Este é um ponto crítico do raciocínio clínico. Quando a hipótese inicial falha, o passo seguinte deveria ser alargar o diagnóstico diferencial. No entanto, não é raro acontecer o contrário: o campo diagnóstico estreita-se ainda mais. A reavaliação ocorreu apenas quando surgiram alterações

comportamentais subtis e sinais neurológicos pouco específicos referidos pelo familiar acompanhante que, por coincidência, era médico psiquiatra. Até esse momento, a hipótese de patologia neurológica não tinha sido seriamente considerada. A observação neurológica levou então à realização de ressonância magnética cerebral, que revelou uma lesão cerebelosa com cerca de 37x42x33 mm. A tomografia computadorizada torácica subsequente identificou um nódulo pulmonar suspeito, provável tumor primário responsável por metástase cerebral. Ou seja, durante quase três semanas os sintomas foram interpretados através da lente da doença de Crohn. Quando essa hipótese não encontrou confirmação nos exames realizados, começou a ser equacionada uma explicação psiquiátrica, quando na realidade os sintomas resultavam de uma volumosa lesão tumoral intracraniana. Este tipo de situação ilustra também o fenómeno conhecido como *diagnostic overshadowing*, em que a interpretação clínica fica condicionada por um

diagnóstico prévio ou por uma explicação considerada mais provável ou mais simples (Pat Croskerry, 2003). Como observa Jerome Groopman (2007), os clínicos tendem a sentir grande conforto quando encontram rapidamente uma explicação plausível. O problema é que esse conforto pode reduzir a disponibilidade para reconsiderar o diagnóstico quando os dados clínicos não se encaixam verdadeiramente na hipótese inicial. Na prática clínica, a presença de uma doença crónica deve ser entendida como parte do contexto, nunca como uma explicação automática para qualquer sintoma novo. E, sobretudo, a ausência de alterações nos exames dirigidos a uma hipótese não transforma automaticamente os sintomas em “psiquiátricos”.

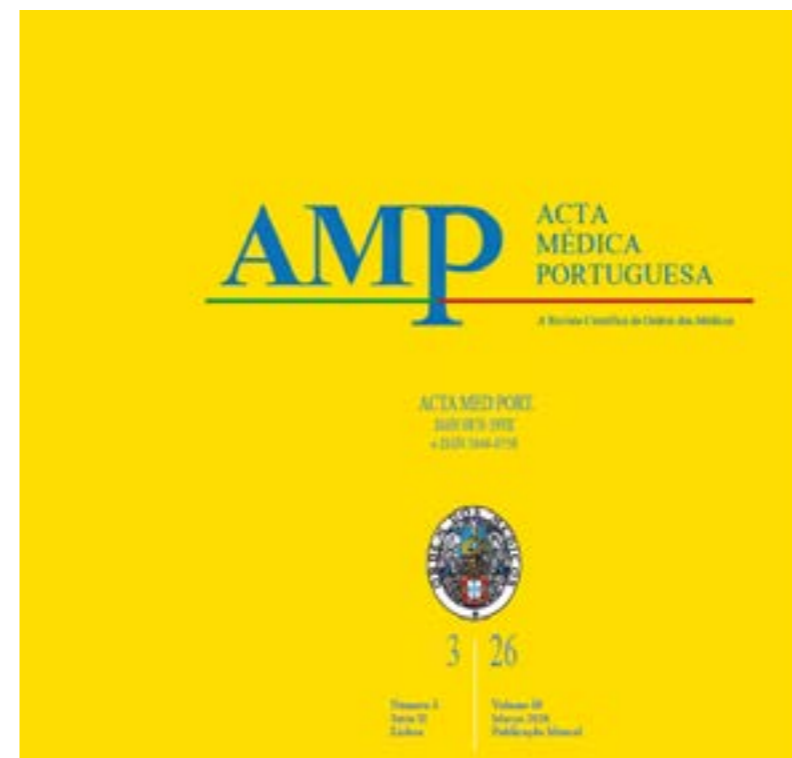
Neste caso, um tumor cerebral volumoso quase foi transformado num diagnóstico psiquiátrico. Este tipo de erro não resulta necessariamente de falta de conhecimento clínico, mas frequentemente de limitações inerentes ao próprio processo de raciocínio diagnóstico. Por essa razão, os vieses cognitivos são hoje reconhecidos como um tema central na segurança do doente, sendo o conceito de *“diagnostic safety”* cada vez mais discutido na literatura internacional sobre qualidade em saúde (Graber, Wachter & Cassel, 2012; Singh & Sittig, 2019). Reconhecer estes mecanismos não diminui a autoridade clínica, pelo contrário, constitui uma condição essencial para melhorar a fiabilidade do diagnóstico médico.

Lição clínica:

Quando os exames não confirmam a hipótese inicial, a resposta raramente é “psiquiátrica”. A resposta é pensar melhor. Na medicina, exames normais não significam ausência de doença. Muitas vezes significam apenas que a pergunta certa ainda não foi feita.

### Referências:

1. Croskerry P. (2003). Cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Academic Medicine*, 78(8), 775–780.
2. Singh H., Graber M.L., Sittig D.F. (2015). From the patient safety movement to diagnostic excellence. *The Lancet*, 385, 2275–2284.
3. Graber M.L., Wachter R.M., Cassel C.K. (2012). Bringing diagnosis into the quality and safety equations. *JAMA*, 308(12), 1211–1212.
4. Singh H., Sittig D.F. (2019). Advancing the science of measurement of diagnostic safety. *BMJ Quality & Safety*, 28, 103–105.
5. Groopman J. (2007). *How Doctors Think*. Boston: Houghton Mifflin.



## Opinião

por ISABEL GALRIÇA NETO

Médico Interno de Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, Hospital Luz-Lisboa, Docente; Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa e Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Medicina; Md; MSc; Phd Student in Medical Sciences, Universidade Católica Portuguesa



# E passaram 20 anos: Reflexões a partir da liderança de uma Unidade de Cuidados Paliativos em Portugal

Após mais de trinta anos dedicados aos Cuidados Paliativos (CP), vinte dos quais na direção de uma Unidade de CP no maior hospital universitário privado de agudos, o Hospital da Luz-Lisboa, chega o momento de cessar funções de liderança formal. Mais de trinta anos de prática clínica permitem um balanço crítico e reconhecer a profundidade das transformações ocorridas. Quando, em 2006, se iniciou a criação da primeira unidade de internamento de CP estruturada num hospital privado português, afirmar a necessidade de um modelo orientado para o alívio do sofrimento implicou um desafio: estar contra a corrente e defender que, num hospital de agudos, faz sentido ter uma unidade autónoma em que o cuidado permanece essencial, mesmo quando a cura já não é possível.

Inspirada no legado de Cicely Saunders, a unidade adotou um enquadramento ético claro: respeito pela autonomia; garantia da proporcionalidade terapêutica; controlo rigoroso de sintomas; compromisso inabalável com a intervenção global no sofrimento. Os cuidados centrados no doente não foram tratados como adorno, mas como eixo estruturante. Reafirmouse a centralidade da pessoa e a relevância do trabalho

interdisciplinar. A família foi assumida como parte da unidade de cuidados; era e é fundamental fazer a anamnese do sofrimento.

### Atividade assistencial e impacto

Ao longo de vinte anos, foram acompanhados mais de 11 000 doentes e respetivas famílias. A maioria apresentava elevada fragilidade funcional e dependência. Cerca de 55% dos pacientes tinham patologia oncológica, sendo os restantes portadores de doença crónica avançada não oncológica. A taxa de alta variou entre 45% e 57%, evidenciando as pontes institucionais desenvolvidas. A unidade é reconhecida pela ESMO desde 2011 e integrou a acreditação da Joint Commission International em 2018. Foram formados mais de 100 profissionais e observouse melhoria no controlo sintomático e redução de intervenções desproporcionadas no final de vida. A nossa experiência confirmou que o controlo adequado diminui idas à urgência, contribuindo para a sustentabilidade do sistema. Apesar dos progressos, os desafios persistem. A resistência cultural à não-cura, a escassez de recursos humanos e a tensão entre processos industrializados

e a individualização dos cuidados são obstáculos recorrentes. Nem toda a inovação representa benefício proporcional e assistimos frequentemente à paralisia do prognóstico.

Persistem ainda equívocos entre profissionais. Os CP não devem ser convocados apenas para os últimos dias de vida; há sempre tratamentos dirigidos ao conforto e os CP não encurtam a vida. É imprescindível a criação da especialidade de Medicina Paliativa e a integração dos CP na rede de cuidados de saúde, da comunidade aos hospitais. Não podemos ignorar o imperativo de garantir o acesso a bons cuidados de saúde, quer os doentes se curem ou não. E isso, infelizmente, não é realidade no nosso país.

Os CP representam uma dimensão indispensável de um sistema de saúde centrado na pessoa. A fase profissional que agora concluí não constitui um ponto final, mas a abertura de um novo horizonte sustentado pela convicção de que a dignidade humana deve permanecer no centro da prática clínica.

[LER TEXTO COMPLETO NO SITE DA OM](#) →



## Opinião

por ANA RITA JESUS

Médica de Família, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental; Professora Auxiliar Convidada, Unidade Curricular MGF, FCM | Nova Medical School; Membro da Comissão para a Inteligência Artificial da Ordem dos Médicos.



# IA: por um uso ético e centrado no doente

**A autora enquadra as mais valias da aplicação da Inteligência Artificial (IA) na prática clínica, nomeadamente no aumento da capacidade sem compromisso da qualidade, segurança ou do humanismo. Nesse contexto, alerta-se que a utilidade da IA não depende apenas do seu desempenho algorítmico, mas, acima de tudo, da forma ética e cuidadora como é integrada nos processos reais de trabalho.**

A integração da inteligência artificial na saúde representa uma das transformações mais relevantes da prática clínica contemporânea, exigindo uma reflexão para além da dimensão tecnológica. Por um lado, é inegável o seu potencial em áreas como imagiologia, apoio à decisão clínica ou automação de tarefas. Por outro, a sua adoção levanta questões fundamentais sobre a responsabilidade profissional e a dimensão humana dos cuidados de saúde.

A IA destaca-se pela sua capacidade de processar grandes volumes de dados, identificar padrões e gerar respostas com rapidez e elevada performance. No entanto, enquanto os sistemas artificiais operam de forma funcional e orientada para tarefas específicas, a inteligência humana integra julgamento clínico, experiência e contexto emocional. Esta distinção é particularmente

relevante em saúde, onde as decisões não são apenas técnicas, mas também éticas e relacionais. Neste contexto, a utilidade da IA não depende apenas do seu desempenho algorítmico, mas da forma como é integrada nos processos reais de trabalho. O potencial benefício clínico só emerge quando há validação no próprio contexto, articulação com equipas multidisciplinares e adaptação aos fluxos assistenciais. Caso contrário, corre o risco de aumentar a sobrecarga cognitiva ou gerar dependência tecnológica que fragilize as competências profissionais. A possibilidade de produzir conteúdos indistinguíveis dos humanos pode contribuir para uma erosão da confiança. Em paralelo, sistemas que influenciam decisões clínicas ou organizacionais surgem questões sobre responsabilidade e transparência. Como garantir que os critérios utilizados são justos, compreensíveis e alinhados com o interesse do doente? Estas preocupações tornam evidente que a adoção da IA em saúde exige mais do que inovação: requer governação. Enquadramentos regulatórios como o AI Act europeu e o RGPD apontam nesse sentido, ao enfatizar a necessidade de supervisão humana e proteção de dados. Contudo, a regulação só será eficaz se for acompanhada

de formação dos profissionais, numa cultura organizacional que valorize o uso crítico e responsável da tecnologia. Em síntese, a IA pode favorecer uma medicina mais personalizada, ao adaptar recomendações com base em características individuais do doente. A sua capacidade de aprendizagem contínua permite melhorar o desempenho ao longo do tempo, acompanhando a evolução do conhecimento médico. A IA deve ser entendida como uma ferramenta complementar, e não substitutiva, do raciocínio clínico. A implementação adequada da IA pode contribuir para uma melhor organização dos serviços de saúde, nomeadamente na gestão de fluxos, priorização de doentes e otimização de recursos, com impacto potencial na acessibilidade e na qualidade dos cuidados. O seu verdadeiro valor reside na capacidade de potenciar a prática médica sem comprometer a qualidade, a segurança e a centralidade da pessoa. Em Medicina, o desafio está em garantir a integração da IA preservando aquilo que é essencial nos cuidados de saúde: a relação humana, a responsabilidade e o discernimento.

[LER ARTIGO](#) →



### Referências:

Fruutuoso J, Pina A, Maria AR, Pereira M, Duque Neves B, Donato H, Vaz Carneiro A. Workforce Disruptions and the Redefinition of Clinical Roles: State of the Art of Artificial Intelligence in Healthcare. Acta Med Port [Internet]. 2026 Apr. 1 [cited 2026 Apr. 10];39(4):291-8.

# Opinião

por RUI MIRANDA JULIÃO, em nome do Colégio da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde



## Entre medicina e gestão: a forma de pensar na liderança hospitalar

Quem deve governar os hospitais: médicos ou gestores?

Quem deve governar um hospital continua a ser uma das questões mais sensíveis — e menos bem formuladas — da saúde contemporânea. O debate costuma encerrar-se num falso dilema entre médicos e gestores, como se a governação hospitalar fosse uma disputa identitária e não um problema de competência, responsabilidade e forma de pensar. Num tempo em que os hospitais são simultaneamente lugares de ciência, organizações complexas e instituições de responsabilidade pública, importa perguntar não apenas quem governa, mas com que tipo de pensamento se tomam decisões que afetam pessoas concretas, recursos finitos e vidas reais. Governar um hospital não constitui uma extensão natural da prática clínica, mas também não é um exercício neutro de gestão. Ainda assim, persiste a tendência para discutir a governação hospitalar como um confronto entre médicos e gestores, esquecendo o essencial: a forma como cada um foi formado para pensar e decidir. Num contexto em que eficiência, ética e risco clínico coabitam diariamente, essa diferença cognitiva não é um detalhe — é o ponto central do problema. A medicina e a gestão não diferem apenas nos instrumentos que

utilizam, mas sobretudo no modo como estruturam o raciocínio, avaliam o erro e lidam com a incerteza. Essa diferença cognitiva, muitas vezes ignorada, ajuda a explicar porque falham tantos modelos de governação hospitalar. A formação médica estrutura-se em torno de um raciocínio clínico assente na formulação de hipóteses e na sua exclusão progressiva, orientado para identificar a causa mais provável ou mais grave de um problema concreto. Trata-se de um modo de pensar que privilegia a prudência, a responsabilidade individual e a minimização do erro, num contexto em que errar pode ter consequências irreversíveis. Esta matriz cognitiva molda não apenas a decisão clínica, mas também uma ética de atuação que acompanha o médico muito para além do consultório ou do bloco operatório. A gestão, por sua vez, desenvolve-se num quadro cognitivo distinto. O gestor aprende a olhar para sistemas, processos e incentivos, mais do que para casos individuais. A decisão raramente resulta da exclusão sucessiva de hipóteses, mas da ponderação de alternativas imperfeitas, onde quase sempre coexistem benefícios e custos. Em vez de procurar eliminar a incerteza, a gestão aprende a conviver com ela, avaliando riscos,

distribuindo recursos escassos e tomando decisões que afetam organizações inteiras. Esta diferença de formação não é meramente académica; tem consequências concretas na forma como se lidera e governa um hospital. Enquanto o médico tende a olhar para o problema a partir do doente concreto e da sua responsabilidade clínica, o gestor é treinado para pensar na sustentabilidade do sistema, na eficiência dos processos e na gestão coletiva dos recursos. Ambas as perspetivas são necessárias, mas raramente se encontram, de forma natural, na mesma pessoa. É precisamente aqui que a questão da governação hospitalar se torna, ainda, mais exigente. Um hospital não é apenas uma organização complexa, mas também um lugar onde decisões administrativas têm frequentemente consequências clínicas diretas. A separação rígida entre a lógica clínica e a lógica organizacional pode gerar incompreensões, tensões e, por vezes, decisões incapazes de integrar plenamente essas as duas dimensões. Por essa razão, a verdadeira questão talvez não seja escolher entre médicos ou gestores, mas compreender que tipo de formação e de maturidade

intelectual melhor prepara alguém para integrar estas duas formas de pensar. A governação hospitalar exige capacidade de decisão organizacional, mas também uma compreensão profunda da natureza do risco clínico, da exceção relevante e da responsabilidade ética inerente aos cuidados em saúde. Quando um médico adquire formação sólida em gestão, acrescenta ao raciocínio clínico uma visão sistémica das organizações, sem perder a sensibilidade para a singularidade do doente e para o significado humano das decisões clínicas. A gestão torna-se então um instrumento para ampliar a escala da responsabilidade médica, permitindo transformar decisões individuais em escolhas organizacionais mais coerentes e sustentáveis. Nesse sentido, a governação hospitalar ganha quando é exercida por quem conhece a medicina por dentro e aprendeu, posteriormente, a compreender a lógica das organizações. A gestão ensina métodos, instrumentos e modelos de decisão. A medicina, por outro lado, forma desde cedo uma consciência particular do risco, do limite e da responsabilidade perante a fragilidade humana. É por isso que, quando se discute quem deve governar os hospitais, talvez seja mais adequado perguntar não apenas quem possui competências de gestão, mas quem compreende verdadeiramente o que está em jogo quando uma decisão organizacional se transforma, inevitavelmente, numa decisão clínica. Naturalmente, isto não significa que todos os médicos estejam preparados para governar hospitais, nem que a experiência clínica, por si só, seja suficiente para liderar organizações complexas. A governação hospitalar exige competências específicas de gestão, capacidade de liderança,

compreensão dos mecanismos económicos e financeiros do sistema de saúde e domínio de instrumentos de planeamento estratégico e avaliação de desempenho. Sem essa preparação, o risco de decisões intuitivas ou excessivamente centradas na lógica individual da prática clínica, pode comprometer a eficácia e a sustentabilidade da instituição. Mas também é verdade que a governação hospitalar dificilmente pode ser plenamente eficaz quando é exercida por quem conhece a medicina apenas de forma indireta. Num hospital, as decisões sobre organização, financiamento ou priorização de recursos acabam inevitavelmente por se traduzir em consequências clínicas concretas. Uma distância excessiva entre quem decide e quem cuida, tende a gerar soluções administrativamente corretas, mas clinicamente frágeis ou difíceis de integrar na prática assistencial. É neste ponto que a integração entre medicina e gestão se revela decisiva. A liderança hospitalar mais sólida, surge quando o conhecimento clínico e a competência organizacional deixam de ser esferas separadas e passam a constituir dimensões complementares da mesma responsabilidade. Governar um hospital significa, simultaneamente, compreender o funcionamento de uma organização complexa e reconhecer que, no centro dessa organização, estão sempre pessoas concretas em situação de vulnerabilidade. Esta reflexão conduz inevitavelmente à necessidade de integrar na governação hospitalar, a dupla dimensão técnica e ética que caracteriza as instituições de saúde. Por isso, talvez a discussão sobre quem deve governar os hospitais tenha sido, durante

demasiado tempo, colocada nos termos errados. A verdadeira questão não é escolher entre duas profissões, mas perceber qual das duas formações está mais próxima da natureza ética e humana das decisões que ali se tomam. A gestão é importante para garantir eficiência, sustentabilidade e coordenação organizacional. A medicina oferece uma experiência singular de responsabilidade perante a vida, a doença e o sofrimento. Quando um médico se forma também em gestão, não abandona a lógica clínica que moldou o seu modo de pensar; acrescenta-lhe instrumentos para agir numa escala mais ampla. A decisão deixa de se limitar ao encontro individual entre médico e doente e passa a incluir a responsabilidade sobre estruturas, equipas e recursos que condicionam o cuidado de milhares de pessoas. É por isso que, no equilíbrio delicado entre medicina e gestão, a governação hospitalar tende a ganhar quando é exercida por quem conhece por dentro a realidade clínica e adquiriu, de forma rigorosa, as competências necessárias para governar organizações complexas. Não porque a medicina seja suficiente, mas porque oferece um ponto de partida particularmente exigente para compreender o verdadeiro significado das decisões em saúde. No final, governar um hospital é sempre mais do que administrar uma instituição. É assumir a responsabilidade por decisões que, direta ou indiretamente, influenciam a vida, a saúde e a dignidade das pessoas. E talvez seja precisamente essa consciência — profundamente enraizada na formação médica — que melhor prepara para exercer essa responsabilidade, quando aprende também a linguagem e os instrumentos da gestão.

# Opinião

por DIANA PEDREIRA  
Médica de Medicina Interna



## Às quatro da manhã

São três da manhã e estou sentada ao computador. Como Chefe de Equipa de Urgência, perdi já a conta aos doentes que discuti com os colegas neste turno. Perdi a conta aos olhares que encarei — e aos que desviei, quando já não aguentava mais ver a desumanidade de os ver assim, fragilizados, num corredor qualquer perdido de um país em ruínas. Não estamos em guerra, apesar de a guerra estar lá fora, a rodear-nos lentamente. Mas podíamos estar. Sentada ao computador às três da manhã, penso nas pessoas que me rodeiam e olho-as com mágoa. Por elas. Por mim. Pelo que não lhes posso dar. Nem eu, nem ninguém. A maioria idosos. A maioria já com algum grau de demência ou desorientação, tantas vezes agravada por este ambiente sem luz natural, sem ritmo, sem vida “normal”. Um sítio de vida vazio de vida. Um sítio de loucura. São três e meia da manhã. O relógio avança, e eu sei que o meu turno eventualmente chegará ao fim. Mas não o desespero dos que aqui ficam. Os mais novos, desesperados por mais do que uma cadeira de plástico ou, num dia bom, um cadeirão para passar mais uma noite insone. Os menos novos, tão perdidos dentro da própria mente que muitas vezes nunca chegam a encontrar o caminho de volta. O relógio anda.

Os turnos mudam. Sei que da próxima vez que aqui voltar alguns dos doentes serão os mesmos. Ou porque ainda não saíram... ou porque já voltaram. E eu — nós — olharemos para eles como mais um dia, mais um doente, mais uma pessoa das tantas que nos passam pelas mãos. Mas para eles é muito mais do que “mais um dia”. São mais horas de sofrimento. De queixas ouvidas ou ignoradas, porque há sempre outras mais urgentes. Olho novamente para o computador e já me esqueci do que precisava fazer. Escondo a cara nas mãos. A humanidade cai-me em cima como uma bomba. A realidade do que me rodeia ultrapassa a carapaça que criei e eu sinto-me desfeita em milhares de pedaços pelo que não consigo oferecer, resolver. Não tenho médicos suficientes. Não tenho enfermeiros, auxiliares, maqueiros, técnicos. Não tenho ninguém nesta equipa que dizem que é suposto gerir. É suposto gerir o quê? Como? Como se gere o inferno sem nos tornarmos o diabo? Sinto as lágrimas secar antes de chegarem aos olhos. Fecho-os com força. Respiro fundo, uma vez mais. A carapaça refaz-se. A crença de que é apenas mais um turno. Dos tantos que faço e farei. São já quatro da manhã. E o turno chegará ao fim. De uma forma ou de outra.

# Informação | Norte

## Síndrome do Cavalo Morto e o Sistema de Saúde

**O sistema deixa-se fascinar por anúncios glamorosos e máximo brilho, enquanto as suas fundações — Medicina Geral e Familiar e Medicina Interna — permanecem comprimidas.**

Uma reconhecida gestora da área da saúde refere, plagiando Carlos Carvalhas sem o mencionar, que depois da “droga” e do armamento o negócio da saúde é o mais rentável! E é muito rentável! Em 2025, no OGE, a despesa consolidada em saúde foi de 16,8 mil milhões de euros e em 2026 prevê-se que seja de 17,3 mil milhões de euros. Em março o desvio orçamental era estimado em 1,8 mil milhões de euros. Aos quase 20 mil milhões de euros no gasto global em saúde deve-se acrescentar o referido como “out-of-pocket”. Ainda que ninguém conheça exatamente quanto gastam os portugueses em saúde do seu próprio bolso, estimativas conservadoras calculam que tudo somado possa ascender a 25 mil milhões de euros, podendo mesmo dar-se o caso de já se estar próximo dos 30 mil milhões de euros! – 10% do PIB. Quando na década de 90 Carlos Carvalhas usou esta expressão, fê-lo para chamar a atenção para o risco de crescimento da despesa em saúde resultante da abertura da área ao sector privado. Curiosamente, a expressão é retomada duas décadas depois pelos que inicialmente eram apontados como causadores do desvio. São os mesmos agentes que agora, e numa modernidade liberal, usam o epíteto numa atitude “kitsch” de usurpação intelectual e na visão de um crescimento sem

limites. Porém, quando se fala em 30 mil milhões de euros, 10% do PIB, talvez já não estejamos perante o “terceiro negócio mais rentável”, mas a venerar o campeão absoluto. No mundo financeiro da aplicação de capitais, os rivais da saúde têm limitações incómodas. Carecem de aprovação social, enfrentam repressão legal e, pior ainda, têm a deselegância de eliminar a própria clientela. A saúde é um negócio infinitamente mais sofisticado. Não elimina consumidores, cultiva-os. E cultiva-os num mundo de ilusões hipertrofiadas, um mundo onde a verdade deixou a lógica de Bertrand Russell, para no plano onírico se vender promessas e desejos que, por serem tão primários, tornam o custo em algo de supérfluo. Vendem promessa, comercializam esperança, embalam longevidade, distribuem uma ilusão de controlo sobre o corpo e o tempo. É um mercado que toca o nervo mais íntimo do ser humano — o medo e o desejo — um “El Dorado” de qualquer negócio em que se oferece, em prestações suaves, a eternização do umbigo. Quem, no seu perfeito juízo, recusaria mais saúde ou um pouco mais de vida? Claro que tem um custo, mas, e isso é importantíssimo neste modelo de negócio, tem um custo, mas não um preço. Tem um custo contabilístico, mas o preço, esse, é sempre moral. E a moral no mundo narcisístico de hoje há muito que abandonou os “Imperativos Categóricos” de Kant, se é que alguma vez por lá andou! Os sistemas públicos de saúde, de inspiração “beveridgiana” e



“bismarckiana” partilham uma virtude civilizacional, socializam o custo. Divergem, porém, na arte de o tornar invisível. No modelo “bismarckiano”, o cidadão ainda tropeça ocasionalmente na fatura – há contribuições, descontos, números que recordam e sublinham que alguém paga. No modelo “beveridgiano”, como o português, o custo evapora-se numa névoa fiscal. Não desaparece, sublima-se. O resultado é uma pequena obra-prima política. Construiu-se um sistema caríssimo, que se apresenta como gratuito, que exige um esforço coletivo gigantesco, mas que se vive como um direito natural, quase biológico. O utilizador não paga no momento da utilização e, conclui, legitimamente, que não paga. A sociedade suporta, o Estado intermedeia e o cidadão consome com a tranquila convicção de que a abundância é um atributo estrutural da realidade.

LER O ARTIGO  
COMPLETO →



# Internato médico: o início de um percurso “exigente e transformador”

A Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos voltou a assinalar o início do internato médico com a iniciativa “Receção ao Médico Interno”, promovida em articulação com as suas Sub-regiões. Com formatos distintos, mas objetivos comuns, as sessões procuraram acolher os novos médicos e fornecer ferramentas úteis para o início da atividade profissional.



SUB-REGIÃO DE VILA REAL

## SUB-REGIÃO DE VILA REAL

Num ambiente informal e de proximidade, a sessão promovida pela Sub-região de Vila Real, teve lugar no dia 27 de janeiro, no Restaurante Tralha. O acolhimento inicial, feito por Fernando Salvador, presidente do Conselho Sub-Regional de Vila Real, deu lugar a uma abordagem sobre o funcionamento do internato na ULSTMAD. As questões jurídicas mais frequentes foram esclarecidas pela jurista da SRNOM, Inês Folhadela, com enfoque nos direitos e deveres dos médicos internos. No encerramento, José Torres da Costa, presidente do CRNOM, sublinhou a importância da qualidade formativa, reforçando a exigência na avaliação dos serviços.

## SUB-REGIÃO DO PORTO

No Porto, a 30 de janeiro, no Salão Nobre da SRNOM, o programa desenvolveu-se ao longo do dia, com uma sessão de abertura institucional seguida de duas palestras: uma sobre o papel do médico na sociedade do séc.XXI e outra dedicada ao internato médico, abordando direitos, deveres e oportunidades. Durante a tarde, realizaram-se painéis focados em aspetos práticos do início do internato, como alojamento, gestão financeira e bem-estar. Nas intervenções institucionais, Pedro Ribeirinho Soares, presidente do Conselho Sub-Regional do Porto, sublinhou que os internos “são o sustento do SNS”, descrevendo o internato como um período “exigente, mas profundamente transformador”. José Torres da Costa, por seu lado, destacou a Ordem como “a casa de todos os médicos”, enquanto o Bastonário, Carlos Cortes, recordou que o doente deve ser sempre “a linha do horizonte”.



SUB-REGIÃO DE BRAGANÇA



SUB-REGIÃO DO PORTO

## SUB-REGIÃO DE BRAGANÇA

Em Bragança, no dia 5 de fevereiro, a receção começou de forma descontraída, com jogos de tabuleiro, promovendo desde logo o convívio entre internos e médicos da região. O ambiente de proximidade deu o tom a um conjunto de intervenções que destacaram as especificidades do exercício médico no interior. João Rocha Palas, presidente do Conselho Sub-Regional de Bragança, realçou um contexto marcado por “proximidade e espírito de entreajuda”, enquanto Fernanda Estevinho, vice-presidente do CRNOM, definiu o internato como “um momento marcante e exigente”. A intervenção de Ana Rodrigues, em representação da Câmara Municipal, trouxe ainda a dimensão territorial, sublinhando a importância de fixar jovens médicos na região.



## SUB-REGIÃO DE VIANA DO CASTELO

Já em Viana do Castelo, a 12 de fevereiro, a sessão reuniu representantes institucionais e jovens médicos num momento centrado na formação e nos desafios do internato. Alberto Midões, presidente do Conselho Sub-Regional, abriu a sessão com uma mensagem de pertença — “Esta é a vossa casa” —, apelando à participação ativa na instituição. Por sua vez, Carlos Cortes destacou a dimensão ética e humanista da profissão, lembrando que “o doente deve estar sempre em primeiro lugar”. José Torres da Costa reforçou a necessidade de rigor na formação, alertando que “um médico em internato é um médico em aprendizagem, não é força de trabalho”. As intervenções de Cristina Bacelar e Helena Dias, vogais do CRNOM, enfatizaram a importância do envolvimento ativo dos internos, valorizando o sentido crítico e a responsabilidade no percurso formativo.



SUB-REGIÃO DE BRAGA

## SUB-REGIÃO DE BRAGA

A sessão da Sub-região de Braga, a 26 de março, decorreu no Campus de Gualtar da Universidade do Minho. Cristina Bacelar, vogal do CRNOM, destacou esta fase como um momento de construção da identidade profissional, enquanto que João Rocha Neves, presidente do Conselho Sub-Regional de Braga, lembrou que “ser médico não é um teto, é uma base”. Fernanda Estevinho reforçou a necessidade de garantir condições adequadas de formação. Nos painéis seguintes, cruzaram-se diferentes perspetivas: Rui Macedo descreveu um percurso de autonomia progressiva, enquanto que Bruno Gutmann abordou as implicações éticas e jurídicas da prática clínica. Já no momento dedicado ao enquadramento sindical, com a participação de Raquel Souto (FNAM/SMN) e de Herminia Teixeira (SIM), ficou clara a complementaridade de papéis. Como referido, “o sindicato trata das condições de trabalho, enquanto a Ordem regula o exercício da profissão” —, tendo sido igualmente sublinhada a importância da participação ativa dos médicos na defesa das suas condições de trabalho.



SUB-REGIÃO DE VIANA DO CASTELO

## Atividades nas Sub-regiões

### PORTO

#### 4 MARÇO 2026 Workshop Literacia Financeira

Workshop de literacia financeira em parceria com a plataforma Moneyflix. A sessão abordou planeamento financeiro, poupança, investimento, fiscalidade e preparação para a reforma.



### VIANA DO CASTELO

#### 27 MARÇO 2026 Reunião das Sub-Regiões

Reunião das Sub-Regiões da Ordem dos Médicos, com a presença do Bastonário, Carlos Cortes. O encontro permitiu discutir temas relacionados com melhoria das condições de trabalho, valorização da formação médica e promoção de boas práticas clínicas.



### BRAGANÇA

#### 20 MARÇO 2026 Pós-Graduação em Epidemiologia

Início da segunda edição da Pós-Graduação em Epidemiologia e Análise de Dados em Investigação Clínica, em parceria com o Instituto Politécnico de Bragança e o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.



#### 1 ABRIL 2026 Tertúlia literária “Não é Mentira”

Iniciativa organizada em parceria com a livraria “Era Outra Vez...”, dedicada à interpretação livre de um excerto literário.



#### 24 ABRIL 2026 Exposição de Arte Contemporânea

Inauguração da exposição de pintura de Júlio Capela Cruz, patente até 25 de julho.



## Atividades nas Sub-regiões

### VILA REAL

#### 19 FEVEREIRO 2026 Sessão sobre SIADAP

Sessão dedicada ao impacto do SIADAP na avaliação e progressão da carreira médica, com a participação de representantes da FNAM e do SIM.



#### 20 MARÇO 2026 Curso Básico de Pediatria

Formação dedicada a temas frequentes da prática clínica pediátrica, incluindo alimentação, vacinação e alergias, em parceria com o Serviço de Pediatria da ULSTMAD.



#### 27 FEVEREIRO 2026 Sessão sobre Inteligência Artificial

Sessão sobre o impacto da IA na prática médica e os desafios éticos e deontológicos associados à sua utilização.



#### 10, 17 E 24 ABRIL 2026 Curso Intensivo de Cuidados Paliativos

Curso teórico-prático sobre controlo da dor, sintomas, comunicação de más notícias, cuidados em fim de vida e apoio no luto.



## Atividades nas Sub-regiões

### BRAGA

24 FEVEREIRO A 7 ABRIL 2026

Webinar “Ferramentas que te fazem publicar!”

Ciclo de sete sessões dirigido a médicos, internos e estudantes interessados em desenvolver competências na investigação científica.



3 ABRIL 2026

Semana Santa de Braga

Participação institucional na Procissão do Enterro do Senhor, integrada na Semana Santa de Braga.



### Tomada de posse das Comissões Regionais Consultivas e do Observatório de MGF

A 5 de março, o Salão Nobre da SRNOM recebeu a cerimónia de tomada de posse das Comissões Regionais Consultivas e do Observatório de Medicina Geral e Familiar (MGF) para o mandato 2025–2029. A sessão reuniu responsáveis institucionais, membros das 23 comissões agora empossadas e representantes do Observatório, assinalando o início de um novo ciclo de atividade destas estruturas de apoio técnico-científico à Ordem dos Médicos.

LER O ARTIGO COMPLETO →



## Informação | Centro

# Exercício físico no contexto do Dia Mundial da Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. De acordo com esta definição, nenhuma outra medida promotora de saúde influencia tão globalmente esta como a atividade física, pois os seus efeitos, desde que praticada adequadamente, tem repercussões benéficas a nível físico, mental e social.

O exercício físico é hoje reconhecido como um dos pilares fundamentais da promoção da saúde e da qualidade de vida. Mais do que uma recomendação opcional, a atividade física regular é considerada uma estratégia essencial de prevenção da saúde e bem-estar ao longo de toda a vida.

Na saúde física, a prática regular de exercício físico contribui diretamente para prevenir e controlar várias doenças crónicas comuns na sociedade atual, como a diabetes tipo 2, a obesidade, as doenças cardiovasculares, a osteoporose e alguns tipos de cancro. Na saúde mental reduz os sintomas de ansiedade e depressão, melhora o humor e a autoestima, aumenta a capacidade de concentração, melhora a qualidade do sono e reduz o stress do dia a dia. Na qualidade de vida global, proporciona, para além de uma vida mais ativa, autónoma e social, uma sensação de bem-estar mediada por substâncias libertadas pelo cérebro durante o exercício físico, chamadas endorfinas.

O conceito de que o exercício físico faz bem à saúde nasceu na década de 50 do século passado, quando o *London Bus Study* mostrou que os condutores dos autocarros de Londres, que passavam o dia sentados, tinham mais enfartes do miocárdio do que os cobradores de bilhetes, que passavam o dia em movimento. Desde então, a sua importância aumentou exponencialmente à medida que múltiplos estudos científicos vieram demonstrar, inequivocamente, benefícios, não só a nível cardiovascular, mas também a outros níveis, de entre os quais destaco a área do envelhecimento.



O exercício físico é um dos fatores mais fortes e cientificamente comprovados para aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida dos mais velhos. Vários estudos indicam que as pessoas ativas fisicamente vivem três a sete anos mais, em média, do que as sedentárias.

Se se analisar o que o processo de envelhecimento faz de negativo ao ser humano, a nível dos vários sistemas e aparelhos, verifica-se que o exercício físico faz precisamente o contrário, isto é, o exercício físico contraria o envelhecimento. Por isso, pode dizer-se que o exercício físico é um antagonista natural do envelhecimento. Previne a perda de funcionalidade associada à idade, contribui para a prevenção e controlo de algumas doenças, contraria as perdas cognitivas, aumenta a autoestima, contraria a solidão e melhora os problemas de sono, ansiedade, depressão e, não menos importante, promove o bem-estar.

Por tudo isto, no Dia Mundial da Saúde, faz sentido promover o exercício físico como um dos mais importantes pilares para a saúde e bem-estar da população.

**Manuel Teixeira Veríssimo**  
Presidente da Secção Regional  
do Centro da Ordem dos Médicos



LER ARTIGO →

## Ordem dos Médicos promoveu recepção médicos internos: Castelo Branco, Guarda e Viseu

O início do Internato Médico assinala um momento crucial de crescimento pessoal, científico e ético, marcado por novos desafios, aprendizagens exigentes e pela progressiva consolidação da identidade médica.

Decorreu, na Covilhã, a sessão de recepção aos médicos internos de Formação Geral e Especializada, promovida pelo Conselho Sub-regional de Castelo Branco da Ordem dos Médicos. A iniciativa reuniu, a 27 de janeiro, jovens de todo o País e alguns médicos estrangeiros que escolheram a região para realizar o internato.

Miguel Castelo Branco, anfitrião, destacou a importância de fixar médicos no interior, pelo impacto

na qualidade dos cuidados de saúde e na vida das populações. Também o Presidente da Secção Regional do Centro sublinhou a relevância da formação contínua e de uma medicina que concilie ciência e humanismo, alertando para os riscos da excessiva dependência tecnológica. Manuel Teixeira Veríssimo enfatizou ainda a necessidade de formação de qualidade, colaboração institucional e participação ativa

dos médicos na Ordem.

Os jovens médicos apresentaram-se individualmente, evidenciando espírito de entreatajuda. Foram ainda intervenientes representantes das autarquias da Covilhã e de Idanha-a-Nova que reforçaram o interesse em promover políticas concretas de atratividade.



A 11 de março, a Sub-Região da Ordem dos Médicos da Guarda realizou a sessão de boas-vindas aos novos médicos internos de 2026. O anfitrião, João Pedro Silva, destacou a importância de exercer medicina no interior, pelo impacto na qualidade dos cuidados e na qualidade de vida das populações.

A cerimónia, que foi adiada devido à primazia dada à resposta do plano de contingência de inverno, reuniu jovens de várias zonas do País ((Aveiro, Celorico da Beira, Coimbra, Guarda, Madeira, Penela, Porto, Vila Nova de Famalicão, Póvoa de Varzim, Viseu) que escolheram a Guarda para realizar o Internato. O Presidente da Secção Regional do Centro sublinhou a relevância da formação contínua e de uma medicina que concilie ciência e humanismo, alertando para os riscos da excessiva dependência tecnológica. Expressou o seu otimismo sobre o futuro da

medicina, renovando o apelo para que os jovens não se esqueçam do lado humano, para que tratem os seus utentes com cuidado e atenção. Manuel Teixeira Veríssimo incentivou ainda à competência, empatia e participação ativa na Ordem.

Foram ainda oradores: a Diretora do Internato Médico da ULS da Guarda, Cláudia Vaz, a presidente do Conselho de Administração da ULS da Guarda, Rita Figueiredo; e, em representação do presidente da Câmara Municipal da Guarda, o vereador Rui Melo, responsável, entre outras, pela Divisão de Desporto e Saúde.

Os jovens médicos, que se apresentaram individualmente e receberam pequenas lembranças da ULS e da OM, evidenciaram um forte espírito de cooperação e entreatajuda.



A 13 de março idêntica sessão foi organizada pela Sub-Região da Ordem dos Médicos de Leiria. Neste momento crucial de crescimento pessoal, científico e ético, a anfitriã, Liane Carreira, sublinhou a importância de os jovens médicos conhecerem a “sua sede”, isto é, “a casa de todos”.

Ao citar todos os intervenientes nesta sessão, a presidente do Conselho Sub-regional de Viseu da Ordem dos Médicos apresentou o presidente da SRCOM bem como o secretário daquele órgão viseense, um jovem psiquiatra, a quem coube fazer uma breve apresentação sobre os desafios do Internato Médico. Liane Carreira reconheceu

a importância do internato e os médicos que optam por exercer nas regiões do interior, contribuindo para o reforço da qualidade dos cuidados de saúde e para a melhoria da qualidade de vida das populações.

Estes médicos internos de formação geral e da formação especializada são oriundos de várias zonas do País (Aveiro, Braga, Belmonte, Carregal do Sal, Chaves, Cinfães, Felgueiras, Funchal, Lamego, Lisboa, Mangualde, Nisa, Portimão, Sendim, S. Pedro do Sul, Valongo, Vila Nova de Foz Coa, Vila Nova de Gaia, Tábua, Porto).



Na sua intervenção, o Presidente da Secção Regional do Centro voltou a destacar a importância de reforçar o compromisso com os valores essenciais da medicina, destacou igualmente a importância da formação contínua ao longo da carreira médica, sublinhando que a medicina deve ser entendida como uma conjugação indissociável entre Ciência e Humanismo. “Ser médico é muito mais do que ter uma profissão”, disse, acrescentando que “ser médico é um compromisso com as pessoas”. E recorreu a uma frase que diz amiúde: “Quem não gosta de pessoas terá alguma dificuldade em ser médico, porque ser médico é gostar de pessoas. É importante termos o objetivo de sermos bons médicos e tratarmos bem as pessoas”. Sublinhou que, apesar dos avanços tecnológicos, como a inteligência artificial, a relação humana com o doente não pode ser esquecida. Defendeu uma prática que uma competência e empatia, valorizando tanto a ciência como a “arte da medicina”, e alertou que o humanismo — ouvir, compreender e cuidar do doente — deve permanecer central.

Destacou o apoio da Ordem dos Médicos ao longo da carreira, incentivando os jovens à participação ativa na instituição. Sublinhou ainda o trabalho desenvolvido na garantia da qualidade formativa e desafiou-os a envolverem-se na vida associativa e concluiu desejando-lhes felicidades.

Por fim, o médico psiquiatra da ULS Dão-Lafões, João Brás, abordou o tema “Desafios no Internato Médico”, deixando várias recomendações dirigidas aos jovens que agora iniciam esta etapa. O também secretário da Ordem dos Médicos de Viseu, médico especialista em Psiquiatria há apenas dois anos, sublinhou que o internato “tem de ser verdadeiramente vosso”, defendendo que cada interno

deve procurar personalizar ao máximo o seu percurso formativo, incentivando-os a aprender com colegas mais experientes. Recorreu mesmo a uma analogia com o desporto para ilustrar a exigência da formação médica: “Somos uns atletas, temos de treinar para uma boa performance”. Nesse sentido, defendeu que o estudo deve ter uma forte componente prática e que é essencial manter o diálogo com internos mais antigos e especialistas. Ao mesmo tempo, aconselhou os jovens médicos a manterem uma mente aberta e espírito crítico, lembrando que irão encontrar doentes particularmente desafiantes ao longo do percurso.

João Brás salientou também a importância de reservar tempo para a investigação e de procurar construir um internato ajustado aos interesses e objetivos de cada um. Por fim, deixou um alerta para o equilíbrio pessoal: tal como no desporto, “o atleta também é uma pessoa”, pelo que “é fundamental preservar tempo para a vida pessoal e cultivar uma rede de apoio sólida”. No final desta sessão formal, seguiu-se um jantar.

A Ordem dos Médicos agradece a amabilidade a todos os que tiveram presentes nestas cerimónias de acolhimento.

A todos, votos de muitos sucessos!

*“Ser médico é muito mais do que ter uma profissão (...) ser médico é um compromisso com as pessoas”.* MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO



*“(…) cada interno deve procurar personalizar ao máximo o seu percurso formativo, incentivando-os a aprender com colegas mais experientes”.* JOÃO BRÁS

## Tertúlia destaca itinerário cívico e criativo de Fernando Namora

O país e o mundo, as suas paisagens naturais e humanas, moldam a obra e o fascínio de Fernando Namora pela paleta de cores e texturas da sua vida. Os roteiros e a obra deste escritor médico - figura marcante da literatura portuguesa do século XX que se licenciou em Coimbra e fez parte da geração de 40 e da corrente literária do neorealismo - foi o tema da tertúlia que resultou de uma organização conjunta da UPopular/Ateneu de Coimbra e da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.



Rui Jacinto, geógrafo e profundo conhecedor da obra de Fernando Namora, conduziu uma conversa sobre este escritor médico, depois de mostrar os vários itinerários trilhados por Fernando Namora, sessão que fez parte do Programa das Comemorações Populares do 25 de Abril em Coimbra: As vivências de Condeixa, Coimbra, Monsanto, Alentejo, Lisboa, e vários outros locais fora de Portugal, foram o ponto de partida para uma leitura sobre as diversas pátrias de Fernando Namora.

O Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, anfitrião da sessão, agradeceu ao Ateneu a possibilidade de fazer esta tertúlia que poderá ser considerada, em sentido lato, mais uma homenagem a este ilustre médico. “Nunca serão demais as homenagens a Fernando Namora”, sublinhou.

Por seu turno, Raquel Vilaça, da Direção do Ateneu, lembrou a feliz coincidência desta iniciativa se ter realizado precisamente no dia em que o médico e escritor

fará 107 anos. A docente da Faculdade de Letras destacou ainda o percurso cívico e político de Fernando Namora que “denunciou injustiças”.

O conferencista, que nos remeteu para a vasta obra de Fernando Namora, mostrou como o legado do escritor ainda se mantém atual, dando assim uma dimensão intemporal à obra que é profundamente marcada pelo contexto sociopolítico em que foi construída.

“A obra de Namora é uma feliz conjugação de opostos, uma salutar tensão entre contrários, seja entre nós e o outro, a noite e a madrugada, o rural e o urbano.”, disse Rui Jacinto. O geógrafo mostrou as diversas geografias artísticas de Namora: a escrita, a caricatura e a pintura que sempre acompanharam o percurso do médico.

Cada lugar, cada cenário seria, no fundo, ‘um molde’ e uma inspiração para este autor cuja obra literária foi, recorde-se, traduzida para mais de 20 países.



## Informação | Sul

# Construção de hospital deve avançar sem desculpas para atrasos



Os participantes no encontro dividiram-se por mesas de discussão, cada uma com diferentes temas

O novo Hospital do Oeste dominou a discussão numa reunião dos médicos, no dia 21 de fevereiro, que foi promovida pelo Conselho Sub-regional do Oeste, a que preside António Curado, visando lançar o debate em torno das preocupações locais. A maioria dos médicos defendeu que a criação de um único hospital público para toda a região é a solução mais eficiente e sustentável.

Os participantes na sessão foram divididos por 11 mesas temáticas, das quais fizeram também parte o Bastonário da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, o Presidente e a Secretária do Conselho Regional do Sul, Paulo Simões e Sandra Carmo Pereira, respetivamente. Cada grupo analisou desafios concretos de diferentes áreas, desde a Medicina Interna, a Cirurgia, a Urgência, a Saúde Materno-Infantil, os Cuidados de Saúde Primários, a Medicina Privada até à Saúde Mental. António Curado afirmou sair da reunião “de coração cheio” com o envolvimento dos colegas, mas alertou também que o Oeste enfrenta uma “falta crescente de novos médicos”, agravada pela degradação de infraestruturas, pela ausência de diferenciação e pela incapacidade de reter talento”. Já Carlos Cortes incentivou a que este tipo de iniciativas seja “alargado à sociedade civil num debate mais amplo sobre o futuro da saúde na região”.

### INTERNOS NAS UNIDADES DE SAÚDE: FUNDAMENTAL

A reunião de médicos incluiu a receção aos internos do Oeste, em que esteve presente Carlos Cortes, António Curado e Paulo Simões, que considerou a

presença dos jovens colegas nas unidades desta região fundamental para o futuro dos serviços. Por outro lado, além de sublinhar que a visão dos novos médicos sobre o futuro “tem de ser enquadrada na realidade em que a Medicina vai estar inserida”, referiu uma grande preocupação com os serviços públicos, “que estão sobre grande pressão”.

Para Paulo Simões, quase tudo tem de mudar, desde o discurso às práticas oficiais, sendo também necessário lutar para que não se instale o desânimo. O dirigente defendeu, contudo, que a aposta deve assentar em “olhar para novas formas de rapidamente transformar o hospitalocentrismo em algo diferente, com cuidados de proximidade, e tentar dar a resposta que a comunidade precisa”.



Os internos marcaram forte presença na reunião, que incluiu a tradicional receção que o Conselho Sub-regional do Oeste promove



A Sub-região de Setúbal recebeu os novos médicos internos

## RECEÇÃO DESTACOU DESAFIOS E COMPROMISSO NA MEDICINA

Dezenas de novos da Sub-região de Setúbal foram recebidos num jantar de convívio, no dia 26 de março, em que a Presidente do respetivo Conselho Sub-regional felicitou a presença dos colegas. A representar o Conselho Regional do Sul esteve Miguel Bigotte Vieira, dirigente da Sub-região de Lisboa Cidade, que desafiou os médicos a serem “um fator de mudança”.

Na sessão, que decorreu no Novotel, em Setúbal, Sara Paulino apelou a todos os internos para que, apesar das dificuldades que possam sentir, nunca se esqueçam que serão sempre médicos e para que exerçam a profissão “com amor e gratidão”. “Quando cairmos vamos em frente, pelo respeito a nós próprios e à ciência”, acrescentou. Ao jantar antecedeu um *welcome drink* e no final foi realizada uma atividade prática, conduzida por Sara Paulino, que encerrou depois a sessão com uma breve apresentação da Ordem dos Médicos. No evento estiveram outros dirigentes da Sub-região de Setúbal, como a Vice-presidente, Dulce Pascoalinho, o Secretário, Jorge Silva, a Vogal Bruna Martins, o Presidente da Mesa da Assembleia Sub-regional, Daniel Travancinha, e Rafael Almeida, membro da Assembleia de Representantes.



Os novos médicos de Évora foram recebidos pelo Conselho Sub-regional num jantar

## INTERNOS RECEBIDOS EM ÉVORA COM APELO À MUDANÇA

A sub-região de Évora recebeu os novos médicos no dia 23 de março, num jantar na Pousada do Convento de Arraiolos, onde o Presidente do Conselho Sub-regional, Fernando Almeida, sublinhou as vantagens de fazer o internato no Alentejo, mas também as dificuldades locais e do Serviço Nacional de Saúde, considerando que esta realidade “pouco animadora” deve ser um “estímulo à mudança”.

Já o Presidente do Conselho Regional do Sul apelou para que os médicos não percam “o espírito de missão” e incentivou-os a refletir acerca do futuro da Medicina. Para Paulo Simões “há passos que têm de ser dados”, tendo defendido uma aposta na formação por competências e a introdução de um modelo de “certificação”, que considerou ser “incontornável no futuro”.

Por sua vez, o Presidente do Colégio da Especialidade de Saúde Pública considerou ser “absolutamente fundamental” todos os médicos estarem alinhados “num esforço coletivo”. Ricardo Mexia sublinhou também a importância de fortalecer a relação médico-doente no contexto de uma pressão assistencial “muito grande”. A sessão teve o apoio da Câmara Municipal de Arraiolos, cuja vereadora, Ana Tomaz, encerrou as intervenções.

## COMPETÊNCIA E PROXIMIDADE COM OS DOENTES

Os novos médicos dos Açores tiveram a sua receção no dia 23 de janeiro, na sede da Ordem dos Médicos (OM) em Ponta Delgada, onde o Presidente do Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores (CMRAA) os exortou a serem “tecnicamente competentes, mas nunca distantes” dos doentes e sublinhou a “etapa determinante” que iniciaram.

“Ser médico nos Açores é estar próximo das pessoas, muitas vezes em contextos de isolamento, fragilidade social ou de distância física dos grandes centros. Aqui o médico continua a ser uma referência de confiança”, disse Carlos Ponte. Por outro lado, o dirigente alertou os novos colegas para algo que considera “essencial”: embora reconheça estar a viver uma “era de extraordinários avanços”, a tecnologia “nunca substitui o humanismo e os meios devem ser utilizados com rigor, espírito crítico e atualização permanente”.

A receção aos internos contou com a presença da secretária regional da Saúde e Segurança Social, Mónica Seidi, e da Vice-presidente do Conselho Regional do Sul, Filipa Lança, que saudou os novos internos e deixou-lhes “toda a disponibilidade da OM para os apoiar”.



O Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores recebeu os novos internos

## INTERNOS TOMARAM CONTACTO COM APOIOS DA ORDEM

O Conselho Sub-regional de Faro recebeu os novos internos numa sessão que decorreu no dia 22 de janeiro, num restaurante da Ilha de Faro, e que contou com a presença de Maria Guilhermina Pereira, Vogal do Conselho Regional do Sul, em representação do Presidente. O encontro teve início com uma apresentação de *slides*, pela Presidente do Conselho Sub-regional de Faro, sobre diferentes tipos de apoios que a Ordem presta aos médicos, com maior destaque para a área formativa, através do Fundo de Apoio à Formação Médica (FAFM). Outras estruturas mencionadas, entre muitas, foram o Fundo de Solidariedade e o Gabinete Nacional de Apoio ao Médico, que ajudam em circunstâncias difíceis da vida. Depois da apresentação feita por Catarina Mendonça, Maria Guilhermina Pereira falou sobre a organização da Ordem dos Médicos (OM). O evento contou, ainda, com uma mensagem de vídeo do Bastonário, Carlos Cortes, que sublinhou a importância da proximidade com a OM e saudou os internos pela escolha do Algarve para a sua formação.



Os novos médicos da Sub-região de Faro foram recebidos pelo respetivo Conselho Sub-regional da OM

## Trabalho, dieta saudável, exercício e dormir bem

**O ciclo CONFERÊNCIAS FORA DA CAIXA, promovido pelo Conselho Regional do Sul, contou com uma segunda sessão, cujo orador foi Gustavo Jesus. Na conferência PODEM OS MÉDICOS SER FELIZES?, que decorreu no dia 25 de fevereiro, no auditório da Ordem dos Médicos, em Lisboa, o psiquiatra abordou os fatores que podem contribuir decisivamente para “estar feliz”, conceito que defende ser mais acertado do que o de “ser feliz”.**

Gustavo Jesus, que apoiou parte da sua intervenção em estudos rigorosos sobre a felicidade, apontou a boa organização no trabalho, a dieta saudável, o exercício físico regular e o sono de qualidade como os quatro pilares da felicidade. Outro aspeto que considerou igualmente importante diz respeito às boas relações sociais. Segundo o médico, entre os benefícios mais valorizados por quem procura um emprego, a organização no trabalho, além de ser de “grande complexidade”, é o único fator que “não depende de cada pessoa”, mas sim de lideranças próximas e distantes. Em termos de dieta, Gustavo Jesus advertiu que “não há superalimentos e que essa coisa de comer romãs todos os dias é um engano”, defendendo, então, uma dieta rica em fibra com proteína de boa qualidade, visando um efeito positivo no bem-estar das pessoas.

Já o exercício físico está testado que contribui para o “alívio da inflamação sistémica e protege do stress”, referiu o conferencista, que deu também uma importância decisiva ao sono, considerando que as teses nas redes sociais, de que se pode dormir pouco e fica tudo bem, “são perigosas”.

O psiquiatra sublinhou, ainda, a importância da qualidade das relações sociais, que “nos tornam mais felizes e saudáveis”, e de ter um “*work-life balance*” positivo, em que o tempo dedicado ao trabalho é apenas o aceitável e permite a cada médico fazer tudo o que é de mais importante na sua vida.

Por outro lado, Gustavo Jesus, que é também diretor do serviço de Psiquiatra da

Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, abordou de forma breve a questão do *burnout*, caracterizado pela “exaustão emocional, despersonalização, sensação de ineficácia e reduzida realização profissional”.

No final houve, ainda, um momento dedicado à discussão de ideias pelo público, seguido de uma breve intervenção do Presidente do Conselho Regional do Sul, para quem a sessão ajudou a entender que é necessário “pensar sobre o que queremos para o futuro”. Paulo Simões sustentou também a necessidade de mudar todo o processo de formação dos médicos, para que sejam capazes de manter vidas felizes, numa altura em que as exigências de dedicação superam o razoável.



Gustavo Jesus destacou a boa organização no trabalho, a dieta saudável, o exercício físico regular e o sono de qualidade como os quatro pilares da felicidade

## Workshop visou formar e criar coesão

O Conselho Regional do Sul (CRS) organizou, no dia 16 de janeiro, um *workshop* para dirigentes da Região Sul, que visou “criar coesão” e promover discussão de problemas. Na abertura, no auditório da Ordem dos Médicos (OM), em Lisboa, o Presidente do CRS, Paulo Simões, partilhou a esperança de que “no final do dia todos possam afirmar que se tratou de uma algo produtivo, com muita aprendizagem”.

No período da manhã foram abordados, pelo Departamento Jurídico da OM Sul, os Princípios Éticos Fundamentais, os Desafios Éticos, a Responsabilidade Pública e as Boas Práticas, assentes na prevenção de conflitos e na formação ética e deontológica. Mais tarde, Miguel Pina e Cunha, professor na Nova SBE, conduziu uma sessão formativa que levou os dirigentes a refletir e a discutir diferentes temáticas, através de uma abordagem mais detalhada acerca de liderança e comunicação.

### ÉTICA E RESPONSABILIDADE PÚBLICA NA LIDERANÇA DA OM

Paulo Sancho, do Departamento Jurídico, sublinhou a importância de os médicos agirem “livres de pressões políticas, partidárias, grupos de interesse ou económicos” e de atuarem com rigor ético, técnico e deontológico, realçando, por outro lado, os princípios da justiça, independência e objetividade e a importância de manter a transparência. O novo Código Ético de Conduta foi frequentemente mencionado pelo advogado, sobretudo no âmbito dos Desafios Éticos. Paulo Sancho abordou os conflitos de interesse e alertou para possíveis dilemas consequentes da “conjugação do princípio de separação de poderes quando se pondera uma resposta rápida” da Ordem”.



Paulo Sancho e Paula Quintas apresentaram os princípios e desafios éticos e indicaram boas práticas a ter em conta na liderança da Ordem dos Médicos



Dezenas de dirigentes da Região Sul participaram no workshop que visou fortalecer competências e a proximidade entre colegas

Já Paula Quintas explicou que a responsabilidade pública da OM assenta primeiramente na defesa da profissão, cujas “dimensões significativas” são a qualidade e segurança da prática médica, as condições de trabalho e a proteção da autonomia da ética médica. Por outro lado, destacou a questão do sigilo profissional e realçou a importância do consentimento informado. A advogada defendeu, ainda, a importância de “instituir mecanismos de prevenção” ao nível dos conflitos de interesse, que, no fundo, passam pela transparência, imparcialidade, tomada de decisões “fundamentadas em normas e evidências” e promoção de um “ambiente instituição, ético e responsável”.

### DIRIGENTES REFLETIRAM SOBRE LIDERANÇA, COESÃO E COMUNICAÇÃO

Os médicos participaram numa sessão formativa que visou ajudar a entender a liderança de uma forma “simultaneamente realista e positiva”, através de uma abordagem focada essencialmente na coesão, princípios de atuação comuns, ética, responsabilidade pública, comunicação e coordenação. Durante este período, os dirigentes foram desafiados a refletir e a discutir entre eles as diferentes temáticas. Foi realizada uma primeira atividade prática, cujo objetivo consistiu em compreender melhor o que define uma boa liderança, quer do ponto de vista do trabalho, quer do ponto de vista da comunicação. Miguel Pina e Cunha explicou que liderar é, no fundo, um “processo de influência social”, durante o qual os líderes devem assegurar uma boa comunicação que deve “fluir em todas as partes de uma equipa”.

Os dirigentes determinaram exemplos de atributos que associam a bons líderes, atividade da qual resultaram ideias assentes na empatia, organização, justiça, comunicação, tranquilidade, segurança, clareza, acessibilidade, gestão de conflitos, coragem, adaptabilidade, imparcialidade, competência, capacidade de visão e decisão, resiliência, humildade, coerência, responsabilidade, no otimismo e espírito de missão.



Por outro lado, o formador alertou para a importância de os líderes atuarem como um exemplo a seguir, garantindo que estão sempre ao lado da sua equipa e que fazem parte da solução quando ocorre algum problema. “O que define uma liderança é o equilíbrio entre o pragmatismo e realismo”, disse. Miguel Pina e Cunha falou, ainda, sobre algo que intitulou de “modelo de liderança suficientemente boa”. Nesse contexto considerou que um bom líder deve fazer a contenção dos danos provocados pelo que o rodeia, bem como a comunicação com as equipas deve ter um impacto positivo nas organizações, criando, assim, espaços seguros.

*O que define uma liderança é o equilíbrio entre o pragmatismo e realismo.*

Os médicos refletiram sobre a forma como se pode construir segurança psicológica. Desta iniciativa resultaram ideias como uma comunicação positiva mais factual, a capacidade de “falar tanto como deixar os outros falarem”, de assumir os erros e de partilhar os sucessos.



**BiG.**

Protocolo BiG & Ordem dos Médicos

# Para cuidar da sua saúde financeira.



PUB

Com o BiG tem acesso a condições especiais para fazer mais pelas suas poupanças e investimentos.

Abra conta e garanta o acompanhamento personalizado de um consultor de investimento para otimizar a sua saúde financeira.


**Mínimo de abertura de conta: 2.000€**

Quer saber mais sobre as condições do Protocolo BiG & Ordem dos Médicos?

Leia este QRCode



 **Conta sem comissões**

 **Depósitos especiais Ordem dos Médicos**

 **Check-up financeiro gratuito**

 **Preço exclusivo**



# APOIOS À INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA 2026/2027

17<sup>a</sup>  
edição

Tendo como objetivo incentivar a investigação centrada no ser humano saudável, nas suas dimensões física e espiritual, especialmente em temas ainda pouco explorados, mas suscetíveis de profunda e rigorosa análise científica, a Fundação Bial abre uma nova edição do programa de Apoios Financeiros a Projetos de Investigação Científica, com as seguintes características:

**1. Objeto e Objetivos** - São contempladas neste Programa apenas candidaturas referentes a Projetos de Investigação científica nas áreas da Psicofisiologia e da Parapsicologia. Os objetivos a alcançar no âmbito do Projeto de Investigação são os indicados na candidatura submetida.

**2. Destinatários** - Podem concorrer investigadores científicos, individualmente ou em equipa, com exceção dos colaboradores da Fundação Bial e de qualquer uma das sociedades que integrem o Grupo Bial.

O Investigador Principal e o Coinvestigador Principal (se aplicável) com Projeto(s) de Investigação financiado(s) pela Fundação Bial ainda em curso, no âmbito dos Apoios ou do Prémio Maria de Sousa, também podem concorrer; contudo, apenas poderão usufruir do apoio financeiro ao abrigo do Programa após conclusão com sucesso do(s) mesmo(s) antes de 31 de outubro de 2027.

**3. Duração e Início** - Os Apoios têm uma duração máxima de 3 anos, com início entre 1 de janeiro e 31 de outubro de 2027.

**4. Montante e Pagamentos** - As candidaturas aprovadas beneficiam de Apoios num montante total até €60.000 (sessenta mil euros). O montante concreto será livremente determinado pela Fundação Bial, de acordo com o seu exclusivo critério, em função das necessidades específicas do Projeto de Investigação.

O Apoio atribuído a cada Projeto de Investigação deve ser considerado como montante máximo, a pagar pela Fundação Bial depois de verificados os documentos de despesa submetidos, nos termos previstos no Regulamento dos Apoios Financeiros a Projetos de Investigação Científica da Fundação Bial (doravante "Regulamento").

Os pagamentos são efetuados direta e exclusivamente à Entidade de Acolhimento, com periodicidade anual ou semestral, a definir em função da calendarização do Projeto de Investigação.

**5. Candidaturas** - As candidaturas, elaboradas em língua inglesa e de acordo com o Regulamento, devem ser submetidas até 31 de agosto de 2026 através da Plataforma de Gestão de Apoios da Fundação Bial (BF-GMS) disponível em [www.bialfoundation.com](http://www.bialfoundation.com).

Não são admitidas candidaturas respeitantes a:

- Projetos de Modelos Clínicos ou Experimentais de Patologias Humanas e Terapêutica;
- Projetos que tenham como âmbito principal o comportamento alimentar, o comportamento sexual ou o exercício físico;
- Projetos de neurociência fundamental (mecanismos celulares, moleculares e bioquímicos do funcionamento cerebral) que não estejam direta e inequivocamente associados a uma medida psicofisiológica.

A Fundação Bial reserva-se o direito de recusar candidaturas de Beneficiários anteriores que tenham de forma reiterada violado as suas obrigações legais e contratuais.

**6. Avaliação e Comunicação da decisão** - As candidaturas são avaliadas pelo Conselho Científico da Fundação Bial. A decisão é comunicada aos candidatos no prazo de 4 meses após o termo do período de submissão das mesmas.

**7. Regulamentação** - A submissão da candidatura implica e pressupõe a plena aceitação, sem reservas, pelo candidato dos termos e condições previstos no Regulamento, pelo qual se rege a presente edição.

O Regulamento encontra-se disponível e pode ser obtido em:

