



Revista da Ordem dos Médicos

Visita ao Hospital de Santa Maria
- pág. 46

Grito de alerta em defesa dos doentes
- pág. 22

CHTMAD: Vagas carenciadas não chegam
- pág. 50

Internos denunciam ilegalidades
- pág. 43

Carreiras médicas e o SNS
- pág. 40

Descentralização um novo caminho para a Saúde?
- pág. 19

Sistemas de saúde europeus
- pág. 12

Atraso nos concursos
- pág. 36

Lei de Bases da Saúde
- pág. 54

Homenagem a Paulo Mendo
- pág. 58

Excelentes soluções, com acompanhamento exclusivo



No momento de investir, conte com a experiência de um banco global, sólido e de confiança. Escolha a Banca Privada do BBVA e tenha profissionais atentos do seu lado, para o acompanhar na gestão das suas finanças e desenhar consigo a estratégia de investimento que mais se adequa às suas expectativas.

Saiba mais em BBVA.pt.



**Revista da
Ordem dos Médicos**
Ano 34 - N.º 191
JULHO - AGOSTO 2018

**PROPRIEDADE:
Conselho Nacional
da Ordem dos Médicos**

SEDE:
Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa
Telefone geral da OM: 218427100

Bastonário da Ordem dos Médicos:
Miguel Guimarães

Director:
Miguel Guimarães

Directores Adjuntos:
António Araújo,
Carlos Diogo Cortes,
Alexandre Valentim Lourenço

Directora Executiva:
Paula Fortunato
E-mail:
paula.fortunato@ordemdosmedicos.pt

Redação:
Paula Fortunato
Filipe Pardal

Dep. Comercial:
rom@ordemdosmedicos.pt

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

Capa:
2aocubo

Redacção, Produção
e Serviços de Publicidade:
Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa
Tel.: 218 427 100 – Fax: 218 427 199

Impressão:
MULTITEMA
Partners for Printing and Mobile

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

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

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

Nota da redacção:

Os artigos assinados são da inteira
responsabilidade dos autores;
os artigos inseridos nas páginas
identificadas das Secções Regionais
são da sua inteira responsabilidade.
Em qualquer dos casos, tais artigos
não representam qualquer tomada
de posição por parte da Revista da
Ordem dos Médicos.

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

editorial

02 Pela união dos médicos, em defesa dos doentes!

06 breve revista de Imprensa

10 agenda

informação

11 Publicação de artigos científicos: práticas fraudulentas

11 Cartão de Crédito OM - AE

11 Mudança de instalações - CGA

11 www.ordemdosmedicos.pt

atualidade

12 Healthcare Systems in Europe
Uma análise aos sistemas de saúde europeus

19 Descentralização: um novo caminho para a Saúde?

22 Médicos lançam grito de alerta em defesa dos doentes
É preciso reforçar a importância da saúde para a economia

26 Saúde mental e envelhecimento ativo: uma responsabilidade de todos

28 "Em Defesa do Serviço Nacional de Saúde":
É preciso reforçar a importância da saúde para a economia

30 Gestão hospitalar 100 margens: Os nossos hospitais estão no limite

32 Semana Digestiva
"Humanizar competências, desafiar os limites"

34 Presidente da República e bastonário em Pedrógão
É preciso aprender com esta tragédia

36 Médicos de família recém-especialistas denunciam atraso nos concursos

37 Bastonário visita CHBM
Hospitais permitem acesso indevido a dados clínicos?

40 Ordem debate no Porto o passado, presente e futuro das carreiras médicas e do SNS

43 Qualidade da formação em risco: Internos denunciam ilegalidades

44 "Acidentes - Saúde, Inclusão e Justiça" em análise no Porto

46 OM visita Hospital de Santa Maria
Internos escolhem preferencialmente outros hospitais

50 Vila Real: médicos desmotivados e exaustos
7 vagas carenciadas para 26 serviços carenciados não chegam!

54 Ciclo de debates - Lei de Bases da Saúde
O principal valor do SNS são as pessoas

58 Paulo Mendo recebe Distinção Excelência atribuída pelo bastonário da OM

OM
Revista da Ordem dos Médicos

Nº 191 | Julho - Agosto 2018 | Volume 17-24

Grito de alerta em defesa dos doentes - pág. 22

Visita ao Hospital de Santa Maria - pág. 46

CHBM: vagas carenciadas não chegam - pág. 50

Internos denunciam ilegalidades - pág. 43

Carreiras médicas e o SNS - pág. 40

Descentralização: um novo caminho para a Saúde! - pág. 19

Sistemas de saúde europeus - pág. 32

Até nos concursos - pág. 36

Homenagem a Paulo Mendo - pág. 53

Lei de Bases da Saúde - pág. 54

entrevista

- 60 Paulo Mendo - Os objetivos de saúde estão esquecidos de uma maneira inconstitucional
- 63 António Sousa Pereira - A humanização da Medicina é um fator determinante para a qualidade dos cuidados de saúde

Região Sul

- 66 MAC: uma face da disfunção da rede materno infantil
- 68 Setor público, privado e social - um dos debates mais antigos da nossa Democracia
- 70 Balanço da visita ao Hospital de S. Bernardo e ACES do Arco Ribeirinho

Região Centro

- 72 "Em Defesa do Serviço Nacional de Saúde"
- 74 Ordem enaltece duas gerações de médicos pelo papel relevante na Medicina e na Democracia
- 76 Coimbra | A apresentação do livro 'Tango, Quebec, Uniform', do médico psiquiatra Luiz Canavarro

Região Norte

- 78 Pela qualidade da medicina
- 82 Conferência - O Norte da Saúde Braga e Vila Real
Novo impulso à reforma dos Cuidados Primários

opinião

- 84 "Diálogo. Diálogo? Sim, diálogo! Hã... diálogo..."
- 88 Desmaterialização da Receita – Será que no poupar é que está o ganho?
- 90 Como manter o passo
- 92 Exercício e saúde - Exercício Clínico
- 94 Os Médicos lidam muito mal com a incerteza e com o erro - Porquê?
- 96 Jovens médicos aguardam concurso, enquanto Governo autoriza contratação de médicos aposentados



Pela união dos médicos, em defesa dos doentes!

Miguel Guimarães
Bastonário da Ordem dos Médicos

O exercício da função de bastonário obriga-me muitas vezes a ter que recordar a alguns de vós que, antes de tudo, são médicos e que, independentemente dos cargos que ocupem, nunca o devem esquecer. A nossa profissão tem características únicas, que decorrem do papel também social e humano que compete aos médicos.

Recordo-o a mim mesmo todos os dias. Porque ser médico implica um exercício profissional consciente e digno em que a Saúde dos nossos doentes tem de facto que ser a nossa primeira preocupação. Antes de qualquer interesse económico. Antes de qualquer desejo de progressão na carreira. Antes de tudo. É esse o nosso juramento e tem que ser essa a nossa postura profissional.

Reconheço a enorme pressão a que todos (os profissionais de saúde e) nós médicos, incluindo aqueles que exercem cargos de liderança, estamos sujeitos diariamente. Como se não bastasse a pres-

são assistencial, pela falta de recursos humanos em Saúde e o nosso desejo de corresponder às necessidades da população, temos ainda que lidar com a pressão financeira, de orçamentos ingeríveis, a pressão tecnocrata de procedimentos e processos cada vez mais morosos que nos condicionam diária e permanentemente a atividade clínica, ou com a pressão logística de todos os dias enfrentarmos a tomada de consciência de que faltam equipamentos e recursos para o exercício de uma Medicina de qualidade. Estas são formas de pressão que prejudicam a Saúde dos doentes e dos médicos. Entristece-me como bastonário, mas especialmente como médico, a consciência de que a degradação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) assumiu proporções nunca antes vistas, resultado do desinteresse e desinvestimento de sucessivos Governos. Mas acredito que juntos podemos de facto fazer a diferença e mudar o rumo (ou encontrar um) do SNS.

Esta é, aliás, uma mudança que se começa a desenhar quando os médicos se unem em defesa dos seus doentes e da Medicina, como aconteceu recentemente com a demissão de 16 chefes de equipa da urgência do Hospital de São José, por falta de condições e de recursos humanos, feita oficialmente através de uma carta que também me foi remetida, posição que foi secundada através de um documento assinado por 157 médicos do mesmo hospital, numa atitude expressiva de manifesta solidariedade entre Colegas que trabalham no serviço de urgência.

Como bastonário sinto um enorme orgulho de ter sido eleito por médicos que assumem a defesa da segurança dos doentes como seu primeiro desígnio. Estejam certos que têm o meu total e incondicional apoio.

Tal como também aconteceu na Maternidade Alfredo da Costa, acredito (e sei) que outros Colegas – perante a degradação das unidades de saúde onde trabalham - têm ponderado as mesmas opções. Poderão também esses contar com o meu total apoio, pois reconheço como fundamental que estejamos dispostos a assumir o nosso papel central na defesa de uma medicina de qualidade e de boas condições técnicas para o seu exercício, pois só assim podemos garantir a segurança dos doentes.

Só demonstrando o nosso empenho na defesa dos princípios e valores subjacentes à nossa profissão é que estamos a contribuir para a mudança que todos desejamos.

O Código Deontológico (CD) da Ordem dos Médicos atribui-nos deveres, mas também nos defende daqueles que querem pôr em causa a autonomia essencial ao exercício da Medicina e da qual decorre também a nossa responsabilização perante os doentes, as administrações hospitalares, a tutela, a Ordem dos Médicos e a sociedade... Conforme estatuído no art. 4º, nº 8 e 9: "o médico deve cuidar da permanente atualização da sua cultura científica e da sua preparação técnica, sendo dever ético fundamental o exercício profissional diligente

Prometi que a Ordem seria um parceiro ativo junto do poder legislativo e executivo, intervindo sempre que estivesse em causa a qualidade da Medicina e o acesso da população a cuidados de Saúde qualificados. É isso que tenho feito. E, no respeito pelas normas técnicas e pelos princípios éticos e deontológicos da nossa profissão, é isso que continuarei a fazer

e tecnicamente adequado às regras da arte médica", devendo ter um "comportamento público e profissional adequado à dignidade da sua profissão".

Como médicos, no exercício da nossa profissão, somos técnica e deontologicamente independentes e responsáveis pelos nossos atos (art. 6º) e em caso algum podemos ser subordinados à orientação técnica e deontológica de estranhos à profissão médica no exercício das nossas funções clínicas.

No artigo 8.º do CD são definidas as condições de exercício, referindo esse articulado nomeadamente que "o médico deve exercer a sua profissão em condições que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e a especificidade da sua ação, não aceitando situações de interferência externa que lhe cerceiem a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de atuar em conformidade com as *leges artis*"; e no ponto 2 do mesmo artigo fica explícito o dever do médico "comunicar à Ordem todas as tentativas de condicionar a liberdade do seu exercício ou de imposição de condições que prejudiquem os doentes."

A todos é salvaguardado o direito a recusar a obediência a ordens contrárias a estes princípios.

Além da essência da Medicina protege-nos, assim, o nosso Código Deontológico, definindo que como médicos "só devemos tomar decisões ditadas pela ciência e pela nossa consciência" (art.7º).

Em nome de todos os médicos e dos doentes e grávidas, agradeço aos chefes de equipa do serviço de urgência do Hospital de São José e da Mater-

nidade Alfredo da Costa por agirem de acordo com a sua consciência e por serem um exemplo de humanismo e dignidade, e manifesto o meu incondicional apoio na defesa da qualidade da Medicina, da ética e da deontologia médicas. Agradecemos acima de tudo o importante sinal que deram à sociedade civil, aos decisores políticos e ao poder económico de que estão preocupados com a Saúde dos portugueses e que estão disponíveis para enfrentar - ao lado da vossa Ordem - qualquer desafio, assumindo uma voz ativa nas matérias que interferem com a qualidade da Medicina e a segurança clínica, não ignorando a relevância social, política e institucional da nossa profissão. E, reitero, estarei ao lado de todos aqueles - diretores clínicos, diretores de departamento, diretores de serviço, chefes de equipa, médicos especialistas ou médicos internos - que façam o devido uso dos mecanismos que o nosso Código Deontológico põe à sua disposição, nomeadamente o artigo 13.º (objeção técnica) que refere: "A recusa de subordinação a ordens técnicas oriundas de hierarquias institucionais, legal ou contratualmente estabelecidas, ou a normas de orientação adotadas institucionalmente, só pode ser usada quando o médico se sentir constrangido a praticar ou deixar de praticar atos médicos, contra a sua opinião técnica, devendo, nesse caso, justificar de forma clara e por escrito."

"Seja qual for o seu estatuto profissional" e sempre "com pleno respeito pelos preceitos deontológicos", todos os médicos têm a responsabilidade perante a comunidade de colaborar e apoiar com as entidades prestadoras de cuidados de saúde (art. 92.º). "Pode o médico porém cessar a sua colaboração em caso de grave violação dos direitos, liberdades e garantias individuais das pessoas que lhe estão confiadas, ou em caso de grave violação da dignidade, liberdade e independência da sua ação profissional", salvaguarda, contudo, esse mesmo artigo, garantindo que nenhum médico (nomeadamente os diretores clínicos) seja obrigado a colaborar perante ordens ilegítimas que, por exemplo, ponham em causa a segurança dos doentes. Do bastonário e da Ordem que vos representam podem esperar essa mesma postura: oposição a qualquer norma/medida que ponha em causa a segurança dos doentes e a qualidade da Medicina, mas também uma postura de colaboração e apoio a todas as entidades que demonstrem estar

a trabalhar em prol dos doentes, da Medicina e da melhoria do nosso SNS. É nosso dever (art. 108º do Regulamento de Deontologia Médica/Código Deontológico – "a solidariedade entre médicos constitui dever fundamental do médico e deve ser exercida com respeito mútuo e tendo em atenção os interesses dos doentes") mas também motivo de orgulho representar todos os médicos. Prometi que a Ordem seria um parceiro ativo junto do poder legislativo e executivo, intervindo sempre que estivesse em causa a qualidade da Medicina e o acesso da população a cuidados de Saúde qualificados. É isso que tenho feito. E, no respeito pelas normas técnicas e pelos princípios éticos e deontológicos da nossa profissão, é isso que continuarei a fazer: partindo desses pressupostos todos os médicos (e todas as instituições) poderão sempre contar com o apoio do bastonário e da Ordem dos Médicos.

Michel Foucault no seu livro "O nascimento da clínica" de 1963 diz que *"A primeira missão de um médico é de ordem ... política: A luta contra a doença deve começar pela guerra contra as más políticas"*. A afirmação e reflexão do filósofo e pensador francês é cada vez mais atual e deixa-nos um desafio que temos de saber vencer.

É imperativo mudar a política concursal

A abertura de concursos públicos para colocação de médicos especialistas nas unidades de saúde, nomeadamente nos centros de saúde e hospitais, tem-se atrasado de forma inaceitável e incompreensível, com muitas centenas de jovens especialistas a aguardar muitos meses pelo procedimento para poderem celebrar um contrato de trabalho nas instituições públicas. Esta situação é ainda mais incompreensível em face da contratação de trabalho médico através de empresas intermediárias, com custos muito elevados e menor qualidade nos cuidados prestados e, agora, com o anúncio de contratação de 400 médicos aposentados, quando temos mais de mil médicos que concluíram a sua formação especializada há mais de três meses (320 dos quais são especialistas em MGF) e ainda aguardam abertura de concurso. O Ministério parece estar sempre a tentar suprir a permanente falta de médicos no SNS mas... de forma errada ou ineficaz.

Vemo-nos lamentavelmente, outra vez, numa situação que deixa os nossos jovens especialistas permeáveis a propostas de contratação por hospitais privados, mas também para unidades de saúde estrangeiras, depauperando ainda mais a capacidade de renovação de recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde. Esta é uma situação que deveria ser prioritária para a tutela pois, se a colocação desses colegas no setor privado pode ser vista como um benefício para o sistema de saúde português como um todo baseado no princípio da complementaridade, já a emigração corresponde ao reconhecido desperdício de recursos de valor extraordinário. "Cada médico que emigra é como se oferecêssemos um Ferrari", dizia-nos a anestesiologista Alessandra Spedicato, numa reunião internacional aqui na OM da qual damos conta nesta edição.

Partilho inteiramente das preocupações e posições

defendidas na carta que recebi dos Colegas que aguardam colocação. Considero inaceitável que não abram de imediato os concursos para todos os que concluíram com aproveitamento a especialidade, ainda para mais sendo sobejamente conhecida a falta de médicos no Serviço Nacional de Saúde. É imperativo mudar a política de concursos públicos que tem sido seguida pelo Governo pois está a condicionar a qualidade dos cuidados de Saúde que prestamos aos cidadãos.

Estarei igualmente ao lado desses jovens Colegas e de todos os outros que continuam a trabalhar numa situação precária e indefinida e irei apoiá-los sempre em todas as medidas que visem a defesa do respeito e a dignificação que lhes é devido, e, preferencialmente, a sua permanência no SNS onde são necessários. E não vou desistir enquanto os concursos não forem anunciados e publicados.

II SÉRIE

DIÁRIO DA REPÚBLICA

Quinta-feira, 26 de julho de 2018

Número 143

ÍNDICE

SUPLEMENTO

PARTE C

Finanças e Saúde

Gabinetes dos Ministros das Finanças e da Saúde:

Despacho n.º 7140-A/2018:
Autoriza a abertura de procedimento concursal para a contratação de 856 médicos especialistas, área de saúde pública e área hospitalar, que adquiriram o correspondente grau de especialista na 1.ª época de 2018 20294-(2)

Despacho n.º 7140-B/2018:
Autoriza a abertura de procedimento concursal para a contratação de 378 médicos especialistas na área de medicina geral e familiar, que adquiriram o correspondente grau de especialista na 1.ª época de 2018 20294-(2)

Escreve um comentário...

José Miguel Guimarães
25 de Julho às 19:58

Caros colegas amanhã vão ser publicados os concursos para os jovens médicos (839 vagas hosp. 17 de SP e 378 para MGF). Boa escolha para todos 😊

Gosto **Comentar** **Partilhar**

OM 5

Julho-Agosto | 2018

Nota da diretora executiva da ROM:
o procedimento dos concursos para Medicina Geral e Familiar, medicina hospitalar e Saúde Pública teve início com a publicação da respetiva autorização de abertura de procedimento concursal no passado dia 26 de julho, após uma elevada pressão direta exercida pela Ordem dos Médicos e pelos jovens especialistas. Embora com atraso em relação ao prazo legal, este foi o maior concurso dos últimos anos para médicos recém-especialistas, com um total de 1234 vagas, e também o segundo mais rápido (o mais rápido aconteceu em 2016). Este concurso representa um momento importante de reconhecimento pelo Ministério da Saúde da validade dos argumentos que foram apresentados, num diálogo construtivo entre instituições que têm ambas uma mesma finalidade: o bem da saúde dos portugueses. Mas representa acima de tudo a esperança de que a política de abertura de concursos obedeça a um procedimento mais célere tal como impõe o diploma recentemente aprovado no Parlamento (o qual obriga à abertura de concurso no prazo de 30 dias após conclusão do internato médico). Entretanto, no dia 30 de julho, foi publicada em Diário da República, os avisos de abertura dos dois procedimentos concursais, pelo prazo de cinco dias úteis, a contar dessa data, como prontamente noticiamos no site nacional (www.ordemdosmedicos.pt). O caminho faz-se caminhando...

Imprensa

JM

27-06-2018

Dados divulgados revelam desinvestimento na Saúde

O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, considera que há vários anos o desinvestimento na Saúde Estatal é "grave" e "grave".

mentou 3% em 2017, equivalente

A despesa g

ia 3. Tepie

ym roku.

DZIE

SOW

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

15

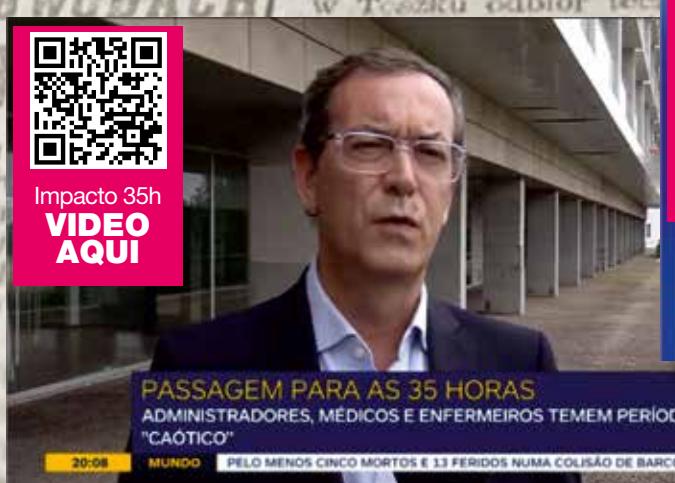
15

15

15

15

Breve revista de Imprensa





**Mestrados
2018-2019**

**Cuidados
Continuados
e Paliativos**

Geriatria

**Investigação
Biomédica**

**Medicina
do Desporto**

**Medicina
Legal e
Ciências
Forenses**

**Patologia
Experimental**

**Saúde
Ocupacional**

1^aFASE
1.JUN
13.JUL.18

2^aFASE
24.AGO
5.SET.18

**ESTUDOS
AVANÇADOS**



MEDICINA

#*be*FMUC

**Pós-graduações
Cursos de Especialização**

**Dentisteria
Operatória
e Estética**

Endodontia

**Gestão e
Direção
em Saúde**

Mais informações

**Gestão Académica -
Estudos Pós-Graduados
da FMUC**

Telefone: + 351 239 857 720
e-mail: posgraduado@fmed.uc.pt

Candidatos



<http://www.uc.pt/candidatos/>

Candidaturas



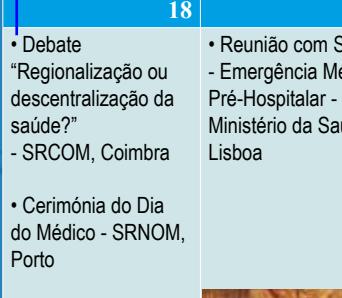
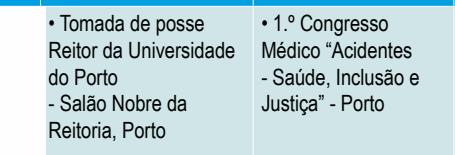
[https://inforestudante.uc.pt/
nonio/security/candidaturas.do](https://inforestudante.uc.pt/nonio/security/candidaturas.do)

**Gabinete de Estudos
Avançados**

Telefone: +351 239 857 729
e-mail: gea@fmed.uc.pt

AGENDA

Junho 2018

SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA	SÁBADO	DOMINGO
				1	2	3
						• Conferência "Gestão hospitalar 100 margens: Médicos e Gestores" - Algarve
4 • Reunião do CNECV - Assembleia da República, Lisboa • Reunião - MFR - Assembleia da República, Lisboa	5 	6 • Tomada de posse dos Colégios da Especialidade - OM, Lisboa • Reunião Geral dos Colégios - OM, Lisboa • Cerimónia dos 50 anos de inscrição - OM Lisboa	7 • Convenção Nacional da Saúde - Culturgest, Lisboa	8 • Convenção Nacional da Saúde: apresentação da Agenda da Saúde para a Próxima Década - Culturgest, Lisboa	9 • Debate - "Presente e Futuro do Sistema Regional de Saúde" - Madeira	10
11 	12 	13 	14 	15 	16 	17 • XI Congresso Nacional de Queimados - Debate «Renascer Um Ano depois» – Pedrógão Grande
18 • Debate "Regionalização ou descentralização da saúde?" - SRNOM, Coimbra • Cerimónia do Dia do Médico - SRNOM, Porto • Entrega dos Prémios Daniel Serrão e Corino de Andrade - SRNOM, Porto	19 • Reunião com SEAS - Emergência Médica Pré-Hospitalar - Ministério da Saúde, Lisboa	20 • Apresentação da tese de mestrado "Ética em cirurgia geral" - ISEG, Lisboa • Assinatura de Acordo Empresa - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa	21 • Semana Digestiva 2018 - Congresso Português de Gasterenterologia - Porto	22 • II Congresso Internacional de Geriatria e Saúde Mental - Espaço Inovação da Mealhada	23	24
25 	26 	27 • Tomada de posse Reitor da Universidade do Porto - Salão Nobre da Reitoria, Porto	28 • 1.º Congresso Médico "Acidentes - Saúde, Inclusão e Justiça" - Porto	29 • CMIN Summit'18 - Porto	30 • Conferência "Em Defesa do SNS" - Coimbra	

Nota: Reproduzimos nesta agenda apenas as principais representações do bastonário da Ordem dos Médicos em conferências que proferiu e congressos em que participou, entre outros eventos. Não incluímos muitos eventos diários, como reuniões com médicos, representantes dos sindicatos, associações científicas, Ministério da Saúde, ACSS, etc.





Cartão de Crédito OM - American Express

A Ordem dos Médicos celebrou em 07/07/1997 um protocolo de colaboração com o CrediBanco – Banco de Crédito Pessoal, S.A., que permitia a qualquer médico a solicitação de emissão de Cartão de Crédito Ordem dos Médicos, da rede da American Express. Face a alterações da legislação europeia, a American Express vai cessar a emissão de cartões de crédito através de parceiros bancários em 19 países da Europa, incluindo Portugal. Por esta razão, concordou-se com a cessação por mútuo acordo do protocolo existente, com efeito a partir de 31 de dezembro de 2018.

Podemos ainda informar que:

- o Millennium bcp vai deixar de emitir cartões American Express Ordem dos Médicos a partir do dia 01 de julho de 2018.
- Os cartões American Express atualmente existentes manterão o seu funcionamento normal, sem qualquer limitação ou diferença, até meados de janeiro 2019.
- A informação individual será efetuada pelo Banco através de mailing/ emailing.

Publicação de artigos científicos: práticas fraudulentas



Chegou ao conhecimento da Ordem dos Médicos a existência de uma rede de empresas, que age sob diversos nomes, que utiliza práticas fraudulentas como a ocultação de custos associados à publicação de artigos científicos (a aplicação de fees para publicação é uma prática normal em revistas open access, já a sua ocultação é obviamente fraudulenta), mas também o recurso a declarações erróneas quanto à qualidade das publicações que editam, ou a promessa de - mediante o pagamento de uma taxa - tornar a publicação mais rápida com recurso a processos de peer review "mais céleres" ou mesmo sem essa revisão.

Entre essas alegações, a mais comum é a falsa referência à existência de um processo de peer review, que na verdade é inexistente ou muito incipiente. Essas práticas levam a que muitos médicos sejam defraudados, vendo os seus artigos publicados em revistas sem as características que alegam e que não cumprem os requisitos mínimos de qualidade para publicação científica. O número de casos de médicos defraudados tem aumentado, havendo relatos de médicos portugueses que foram enganados com o pedido de fees elevados (sem que fossem previamente informados da existência desse pagamento associado) para a concretização de publicações (até não solicitadas). Também as autoridades americanas já iniciaram ação judicial, visando o fim de tais práticas, contra um conjunto de empresas (OMICS Group Inc., iMedPub LLC, Conference Series LLC e Srinubabu Gedela) as quais terão feito falsas declarações quanto às publicações científicas que detêm, omitindo os custos associados à publicação de artigos científicos e mentindo quanto à natureza e reputação dessas publicações, para atrair mais autores a publicar. Mais informação sobre esse processo, instaurado pela Federal Trade Commission, pode ser consultada em <https://www.ftc.gov/news-events/press-releases/2017/11/ftc-halts-deceptive-practices-academic-journal-publishers>

A este propósito, leia-se o artigo "Predatory Publishing: Uma Indústria que Está a Ameaçar a Ciência" da autoria de Joana Revés, Bernardo Marques da Silva, José Du-rão, Nuno Vouga Ribeiro, Samuel Lemos e Pedro Escada, publicado na Acta Médica Portuguesa Vol 31, No 3 de 2018 (<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/9810>) no qual se explica algumas estratégias para combater a fraude na publicação científica, sendo essencial expor essas práticas.



Mudança de instalações - Caixa Geral de Aposentações

A Caixa Geral de Aposentações, I.P., mudou de instalações. Encontra-se agora no Edifício Sede da Caixa Geral de Depósitos, S.A., sito na Avenida João XXI, 63, em Lisboa. Assim, caso necessite de deslocar-se aos serviços da CGA, designadamente ao atendimento presencial, ao médico relator ou à junta médica, por favor, tenha presente a nova morada.

www.ordemdosmedicos.pt

Este mês publicamos no site nacional diversas ofertas de emprego médico em várias especialidades (nacional e internacional), critérios curriculares de admissão na Competência de Geriatria, critérios de atribuição de Capacidade Formativa em Medicina Paliativa, e questionário aos respetivos serviços, a proposta de regulamento, sob consulta pública, referente à submissão de projetos de investigação para divulgação pelos instrumentos de comunicação da Ordem dos Médicos, diversos pareceres técnicos e jurídicos, nomeadamente do Colégio da Especialidade de Radioncologia sobre Radioterapia de Protões, pré-programa do Congresso Nacional de Medicina e de outros encontros científicos, legislação diária, e diversos artigos de opinião no espaço "Tribuna".

HEALTHCARE SYSTEMS IN EUROPE

AEMH-FEMS Conference 2018

Lisbon, 7 June 2018 (14h/18H)
Venue: Ordem dos Médicos, Avenida Almirante Gago Coutinho, 151, 1749-084 Lisboa, Portugal



Uma análise aos sistemas de saúde europeus

Miguel Guimarães esteve na abertura da reunião, recebendo os representantes da Associação Europeia de Médicos Hospitalares (AEMH) e da Federação Europeia dos Médicos Assalariados (FEMS), tendo referido a importância da troca de experiências para que todos os países possam melhorar os seus sistemas de saúde. "Essa troca de experiências é essencial para atingirmos o equilíbrio entre sistemas", concordaria Enrico Reginato, presidente da FEMS. Desta análise comparativa aos sistemas de saúde europeus todos os intervenientes concordaram com a necessidade de investir mais e melhor na saúde como forma de garantir maior segurança clínica.

Texto e fotos de: Paula Fortunato,
Diretora executiva da ROM

A reunião, que teve lugar em Lisboa no dia 7 de junho, realizou-se no âmbito da reunião magna da AEMH (organizada pela OM) e da FEMS (organizada pelo SIM) e na sessão de abertura contou com a presença de Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, Alexandre Valentim Lourenço, presidente do conselho regional do Sul, João de Deus, presidente da AEMH e Enrico Reginato, presidente da FEMS. Na condução dos trabalhos estiveram Paulo Simões, tesoureiro da FEMS, António Pedro Soure (do SIM – Sindicato Independente dos Médicos) e João Grenho (departamento internacional da OM).



Erich Teo Merholz, vice-presidente da AEMH, fez o enquadramento do sistema de Saúde alemão, no qual trabalhavam, em 2015, 5 milhões de pessoas. Os indicadores mostram a satisfação dos utilizadores, com tempos de espera reduzidos, proximidade, capacidade de escolha livre e qualidade, como sendo os principais fatores que contribuem para o bom desempenho do sistema. A Alemanha gasta com a saúde 12,5% do seu PIB. Em 2013, este país gastou 300,4 biliões de euros na saúde dos seus cidadãos, com um aumento do

investimento na saúde que, em 2016, atingiu 356,14 biliões de euros. "A despesa com a saúde tem subido sempre", facto que, como foi referido, não preocupa a congénere alemã. 88% da população está coberta pelo sistema nacional de saúde alemão, incluindo os cônjuges que não têm rendimentos e as crianças. Quem tem um rendimento anual superior a 59.400 euros tem obrigatoriamente que pagar um seguro de saúde mandatório. Dados de 2007 apontavam para a existência de 314,9 mil médicos no ativo na Alema-

nha. Dez anos depois são 385.149 médicos, com uma distribuição equitativa pelos setores público, privado e outros, entre os quais 45.370 médicos estrangeiros (em 2007 eram 16.818). 15% da totalidade dos médicos é especialista em MGF e outros 15% em Medicina Interna. A divisão da prestação de cuidados está repartida da seguinte forma: 30% privado, 38% o correspondente ao setor social e 32% no público. "A formação pós-graduada é semelhante à portuguesa" com curso de cinco anos, 1 ano comum e 4 a 6 anos de especialização. A maior diferença assinalada é a diminuição do número de médicos que saem das faculdades (9574 em 2007 para 9215 em 2015) a par dos vencimentos que, para um interno do ano comum será de 4.402 € e no 6º ano de formação atinge os 5.658 €/mês. O pagamento/hora aumenta na proporção de quanto mais se trabalha e varia entre 28 e 35€/hora enquanto que em Portugal um assistente graduado recebe cerca de 11€ por cada hora extraordinária. Na Alemanha em média um diretor de serviço ganha como ordenado base anual 129 mil euros. O país tem reduzido os tempos de internamento, tendo Erich Teo Merholz elogiado Portugal pelo muito que tem avançado em termos de e-health. Num retrato final do país, explicou que a população está a envelhecer, sendo expectável a necessidade de tratamentos mais caros e maior despesa com medicamentos. "Na Alemanha, as profissões de saúde estão a tornar-se menos atrativas para os jovens", concluiu.



Seguiu-se a apresentação dos holandeses, que em 2016 tinham uma esperança média de vida à nascente de 81,5 anos e que em dezembro de 2017 tinham 45.969 médicos registados. Por ano, na Holanda, entram 500 novos estudantes de medicina, existindo uma instituição independente que aconselha o ministro sobre quantos novos especialistas são necessários em cada área. Na área tecnológica foram referidas dificuldades, semelhantes às que estavam a acontecer em Portugal, porque cada instituição de saúde usa os programas que quer, dificultando o desenvolvimento de um processo clínico único. Como explicou Christiaan Keijzer, representante holandês, o país tem dificuldades em "reter" médicos, registando a saída de 5.700 e a entrada de apenas 2.700 médicos. O financiamento do sistema – com base num seguro de saúde obrigatório ao qual acresce um contributo baseado no vencimen-

to – é efetuado de forma que o doente não sabe se o médico é trabalhador independente ou trabalhador por conta de outrem. Como fatores negativos do seu sistema de Saúde, Christiaan Keijzer referiu o mau acesso a consultas da especialidade. "A taxa de mortalidade infantil, a taxa de sobrevivência em doenças oncológicas e a prevenção do alcoolismo" são três áreas em que não se registam melhorias significativas. No acesso à inovação e promoção da atividade física, o orador considera que a Holanda não consegue obter bons resultados. "Investir na prevenção permite viver mais e melhor. Não seria melhor apostarmos na prevenção para reduzirmos os custos da saúde a longo prazo?", concluiu, referindo que o gasto per capita com saúde, dados de março de 2018, é de 5.202 dólares e que, neste momento, a Holanda investe 10,5% do seu PIB na saúde. Com foi referido, na Holanda há mais de dez anos que o Ministério da Saúde foi aconselhado a baixar o numerus clausus para reduzir o desajuste entre a capacidade formativa e o número de candidatos.



Serdar Dalkilic, representante francês, explicou o enquadramento de um sistema de saúde que serve 67 milhões de habitantes e no qual se gasta 12% do PIB na saúde, com 46,5% desses gastos a serem aplicados na área hospitalar (dados de 2016). Com

a crise económica, também os franceses enfrentam dificuldades, com 13% da população a afirmar, em 2010, não se tratar por insuficiência financeira, num país que possui 2751 estabelecimentos hospitalares, 427.232 camas e 966 hospitais públicos, ocupando um total de 198.760 médicos com atividade regular e uma idade média de 53 nos homens e 49 nas mulheres e vencimentos que podem variar entre 5 e 8 mil euros, tendo sido referido que, no setor privado, a média de vencimento é 6 mil euros. Como pontos positivos no sistema de saúde francês, referiu a liberdade de escolha para doentes e médicos, o acesso com cobertura total (em teoria), e como negativo salientou o facto de ser um sistema caro, o envelhecimento dos médicos, e o facto de haver insuficiente prestação de cuidados, nomeadamente em termos de prevenção da doença e promoção da saúde. "É preciso banir as questões de performance e rentabilidade porque a saúde não é um bem de consumo", recordou, defendendo a "promoção da eficiência e do humanismo".



Pela Roménia, Vlad Tica, falou de um sistema de saúde que quase só tem "contras" no oitavo maior país da Europa, que tem neste momento uma evolução demográfica negativa (84 mil emigrantes em 2017). Com um setor público com problemas graves,

nomeadamente por falta de verbas (o valor aplicado na Saúde é 4,2% do PIB, sendo necessário ter em conta que o PIB na Roménia é muito baixo), o país possui 570 hospitais, dos quais 187 são privados, gastando na saúde cerca de 340 a 400 €/ano por habitante. A Roménia surge sempre no último lugar – ou entre os últimos – quanto ao investimento e, consequentemente, apresenta mau desempenho. Ao contrário de Portugal que está entre os que mais investem no ambulatório, a Roménia concentra a maior parte dos gastos na hospitalização. Com 57.300 médicos ativos em 2016, Vlad Tica salientou as más condições de trabalho, com diversos hospitais a não respeitar as diretrizes europeias, entre as quais a dos tempos de trabalho. Desde 2010, todos os anos saem da Roménia entre 2 e 3 mil médicos. Na Roménia faltam médicos, financiamento, prevenção, coordenação dos vários níveis de cuidados e o acesso a cuidados nas zonas rurais é insuficiente e a taxa de mortalidade infantil a mais elevada da Europa, e a taxa de infeção hospitalar também é muito elevada, sublinhou. Acresce que a descentralização foi negativa, tendo os conselhos de administração ficado "dominados pelos políticos locais", num país que em 20 anos teve 25 ministros da saúde. Como fatores positivos do sistema de saúde romeno, o orador referiu a boa formação e o facto de ter havido um aumento salarial que promoveu o regresso de alguns médicos, esse é, aliás, um dos objetivos: "trazer os médicos de volta ao país" e que deseja "retirar políticos – e outros amadores – do sistema operativo de decisão".



Karin Botelson, vice-presidente da OM sueca e presidente da Associação sueca de médicos hospitalares, descreveu a Suécia como um bom sítio para viver, com dez milhões de habitantes (dos quais 640 mil possuem seguro de saúde privado), 6 hospitais universitários, 64 unidades hospitalares e um hospital privado.

A oradora lamentou a falta de médicos e a disfuncionalidade dos cuidados de saúde primários (que faz com que os hospitais se enchem com doentes que poderiam ser seguidos nos cuidados primários), bem como a falta de camas (apenas 2,5 camas por 1000 habitantes, número que é, na realidade, ainda menor, porque não há médicos e enfermeiros suficientes para essas camas). "Os médicos suecos são muito bem pagos" e o setor privado pouco significativo, mas as condições de trabalho são más e existe burnout entre os profissionais. "Mesmo assim, somos médicos muito orgulhosos".



Pela Croácia, Hrvoje Slobat, tesoureiro da AEMH, explicou como o sistema de saúde do seu país não permite a escolha do doente e um sistema de financiamento baseado na segurança social e solidariedade, com um seguro público de saúde obrigatório e baseado

nesses mesmos princípios que cobre 85% da despesa de saúde e com toda a população abrangida (99,7% dos cidadãos estão assegurados). Além do seguro, na Croácia o Estado tem transferido, de ano para ano, valores crescentes para a saúde para fazer face à despesa. "Quando comparada com países com o mesmo rendimento, a Croácia apresenta bons resultados", referiu o orador. Para melhorar o acesso, pois verificava-se uma grande pressão assistencial, nomeadamente na urgência hospitalar – foi implementado um sistema que dificulta o acesso hospitalar sem primeiro ir ao especialista em MGF. Outro ponto referido como muito positivo: a política e legislação de transplantação é progressista, e os centros médicos onde o pagamento pela atividade extra é bom, fez com que os resultados nesta área sejam muito positivos. O mais negativo a assinalar é a falta de recursos, listas de espera longas e a falta de acesso à inovação terapêutica, entre outras situações.



Pela Itália, a anestesiologista Alessandra Spedicato fez o enquadramento de um país com 61 milhões de habitantes, uma idade média de 45 anos, uma esperança média de vida à nascença de 84,9 anos. Quanto a recursos em saúde, foi referida a existência de 3,7 camas por 1000

habitantes num total de 195 mil **camas hospitalares** com uma ocupação excessiva que chega aos 115%, 296 mil médicos ativos, 185.650 dos quais são médicos especialistas, existindo 104 mil médicos com contrato público. A média de idade dos médicos italianos é de 53,06 anos e entre 20 a 25 mil médicos esperam vaga no internato (o internato em Itália só existe nos hospitais universitários). Para trabalhar no setor público, os médicos precisam de aceder a um PGT contract. O sistema, com 1.100 instituições de saúde, tem 24 milhões de urgências/ano e tempos de espera entre os 70 e os 300 minutos para os doentes não urgentes (verdes) e o investimento em saúde é de 6,5% do PIB (com um orçamento de 113 biliões de euros em 2018). "As listas de espera são sintoma dos constantes cortes no serviço público de saúde", referiu, explicando os novos standards aprovados pelo Governo italiano em 2016 para melhorar o acesso, promovendo mais cuidados em ambulatório. "Mas o que pouparamos nos internamentos não foi reinvestido", lamentou, referindo um número alarmante: "5 milhões de italianos desistiram de um tratamento médico..." Desconhece-se se eram exames redundantes ou tratamentos essenciais, concluiu. Sobre a implementação da diretiva dos tempos de trabalho, Alessandra Spedicato lembrou a importância de todos os colegas perceberem que a sua aplicação é uma questão de segurança clínica. Sobre a emigração médica, que à semelhança do nosso país, também acontece em Itália, a anestesiologista foi perentória: "Cada médico que emigra é como se a Itália oferecesse um Ferrari" ao país de destino. Sobre poupança em saúde, explicou que "com o uso de mais e melhores sistemas de apoio à decisão clínica poder-se-ia poupar 20 biliões de euros". Algumas dificuldades são idênticas às nossas: o valor de copagamento ascende a 600 € por pessoa, há disparidades entre regiões, resultado de "uma gestão regional do orçamento partilhado". Numa análise final, considerou positivo que o sistema italiano seja universal e equitativo no acesso a cuidados de saúde de alta qualidade para todos os cidadãos e falou da necessidade de melhorar as políticas de prevenção, os cuidados continuados, resolver os problemas originados na regionalização da saúde, lamentando que a falta de estabilidade política seja um fator prejudicial para o sistema de saúde.



A apresentação do contexto português ficou a cargo de João de Deus, membro do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos e presidente da Associação Europeia dos Médicos Hospitalares, que começou por recordar a evolução histó-

ria do sistema de saúde, recuando até à fase pré-SNS em que as Misericórdias tinham um papel preponderante, o posterior reconhecimento constitucional do direito à saúde e a um sistema de saúde gratuito e universal, com a implementação de uma rede hospitalar que ficou, infelizmente, essencialmente concentrada no litoral, mas cujos resultados positivos são evidentes: "em 1960 a mortalidade infantil atingia 77,5%, em 2015 baixou para 2,9%, enquanto a esperança média de vida aumentava de 63,9 para 81,2 anos. "Foi um trabalho difícil mas que valeu a pena", salientou orgulhoso do Serviço Nacional de Saúde português, referindo algumas estatísticas - como o facto de Portugal ter a 2º menor taxa de mortalidade por enfarte agudo do miocárdio da Europa - que fundamentam a justeza desse sentimento, especialmente no contexto nacional que, como salientou, tem um PIB baixo e uma despesa de saúde per capita baixa. "Então como alcançamos estes resultados?", perguntam-nos. Com um SNS organizado e baseado nas carreiras médicas e no desenvolvimento profissional contínuo e graças à liderança médica das equipas", facto que fundamentou com recurso a estudos sobre a ligação entre bons resultados hospitalares e a liderança clínica dos médicos. A progressão na carreira, baseada também na formação contínua, tem sido durante décadas uma alicante para a evolução constante dos médicos, explicou. Portugal tem agora 23 centros hospitalares com 20 hospitais fora desse sistema de "agrupamento" e 54 ACES, num sistema que está "mais confuso", considerou o orador. João de Deus explicou a introdução do conceito de "tendencialmente gratuito", resultado da alteração da Constituição da República Portuguesa, e o regime de copagamentos que originou, num sistema de saúde que está mais degradado nos últimos anos, com subfinanciamento, aprofundamento das desigualdades, reforma antecipada de médicos, carreiras desestruturadas, piores condições de trabalho, excesso de horas de trabalho, e menos segurança para os doentes. "As consequências são menor qualidade, falta de médicos e aumento dos riscos para os doentes". Naturalmente que em Portugal não é tudo mau e lembrou que houve uma fase de grande progressão nos cuidados de saúde primários e melhoria dos tempos e recuperação das listas de espera (tendência positiva que, infelizmente, está neste momento a ser invertida) e uma implementação consistente e eficaz em termos de e-health. Para o futuro, João de Deus espera que as políticas de saúde reconheçam e demonstrem que "o foco é - e tem que ser - a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes".





Pré-Programa do Congresso Nacional da Ordem dos Médicos – 2018

O Congresso Nacional da Ordem dos Médicos de 2018 está subordinado ao tema “O Futuro na Medicina”.

Considerando as múltiplas mudanças, que ocorrem diariamente, importa à classe médica conhecer e discutir quais vão ser os impactos no modelo de abordagem da saúde e da doença bem como na profissão médica.

Foi com o propósito de discutir o impacto do Futuro na Medicina que selecionámos um conjunto de temas que consideramos relevantes para avaliar os impactos na próxima década.

Os tratamentos médicos do futuro

O nosso objetivo é discutir, de forma global, sobre os principais grupos de abordagem terapêutica, já hoje em desenvolvimento e que poderão ser disruptivos para a futura abordagem das doenças. Dessa forma, iremos discutir a medicina genética e personalizada, bem como as terapêuticas celulares e moleculares. A nanotecnologia também será motivo de apresentação e de discussão, procurando, desta forma, discutir o impacto destas novas tecnologias nos avanços e ganhos em saúde.

A futura organização dos cuidados de saúde

A atual organização dos cuidados de saúde tem-se vindo a demonstrar gradualmente desajustada. O impacto das novas tecnologias na prestação de cuidados de saúde trará igualmente novas necessidades que importa conhecer e integrar. Iremos trazer várias experiências internacionais à discussão, de forma a poder perceber as melhores práticas e encontrar novos modelos organizativos que permitam garantir uma melhor acessibilidade, uma maior eficácia e maiores ganhos.

Novos modelos hospitalares, novos modos de organização de cuidados hospitalares e de cuidados de saúde bem como a avaliação do impacto do digital nos modernos cuidados de saúde estão entre as nossas prioridades.

O futuro dos sistemas de saúde na Europa

Num momento de globalização, de redes europeias, de networking, é cada vez mais relevante entender como se irão perspetivar os modelos em aberto em toda a Europa. Portugal vive cada vez mais integrado em redes europeias pelo que se afigura cada vez mais relevante o conhecimento de como está a evoluir a saúde na Europa. Este será um tema de uma das 3 conferências do Congresso.

COM O ALTO PATROCÍNIO
DE SUA EXCELENCIA



O Presidente da República



Mentes e máquinas do futuro

A tecnologia tem avançado exponencialmente nos últimos anos, trazendo o futuro muito rapidamente para o presente. O impacto de questões como a inteligência artificial, a robótica e a imagem no futuro da medicina são hoje verdades cada vez mais próximas, mas ainda a exigir uma melhor percepção do seu verdadeiro impacto. Os modelos de como vão integrar os sistemas de saúde merecem uma maior e mais aprofundada discussão.

Como vão ser as profissões de saúde no futuro

A percepção de que existe cada vez mais uma maior interpenetração entre as profissões, a relevância das equipas multidisciplinares e de qual o papel que o médico vai ter na prestação de cuidados de saúde no futuro estão a suportar uma discussão complexa mas necessária. Uma discussão sobre a qual os médicos devem ter a liderança. Temas que consideramos relevantes para a futura prestação de cuidados de saúde. Procuramos discutir diferentes modelos mais avançados e já em evolução em outros países.

Como se vão formar os médicos no futuro

O modelo da formação médica está hoje sujeito a múltiplas influências. A vertigem da evolução tecnológica associada a novos debates éticos levam a que os atuais modelos de formação sejam repensados e reformulados. Temas como o impacto da investigação e da simulação irão exigir novos modelos de formação médicos. Por outro lado, existem já novos modelos curriculares, em desenvolvimento noutros países, que importa conhecer e debater.

O meu médico

Pretendemos trazer uma visão daquilo que um cidadão pensa que é, nos dias de hoje, a sua visão do médico.

Será uma das três conferências deste congresso, proferida por uma personalidade portuguesa de relevo.

PRÉ-
PROGRAMA

COM O ALTO PATROCÍNIO
DE SUA EXCELENCIA



O Presidente da República

LIVROS DE MEDICINA

LIDEL | ORDEM DOS MÉDICOS

17 SET – 14 OUT

ATÉ
30%
EM CARTÃO

NAS 53 LIVRARIAS
BERTRAND E EM
BERTRAND.PT



DESDE 1732

a aprender COM OS PORTUGUESES

B
1732
BERTRAND
LIVREIROS



Descentralização: um novo caminho para a Saúde?

O debate “Regionalização ou Descentralização na Saúde?” juntou em Coimbra muitos médicos em torno da ideia de que é preciso reforçar a autonomia das unidades de saúde para melhorar a resposta às necessidades da população. Com José Manuel Silva, Francisco Amaral, Graciela Simões e Manuel Pizarro no painel, o debate atraiu médicos de todo o país e primou pela intensa participação. Entretanto, a descentralização está a avançar.

Texto de: Sofia Canelas de Castro,
Assessora de Imprensa Ordem dos Médicos



A excessiva centralização limita a autonomia e a capacidade de resposta das estruturas da saúde à população: esta foi uma das ideias-chave que norteou o debate sobre regionalização e descentralização na Saúde, promovido pelo Conselho Nacional da Ordem dos Médicos (OM), na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), em Coimbra. “É fundamental descentralizar, dar mais autonomia às instituições e parar com esta amputação da capacidade de resposta das unidades de saúde à população”, afirmou o bastonário, Miguel Guimarães.

A ideia-chave foi transversal às intervenções do painel que juntou na SRCOM o ex-bastonário e vereador da Câmara de Coimbra, José Manuel Silva, o internista e vereador da autarquia do Porto, Manuel Pizarro, a especialista em Saúde Pública e Medicina do Trabalho e membro da Assembleia Municipal de Lisboa, Graciela Simões, e o autarca de Castro Marim, Francisco Amaral. Uma mesa de médicos que encara com unanimidade a necessidade de descentralizar a gestão da Saúde, perante uma plateia maioritariamente concorrente.

Na abertura da sessão, que juntou em Coimbra médicos de todo o país – além de permitir a participação por videoconferência das sub-regiões de Faro e de Ponta Delgada –, Carlos Cortes, presidente da SRCOM, lembrou a discussão “aprofundada” que ocorreu há 20 anos e que levaria ao referendo (chum-



“Não temos tradição de regionalização – para além das duas regiões autónomas que faz sentido que o sejam – ou a criar regiões com autonomia política. Nem sequer conseguimos dar o passo para a descentralização e criar autonomia administrativa, sem correr riscos de agravar essa desigualdade regional”, alertou o ex-bastonário. Negando a regionalização como solução, o vereador do movimento Somos Coimbra, José Manuel Silva destacou

benefícios da descentralização “até para a qualidade de vida das grandes metrópoles. O Estado devia começar a descentralizar algumas instituições e até ministérios que seria uma forma de reduzir desigualdades em algumas regiões”, acrescentou, deixando o alerta: “Não podemos é correr o risco das micoprivatizações concelho a concelho”.

Também Graciela Simões chamou a atenção para os riscos a considerar. “A descentralização que gostaríamos de ver não é a que está a ser programada que não me parece trazer grandes benefícios para a saúde e os utentes já que se está a transportar só a carga de asfixia financeira para os municípios e não de planeamento”, concretizou. “Depois, está pouco clara a forma como se pretende implementar a organização e transferência de competências nos cuidados de saúde primários. O modelo prevê que a gestão dos assistentes operacionais passariam para os municípios, mas todos nós sabemos como estão a funcionar os cuidados saúde primários”, reforçou. Enaltecendo ainda a posição pública da Ordem dos Médicos, “que tem falado como nunca antes da defesa dos doentes”, Graciela Simões teme ainda que a descentralização possa trazer encargos para as autarquias “que ponham em risco a qualidade dos serviços e conduzam à continuação da degradação do SNS”, prejudicando, assim, os beneficiários: os cidadãos.

bado) da regionalização, lançando a questão: “A centralização vai potenciar ou não a igualdade de acesso e de oportunidades ou, pelo contrário, pode aprofundar a desigualdade através da criação de vários SNS pelo país?”

Manuel Pizarro é perentório: “Na minha opinião, temos de falar em descentralização mais regionalização, porque precisamos das duas, em partes distintas”, começou por afirmar.

“A verdade é que nos habituámos a ter um país centralizado e na saúde precisamos mesmo de descentralizar”, já que “o atual modelo está a conduzir as instituições à loucura e pode conduzir à falência do SNS”. Quanto ao modelo a aplicar, ainda restam dúvidas: “Temos de saber é como vai ser a gestão da saúde descentralizada porque quando se chega ao ponto de ter de depender de dois ministros para assinar papéis para libertar verba...?”, ironizou. Salientando vantagens numa “governação política de base regional e de regiões administrativas”, Manuel Pizarro foi em seguida contrariado por José Manuel Silva que logo lembrou o voto negativo ao referendo da regionalização. “E até hoje não houve nenhum argumento que me fizesse mudar de opinião”, frisou.

Mais convicto das vantagens da descentralização está Francisco Amaral que, na sua autarquia algarvia, garante já funcionar com alguma autonomia do poder central. "De repente recuei até 1999, quando a ministra saúde de então [n.r.: Manuela Arcanjo] advogava a minha perda de mandato [n.r.: na liderança da Câmara de Alcoutim] por ter mandado operar 70 doentes às cataratas, alguns quase invisiáveis. O facto é que ela foi substituída por Correia de Campos e eu ainda aqui ando", brincou o autarca de Castro Marim. "Já

se pode ver o que esta gente entende por descentralizar. Há 20 anos que ouço falar de regionalização e de descentralização e nada. Os governos são todos centralizadores. Se tivesse de esperar por eles", questionou, frisando que tem "feito descentralização efetivamente". Exemplos: "Campanhas de vacinação em massa – e nunca mais houve um surto de gripe em Alcoutim, por exemplo", um programa de combate à obesidade que serve 150 doentes e um outro de combate ao tabagismo, "com uma percentagem de êxito de 85% ao fim de um ano". "Isto é descentralizar", sublinhou.

Lembrando que "o financiamento não é igual para todas as regiões", o bastonário alertou para o risco de agravamento das desigualdades sociais no acesso aos cuidados de saúde: "O financiamento devia ser igual para todos. Qualquer cidadão devia ter os mesmos direitos das pessoas que vivem em Lisboa, no Algarve, no Porto ou noutra sítio qualquer do país", destacou.

Miguel Guimarães complementou as intervenções do painel com uma salvaguarda fulcral: "Antes de mais, temos de preservar o SNS e temos de ter coesão nacional para não correr o risco de ter pequenos SNS pelo país". Atualmente, reforçou ainda o bastonário, "temos a saúde completamente centralizada. E não apenas no ministério da Saúde, mas sim no das Finanças". Admitindo que a "regionalização poderia ter a vantagem de puxar pelo país e ser a mola para impulsionar a saúde", Miguel Guimarães reconhece, porém, que "é sempre perigoso e poderia pôr em risco o SNS. Percebo os receios que se possam ter nesta matéria quanto ao eventual aumento das desigualdades. O país é pequeno e pode ser governado centralmente, mas tem efetivamente de se descentralizar, de

Novo Fundo de Financiamento prevê 83 milhões de euros para a área da Saúde

No início de julho, o tema que motivara o debate começou a perspetivar-se como uma realidade com a Associação Nacional de Municípios Portugueses (ANMP) a concluir o processo negocial com o Governo sobre descentralização e finanças locais.

O acordo assinado contempla a criação, já no Orçamento do Estado de 2019, do Fundo de Financiamento da Descentralização, que será sustentado pelas verbas dos encargos que a administração central deixará então de assumir. O Fundo, previsto na nova Lei das Finanças Locais, poderá chegar aos 889,7 milhões de euros, dos quais 83 milhões serão canalizados para a área da Saúde, com a entrega aos municípios da gestão da rede de cuidados primários, no que respeita à administração de edifícios, manutenção, pessoal auxiliar, segurança e limpeza.

dar mais autonomia às instituições e parar com esta amputação da capacidade de resposta aos portugueses", frisou.

Na plateia, o psiquiatra Pio de Abreu, o professor jubilado Norberto Canha, Pedro Lopes (Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares), Ulisses Brito (presidente do Conselho Sub-regional de Faro da OM), Carlos Ordens (Aces do Baixo Mondego) e Rui Nogueira (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar) foram alguns dos muitos participantes que valorizaram a discussão com o seu contributo.

PUBLICIDADE

VOLKSWAGEN
GROUP SERVICES



Oferta de Emprego

Médico – Medicina no Trabalho (m/f)

Descrição

- Implementar e desenvolver o serviço interno de Medicina do Trabalho na organização
- Assegurar a Direção Clínica
- Realizar consultas de medicina no trabalho
- Coordenar atividades com os restantes departamentos da empresa
- Assegurar o cumprimento de todos os requisitos legais, inerentes ao serviço interno de Medicina no Trabalho

Requisitos

- Formação superior em Medicina
- Especialidade em Medicina do Trabalho
- Inscrição na Ordem dos Médicos
- Disponibilidade para trabalhar em Palmela

Oferta

- Flexibilidade de horário em regime part-time
- Gabinete Médico no Centro Médico
- Autonomia na gestão e organização do serviço de Medicina no Trabalho
- Reporte direto à Direção da empresa

Mais informações

Visite a nossa página www.volkswagen-groupservices.pt e consulte as ofertas de emprego disponíveis.

Quinta da Marquesa, Palmela
<http://www.volkswagen-groupservices.pt/>
+351 21 211 2436

A Volkswagen Group Company



Médicos da Maternidade Alfredo da Costa apresentam demissão

Chefes de equipa de ginecologia e

P
2-07-2018

quer de noite. A lei

12-07-2018

as que os m

lado Alfredo da

Hospital de São

ende Valentim

lido dos profis-

onários não conser-

ve as necessi-

tas.

quel Guima-

re manifestou à

união de que

idos 50 anos

urgência –

uma parte

incias entra-

contando o

“gritos de

mo não esta-

seguidamente

do

na falta

lança na

Miguel

ma visi-

ma ter-

emons-

ento

ou um

l méri-

l dali-

o por,

lorigi-

so ao

nas

ser-

ário

inti-

ro-

bo-

ca-

os da

o Destak

SAÚDE

16-07-2018

Bastonário

exige que

ministro peça

desculpas

A Ordem d

tem o Gove

significati

pitais públ

s d

p

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

o Bastonário

da Ordem dos

Médicos

visita

hoje a MAC

Pode-se falar de demissões em bloco. E sucessivas. O cenário no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) é de manifesta falta de recursos humanos e de exaustão dos médicos. No espaço de uma semana, os chefes de equipa de duas unidades hospitalares – São José e Maternidade Alfredo da Costa (MAC) – apresentaram demissão à administração. Dizem-se exaustos e sem as condições adequadas de segurança clínica, o que coloca em causa a qualidade dos cuidados

prestados aos doentes.

"Reitero o meu total apoio e destaco a coragem destes médicos que apresentaram demissão em nome da segurança dos doentes", disse o bastonário da Ordem dos Médicos (OM), à saída da visita ao Hospital de São José, a 10 de julho.

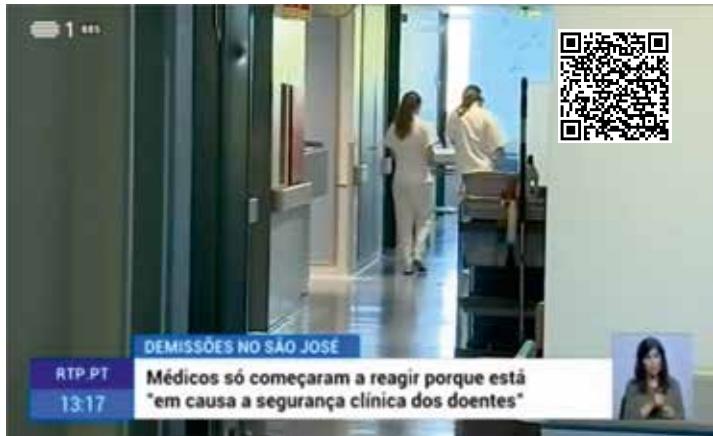
Miguel Guimarães e Alexandre Valentim Lourenço, presidente da Secção Regional do Sul da OM, reuniram com os chefes de equipa demissionários e ouviram as preocupações e razões que motivaram esta tomada de posição "por unanimidade".

"Agradeço-vos pela vossa coragem. É nossa obrigação defender os doentes quando não existem condições adequadas para garantir cuidados de saúde de qualidade", começou por dizer Miguel Guimarães. "Como já dizia o meu antecessor, José Manuel Silva, o verdadeiro provedor do doente é o médico". Por isso mesmo, "o ministro da Saúde foi desleigante, imprudente e negligente ao desvalorizar a situação, dizendo que esta era uma demissão de apenas dois ou três chefes de

equipa quando tal não é verdade, como não o é que se trate de um caso pontual, nem tão pouco a situação está a ser empolgada. Temo que haja mais hospitais do país a lidar com estas dificuldades", acrescentou. Dos médicos, o bastonário ouviu as razões que motivaram este "grito de alerta". "Nunca esteve em causa abandonarmos o serviço de urgência, defendemos o SNS e vestimos a camisola há 40 anos. O objetivo é que sejam repostas condições que nos deem garantias de segurança", reforçou um dos chefes de equipa de Medicina Interna. "Fiquei triste quando o ministro Adalberto Campos Fernandes fez comentários levianos em relação a uma situação que é grave", desabafou outro colega, sobre o facto de o ministro da Saúde ter desvalorizado as demissões. "Tomámos esta atitude unanimemente, de forma responsável, e se falámos em iminência de situação de catástrofe é porque é um risco real", sublinhou o mesmo médico. "Ninguém imagina o que nos deu tomar esta decisão, mas não podemos continuar neste esforço sobre-humano para manter a segurança dos nossos doentes", frisou outra colega demissionária.

Antes, os responsáveis da OM já tinham reunido com a administração do CHLC, que afiançou estar a procurar soluções para reforçar as contratações e contrariar o envelhecimento dos recursos médicos do São José, onde a maioria tem acima de 50 anos. Ana Escoval, presidente do





conselho de administração, afirmou ainda que o recurso a telerradiologia no horário noturno (24h00-8h00) se trata de uma solução temporária. Também nesta matéria, o bastonário foi firme no alerta: "A telemedicina não foi criada para ser usada como regra. Não podemos aceitar isso". O presidente da Secção Regional do Sul reforçou: "A urgência do São José é uma referência desde há 50 anos e queria continuar a ouvir que assim se mantém". Após a visita ao serviço de urgência, e perante os jornalistas presentes à saída, Miguel Guimarães exigiu a Adalberto Campos Fernandes um pedido de desculpas público aos médicos. "O ministro da Saúde deve um pedido de

desculpas a estes médicos, que não são dois ou três, mas sim os 16 chefes das equipas do serviço de urgência", sublinhou. "A denúncia deste tipo de realidade não é nada fácil para os médicos e só é feita numa situação limite, em que se sentem impelidos a salvaguardar a segurança clínica dos doentes, protegendo as boas práticas médicas e o cumprimento das normas éticas e deontológicas".

Se os médicos com mais de 50 anos deixarem de fazer urgências o SNS colapsa

Ao "grito de alerta" dos médicos das duas unidades do CHLC, Miguel Guimarães respondeu com um apelo aos responsáveis políticos: "É essencial reforçar a contratação de jovens especialistas e outros profissionais de saúde, para além de renovar infraestruturas, entre outras medidas. A falta de capital humano limita muito a capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente ao nível da urgência, e pode ter implicações sérias no aumento das listas de espera para consultas e cirurgias". O bastonário deixou também o alerta: "Se os médicos com mais de 50 anos deixassem de fazer urgências, no período noturno, e os que têm mais de 55 anos deixassem mesmo de fazer urgência, como está consagrado na legislação, o SNS entrava em colapso".

MAC em estado de "exaustão" e preocupada com saída de especialistas

Na Maternidade Alfredo da Costa, que Miguel Guimarães e Alexandre Valentim Lourenço visitaram uns dias depois, a OM reforçou o seu apoio e solidariedade aos chefes de equipa que, também aqui, apresentaram a sua demissão. Os profissionais dizem estar "exaustos" e chamam a atenção para a "complexidade" da assistência médica prestada na MAC, centro de referência de gravidezes de risco que exigem uma grande profissionalização de competências.

Na reunião com os responsáveis da maternidade e os médicos demissionários, a OM ficou a saber que a maioria dos especialistas da MAC tem mais de 50 anos. Com a saída iminente de sete médicos, a contratação de três especialistas – autorizada, entretanto, pelo Ministério da Saúde – e a abertura de mais duas vagas, por concurso, revelam-se "insuficientes" para colmatar as necessidades de recursos humanos, como salientou Teresinha Simões, uma das médicas demissionárias.

"Falta a faixa etária dos 40 aos 50 anos, mais especializada e experiente", essencial dado o grau de complexidade técnica inerente aos atos médicos que ali se praticam, o que muito tem preocupado as equipas médicas da maternidade. Ao nível dos equipamentos também há insuficiências que comprometem a rotina médica. "Não conseguimos renovação de material e equipamento, que está envelhecido", afirmou Ana Campos, diretora clínica adjunta, concretizando o "défice de ecógrafos de gama alta e gama baixa".

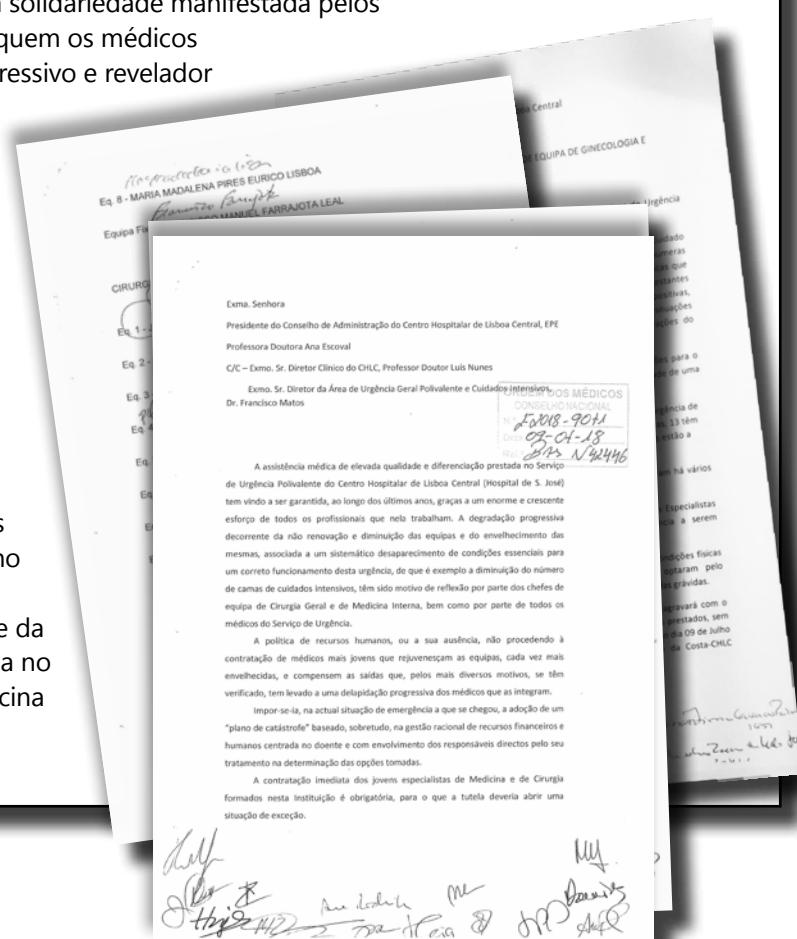


Médicos solidários com chefes de equipa demissionários

Logo após serem conhecidas as demissões na urgência de São José, começou a circular no CHLC uma carta de apoio e solidariedade. O documento, assinado por 157 médicos – a grande maioria dos clínicos da urgência de Medicina Interna e Cirurgia Geral –, surgiu com o objetivo de os médicos manifestarem "todo o apoio aos seus Chefes e partilhar as mesmas preocupações."

"É louvável a coragem dos chefes de equipa que tomam esta atitude em defesa dos doentes e da qualidade dos cuidados de saúde, bem como é notável a solidariedade manifestada pelos médicos do hospital", salienta o bastonário, a quem os médicos deram conhecimento da carta. "É de facto expressivo e revelador da gravidade da situação que a maioria dos colegas subscreva as preocupações que foram denunciadas pelos chefes de equipa da urgência", acrescenta.

"A função dos chefes destas equipas, numa urgência com as características da nossa, é exigente, complexa e de enorme responsabilidade", começam por referir na carta. "A liderança, para além dos aspetos de coordenação assistencial médica e de tomada de decisão clínica, implica a defesa da coesão das equipas, a manutenção de um elevado nível de qualidade nos cuidados prestados aos doentes, a segurança das condições de trabalho dos médicos, a conservação da capacidade de formação pré e pós graduada e a continuidade da uma tradição secular de excelência", lê-se ainda no documento. Nas equipas de urgência de medicina e cirurgia trabalham cerca de 170 clínicos.





Saúde mental e envelhecimento ativo: uma responsabilidade de todos

A cidade da Mealhada acolheu, no dia 22 de junho, o II Congresso Internacional de Geriatria e Saúde Mental. A iniciativa decorreu no Cineteatro Messias e partiu da Replicar Socialform - uma empresa sediada no Espaço Inovação daquele cidade – tendo contado com a presença do bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães.

O mote do congresso foi a existência de uma preocupação global devido ao elevado crescimento da população idosa, em particular em Portugal, e como esse aumento da esperança média de vida está correlacionado com o risco de situações de demência e outras doenças mentais. Essa premissa foi destacada por Miguel Guimarães, logo na sessão de abertura: "É muito importante falar do desenvolvimento demográfico pelo qual Portugal e a Europa estão a passar, bem como nas implicações que isso pode ter na economia de um país, naquilo que é o acesso aos cuidados de saúde e naquilo que é a sustentabilidade da própria Segurança Social", sublinhou.

Para o bastonário da Ordem dos Médicos - que rotulou esta iniciativa como "condenada ao sucesso" - , a saúde mental é uma das questões que mais preocupam os médicos e restantes profissionais de saúde, porque "tem ganho um peso muito grande com o envelhecimento da população".

No entanto, apesar de reconhecer a existência de enormes desafios, preferiu apontar caminhos para a solução: "Já se tem discutido na Assembleia da República a criação do estatuto do cuidador informal. Essa é uma questão emergente, é fundamental criar uma rede de cuidadores informais porque serão eles que poderão dar, em muitos casos, apoio às pessoas idosas sem autonomia ou com demência e às famílias." Apesar disso, deixa o alerta de que "é essencial

promover a importância do núcleo familiar e assumir que os novos desafios não dependem só dos políticos ou dos profissionais de saúde, dependem, também, da sociedade civil", numa tentativa de sensibilizar a população para um envelhecimento mais ativo. Nesta matéria, Miguel Guimarães foi perentório: "vencermos esta batalha passa por abraçar o desafio que a Organização Mundial de Saúde lançou recentemente que são planos de ação para a atividade física. Todos temos de fazer mais exercício, porque esse é um aspeto essencial naquilo que é a saúde das pessoas." À margem do congresso, acerca desta temática, o bastonário acrescentou que "a tecnologia permite-nos fazer coisas extraordinárias, mas também nos impede muitas vezes de vivencermos o nosso lado mais humano" em coisas simples como "andar de um lado para o outro ou fazer ginástica...", exemplificou.

Antes de terminar o seu discurso, ainda houve tempo para enaltecer a investigação que se faz em Portugal na área da saúde mental, nomeadamente a existência de "uma grande investigação acerca da doença de Alzheimer, no Porto".

Presente esteve, também, António Pires Preto - coordenador para a saúde mental na Administração Regional de Saúde do Centro (ARS) - que mostrou a sua preocupação pela falta medidas políticas, "é urgente que tenhamos políticas consistentes relativamente à demência, sublinhou.

Para o coordenador de saúde mental da ARS do centro "já há uma grande preocupação pelas demências", faltam, no entanto, as políticas.

Nessa altura, aproveitou para recordar as recomendações feitas em 2016, de um grupo de trabalho que o Governo criou para a saúde mental, afirmando que o documento "defende a definição de políticas, uma coordenação destas com o SNS e a possibilidade de cada região definir as suas."

António Pires Preto realçou, também, a importância do "diagnóstico atempado".

O caso específico da Mealhada foi destacado por Nuno Carrilho, vereador da Câmara Municipal e responsável pelo pelouro da Ação Social, ao dizer que "num

território como o da Mealhada, com treze Instituições Particulares de Solidariedade Social, temos os lares e outras respostas repletas de pessoas com demência que deviam estar em outros lugares."

O autarca finalizou ao dizer que "é muito difícil para as IPSS do concelho conseguirem dar resposta às necessidades das pessoas", relembrando, ainda, a ambição da Misericórdia da Mealhada em construir uma unidade adequada que "só com a ajuda do Estado poderá ver a luz do dia".

O congresso contou com painéis de oradores nacionais e internacionais de elevado reconhecimento nas áreas da geriatria e saúde mental. Entre os temas abordados, os cuidados de saúde inerentes ao envelhecimento da população, a qualidade de vida e prevenção, bem como alguns projetos inovadores nestas áreas, foram os que mais se destacaram.

**É fundamental
criar uma rede de
cuidadores
informais**

- Miguel Guimarães



“Em Defesa do Serviço

Nacional de Saúde”:

É preciso reforçar a importância da saúde para a economia



A Associação Portuguesa de Bioética (APB), a Faculdade de Medicina do Porto, a União Geral de Trabalhadores (UGT) e o Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, com o apoio da UNESCO *Chair in Bioethics*, organizaram uma conferência intitulada “Em Defesa do Serviço Nacional de Saúde”. A iniciativa ocorreu no dia 30 de junho, no Auditório do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra e contou com a presença do bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, o ex-ministro da Saúde Paulo Mendo e de Rui Nunes, fundador da APB, entre outros.

As desigualdades sociais em saúde que perturbam, cada vez mais, o SNS foram a primeira questão abordada por Miguel Guimarães, na sessão de abertura: “em defesa do Serviço Nacional de Saúde nós temos a Constituição da República Portuguesa, temos a lei do próprio SNS e temos a Lei de Bases da Saúde, o problema é que não tem sido suficiente a legislação existente por claro incumprimento das instituições políticas, sendo necessário reforçar na prática a defesa daqueles que usam o SNS”, sublinhou o bastonário da Ordem dos Médicos.

Os doentes e os profissionais de saúde foram o principal foco da sua intervenção, enaltecendo a necessidade de fixar jovens médicos para que o SNS não perca capacidade de resposta numa conjuntura social e científica em constante mudança. “A evolução da Medicina é imparável, mesmo que Portugal não queira, hoje em dia as coisas fazem-se de forma mais rápida e, também, com melhores resultados do que antes. No entanto, quem lida com o SNS sente muito mais dificuldades do que sentia há uns anos”, argumentou para realçar a importância de encontrar soluções credíveis e duradouras.

Fernando Regateiro - presidente do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - destacou que é necessário



reconsiderar a forma como se recorre aos hospitais, indicando o centro de saúde como a solução ideal de primeira instância. "As pessoas devem reconsiderar a procura. Estamos a construir um monstro chamado serviço nacional da doença". Fernando Regateiro considera que não recorrer ao médico de família, "sobrecarrega o SNS" e apontou que cerca de 40% da procura de urgência num Hospital é inadequada.

Quem também defende uma mudança de paradigma no sistema de saúde é Rosa Reis Marques, presidente da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS). No seu discurso, defendeu que "a prevenção da doença e a apostila na promoção da saúde, em vez da prestação episódica de cuidados curativos", é um caminho viável para fazer face a uma nova realidade onde a doença crónica está a assumir proporções inéditas.

Estiveram, também, presentes na sessão de abertura, Carlos Silva, secretário-geral da União de Trabalhadores (UGT), Rui Nunes da International Network UNESCO Chair in Bioethics e Edgar Loureiro, presidente do Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (SINDITE).

Durante os painéis de comentário e debate que



ocuparam a restante manhã e parte da tarde, Maria de Belém Roseira, ex-ministra da Saúde e a pessoa escolhida pelo Governo para liderar o grupo de trabalho que está a elaborar uma nova Lei de Bases da Saúde, centrou a sua intervenção para explicar em que ponto está o projeto que chega agora a uma "pré-proposta de lei".

Maria de Belém relembrava que as pessoas são a razão de existência do SNS, mas afirmou que "fazer este debate significa, também, reforçar a importância da saúde para a economia do país". Com esperança que a Europa contribua com políticas para mitigar as desigualdades sociais em questões de saúde, admite que a "pré-proposta precisa de ser melhorada em alguns aspectos".

O presidente da secção regional do sul da Ordem dos Médicos, Alexandre Valentim Lourenço, usou a palavra "como médico e não como membro da Ordem". Para si, esta nova Lei de Bases não satisfaz o ritmo de constante evolução da medicina: "tenho dúvidas se uma Lei de Bases feita hoje, face

aos problemas atuais e sem olhar para o futuro, manterá a actualidade daqui a dez anos." Alexandre Valentim Lourenço critica a lei, afirmando que esta é "excessivamente jurídica".

Já perto do encerramento, Carlos Cortes - presidente da secção regional do centro da Ordem dos Médicos - acabaria por fazer um resumo da iniciativa, onde criticou o escasso financiamento do Serviço Nacional de Saúde, afirmando que "está relacionado com a falta de vontade política."

A conferência abordou vários temas, tais como a desmotivação e exaustão dos profissionais de saúde, as desigualdades no acesso aos cuidados médicos e a degradação do SNS.

Marcaram presença convidados como Paulo Mendo; o cirurgião Manuel Antunes; a ex-bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Maria Augusta Sousa; o bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, Orlando Monteiro da Silva e o jurista André Pereira, entre outros igualmente essenciais para o contributo, análise e debate acerca de questões centrais do SNS.

No encerramento do 24º Congresso Nacional de Medicina Interna (CNMI), o bastonário da Ordem dos Médicos participou na conferência “Gestão hospitalar 100 margens”, a qual juntou médicos e gestores num debate sobre a forma como os hospitais são geridos e a otimização de processos, fazendo uma análise do que está mal e apresentando propostas para que esta gestão possa ser otimizada no futuro. Fotos: copyright (R)News Farma



António Oliveira e Silva, Delfim Rodrigues, Carla Trafaria, Marta Temido e Miguel Guimarães

Gestão hospitalar 100 margens: Os nossos hospitais estão no limite

Centrar a Saúde no doente, dando-lhe informação sobre os resultados dos hospitais, “é uma das grandes armas da boa gestão”, pois os “doentes ficam mais capacitados para tomarem decisões sobre o seu futuro”. Esta foi uma das principais mensagens de Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos neste encontro com gestores hospitalares. O subfinanciamento do Serviço Nacional de Saúde, como limitação que provoca entropia negativa nos processos de gestão, foi uma das áreas analisadas pelo bastonário da Ordem dos Médicos na sua intervenção. A suborçamentação “é má gestão política dos ministros da Saúde e das Finanças”. Esse é, aliás, um problema crónico “que vem de há vários anos e vários Governos” e que não permite uma gestão hospitalar eficaz. Outra preocupação central da gestão hospitalar é a degradação geral do SNS o que faz com que “os nossos hospitais estejam todos no limite, tendo ultrapassado a sua máxima capacidade de resposta relativamente às necessidades dos doentes”. Miguel

Guimarães salientou ainda a falta de autonomia e flexibilidade de gestão das administrações hospitalares e as dificuldades que daí advêm, até nas medidas mais elementares de gestão corrente. “As administrações não têm flexibilidade para decidir o seu caminho, pois estão estranguladas e não o podem fazer. Para mudar, é preciso começar a financiar de forma adequada os hospitais e atribuir algum grau de autonomia à gestão. Esse é o principal impulso para uma boa gestão”, concluiu. Centrar a saúde no doente dando-lhe informação, seja sobre os resultados das unidades de saúde em termos de eficácia e complicações, para os capacitar a tomar decisões conscientes sobre o seu percurso em saúde, fazendo “uma gestão com as pessoas e para as pessoas” a par da promoção do trabalho em equipas multiprofissionais e multidisciplinares são igualmente questões essenciais para uma boa gestão. “Precisamos de mais médicos, mais enfermeiros, mais assistentes operacionais e técnicos, mais técnicos de diagnóstico e terapêutica”, porque sem recursos humanos em número adequado, não há gestão de qualidade. “A gestão começa nos atos clínicos do dia a dia, é feita em cada serviço, em cada departamento”, lembrou, frisando o papel de gestor que todos os médicos desempenham todos os dias razão pela qual, “obviamente é importante que

os médicos tenham competências na área de gestão. O médico tem, para além dos elementos de gestão que pode adquirir, a vantagem de conhecer bem a saúde e isso é determinante" para a prestação de cuidados de qualidade e para o funcionamento geral do sistema.

Marta Temido, subdiretora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), outra das oradoras deste encontro falou da complexidade dos desafios atuais da gestão hospitalar, "num mundo com uma dinâmica de mudança, onde as pressões a satisfazer são cada vez mais e muitas vezes quase contraditórias, como tecnologia e humanização, custos e qualidade", sendo "difícil encontrar estes equilíbrios". Defensora da gestão profissional, Marta Temido, defendeu que o gestor deve acumular competências técnicas com softskills essenciais à gestão de pessoas e organizações. "Temos que recuperar o que perdemos em termos de autonomia da gestão" para que cada profissional se sinta com capacidade de intervenção. A missão é "complexa" e "um gestor não é bom gestor se não tiver uma boa articulação com os médicos", concluiu. O debate foi moderado pela jornalista Carla

Trafaria, e contou ainda com a participação de Delfim Rodrigues, presidente do conselho de administração do Hospital de Guimarães (o qual frisou que médicos e gestores não estão em lados opostos e que o trabalho em conjunto é a única solução viável, "porque o que interessa é o bem estar e saúde das famílias e dos doentes."), António Oliveira e Silva, vice presidente da SPMI e presidente do conselho de administração do Centro Hospitalar de São João. Oliveira e Silva considera que a gestão em Portugal está muito limitada porque "neste momento os hospitais não têm autonomia, estão subfinanciados" e "toda a atividade está condicionada" reduzindo muito o papel das administrações. Referindo-se à sua dupla condição de médico/gestor, o internista lembrou que um médico num conselho de administração continua a ser médico e frisou a importância de não o esquecer. Segundo referiu, os estudos mostram que existe vantagem em ter profissionais médicos em lugares de gestão, mas, em qualquer dos casos, defendeu que essa é uma ligação essencial (entre gestores e médicos) pois "é altamente positiva e o sistema de saúde só funciona se houver esta articulação".

PUBLICIDADE



NHS
England



Head Medical

Head Medical are the UK's leading international medical recruitment specialists.

We're working alongside **NHS England** to find overseas-trained **Family Medicine Physicians** for fantastic career opportunities in London.

Want to find out more? Join us at one of our 'Making the Move' seminars in August 2018. We'll be in Porto on the 11th and Lisbon on the 12th.

Contact us today to register your place –
+44 (0)131 226 2200 / events@headmedical.com



“HUMANIZAR COMPETÊNCIAS, DESAFIAR OS LIMITES”

A semana Digestiva 2018 decorreu entre os dias 20 e 23 de junho, na Alfândega do Porto, com o lema “Humanizar competências, desafiar os limites”. Com o objetivo de estimular a criação e divulgação de trabalhos científicos e a jovem comunidade gastrintestinal, assim como dar voz aos profissionais mais experientes, o evento decorreu sob a representação da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado.

Fotos: copyright ®News Farma



A sessão de abertura da Semana Digestiva 2018 contou com a presença do bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães que destacou o grande contributo que os vários especialistas e médicos em formação têm facultado à qualidade dos cuidados prestados, sobretudo numa perspetiva muitas vezes citada pelo representante máximo dos médicos, a da preservação e defesa do “património da relação entre o médico e o doente”. “É fundamental preservarmos aquilo que é a essência da humanização dos cuidados de saúde”, destacou, ao mesmo tempo que reconheceu o desafio de saber integrar a evolução tecnológica da Medicina

para “melhorar a qualidade da relação médico-doente” e tratar as doenças que afetam os doentes com a melhor qualidade e o maior profissionalismo possíveis. Para o bastonário da OM, a “integração da juventude, nomeadamente de jovens médicos, com a experiência

dos profissionais que já estão na especialidade há alguns anos" é um dos grandes desafios que atualmente existe e para o qual é preciso ter uma resposta eficaz. Miguel Guimarães considera que essa integração é fundamental "para que possamos ter serviços com maior capacidade de resposta, que consigam acompanhar o desenvolvimento da nova Medicina e que possam responder eficazmente às necessidades dos doentes." Para os gastroenterologistas e os médicos das outras especialidades presentes, o bastonário da OM deixou uma palavra de apreço pelo seu trabalho, com especial menção ao contributo dado pelos profissionais tendo em vista o aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados nesta área de intervenção.

A sessão de abertura contou, ainda, com as presenças do presidente da comissão científica e organizadora, Guilherme Macedo; o presidente da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, Luís Tomé; Mário Dinis-Ribeiro, presidente da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado; Gouveia Santos, diretor executivo do Centro de Congressos da Alfândega do Porto; Pimenta Marinho, presidente da ARS do Norte e de Miguel Pereira Leite, presidente da assembleia municipal do Porto.

De acordo com a organização, estiveram presentes mais de 700 congressistas ao longo das várias sessões do encontro anual da especialidade, o que demonstra a vivacidade da gastrenterologia portuguesa. Para este evento, foram submetidos mais de 400 trabalhos e abordados assuntos versáteis acerca de várias investigações no âmbito desta especialidade. Os melhores trabalhos foram premiados no último dia da iniciativa. Foi pelas mãos de Guilherme Macedo que os autores vencedores de bolsas e prémios receberam os respetivos diplomas, num momento solene que todos os especialistas saudaram como uma forma de fomentar a discussão e a investigação médica.

"O lema da Semana Digestiva 2018 foi felizmente concretizado", assegurou Guilherme Macedo na sessão de encerramento, após quatro dias de intensos trabalhos. "O sentimento que prevalece é de plenitude" pelos objetivos alcançados. Destacando os recordes alcançados nesta edição da reunião anual da gastrenterologia, Guilherme Macedo concluiu ao dizer que os "limites foram muito desafiados", tanto no sentido teórico, como a nível prático.

Se "promover para os portugueses, a melhor Saúde Digestiva" era o objetivo inicial da organização, o sentimento entre congressistas é que o dever foi efetivamente cumprido. Os limites foram desafiados e comprovou-se que a humanização de competências é um trabalho que está a ser conduzido cada vez com mais sucesso.

A próxima edição da Semana Digestiva será presidida por Luís Tomé e será organizada pelos serviços de gastrenterologia da região Centro, com data marcada entre os dias 29 de maio e 1 de junho de 2019, no Marina Hotel Vilamoura. Na passagem de testemunho da organização, Luís Tomé fez questão de sublinhar que contará com a colaboração de "todas as sociedades irmãs", nomeadamente com a continuidade da parceria com a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e a Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado.

Nota de pesar pelo falecimento de Agostinho Almeida Santos



É com profunda consternação e pesar que a Ordem dos Médicos participa o falecimento de um emérito membro desta Associação, o Sr. Prof. Doutor Agostinho Almeida Santos. Professor catedrático

de Ginecologia da Universidade de Coimbra, foi um Mestre marcante de toda uma geração de médicos. As suas aulas magistrais perduram na memória de todos. Era um Homem de princípios, de valores, rigoroso e exigente como poucos, mas sempre justo. Lutou pelas suas causas. Foi um empreendedor entusiasta e incansável.

Pioneiro na área da Medicina da Reprodução, fez nascer muitas crianças, continuando a fazer parte dessas vidas, dessas famílias, com uma proximidade muito própria. Inigualável. Fundou a sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, tendo sido o seu 1º Presidente.

Foi também uma figura de relevo na área da Ética Médica portuguesa, tendo sido membro fundador do Centro de Estudos de Bioética, membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e Regente da Unidade Curricular de Ética, Deontologia e Direito Médicos da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Por tudo isto e muitíssimo mais, o Sr. Prof. Doutor Agostinho Almeida Santos estará sempre connosco: nos seus ensinamentos, no seu exemplo, nas nossas recordações, na sua Obra.

Até sempre!

Conselho Nacional da Ordem dos Médicos
Secção da Subespecialidade em Medicina
da Reprodução



Presidente da República
e bastonário em Pedrógão

É preciso aprender com esta tragédia

Em duas intervenções de âmbito diferente, Marcelo Rebelo de Sousa e Miguel Guimarães defenderam a aprendizagem que tem que se fazer a partir da tragédia que aconteceu em Pedrógão há um ano: o Presidente da República quer que nos certifiquemos que as medidas implementadas não são “apenas um remendo”, enquanto o bastonário da Ordem dos Médicos pede mais descentralização de recursos em saúde e mais educação de comportamentos perante situações de catástrofe, afirmando a necessidade de o país ter verdadeiras unidades pediátricas para queimados. Estas declarações foram proferidas à margem do XI Congresso Nacional de Queimados: “Renascer Um Ano Depois”, promovido pela Associação Amigos dos Queimados, presidida por Celso Cruzeiro.

Fotos: Rui Ochoa - Presidência da República

“Temos que ter verdadeiras unidades de cuidados pediátricos para queimados no país”, alertou o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães. Este responsável, que falava à margem do XI Congresso Nacional de Queimados, que decorreu em Pedrógão Pequeno, na Sertã, explicou que na sequência de toda a tragédia do incêndio do verão passado em Pedrógão Grande, todos tivemos que ganhar uma nova consciência das necessidades e passou a dar-se mais importância às unidades de queimados: “Não há dúvida que isso é uma peça essencial e é um défice grande, entre outros que temos no nosso país como, por exemplo, ao nível do socorro da emergência médica”, alertou, lembrando a necessidade de “mudarmos a forma como nós, sociedade civil, intervimos em busca do bem comum para não estarmos só dependentes das ações das instituições que nos representam como seja o Governo. Este é um aspeto fundamental”, frisou, num apelo à iniciativa. Ainda no contexto da tragédia que afetou Portugal no verão do ano de 2017, o bastonário defendeu que os queimados, sobretudo os médios e grandes queimados, sejam considerados como pessoas com doença crónica. “Não são doenças que acabam na altura que a pessoa tem uma alta hospitalar. Estes doentes são pessoas que vão ter problemas para o resto da vida. O apoio que temos que dar a este tipo de doentes tem que ser o apoio



que é dado a outros doentes crónicos como os diabéticos", exemplificou.

Nas suas intervenções, o bastonário da Ordem dos Médicos defenderia ainda a potencial criação de um estatuto diferente para os queimados e a ideia de instituir o Dia Nacional do Queimado, duas ideias fortes que considera que nos obrigariam, por um lado, "a não esquecer este tipo de situações", mas também à busca contínua "de uma melhoria constante na nossa intervenção". Enaltecendo o encontro em que participou, Miguel Guimarães desejou que o mesmo se repita, todos os anos, quer "seja em Pedrógão Grande quer seja noutra sítio qualquer",

desde que se realize em terras do interior do país, regiões "onde as desigualdades sociais se fazem sentir mais", concluiu.

Já o Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, que também esteve presente no Congresso Nacional de Queimados, em Pedrógão Pequeno, lembrou a partir do mote do encontro, que "o renascer começou quando os autarcas se bateram por soluções, políticas, económicas e sociais". "Se queremos tirar todas as lições do que aconteceu (...) temos que ir ao pormenor (...) olhar para os indicadores económicos e sociais" para perceber se não fizemos apenas "um remendo", alertou, num apelo a soluções que melhorem o futuro, em vez de apenas remendarem o passado. Na Igreja Matriz de Pedrógão Grande, o Presidente da República participou ainda na Missa em memória das vítimas dos incêndios celebrada pelo bispo de Coimbra, Virgílio do Nascimento Antunes, na qual marcaram presença os presidentes das Câmaras Municipais de Pedrógão Grande, Castanheira de Pera e Figueiró dos Vinhos, Valdemar Alves, Alda Carvalho e Jorge Abreu, respetivamente.

NOTA DE PESAR **João Semedo Coragem, respeito e dignidade**



Morreu João Semedo. Foi um lutador desde sempre. Enquanto estudante de medicina, como médico e como político. Defendeu os direitos das pessoas com coragem e com o coração. Esteve ativamente envolvido nas diretivas antecipadas de vontade (testamento vital), no estatuto do dador de sangue, na prescrição por Denominação Comum Internacional, nos direitos dos utentes do SNS (tempos de espera), entre muitas outras iniciativas que ficam para a história da Saúde em Portugal.

Ex-coordenador do Bloco de Esquerda, João Semedo foi um fervoroso defensor do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A sua última obra, em parceria com António Arnaut, sobre uma nova Lei de Bases da Saúde, espelha a sua visão sobre o estado atual do serviço público de saúde: "Salvar o SNS".

Foi um dos mentores do movimento cívico "Direito a morrer com dignidade". Fez o seu caminho centrado nos direitos, liberdades e garantias das pessoas. De forma intensa, apaixonada e com dignidade.

A João Semedo, o nosso muito obrigado. Por uma vida dedicada a defender as causas em que acreditava, por uma voz ativa na política nacional e internacional, por uma dedicação sem tréguas à Saúde e à Medicina. Em nome da Ordem dos Médicos, apresentamos os nossos sentidos pêsames à família e aos amigos.

Portugal, 17 de julho de 2018

Conselho Nacional da Ordem dos Médicos
Bastonário da Ordem dos Médicos

Médicos de família recém-especialistas denunciam atraso nos concursos



O bastonário e o presidente da Secção Regional Centro da Ordem dos Médicos receberam uma carta de um grupo de recém-especialistas que já exercem como médicos de família, sem que tenham aberto os concursos para a especialidade ou que sejam remunerados como tal. A OM vai dar conhecimento da situação ao Ministério da Saúde e exige a abertura imediata dos concursos, dando cumprimento efetivo ao diploma que obriga a procedimento concursal para recrutamento de recém-especialistas em 30 dias após conclusão da especialidade, tal como aprovado esta quarta-feira no Parlamento.

Um grupo de 35 jovens médicos escreveu uma carta ao bastonário e ao presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (OM) a denunciar a irregularidade da sua situação profissional. Terminaram a formação da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF) em abril e, desde então, exercem como médicos de família em unidades de saúde – para as quais foram mobilizados pelos respetivos Diretores Executivos dos vários Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) da ARS do Centro. “São situações que se arrastam desde o dia em que nos tornámos especialistas em Medicina Geral e Familiar e que consideramos serem lesivas para os utentes do Serviço Nacional de Saúde, uma vez que nos impedem de praticar uma Medicina com qualidade e baseada nas boas práticas desejáveis nos Cuidados de Saúde Primários”, afirmam no documento.

“Desconhecemos a legalidade desta ação”, questionam ainda os jovens médicos, já que, “à data [em que foram chamados para os centros de saúde] ainda não tinham sido homologadas as notas da avaliação final da especialidade, o que apenas veio a acontecer a 21 de maio”. Denunciando a ausência da abertura do concurso que os legitimaria como médicos de família, reforçam que estão “a assumir as competências e responsabilidades de especialistas”, continuando porém “a ser remunerados como médicos internos, o que se traduz numa injustiça e aproveitamento político desonesto.”

Para Miguel Guimarães é “inaceitável que não abram de imediato os concursos para todos os médicos que concluíram com aproveitamento a especialidade, ainda para

mais sendo sobejamente conhecida a falta de médicos no Serviço Nacional de Saúde”. E acrescenta “é essencial respeitar e dignificar os jovens especialistas e acelerar os procedimentos para que fiquem a trabalhar no SNS”. Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro, reforça o apelo: “É urgente a abertura de concursos para garantir a capacidade de resposta dos cuidados de saúde. O papel destes médicos tem de ser devidamente valorizado e não pode continuar a existir este aproveitamento de funções”. A OM vai dar conhecimento da indignação destes médicos de família ao Ministério da Saúde.

Os signatários da carta, enviada também ao presidente da Associação Portuguesa de MGF, questionam ainda o despacho publicado a 13 de julho que possibilita a contratação de 400 médicos aposentados quando, lembram, “existem atualmente 320 recém-especialistas” em MGF a aguardar a abertura de concurso. Para estes médicos, “a abertura do concurso para recém-especialistas deve acontecer antes da contratação de médicos aposentados para que se possa efetivamente realizar um trabalho de continuidade de cuidados de qualidade para assim garantir Cuidados de Saúde Primários de excelência aos nossos utentes.”

“A Ordem dos Médicos partilha inteiramente das preocupações e posições defendidas nesta carta que nos chegou. É imperativo mudar a política concursal que tem sido seguida pelo Governo que está a condicionar a qualidade dos cuidados de Saúde dos portugueses”, remata o bastonário.

Bastonário visita CHBM



Hospitais permitem acesso indevido a dados clínicos?

Na sequência de denúncias relativas a acessos indevidos a dados clínicos no Hospital do Barreiro, com alegada criação de falsos perfis médicos para permitir o acesso de não médicos aos dados dos doentes, Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, organizou uma visita a essa unidade, no dia 14 de maio, para se inteirar das circunstâncias que originaram tal denúncia por parte do Sindicado dos Médicos da Zona Sul. No final da visita, muitas questões ficaram por responder, mas Miguel Guimarães tem uma certeza: é obrigatório acautelar a proteção da confidencialidade dos dados clínicos dos doentes. Texto e fotos de: Paula Fortunato, diretora executiva da ROM



A médica psiquiatra Guida da Ponte acompanhou esta visita

Numa visita ao Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (CHBM) em que foi acompanhado por Alda Gisela de Freitas Monteiro, vogal da sub-região de Setúbal da Ordem dos Médicos e Jorge Espírito Santo, membro da Assembleia de Representantes por Setúbal, Miguel

Guimarães reuniu com o diretor clínico, Luís Pinheiro, o presidente do conselho de administração (CA), Pedro Lopes, o enfermeiro-diretor, António Manuel Viegas, e a vogal executiva Sónia Bastos.

Miguel Guimarães começou por explicar que, perante uma denúncia desta gravidade, o dever deontológico e ético dos responsáveis da instituição é denunciar às entidades inspectivas competentes para investigação pois podemos estar na presença de "um crime de usurpação de funções". Foram prestados esclarecimentos pelos representantes da administração, que alegaram não existir nenhum acesso indevido e que todos os perfis estão devidamente registados no sistema, com password e login. Foi referido que os perfis existentes são criados por quem desenvolve o sistema (SClinico), cabendo ao centro hospitalar apenas o registo de utilizadores, de acordo com os perfis pré-definidos e de acordo com a



Jorge Espírito Santo



Alda Gisela de Freitas Monteiro



Miguel Guimarães

categoria profissional desses mesmos utilizadores. "Não existem não médicos a aceder ao sistema com privilégios de acesso de médico", garantiu o presidente do CA que explicou que o sistema prevê um processo global de cada utente com um multi-perfil profissional em que os acessos são supostamente diferenciados. Os médicos presentes na reunião questionaram, assim

sendo, por que razão psicólogos ou assistentes sociais não têm acessos "à parte" como acontece, por exemplo, com os enfermeiros, e porque razão um técnico dessa

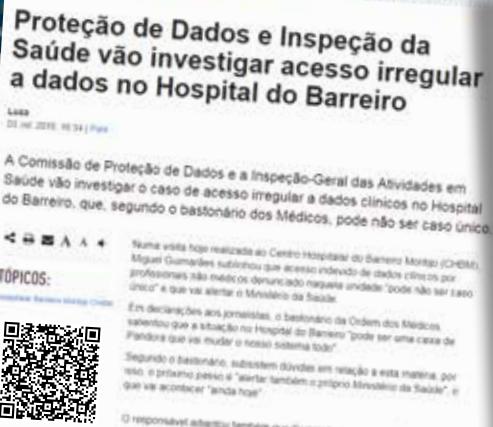
natureza tem acesso a registar dados na mesma área clínica na qual escrevem os médicos mas a resposta foi pouco esclarecedora, remetendo esse tipo de definições para quem "programou o sistema informático" e referindo que "ninguém escreve na área de ninguém. São entradas distintas no mesmo registo clínico". Para "resolver" as questões colocadas sobre o direito ao sigilo do processo clínico e à proteção de dados sensíveis, foi sugerido pelo presidente do CA que os médicos usem a funcionalidade que lhes permite tornar qualquer registo totalmente confidencial. Sucedeu que, como foi explicado pelo bastonário da Ordem dos Médicos, o acesso, devidamente justificado, de médicos, serve para acautelar situações de, por exemplo, um médico que adoece e é preciso fazer o acompanhamento dos seus doentes.

Tal necessidade é completamente incompatível com a classificação como "confidencial" que veda totalmente o acesso aos dados clínicos que aí sejam registados. Segundo o que foi explicado pelo diretor clínico do CHBM e pelo presidente do respetivo CA, a queixa teve origem numa confusão gerada por uma divergência entre o nome usado geralmente por uma técnica e o nome que lhe foi atribuído como login no seu acesso ao SClinico, não havendo qualquer intenção abusiva nem qualquer uso indevido de credenciais alheias ou falsas. Independentemente de poder ter sido essa a origem desta situação, concluiu-se a partir dos esclarecimentos prestados que a forma como foi feita a programação dos diversos acessos no SClinico não é adequada e contém incorreções graves: aos departamentos do hospital, o programa informático designa como "especialidades", facto que, quando se acresce um registo (não clínico mas de um técnico) que fica visualmente junto dos registos clínicos e no qual não é colocada a profissão de quem assina, pode originar erros e más interpretações desses mesmos registos, havendo a possibilidade de se confundir o técnico que assina com um médico especialista. A potencialidade de ocorrer um erro na leitura dos registos dos doentes agrava-se quando, potencialmente, o login atribuído não corresponde ao nome profissional usado normalmente pelo técnico em causa... Miguel Guimarães considera particularmente grave,

e desse facto deu nota ao CA do CHBM, que não médicos possam consultar todos os dados confiden-



Bastonário da Ordem dos Médicos diz que podem haver mais casos no País
Acesso a dados de doentes nos hospitais de Barreiro e Montijo vai ser investigado



ciais dos doentes, dados esses cuja responsabilidade pela confidencialidade recai sobre os médicos.

Em defesa da confidencialidade dos dados clínicos dos doentes

A Ordem dos Médicos não ficou esclarecida quanto à total amplitude das falhas de programação do sistema de registo informático, responsabilidade dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), subsistindo dúvidas quanto à proteção de dados que o sistema contém. A OM pretende fazer uma denúncia ao Ministério Público, à Inspeção-geral das Atividades em Saúde e à Comissão Nacional de Proteção de Dados por considerar que "temos aqui uma área que tem de ser investigada de uma forma geral. E não apenas no Hospital do Barreiro, se calhar é mais extenso do que isso e temos que mudar a forma como estão a ser feitas as coisas neste momento", informou Miguel Guimarães, em declarações à imprensa, à margem desta reunião. Segundo concluiu o bastonário da OM, Miguel Guimarães, "na realidade não estão a haver limitações no acesso à informação clínica" que deviam, com "qualquer profissional de saúde a ter acesso total aos dados clínicos dos doentes" no Hospital do Barreiro, situação que deveria ser salvaguardada pois, como recordou, "apenas os profissionais de saúde envolvidos no tratamento dos doentes devem ter acesso aos dados estritamente necessários para o exercício da sua atividade, devendo existir patamares diferentes de acesso para que seja possível salvaguardar a confidencialidade dos dados clínicos dos doentes e proteger as suas informações, tal como é recomendado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados".

CHBM: escalas do mês de agosto têm "muitas falhas"

No final desta reunião foi feita uma análise do estado geral do centro hospitalar, com relato de falta de anestesiologistas ("é um problema nacional", Pedro Lopes), radiologistas ("à noite só temos telerradiologia porque o quadro é reduzido"), cirurgiões gerais ("o quadro médico está envelhecido é preciso renová-lo"), anatomo-patologistas ("só temos um especialista a trabalhar com 10 técnicos; ...temos aberto vagas recorrentes mas não são preenchidas"). Procurando terminar a reunião numa nota positiva, os representantes da administração do CHBM referiram como o quadro de oftalmologia foi reforçado e está a ser recuperada a lista de espera, estar em curso a preparação de contratação de 2 internos

de psiquiatria e a requalificação do serviço de urgência com obras a decorrer neste preciso momento. Miguel Guimarães lembrou que "não há nenhum local onde a capacidade de decisão tenha maior potencialidade de salvar vidas do que no serviço de urgência" e lamentou "que Portugal esteja a desconsiderar a emergência médica", pondo em causa a sua qualidade.



Representantes do CA do CHBM

O presidente do CA referenciou o serviço de oncologia como "forte, dinâmico e com capacidade", estando também em curso o processo de aquisição de um acelerador linear. Miguel Guimarães recordou que o investimento na modernização deste tipo de equipamento (que em muitos hospitais "está fora de prazo") é uma questão de segurança clínica pois os doentes são sujeitos a menores efeitos secundários.

A delegação da Ordem dos Médicos visitou ainda o serviço de urgência, a Unidade de Internamento de politraumatizados/adultos e o Serviço de Observação tendo ouvido algumas queixas por parte dos colegas, devido à sobrelocação, com macas pelos corredores, e o recurso excessivo da população à urgência por falta de capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários da região. "O aumento das listas, que já atinge 2 mil utentes por médico, é uma forma de fingir que se atribui médico de família a todas as pessoas", alertou a vogal da sub-região de Setúbal da Ordem dos Médicos. Sobre a falta de recursos humanos, alguns colegas do CHBM lamentaram a existência do que definiram como "uma canibalização entre hospitais do SNS em que as unidades centrais 'roubam' os profissionais dos hospitais periféricos". A escala do mês de agosto, à semelhança de outros hospitais tem "falhas e mais falhas" por falta de médicos em número suficiente, situação agravada pela reposição sem planeamento das 35 horas, tendo o bastonário voltado a alertar para a importância de uma política consequente e estruturada de contratação e fixação de profissionais nas regiões periféricas.



Ordem debate no Porto o passado, presente e futuro das carreiras médicas e do SNS

O passado, presente e futuro das carreiras foi o mote para o 2.º debate nacional promovido pelo Conselho Nacional da Ordem dos Médicos para o SNS / Carreiras Médicas, e que se realizou nas instalações da SRNOM na noite de 12 de junho. Subordinado ao tema "Carreiras Médicas, contratos coletivos e individuais, diferenciação e qualificação dos jovens médicos – dificuldades no acesso à especialidade", esta sessão contou com a presença das estruturas sindicais médicas e do bastonário da Ordem dos Médicos.

Texto de: Helder Robalo,
Assessor de Imprensa Ordem dos Médicos

No arranque da conversa, António Araújo, presidente do Conselho Regional do Norte da OM, destacou a pertinência deste tipo de debates, sobretudo numa fase do ano em que "centenas de jovens se viram impedidos de continuar a sua formação pós-graduada por falta de vagas para a formação especializada".

Uma pauta pela qual também afinou Jorge F. Seabra (presidente do Conselho Nacional da OM para o SNS/Carreiras Médicas e moderador da sessão), que destacou a importância de trazer para o seio dos médicos a discussão em torno das melhorias a imprimir no Serviço Nacional de Saúde e nas Carreiras Médicas. Para o bastonário da Ordem dos Médicos não há margem para dúvidas: "A instituição das carreiras médicas, resulta de um esforço que começou a ser feito em 1959, por um grupo de médicos liderados por Miller Guerra, e representa um marco histórico na Medicina em Portugal". "Este é um património cujo estatuto a Ordem dos Médicos, reunida em Assembleia Geral, aprovou a 17 de junho de 1961 e que urge preservar".

Para Miguel Guimarães, a instituição das carreiras médicas foi o primeiro de vários passos que contribuíram em muito para a valorização do exercício da medicina no nosso país, mas também para a melhoria da formação médica e dos principais indicadores de Saúde portugueses. Até porque, recordou, "a redação e aprovação do Relatório das Carreiras Médicas está intimamente ligado a um segundo marco histórico, que é a criação do Serviço Nacional de Saúde". "Se podemos considerar António Arnaut como o pai do SNS, é preciso não esquecer que ele próprio afirmava que as carreiras médicas são a mãe do nosso serviço público de Saúde", afiança.

"Os médicos estiveram intimamente ligados à melhoria dos cuidados de saúde prestados em Portugal, mas também à me-



lhoria das condições de trabalho e de acesso a esses mesmos cuidados", salientou Miguel Guimarães, destacando o papel que estes profissionais tiveram naquele que o bastonário considera ser o terceiro marco histórico: a criação dos Cuidados de Saúde Primários.

"O modelo de Cuidados de Saúde Primários delineado, especialmente com a criação das Unidades de Saúde Familiar", foi fundamental para todo este processo, frisou. Miguel Guimarães destacou ainda aquele que admite que venha a constituir-se como o quarto marco histórico no percurso da Saúde em Portugal. "O SNS + Proximidade, modelo criado pelo Prof. Constantino Sakellarides, ainda vai dar que falar e ser uma referência no nosso sistema público de saúde", destacou, lamentando apenas que "não tenham sido dadas condições ao Prof. Sakellarides para implementar e desenvolver até ao fim este novo modelo no SNS".

Futuro depende de alterações significativas no presente

O bastonário da Ordem dos Médicos não tem dúvidas de que "as Carreiras Médicas são a base do excelente SNS que temos. Nós gostamos de ensinar, gostamos de deixar os internos participar nas consultas, nas cirurgias. Não é por mero acaso que todos os anos os nossos especialistas são cobiçados por inúmeros países", tal facto deve-se à elevada qualidade da formação.

No entanto, salientou, "o futuro será tanto melhor quanto mais cedo operarmos as mudanças necessárias". "A carreira médica está congelada, os concursos para



a contratação de novos especialistas ficam parados. Faltam concursos para novos assistentes graduados ou assistentes graduados seniores, não há progressão na carreira, não há contratações".

Na lista de problemas que urge resolver, o bastonário aponta ainda o congelamento das posições remuneratórias dentro do mesmo escalão (categoria profissional), as grelhas salariais injustas face às responsabilidades acrescidas que são exigidas aos médicos. "Tudo resultado de um subfinanciamento crónico do Serviço Nacional de Saúde que, a manter-se, não vai permitir preservar a nossa joia da coroa".

"Há deficiências que têm de ser corrigidas. As horas suplementares dos médicos, por exemplo, representam atualmente 21,5% das remunerações médias dos médicos. Este adicional daria para contratar mais 2500

médicos para o SNS. E o trabalho médico contratado através de empresas prestadoras de serviços, que em 2017 correspondeu a cerca de 120 milhões de euros, daria para contratar para o SNS cerca de 3000 médicos".

Com a discussão em torno da nova Lei de Bases da Saúde em destaque no plano mediático, Miguel Guimarães aponta alguns caminhos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados em Portugal. Desde logo "uma melhor complementaridade entre o setor público e os setores privado e social, baseada num reforço claro da capacidade de resposta do SNS e na ausência de conflitos de interesse e transparência de todos os processos e procedimentos. Depois é importante valorizar os profissionais de Saúde e regular de forma clara as funções de cada profissão, definindo o trabalho em equipa e quem lidera essa mesma equipa e é ainda necessário aplicar na prática os princípios que estabelecem a Lei de Bases da Saúde".

Há ainda um aspeto que, para o bastonário, deve ser alterado. "Ao definir os termos para a contratualização, os contratos-programa apenas valorizam a qualidade em 5%. Temos de aumentar de forma clara a percen-



tagem a ser obrigatoriamente alocada à qualidade, tendo em linha de conta indicadores de qualidade baseados em resultados, em detrimento das habituais métricas numéricas, como o número de consultas ou de cirurgias, que ocupam todo o espaço da contratualização”.

Sindicatos lamentam degradar das carreiras médicas

As sucessivas alterações legislativas foram, no entender dos representantes dos sindicatos médicos que participaram neste debate, um dos motivos para que, gradualmente, se tenha perdido a essência das carreiras médicas. A par, claro está, da necessidade de reforçar a contratação de médicos para o SNS, nem sempre planeada da melhor forma.

No entender de Helena Ramalho, dirigente nacional do Sindicato Independente dos Médicos (SIM), um dos impulsores da desestruturação das carreiras médicas foi a criação dos hospitais com a natureza de entidades públicas empresariais (Hospitais E.P.E.). “A criação deste tipo de unidades de saúde acarretou a liberdade de contratação individual de médicos com valores salariais que variavam em função de vários fatores, como o médico contratado, a especialidade que exerce, o conhecimento da própria unidade de saúde bem como a própria localização geográfica”, salientou.

Perante estas alterações, recorda ainda, passamos a ter em coexistência duas carreiras no SNS: a carreira médica (com uma relação jurídica de emprego enquadrada pelo Código do Trabalho, ao abrigo do direito privado, estando os médicos vinculados mediante contrato individual de trabalho) e a carreira especial médica (cuja relação jurídica é de emprego público, vinculando os médicos mediante contrato de trabalho em funções públicas). A verdade é que a partir daqui passamos a ter no SNS dois regimes que poderão coexistir numa mesma instituição, nomeadamente nos casos dos hospitais do setor público empresarial (E.P.E.). Mesmo implicando regimes de vinculação diferentes, em termos de requisitos de habilitação, de conteúdo funcional, de remuneração, de níveis, de posições remuneratórias e sua alteração. Apenas o sistema de avaliação de desempenho encontra-se regulado de forma coincidente nos dois regimes.

“Em 2012 são introduzidas novas alterações ao sistema



e o período normal de trabalho passa a ser de 40 horas, em vez das 35 horas”, frisa Helena Ramalho. A estas alterações junta-se ainda o aumento das 12 para as 18 horas de urgência, os médicos de família veem as suas listas passar dos 1550 utentes para os 1900.

“Passamos a ter contratos e horários de trabalho dispare, objetivos a cumprir que diferem consoante se trabalha numa USF do modelo A, modelo B ou nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados”, sustenta. Perante tal realidade, Helena Ramalho defende que “é necessário iden-

tificar claramente as áreas mais sensíveis e procurar soluções na resolução das dificuldades existentes”. “A verdade é que se todos os médicos reivindicassem os seus direitos, o SNS colapsava”, concluiu a dirigente do SIM. “Não podemos exigir ao Governo a estruturação das carreiras médicas e depois fazermos sete horas no SNS, mais sete horas no hospital de Loures e afins”. A afirmação é de João Proença, presidente da Federação Nacional dos Médicos (FNAM). No entender deste dirigente sindical, há toda uma desestruturação da carreira médica que está a prejudicar seriamente a prestação de cuidados de saúde à população portuguesa.

A este problema acrescem vários outros que, no entender de João Proença, estão a prejudicar os alicerces do SNS. “Não se pode continuar a gastar 120 milhões de euros por ano com a prestação de serviços quando esse dinheiro dava para contratar para os quadros do SNS três a quatro mil médicos”, salienta. O dirigente da FNAM aponta ainda o dedo ao que se está a passar na região sul do país na área da Medicina Geral e Familiar, onde “não se abrem vagas e quando abrem não são ocupadas e não se abrem USF do modelo B, as quais motivam muito mais os profissionais de Saúde”.

Para João Proença a solução é clara e objetiva: “tem que se repensar todo o modelo de gestão do Serviço Nacional de Saúde”. Só assim, assegura, será possível “inverter um ciclo negativo de desinvestimento e de perda de qualidade, em que não se podem formar novos internos de radiologia quando os hospitais não têm estes especialistas ao serviço a partir da meia noite, por exemplo”.



Internos denunciam ilegalidades

No dia 10 de julho, médicos internos do ano comum, de várias especialidades e de várias regiões do país reuniram com o bastonário da Ordem dos Médicos a quem quiseram denunciar situações irregulares e ilegais que têm acontecido nos internatos em diversas instituições. Médicos sem autonomia a assegurar sozinhos serviços de urgência, exigência de excesso de horas nas urgências sem que exista o necessário fundamento formativo, desrespeito pelos tempos dos programas de formação e pelo descanso compensatório devido, são algumas das situações relatadas.

Texto e fotos de: Paula Fortunato, diretora executiva da ROM

Os jovens médicos foram recebidos pelo bastonário da Ordem dos Médicos, pela presidente do Conselho Nacional do Médico Interno, Catarina Perry da Câmara e por uma das representantes do departamento jurídico da OM, a advogada Inês Folhadela.

Especialidades como oncologia médica, reumatologia, endocrinologia, imunoalergologia e hematologia clínica, foram algumas das áreas onde foram relatadas situações de médicos internos de formação específica que se veem obrigados a assegurar mais horas de serviço de urgência do que o estabelecido por lei, com prejuízo dos seus tempos de formação, mas também do seu legítimo direito ao descanso. Acresce a esta situação que a "bolsa de horas" que é atribuída pelo trabalho extraordinário "é limpa de três em três meses", invalidando a compensação posterior a esse prazo das horas realizadas. Estes jovens falaram abertamente com o seu bastonário mas explicaram os seus receios perante a possibilidade coloca da por Inês Folhadela de avançarem com um processo judicial, caso as ilegalidades se mantenham, frisando a importância dos médicos se unirem e fazerem valer os seus direitos jurídicos, pois assim "ajudam a Ordem dos Médicos a defender-vos".

A apreensão quanto ao futuro destes jovens médicos em formação não os impedi de procurar soluções de consenso tendo apresentado propostas, mas "nada muda". Os Colegas referiram a sua total compreensão quanto à dificuldade atual de organizar as escalas das

urgências e, numa tentativa de ajudar as instituições nas quais trabalham, propuseram, por exemplo, a redução faseada da escala de médicos internos para o serviço de urgência, medida que evitaria um corte total e imediato dessas escalas abusivas, para que não se inviabilizasse o atendimento à população, medidas e sugestões que têm sido totalmente ignoradas pelas diversas administrações envolvidas.

Miguel Guimarães assegurou aos colegas que podem contar consigo para os defender e para fazer cumprir os programas de formação, sob pena de ser retirada a capacidade formativa dos serviços que não respeitem o estipulado por lei quanto aos internatos médicos, aludindo à "exploração" de médicos em formação, para suprir as deficiências de recursos humanos no Serviço Nacional de Saúde.

O bastonário referiu ainda que a denuncia na comunicação social não é um meio adequado para resolver estes problemas e que é necessário melhorar a comunicação dos internos com a direção clínica e a direção do internato médico, mas garantiu: "os programas de formação têm que ser cumpridos" e que as instituições "têm que respeitar o limite anual máximo de trabalho suplementar", recordando que toda a atividade clínica tem que ser tutelada e que "o não cumprimento destas regras levará à perda de capacidade e, eventualmente, de idoneidade formativas". "As administrações são transitórias e não podem fazer esquecer o valor das instituições".



“Acidentes - Saúde, Inclusão e Justiça” em análise no Porto

A mudança de comportamentos ao volante pode, no entender do bastonário da Ordem dos Médicos, poupar vários milhões de euros por ano ao Estado português.

Na sessão de abertura do 1.º Congresso Médico, subordinado ao tema “Acidentes - Saúde, Inclusão e Justiça”, Miguel Guimarães destacou ainda a importância de apostar na prevenção rodoviária e na educação cívica como forma de prevenir comportamentos que colocam em risco a vida pessoal e de terceiros.

Texto de: Helder Robalo,
Assessor de Imprensa Ordem dos Médicos

O 1.º Congresso Médico, promovido pela seguradora Fidelidade, decorreu nos passados dias 28 e 29 de junho no Centro de Congressos da Alfândega do Porto. A sessão de abertura contou com a participação do Presidente da Câmara Municipal do Porto, Rui Moreira, vice-presidente da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, Filipe Serrano, do vice-presidente do Conselho de Administração da Fidelidade, José Alvarez Quintero, do bastonário da Ordem dos Advogados, Guilherme Figueiredo, e de Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos.

Nesta sessão, o representante máximo dos médicos recordou alguns estudos realizados nos últimos anos que fazem uma análise de custos económicos e sociais dos acidentes de viação no nosso país, estimando perdas anuais médias acima dos 1.000 milhões de euros, só no que se refere a perdas de produtividade, sem incluir os danos patrimoniais, atingindo valores “que representam cerca de 1,64% da produção em Portugal” ao longo dos 14 anos em análise no estudo realizado pela Universidade Autónoma (1996-2010).

“Fruto das funções que agora desempenho, sou forçado a muitas deslocações de carro pelo país fora. E vejo muitas vezes automobilistas a conduzir a velocidades elevadas e a usarem o telemóvel em simultâneo”, lamentou Miguel Guimarães. Para o bastonário “é urgente mudar este tipo de comportamentos, porque colocam em risco não só a própria vida, como a vida de terceiros”. “É preciso mais prevenção rodoviária, eventualmente com campanhas mais agressivas para reduzir a incidência destes comportamentos. Temos de reduzir o número de acidentes e criar condições para termos uma vida melhor para todos”, frisou.

Na sua intervenção, o bastonário da Ordem dos Médicos recordou ainda que “continuamos a ter uma má resposta ao nível dos cuidados continuados”, muitas vezes necessários para a total recuperação dos sinistrados. “Uma cama

de agudos tem um custo médio de 500 euros por dia, enquanto uma de cuidados continuados tem um custo que ronda os oitenta euros diárias", destacou Miguel Guimarães, que explicou que muitas vezes as camas de agudos estão ocupadas desnecessariamente por falta de resposta na rede de cuidados continuados.

Comportamentos errados são uma das causas da sinistralidade

Também o presidente da Câmara do Porto condenou os comportamentos irresponsáveis de muitos portugueses ao volante. Salientando o esforço que a autarquia tem feito no sentido de melhorar a mobilidade rodoviária e pedonal na cidade, Rui Moreira lamentou que "as mesmas pessoas que constantemente se queixam de falta de passadeiras depois parem os carros em cima das passadeiras ou dos passeios para ir num instante ao café ou levantar dinheiro".

O presidente da CM Porto destacou ainda o trabalho

da autarquia na redução da sinistralidade. "Temos 3200 trabalhadores na câmara, entre os quais algumas com maior risco como os bombeiros, a Polícia Municipal ou os funcionários responsáveis pelo corte e abate de árvores, e mesmo assim temos uma taxa de acidentes muito baixa", assegurou.

Por seu turno, o bastonário da Ordem dos Advogados sublinhou a importância de advogados e médicos se complementarem. "A Justiça não pode ignorar o erro em Medicina", sustentou Guilherme Figueiredo, lembrando, porém, que "não há só um catálogo de deveres do médico, também há de direitos".



PUBLICIDADE



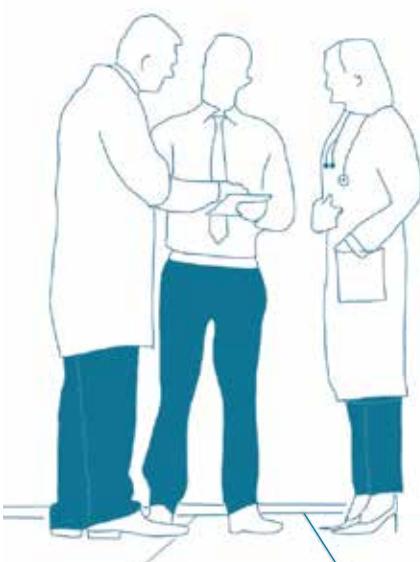
GEDIS | GESTÃO
ESTUDOS AVANÇADOS
E DIREÇÃO
EM SAÚDE

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM **GESTÃO** **E DIREÇÃO** **EM SAÚDE**

Reconhecido pela
Competência em Gestão
dos Serviços de Saúde

+ info:
<http://gedis.uc.pt>
gedis@uc.pt

Candidaturas abertas
até 28 de setembro



O Curso de Pós-Graduação GEDIS proporciona competências avançadas em Gestão e Direção em Saúde. Destinado a profissionais das áreas da saúde e das ciências económicas tem como objetivos:

- Preparar quadros atuais e futuros para os desafios dos sistemas e serviços de saúde num cenário de transição;
- Dinamizar uma formação multidisciplinar, articulando áreas de formação de base distintas, que promova uma consolidação personalizada de conhecimentos adequados às necessidades presentes e futuras das organizações de saúde;
- Fomentar uma visão prática dos seus conteúdos centrada em domínios inovadores como o Acesso ao Mercado, a Avaliação de Tecnologias de Saúde, a Investigação em Saúde ou a Visão Clínica e Farmacêutica da Gestão (entre outros).



OM visita Hospital de Santa Maria Internos escolhem preferencialmente outros hospitais

Na sequência das denúncias de vários internos, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, visitou no dia 25 de julho alguns serviços do Hospital de Santa Maria, em Lisboa. O encontro reuniu internos, chefes de serviço e direção clínica e trouxe, aparentemente, consensos quanto à necessidade de serem respeitados os programas de formação e, acima de tudo, os médicos (internos ou especialistas) que todos os dias dão o seu melhor para garantir que um dos mais importantes hospitais do país cumpre a sua função e presta os cuidados necessários à população. Foram apontadas várias falhas (e até ilegalidades) que têm como consequência o facto desta unidade hospitalar já não constar entre as preferências dos médicos que iniciam a sua formação, situação que preocupa a Ordem, a direção do hospital, os especialistas e os internos e que deveria preocupar igualmente a tutela.

Texto e fotos de: Paula Fortunato,
diretora executiva da ROM

Neste encontro, o bastonário foi acompanhado pelo presidente do Conselho Regional do Sul, Alexandre Valentim Lourenço, pela presidente do CNMI, Catarina Perry da Câmara e pelos representantes dos Colégios da Especialidade dos serviços visitados (Isabel Carrapatoso de Imunoalergologia, Mário Mascarenhas de Endocrinologia, Luís Maurício Santos de Reumatologia, Luís Costa de Oncologia Médica e Maria João Costa de Hematologia Clínica).

No decurso da visita foram detetadas algumas deficiências quanto ao processamento da formação dos internos no hospital, nomeadamente o facto de estarem a ser escalados internos na urgência geral mesmo no 4º e 5º ano da formação específica, fase em que já deviam estar totalmente centrados na sua especialidade e no estudo. A situação foi reconhecida por Margarida Lucas, diretora clínica do hospital que falou de uma resolução progressiva do problema, a qual já estará supostamente em curso, em que gradualmente todos os internos deixarão de fazer urgência geral, concluindo-se esse processo em outubro. Uma das internas presentes explicou-nos que no dia 18 de um mês já acumulava 7 urgências feitas, o que significa o ultrapassar dos limites legais. "Queremos tempo para estudar e atividade clínica relacionada com a nossa formação". "Estamos a desviar recursos essenciais dos serviços e com isso desperdiçamos esses mesmos recursos", lamentou Isabel Carrapatoso do Colégio de Imunoalergologia, alertando

que se não formarmos devidamente estes internos, o que está em causa é o futuro das especialidades.

As opiniões foram, aliás, unâmines: direção clínica e direções de serviço concordaram com a posição defendida pela delegação da Ordem dos Médicos. "Não podemos resolver os problemas da urgência central à custa dos nossos médicos internos", sublinhava João Euri-
co Fonseca (chefe de serviço de Reumatologia e membro da direção do respetivo Colégio da Especialidade) que receia a perda de capacidade formativa se, de facto, o novo prazo de regularização das escalas dos internos não for cumprido e chegarmos a outubro sem o integral cumprimento da lei e dos programas de formação. Ainda assim, defendeu que a saída destes jovens das escalas da urgência geral tem que ser progressiva para não prejudicar o funcionamento do Hospital. "Os doentes (não urgentes) chegam à urgência porque há falhas no sistema de saúde". É precisamente por isso que Miguel Guimarães defendeu como "fundamental que se faça uma reforma do serviço de urgência, a nível nacional", incluindo os hospitais e, sobretudo, os cuidados de saúde primários. No mesmo sentido,

o presidente do Conselho Regional do Sul afirmaria que não podemos continuar a viver tempos em que "temos uma medicina baseada na emergência". "O problema da falta de médicos, que leva à escala indevida de internos na urgência geral, é global e tem que ser resolvido pelo ministro da Saúde através da contratação", referiu o bastonário, sugerindo também que as competências específicas em medicina de urgência irão ser motivo de debate interno na Ordem dos Médicos a partir de setembro/outubro envolvendo todas as direções dos Co-



Miguel Guimarães, Isabel Carrapatoso, Maria João Costa e Alexandre Valentim Lourenço



João Eurico Fonseca,
Reumatologia



Mário Mascarenhas



Luís Maurício Santos



Luís Costa, presidente do Colégio de Oncologia Médica e diretor do Serviço de Oncologia (em primeiro plano) acompanhou o início desta visita

légios especialmente envolvidas no serviço de urgência. Os representantes dos Colégios ouviram em todos os serviços a mesma promessa: até outubro os programas de formação e o regulamento dos internatos estarão a ser integralmente cumpridos neste hospital, tendo Alexandre Valentim Lourenço alertado que essas regras têm que ser cumpridas por todas as especialidades. "Um decreto não se discute, cumpre-se", foi referido pelos chefes de serviço, quando Miguel Guimarães recordou que o regulamento do internato é lei e que os



Manuel Barbosa, diretor de serviço de Imunoalergologia



Catarina Reis de Carvalho, presidente da Comissão de Internos do HSM e Catarina Antunes da mesma comissão



Maria Helena Cortez Pinto, diretora do internato



Maria João Bugalho, diretora do serviço de Endocrinologia e José Marçalo, interno do 4º ano dessa especialidade



Os representantes da Ordem dos Médicos foram recebidos pela diretora clínica, Margarida Lucas e por Carlos Martins, presidente do CA



programas de formação não são apenas documentos da Ordem dos Médicos. "São pensados e estruturados de acordo com as melhores práticas internacionais e validados por portaria". "A nossa obrigação ética e deontológica é proporcionar uma formação de qualidade aos nossos internos", lembrou Miguel Guimarães.

Outra questão em que foi encontrado um consenso foi na dedicação e boa fé dos internos que aguardam há muitos meses uma solução que lhes permita cumprir o seu programa de formação sem sobrecargas de trabalho com o qual não concordam e que não trazem contributos de valor para a formação nas especialidades que escolheram, "assegurando impecavelmente a atividade clínica que lhes tem sido solicitada". Esse foi, aliás, um dos alertas deixados na reunião com médicos e internos de Santa Maria: não se pode abusar da boa fé nem do empenho destes jovens médicos. "O Colégio tem acompanhado com atenção este hospital e já em agosto de 2017 emitimos um parecer na defesa intransigente da qualidade da formação. (...) Em dezembro de 2017 foi feita a proposta de fasear a saída dos internos da urgência e em julho de 2018 ainda pouco – ou nada – avançámos e ainda continuamos a falar da implementação dessa solução. (...) O que é certo é que o problema não está resolvido e tem que se resolver já", frisou Luís Maurício Santos do



Catarina Perry da Câmara



Visita ao serviço de urgência

Colégio de Reumatologia, explicando que comprehende que não é de um dia para o outro, mas que este "já" se traduz por não ser aceitável que daqui a seis meses ainda estejamos novamente na fase de debater a solução... Outra situação "muito grave" detetada e confirmada por Miguel Guimarães nas conversas que manteve ao longo de toda a manhã no centro hospitalar foi relativa à bolsa de horas extraordinárias cumprida pelos médicos internos a trabalhar no Hospital Santa Maria, em que, ao fim de dois meses, as horas acumuladas desaparecem do sistema, situação que será também extensível aos especialistas. Uma situação muito grave "que coloca em causa a justiça da compensação do trabalho realizado, e que deverá merecer uma investigação específica pelas instituições com capacidade inspectiva como é o caso da IGAS", referiria no final da visita. "Se por acaso tivermos algum dia uma hora em falta nunca é apagada. Só desaparecem as horas que fazemos a mais", ouvimos em tom de crítica entre os médicos, lamentando aquilo que Carlos Martins definiria apenas como "erro informático que já está resolvido" e garantindo que os profissionais não serão prejudicados. Sobre as restantes situações detetadas nesta visita por Miguel Guimarães, o administrador do centro hospitalar reconhece que nem sempre é fácil adequar os meios humanos aos "fluxos repentinos" na urgência, mas vinya o "investimento muito grande" que tem sido feito na carreira médica e apontou a entrada de 54 novos médicos até ao final de agosto, um número que não será provavelmente suficiente para as necessidades que identificamos nesta visita...

A presidente da Comissão de Internos de Santa Maria, Catarina Reis de Carvalho, lamentou que, neste momento, o Hospital de Santa Maria já não seja uma das primeiras escolhas dos internos, situação que se prende com a "falta de proteção e incumprimento dos programas de formação". Alexandre Lourenço reforçou esta ideia, lembrando que o hospital Beatriz Ângelo é um



Os representantes da Ordem dos Médicos foram recebidos pela diretora clínica, Margarida Lucas e por Carlos Martins, presidente do CA



No final da visita, em declarações à imprensa, Miguel Guimarães alertou para necessidade de proceder à reforma do serviço de urgência português

dos mais procurados pelos internos de Ginecologia precisamente porque "só fazem urgência de dia e nunca ao fim de semana".

Todos os representantes dos Colégios da Especialidade fizeram questão de expressar neste encontro com direção clínica, chefes de serviço e internos, o seu total apoio, quer aos internos quer ao bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, garantindo o seu empenho e colaboração. A visita terminou com uma breve reunião com Carlos Martins, presidente do conselho de administração, e uma visita ao serviço de urgência do Hospital de Santa Maria.

Vila Real: médicos desmotivados e exaustos

Na sequência da demissão do diretor clínico do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro (CHTMAD) João Gaspar, entretanto substituído por Paula Vaz Marques, e de 30 diretores de serviço terem colocado o seu lugar à disposição, Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, visitou o hospital de Vila Real, acompanhado pelos representantes regionais e sub-regionais da OM, para se inteirar das reais dificuldades que enfrentam os médicos deste centro hospitalar. A situação que encontrou é preocupante e resulta de anos de falta de comunicação e de desrespeito pelos profissionais. Falta de recursos humanos e inexistência de investimento em setores fundamentais como a renovação de equipamento têm agravado a desmotivação dos médicos (e outros profissionais de saúde). A gota de água que originou essas tomadas de posição foi o facto de, mais uma vez, o conselho de administração ter tomado decisões sem ouvir os diretores de serviço, procedendo ao fecho de 48 camas sem qualquer análise prévia das opções com os profissionais. Da análise efetuada pela delegação da Ordem dos Médicos, os problemas no CHTMAD só poderão ter solução se a tutela for coerente na gestão que faz do Serviço Nacional de Saúde: depois de identificar 26 serviços carenciados neste centro hospitalar, foram atribuídas apenas 7 vagas carenciadas o que é claramente insuficiente...

Texto e fotos de: Paula Fortunato, diretora executiva da ROM

7 vagas carenciadas para 26 serviços carenciados não chegam!

O Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro inclui as unidades de Vila Real, Chaves, Lamego e Vila Pouca de Aguiar (Unidade de Cuidados Continuados Integrados), dispondo de uma Urgência Polivalente (Hospital de Vila Real) e servindo uma população de cerca de 500 mil habitantes de 34 concelhos. Na sequência da justa (mas não devidamente acautelada) reposição do horário de 35h semanais, e em face da grave falta de recursos humanos que se verifica neste centro, a administração viu-se na contingência de encerrar, temporariamente, 48 camas em diferentes especialidades nos hospitais de Vila Real, Lamego e Chaves. Os problemas causados pela falta de planeamento dos recursos humanos necessários, especialmente médicos e enfermeiros, é uma situação que se tem repetido em várias unidades

hospitalares. No entanto, em Vila Real os profissionais, exaustos e desmotivados, não aceitam compactuar com mais um exemplo de falta de respeito pela sua dedicação e pelo esforço que fazem diariamente para manter os serviços a funcionar e a corresponder às necessidades da população. No CHTMAD verificou-se o fecho de camas sem que o conselho de administração (CA) tivesse discutido as alternativas com os diretores de serviço. Esta deslocação da OM começou precisamente com uma breve reunião com o CA. "Nenhum hospital pode funcionar sem médicos, nem é possível uma boa gestão hospitalar sem ouvir os profissionais de saúde e respeitar a gestão clínica liderada pelos médicos e pelos respectivos diretores de serviço", frisou Miguel Guimarães recordando que "ao diretor clínico compete defender as



Reunião com o CA



Ana Correia Oliveira, CRN



Anabela Morais, responsável pela unidade de cuidados paliativos



António Oliveira, Fernando Salvador e Ana Graça



Margarida Faria, presidente do conselho sub-regional da OM de Vila Real



Diretora do serviço de Imuno Hemoterapia, Pratima Isvarlal



Mário Rui, diretor do serviço de Neurologia (atrás) e Manuel Cunha, diretor do serviço de Hematologia

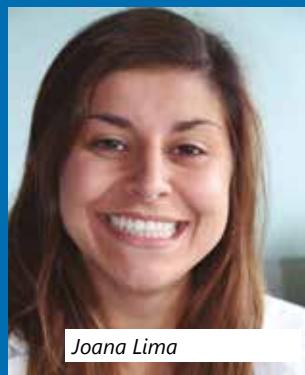


Teresa Morgado, diretora desse serviço de Nefrologia

boas práticas clínicas e a ética e deontologia médica", alertando a colega recém nomeada para o cargo, Paula Vaz Marques, para as dificuldades que terá que enfrentar. A nova diretora clínica informou a sua intenção de reunir com todos os diretores de serviço e procurar soluções de consenso.

Ana Correia de Oliveira, presente nesta deslocação a Vila Real em representação de António Araújo, presidente do Conselho Regional do Norte (CRN), manifestou aos colegas o total apoio do conselho de que faz parte, garantindo que o CRN estará sempre ao lado dos médicos na defesa da segurança dos doentes e da qualidade dos cuidados de saúde que são prestados à população. Ana Correia de Oliveira considera que se deveria apostar numa descriminação positiva do interior e

pede, em consonância com as posições manifestadas pelo bastonário da Ordem dos Médicos, além de mais investimento em recursos humanos e equipamentos por parte da tutela, que os médicos permaneçam unidos - podendo contar sempre com o apoio da sua Ordem - na defesa intransigente de um SNS forte, no qual se respeitem os profissionais e, acima de tudo, em que exista um diálogo consequente entre as administrações e os médicos, elemento essencial de qualquer sistema de saúde." Miguel Guimarães fez questão de realçar, no decorrer da visita, "o magnífico empenho e o trabalho do Conselho Regional do Norte e Conselho Sub-Regional de Vila Real na defesa dos doentes e dos médicos". Já Margarida Faria, presidente do conselho sub-regional (CSR) de Vila Real da OM, que considera o encerramento de



Joana Lima

Histórias de médicos que queriam trabalhar no CHTMAD

No final da visita, Miguel Guimarães definiu como um dos principais problemas a falta de recursos humanos e defendeu que os hospitais que têm mais dificuldades em fixar profissionais deveriam ter atribuídas mais vagas carenciadas e poder contratar

rapidamente os especialistas que ali se formam, uma situação que não corresponde de todo à realidade encontrada: durante a visita do bastonário da Ordem dos Médicos, ouvimos vários relatos que comprovam que como são os processos de contratação, a sua morosidade e a falta de autonomia dos CA que fazem com que os concursos fiquem desertos. Relatamos apenas dois exemplos de desperdício de recursos humanos que fazem falta a este centro hospitalar e aos cerca de 500 mil doentes que serve: um colega atrasou-se alguns meses a concluir o internato em virtude de ter tido um acidente de trabalho. Os recém-especialistas que com ele concluíram o internato foram contratados ao abrigo das vagas protocoladas, tendo, portanto, condições mais favoráveis. Quando este médico pôde voltar ao trabalho foram propostas condições muito inferiores que, naturalmente, o colega não aceitou, sentindo-se lesado nas suas legítimas expectativas salariais, por ter sofrido um acidente de trabalho... A presidente da sub-região de Vila Real da OM lamentou que o Ministério permita que colegas exatamente com a mesma diferenciação recebam propostas totalmente diferentes quanto ao valor da remuneração. "É uma total injustiça que deixa os colegas revoltados".

Oncologia, um dos serviços carenciados no CHTMAD, funciona apenas com seis médicos e precisava, no mínimo de dez. Apesar disso, outra colega, Joana Lima, com quem conversamos durante a visita ao Serviço de Oncologia e para quem não terá sido pedida autorização de contratação direta, é uma recém-especialista de Oncologia Médica, uma das áreas mais carenciadas do CHTMAD, que preocupada com os atrasos sucessivos que têm acontecido começou a analisar alternativas e está decidida a emigrar. Ainda aguardou ansiosamente o lançamento do mais recente concurso mas como nos disse "o concurso abriu mas não foi para mim". Ao verificar que foram abertas poucas vagas sentiu que era o "empurrão" que necessitava para emigrar para França ou Bélgica. "Eu queria ficar por aqui no norte. Estava muito indecisa mas como somos 11 candidatos e abriram apenas 7 vagas"... Além disso, refere, as condições para o exercício da prática clínica são muito boas e a remuneração muito superior. Joana Lima explicou como em qualquer desses dois países todo o acompanhamento que é proposto aos médicos que querem contratar os faz sentir bem acolhidos.

E é desta forma que as unidades mais carenciadas do país vão perdendo especialistas, deixando o interior cada vez mais negligenciado, umas vezes para o setor privado, outras para outros países e, ainda, algumas para os hospitais do SNS que conseguem fazer contratação direta e com isso agilizam processos.

camas e de atividade assistencial no bloco operatório, assim como os cortes no financiamento para tratamento de doenças oncológicas, dois dos problemas mais graves do CHTMAD, deixou igualmente uma mensagem clara de apoio aos médicos referindo: "estaremos certamente do lado das soluções, desde que haja respeito pelas boas práticas médicas". A verdade é que, por não possuir um centro de referência para tratamento de doenças oncológicas em adultos, nomeadamente no cólon e reto, este centro hospitalar já perdeu 50% do financiamento definido no contrato programa com a tutela e terá um corte de 100% a partir de janeiro de 2019 para os cuidados prestados (deixando de haver financiamento para atos cirúrgicos, consultas, quimioterapia e radio-terapia, por exemplo), situação que naturalmente, desmotiva Miguel Barbosa, diretor do serviço de Oncologia Médica. Miguel Guimarães defendeu como "essencial que seja reforçado o investimento" e alertou que a tutela está a aumentar o fosso entre os grandes hospitais e os mais periféricos, "com prejuízo dos doentes".

O retrato feito pelo próprio presidente do CA, João Oliveira, não é animador, descrevendo muitas dificuldades e o sentimento de abandono do interior. "A redução para as 35h" que veio acrescer à falta de recursos humanos quase crónica, "provocou grandes dificuldades". Antes do dia 1 de julho o CA "recebeu comunicações de enfermeiros em como não iriam fazer horas extra". "Tivemos autorização para contratar 59 profissionais. (...) Contratamos 32 enfermeiros, 12 técnicos e 15 assistentes operacionais". Com a autorização para essa contratação foi possível reabrir 12 das camas que haviam sido encerradas. Com resultados negativos de cerca de 7 milhões todos os anos, o subfinanciamento crónico afeta o CHTMAD e "os valores do contrato programa não permitem fazer investimentos". É o próprio presidente do CA que fala da demora em todos os processos, nomeadamente para a aquisição do acelerador linear que faz falta no centro oncológico e que já tem todos os pareceres positivos necessários (ARS, ACSS, secretaria de Estado) mas "agora está nas Finanças". "Tínhamos cerca de 11 dias de demora para início dos tratamentos, agora estamos com 30", lamentou referindo a degradação do acesso. "Mesmo depois da autorização ainda demora cerca de 1 ano". "A Psiquiatria tem instalações muito más" e o bloco de partos precisa ser renovado, à semelhança das restantes instalações. "O hospital tem 30 anos precisa de renovação de instalações e de equipamentos". Como positivo refere a instalação



até ao final de agosto da ressonância magnética. João Oliveira referiu ainda a falta de vistos do Tribunal de Contas mas garante que "em última análise os

doentes não podem deixar de ser tratados". O presidente do CA referiu ainda as dificuldades de contratação e a suposta falta de atratividade da região, com concursos sucessivos que ficam desertos, afirmação em foi prontamente desmentida por Bela Alice Costa, membro da Assembleia de Representantes (AR) da OM por Vila Real: "essa é uma falsa questão pois não abrem vagas para os internos que querem cá ficar nem os contratam", referiu recordando que com quase três dezenas de serviços classificados como carenciados, o último concurso lançado só contempla 7 vagas carenciadas. "Dizemos que os médicos não querem vir para cá mas isso é falso porque quando manifestam essa vontade não são contratados" ou os concursos demoram 10 meses até serem lançados. Esta foi, aliás, a certeza com que ficamos nesta visita: os médicos querem trabalhar no CHTMAD mas não são contratados de forma atempada e justa (ver caixa) e acabam por procurar outras soluções. "Também fico revoltado quando não consigo contratar os médicos de que necessitamos (...) mas a contratação tornou-se um tormento burocrático que atrasa o processo", lamentou o presidente do CA, referenciando uma espécie de "descrição negativa" que parece acontecer em relação ao interior, explicando que por terem autorizado a contratação de algumas dezenas de médicos em 2016, "parece que o CHTMAD já está ótimo, mas esquecem-se do nosso ponto de partida", isto é, uma grande carência de recursos humanos, nomeadamente de médicos de várias especialidades.

Seguiu-se a visita a alguns serviços do hospital de Vila Real, nomeadamente Oncologia e Cirurgia Geral, onde conversou com os especialistas e internos em formação, após a qual Miguel Guimarães reuniu com mais de duas dezenas de diretores de serviço tendo constatado "um clima de grande desmotivação" relativamente "àquilo que tem sido feito pela administração do hospital" o que só agrava a já difícil situação da falta de médicos em várias especialidades. "É absolutamente essencial que o CA ouça os profissionais em geral e os diretores de serviço, em particular" pois sem eles não se faz uma boa gestão.

Ao seu representante, os vários diretores de serviço manifestaram desagrado pela falta de recursos humanos, pela desatualização dos equipamentos, aumentando os riscos e efeitos secundários de alguns exames de diagnóstico, por exemplo, mas, acima de tudo, manifestaram o seu desagrado com o sentimento de falta de respeito pelo seu trabalho e com o facto de não se criarem condições para que os médicos – nomeadamente os mais jovens – se sintam mais "acarinhados" pelas instituições. Se nada mudar em breve, Miguel Guimarães alertou que os diretores de serviços "podem concretizar o seu pedido de demissão do cargo".

As queixas dos colegas foram também em questões muito concretas: Nefrologia, um serviço altamente tecnológico com muitas dificuldades, está há mais de 15 anos sem qualquer obra ou renovação, como referiria a diretora desse serviço, Teresa Morgado. A diretora do serviço de Imuno-Hemoterapia, Pratima Isvarlal lamentou o facto de só serem três especialistas, todos com 50 ou mais anos, e que cada vez que um equipamento avaria seja necessário pedir muitas vezes e esperar muito para ser reparado. Mas de quase todos os serviços ouvimos queixas semelhantes.

A visita foi sempre acompanhada por Ana Correia Oliveira (membro do CRN, especialista em MGF), Margarida Faria (presidente do CSR de Vila Real, anestesiologista), Fernando Salvador (vice-presidente do CSR, especialista em Medicina Interna), Bela Alice Costa (membro da AR da OM, especialista em MGF), Ana Graça (membro do CSR, especialista em Neurologia), por António Oliveira (assistente graduado sénior de Cirurgia Geral). No final da visita, aos jornalistas presentes no local, o vice-presidente do CSR de Vila Real da OM falou do desânimo entre os profissionais e lamentou o "subfinanciamento crónico", além da diretora clínica.



Rita Tenreiro, especialista em Hematologia Clínica e Patrícia Ferraz, interna do 5º ano



Miguel Barbosa, Joana Lima e Miguel Guimarães

CICLO DE DEBATES

18:00 - 10 de Julho de 2018

#4

Lei de Bases da Saúde



O principal valor do SNS não as pessoas

Pouco tempo depois da Comissão de Revisão da Lei de Bases da Saúde, presidida por Maria de Belém Roseira, ter apresentado a pré-proposta da nova lei, o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos discutiu o tema no dia 10 de julho, na sua sede em Lisboa, naquela que foi a 4^a iniciativa de um ciclo de debates. Com um painel de oradores distinto e de reconhecidos méritos, os argumentos convergiram na importância de proteger a saúde, para que também seja possível proteger os doentes. Diversos intervenientes deixaram desafios para o futuro, tais como uma eventual mudança na estrutura orgânica dos serviços de saúde e alertaram para o escasso financiamento como um grave problema do setor.

Texto e fotos de Filipe Pardal (redator ROM)

Perante uma sala com mais de uma centena de pessoas, competiu a Alexandre Valentim Lourenço, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, assinalar a abertura do debate, congratulando a organização antes de lançar o mote de que "a saúde e a medicina no nosso país são francamente diferentes do que eram há 50 anos" e, como tal, "é necessário alterarmos a estrutura orgânica para continuar a melhorar os nossos indicadores em prol do doente".

A primeira oradora do encontro foi Maria de Belém Roseira, presidente da Comissão de Revisão da Lei de Bases da Saúde, que focou alguns dos aspetos essenciais que constam no documento que está em discussão pública, como por exemplo, a prestação de cuidados de saúde humanizados, as carreiras assentes no mérito com prestação de provas públicas, o reforço de pessoal competente e qualificado nas instituições, entre outros. Os gastos no setor da saúde não foram esquecidos por Maria de Belém, "a saúde além de ser um fator de desenvolvimento humano, é um motor de inovação, da economia e da criação de valor, portanto não é uma coisa que saia cara ao país, pelo contrário sem saúde é que o país ficaria numa situação trágica", afirmou. Com grandes preocupações ao nível da saúde pública, a representante da Comissão de Revisão da Lei de Bases considera que a saúde deve ser reconhecida como "corretora das desigualdades, construtora da coesão social e, nesse sentido, é um braço armado do Estado para o cumprimento



de uma das suas tarefas fundamentais", enfatizou. Com as ideias de que "a proteção da saúde existe porque existem pessoas" e de que "se não existissem pessoas não seria necessário investir na saúde", ficou patente que a nova Lei de Bases pretende ser mais centrada nos doentes. Além dos aspetos gerais da pré-proposta, foram também expostas algumas políticas específicas tendo em vista particularidades como a saúde mental, a deficiência, a necessidade de uma maior literacia e a proximidade às pessoas. A ex-ministra da Saúde quer fortificar os direitos, mas também os deveres, de todas as pessoas que constroem e utilizam o SNS, destacando, para isso, o papel "fundamental" das Ordens profissionais. Por fim, a jurista terminou com a vontade de edificar uma saúde com o SNS na sua centralidade que "contribua para o prestígio e a boa reputação do país e que, mais uma vez, tenha um valor intangível e imensurável".

De seguida, Paulo Mendo, ex-ministro da Saúde e ex-secretário de Estado do setor, começou por afirmar-se agradavelmente surpreendido com a apresentação da nova Lei de Bases, louvando a capacidade de trabalho de Maria de Belém Roseira. "Fui dando conta que estava perante um diploma moderno e que aponta para a modernidade e para a importância que tem a evolução do SNS no nosso país", declarou. Foi através desse olhar para a modernidade e para o futuro que Paulo Mendo censurou o desinvestimento que o SNS tem sofrido no século XXI e realçou que existe a "obrigatoriedade de considerar a saúde como a grande prioridade de uma sociedade moderna", algo que está consagrado "na Constituição do país e na lei do SNS". Para o ex-governante, os cortes constantes e o subfinanciamento crónico na saúde têm sido dois dos grandes problemas a retificar. Durante a intervenção, defendeu uma "modificação da estrutura orgânica

dos serviços de saúde"; "um centro de saúde moderno que seja o centro do SNS" e a mesma dignidade das carreiras médicas perante "os grandes pilares da sociedade", nomeadamente a educação, a justiça e a defesa. Sobre a Lei de Bases, solicitou que o futuro da ADSE estivesse planificado na nova lei e terminou com alusão ao voluntariado como mais uma das questões que lamenta terem ficado excluídas. Constantino Sakellarides, professor catedrático jubilado da Escola Nacional de Saúde Pública, contextualizou a sua intervenção ao expor que "os sistemas de saúde são resultado de uma evolução histórica, política, social e cultural" e "é isso que os configura". Como tal, para o ex-coordenador da iniciativa "SNS Saúde mais proximidade", uma Lei de Bases deve, obrigatoriamente, "beber desta base evolutiva" para não se arriscar a fazer mais mal do que bem. Sakellarides converge com a noção de que um dos principais problemas do SNS é a falta de investimento do Estado, aludindo à preferência de alguns governos em "recorrer à compra de serviços ao exterior, ao invés de investir no SNS". "É evidente que o SNS pode comprar serviços, fazer parcerias e acordos, mas não pode fazê-lo em prejuízo da sua própria excelência e desenvolvimento", sublinhou. Como ideia derradeira, defendeu o direito de escolha dos utentes, uma vez que contribuem para o SNS com o pagamento dos seus impostos e, como tal, não devem "estar limitados às imposições do Estado".

Sem qualquer dúvida que o trabalho da Comissão da Lei de Bases da Saúde é um sucesso, Rui Nogueira – presidente da direção da APMGF – afirmou que o único problema da pré-proposta de lei é "ainda não estar aprovada". Ao comparar este novo projeto à Lei de Bases em vigor, Rui Nogueira é taxativo quando afirma que, a última, é "arcaica", está "obsoleta" e "não



Germano de Sousa



Maria de Belém



Rui Nogueira



António Gentil Martins



Constantino Sakellarides



Jorge Roque da Cunha



Miguel Guimarães

tem nada a ver com a nossa realidade". Os elogios não se esgotaram: "o projeto que temos hoje em discussão é inovador e pensa em tudo", enaltece. No entanto,

no reverso da medalha, o presidente da APMGF alerta que o documento ainda "não passa de um projeto de intenções" e que é preciso combater a degradação do SNS, sob pena de "ter uma excelente Lei de Bases da Saúde, mas não termos SNS". Lamentando que a Comissão não tenha médicos na sua composição, Rui Nogueira asseverou que "enquanto médico de família" se revê no que está escrito na pré-proposta de Lei de Bases.

A quarta intervenção do painel de oradores ficou a cargo de Jorge Roque da Cunha. O secretário-geral do Sindicado Independente dos Médicos confessou-se preocupado com a possível politização da discussão da nova Lei de Bases e centrou o discurso naqueles que considera serem alguns aspectos que "deveriam ser mais aprofundados", como por exemplo, a questão do financiamento que, na sua opinião, é um dos problemas centrais. O líder sindical adverte que "não podemos andar, ano após ano, com sub-

financiamentos, com orçamentos escondidos, com cativações e com situações que mais tarde ou mais cedo, irão causar consequências" na qualidade dos serviços de saúde. "Gostaria de sugerir a contratação coletiva", afirmou Jorge Roque da Cunha, sustentando que "graças à contratação coletiva, os sindicatos médicos têm garantido uma carreira médica com concursos, júris médicos e com uma progressão na carreira através de provas". Por fim, a formação médica não foi descurada, para o líder do SIM o "Estado não pode fugir desta matéria", e não pode continuar a estar tudo à responsabilidade das instituições e da indústria farmacêutica. "De qualquer forma, queria saudar o trabalho que tem sido feito e esperar que a nova Lei de Bases possa ser um ponto de consenso e não um ponto de combate político-partidário", concluiu.

A encerrar as intervenções e antes das perguntas da plateia que resultaram num debate muito participado, Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, recordou que "a Lei de Bases tem de consagrar aquilo que é o principal valor do nosso SNS... as pessoas". "Uma Lei de Bases da Saúde que não consagre de forma objetiva aquilo que é a importância das carreiras profissionais e a forma como se tem acesso à formação para que continuemos a ter profissionais de saúde que possam desempenhar melhor o seu papel, não é uma boa Lei de Bases da Saúde", sublinhou o bastonário. Embora considere que "o projeto apresentado tem uma boa base de trabalho", defende uma melhor definição das questões acerca

do financiamento e da gestão. "Tem de ficar claramente definido qual é a importância que o Estado, através da Lei de Bases da Saúde, dá à nossa saúde e à saúde dos portugueses", declara. Na opinião do bastonário, a Lei de Bases da Saúde não deve

ser um trabalho imutável para que possa acompanhar a inovação e a constante evolução tecnológica da Medicina. "O fundamental é que o documento também nos diga a forma como se podem aplicar na prática as bases que nós temos na Lei de Bases da Saúde, porque a realidade é que se nós dermos uma vista de olhos à lei atual, vemos que uma parte significativa do que está lá consagrado não foi aplicado na prática", concluiu o bastonário da OM, alegando que



é algo transversal à grande maioria da legislação.

No final do debate moderado pelo jornalista André Macedo, o bastonário da Ordem dos Médicos surpreendeu Paulo Mendo com uma homenagem surpresa, organizada com a cumplicidade da família, amigos e colegas. O antigo ministro da Saúde recebeu a Distinção Excelência atribuída pelo bastonário da OM (ver página 58).

PUBLICIDADE



MERCADONA
SUPERMERCADOS DE CONFIANÇA

OFERTA DE EMPREGO

Médico do trabalho (m/f) | Médico de empresa (m/f)

Requisitos:

- Licenciatura em Medicina
- Especialização em Medicina do Trabalho e/ou autorização DGS para o exercício de Medicina do Trabalho (para médico do trabalho)
- Residente no distrito do Porto
- Carta de condução e veículo próprio
- Disponibilidade para viajar (no país e estrangeiro)

Condições laborais:

- Tipo de contrato: sem termo.
- Jornada laboral: tempo inteiro.



Pode apresentar a sua candidatura no nosso site www.mercadona.pt acedendo à secção "Emprego" e submeter o seu currículo ou através do código QR:



Médico do trabalho (m/f)



Médico de empresa (m/f)



Paulo Mendo recebe Distinção Excelência atribuída pelo bastonário da OM

Surpresa! Esta foi a palavra que marcou a distinção atribuída pelo bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, a Paulo Mendo, pela excelência no serviço público, liderança em Saúde e elevado mérito no trabalho desenvolvido em defesa da Medicina. O antigo ministro da Saúde foi surpreendido por ex-governantes e colegas com a cumplicidade e a presença de vários amigos e familiares.

Texto e fotos de Filipe Pardal (redator ROM)

No final do debate sobre a Lei de Bases da Saúde (ver página 54), o bastonário da OM proferiu um breve resumo do notável currículo do homenageado que colocou sempre a humanização dos serviços de saúde como bandeira da sua atuação política, quer como ministro (entre 1993 e 1995), quer enquanto secretário de Estado (1976-77 e de 1981 a 1983).

Seguiram-se breves declarações de Jorge Roque da Cunha, Maria de Belém Roseira, Constantino Sakellariades e Rui Nogueira, onde todos enalteceram o percurso profissional e cívico de Paulo Mendo que exerceu a sua profissão nos hospitais de Santo António e São João, no Porto, tal como em Marrocos durante alguns anos do regime ditatorial.

Através de mensagens de vídeo, chegaram os testemunhos do neurologista Castro Lopes e de José Barros,

diretor clínico do Centro Hospitalar do Porto. O primeiro recordou algumas histórias dos tempos em que trabalhou com Paulo Mendo, enquanto o segundo privilegiou momentos em que o homenageado o inspirou, quer por motivos profissionais, quer por transmissão de valores pessoais.

Já presencialmente, antecedendo os discursos de homenagem, Duarte Sousa - diretor do Hospital Nacional Simão Mendes da Guiné-Bissau em 1992 - fez questão de dirigir algumas palavras a Paulo Mendo, agradecendo o seu trabalho e destacando a sua "simplicidade". Entretanto, a homenagem prosseguiu com Mário Jorge Neves do Sindicato dos Médicos da Zona Sul; Augusto Goulão, presidente do Colégio de Neurorradiologia - que também leu um texto enviado pelo presidente da Sociedade de Neurorradiologia João Xavier -; José Car-



Família do homenageado



Paulo Mendo e Duarte Sousa



Augusto Goulão

los Lopes Martins, membro da direção do Health Cluster Portugal e secretário de Estado da Saúde de Paulo Mendo; Carlos Ribeiro, ex-bastonário da OM; António Sousa Pereira, reitor da Universidade do Porto e pelo antigo primeiro-ministro Pedro Passos Coelho. Todos os intervenientes produziram sentidos depoimentos, onde se salientou a autoria do decreto-lei 310/82 relativo às carreiras médicas, o trabalho de melhoria dos serviços de saúde, a criação da especialidade de neuroradiologia, a contribuição do homenageado para o SNS de hoje e, claro, o humanismo e a conduta ética e moral irrepreensível que sempre o acompanharam em todas as etapas. Pedro Passos Coelho destacou que esta foi uma merecida homenagem pública, uma vez que Paulo Mendo "foi um investigador, um inovador, um grande professor e clínico e um político destacado. Alguém que não perdeu a oportunidade para ajudar a mudar as coisas. O que temos hoje no SNS tem também a sua marca muito relevante", disse o ex-primeiro-ministro.

Antes de encerrar a sessão, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, leu uma mensagem de Fernando Araújo, atual secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que na sua qualidade de médico frisou: "Homenagear Paulo Mendo é homenagear o SNS e a democracia".

Miguel Guimarães concluiu com destaque ao "sentimento de gratidão" pelo trabalho e percurso de Paulo Mendo. "Nenhuma palavra será suficiente para transmitir a nossa profunda admiração", concretizou.

Visivelmente emocionado com a surpresa e a homenagem que lhe foi prestada, Paulo Mendo agradeceu a todos os que estiveram presentes, salientando o facto de ter muitos amigos, não por serem "iguais", mas por serem diversos e defensores de "variadíssimas causas". "Foi uma completa surpresa, não fazia a mínima ideia de que ia receber esta homenagem, foi uma demonstração de amizade e, como é óbvio, gostei muito. O reconhecimento de amigos é uma onda de amor humano que é para mim extremamente gratificante. Gostei muito de aqui vir e gostei muito do segredo que conseguiram fazer, até da minha família que só agora vejo que estão aqui e eu saí do Porto hoje de manhã... ninguém me disse nada", disse Paulo Mendo à ROM.



Carlos Ribeiro



José Castro Martins



Mário Jorge Neves



António Sousa Pereira



António Alvim



Alexandre Valentim Lourenço



Pedro Passos Coelho



Miguel Guimarães



Os objetivos de saúde estão esquecidos de uma maneira inconstitucional

Paulo Mendo

Secretário de Estado da Saúde por duas ocasiões e ministro da Saúde entre 1993 e 1995, Paulo Mendo é uma referência incontornável do setor da saúde em Portugal. Com uma longa carreira que se destaca, entre muitas coisas, pela fundação do primeiro serviço português de neurorradiologia no Hospital de Santo António no Porto, Paulo Mendo foi homenageado com a Distinção Excelência pelo bastonário da Ordem dos Médicos. No rescaldo desse reconhecimento, Paulo Mendo falou à ROM sobre o seu percurso profissional e político, sobre as suas ideias para o futuro do SNS e teceu largas críticas à política de saúde atual.

Entrevista de Filipe Pardal (redator ROM)

Revista da Ordem dos Médicos – Durante o seu mandato de ano e meio como ministro da Saúde, quais foram as medidas que tomou que recorda com mais carinho?

Paulo Mendo - Entrei em funções como ministro no fim de 1993 e em meados de 1995 houveram eleições legislativas. Como tal, o meu mandato foi limitado pelo tempo. A minha ação foi, sobretudo, fazer uma proposta para estudo de uma nova forma de financiamento da saúde. Foi bastante entusiasmante porque considero que o problema do financiamento da saúde é um dos problemas mais graves a ter de ser resolvido. Isto no tal ano e meio que estive como ministro foi uma das iniciativas que mais pena tenho que não tenha evoluído. Tirando isso, foi muito um ano de gestão. Esse tipo de trabalho para mim é sempre entusiasmante até porque eu desde de muito novo que estou ligado à profissão e à gestão da profissão.

ROM – O que gostaria de ter feito e acabou por não ter tempo para decretar?

PM - Muitas medidas! Não se podem fazer grandes

mudanças a 18 meses de eleições legislativas. De maneira que foi muito um Governo de gestão diária, trabalho que é muito importante até porque a gestão de saúde implica milhões por dia.

ROM – Em relação ao seu trabalho enquanto secretário de Estado, como nasceu o decreto-lei que viria a resultar nas Carreiras Médicas?

PM - Com muito entusiasmo, criámos um gabinete com jovens médicos que queriam uma nova especialidade que eu defendia há muito tempo: a especialidade de medicina geral e familiar. Já haviam as especialidades e quem não entrasse nas especialidades hospitalares era um médico que não tinha formação pós-graduada, o que era uma coisa inaceitável. Portanto, criámos o mesmo internato para a medicina geral, um internato de especialidade e um exame final nacional para ser especialista, só esses é que poderiam ser médicos de família nos centros de saúde. Ficou pronto em agosto de 82 e saiu o decreto-lei 310/82 que define todas as carreiras, incluindo já esta nova de medicina familiar, com as respectivas atribuições, formação e os programas de internato. Foi estupendo o programa que eu consegui fazer com o grupo de jovens à minha volta: num ano e tal conseguimos apresentar a carreira que ainda é a carreira vigente. O período de 81 a 83 foi, provavelmente, a ação política mais gratificante para mim.

ROM – Considera que deixou um legado?

PM - Sim, deixei um legado mas mais porque ao sair continuei a fazer coisas: voltei para diretor do Hospital de Santo António, voltei para diretor do meu serviço, a ir à Ordem, a dar entrevistas, a falar do SNS, de maneira que nunca me afastei. Por outro lado, passei a ser cliente. Tenho um centro de saúde, no centro de saúde tenho a minha médica de família, uma unidade de saúde familiar que frequento como qualquer outro cidadão. Isto para mim é uma das coisas que me sabe bem e aí vem um pouco aquilo que eu defino atualmente como perfeitamente fundamental que é a passagem da marca do SNS dos hospitais para os centros de saúde.

ROM – Defendeu desde sempre a figura central do médico de família.

PM - Desde há 20 anos! Do médico de família e da unidade de saúde familiar. É absolutamente fundamental, mas não é esta. Eu quero que seja um laboratório. Os cuidados de tratamento, os cuidados de diagnóstico, todos os exames que sejam feitos em ambulatório, as especialidades, tudo isto deve estar num centro de saúde. Não há razão nenhuma para que eu que tenha uma consulta de neurologia no Hospital de Santo António e não tenha a consulta de neurologia no serviço de um centro de saúde. O grande centro de saúde é a imagem

de marca do SNS do século XXI e os hospitais devem ter a sua marca no seu desempenho técnico e não na enfermaria, nem no serviço de urgência.

ROM – Qual é o diagnóstico que faz ao SNS do presente?

PM - O SNS nasceu na revolução de abril sob a forma de imposição constitucional, com o art.º 74 mas também na introdução da própria Constituição. Temos duas leis sagradas que impõem que o país tenha SNS o que é muitas vezes ignorado de uma maneira, quanto a mim, inconstitucional. Não é por vontade própria é por desmazelo: as pessoas pensam pouco na existência de uma lei imperativa. Quanto a mim, até à gestão da Maria de Belém, apesar das mudanças de partidos e ministros, há uma continuidade de crescimento e de eficácia deste serviço. Entramos no século XXI e tem sido um descalabro! Com as crises financeiras que o mundo atravessou, com uma política errada, não só nacional, como da Europa, passou o Serviço Nacional de Saúde a não ter política, a ser praticamente entregue à política financeira: em vez de ter objetivos sanitários, passou a ter objetivos económicos e orçamentais.

ROM – Considera, portanto, que a política de saúde atual não tem estado à altura?

PM - Não existe! Não há política de saúde. A política de saúde deixou de o ser para passar a uma política financeira. A tal ponto que o sr. ministro até já disse que isto era uma coisa de gestão, "não dou dinheiro para isso", "não faço", "não tenho dinheiro", e, reitero, os objetivos de saúde estão esquecidos de uma maneira inconstitucional. Sobretudo a partir de 2002, tem existido uma linha de puro desinteresse político pela saúde. Aqui há tempos alguém me perguntou se aceitaria ser ministro, na altura da crise da troika, e eu disse que não podia aceitar porque, como médico, os meus objetivos são de saúde e agora o que procuram são orçamentos financeiros. Os objetivos da saúde devem condicionar a procura de financiamento e não o contrário. Enquanto isso não for assim não há médico nenhum que aceite ser ministro da Saúde com objetivos.

ROM – A falta de política de saúde deve-se a falta de consciência ou falta de conhecimento?

PM - Não é falta de conhecimento, é vontade própria. É não acreditarem que a saúde e a educação são dois pilares fundamentais na política de qualquer sociedade moderna e democrática. De maneira que o futuro... haja quem pegue nele!

ROM – Sempre foi um assumido defensor de um orçamento próprio para a saúde. Como é que po-

**deria ser pensado e consumado para ser sustentável?**

PM - Os assistentes do professor Diogo Lucena fizeram-me o trabalho que, como ministro, encomendei sobre uma nova forma de financiamento. Deu um livrinho onde a proposta que eu faço muito global é um sistema idêntico ao que já temos na segurança social: é o pagamento de um imposto consignado, em que eu pago de acordo com a minha riqueza. Ninguém sabe quanto é que gasta dos seus impostos na saúde. Não há português nenhum que diga "eu gasto 50 contos por ano para a saúde". Esta noção de imposto consignado que é seguida, por exemplo, em França e na Holanda, dá-me impressão que introduzia princípios de justiça social em que cada um de nós já podia dizer que tanto faz ser rico como pobre.

ROM - Como vê a relação médico-doente nos dias de hoje?

PM - Em relação há um tempo atrás, está muito melhor, nem se compara. Não se compara por duas razões: primeiro o médico é mais educado e, depois, porque a cidadania já tem 40 e tal anos e há uma noção de cidadania que não havia no meu tempo. Quando me formei, ainda era vulgar assistirmos ao diretor de serviço passar a visita ao doente e tratá-lo por tu. Era relativamente vulgar, porque quem estava no hospital público era normalmente quem apresentava o atestado de pobreza e havia diferenças sociais desse tipo. Tudo isso desapareceu e, portanto, as relações estão muito melhores. A existência do médico de família foi fundamental para a melhoria da relação médico-doente.

ROM - Que importância atribui ao ensino e à formação dos mais novos?

PM - Eu divido em pré-graduação e pós-graduação. A pré é muito difícil, obriga a grande estudo e a grande esforço, mas podemos dizer que será pouco criativa. A aprendizagem a sério do que é a profissão médica faz-se sobretudo na pós-graduação. O jovem estudante de medicina muda completamente depois de se inscrever na Ordem. A boa preparação de qualquer médico vem da experiência e da ligação às outras profissões - sobretudo técnicos superiores de saúde e enfermagem -, o que às vezes falta, assim como falta maior ligação e formação para a abordagem dos problemas humanos. Apesar de tudo, a nossa formação é muito boa.

ROM - Como era a relação com os seus mestres?

PM - É um bocado diferente dos dias de hoje, a distância era maior. Eu trabalhei em Estrasburgo, com o professor Barrett que é o melhor neurologista da Europa. A minha relação era uma relação de disciplininho para mestre, mestre "top". A nossa vivência internacional é muito maior do que se pode pensar de um país pequenino e rural.

ROM - O que gostaria de ver a ser criado ou melhorado nos serviços de saúde em Portugal durante a próxima década?

PM - A mudança dos hospitais na sua forma de atuação e na sua gestão. Passando a ser sobretudo platôs técnicos, muito descentralizados, de tipo *shopping center*.

ROM - *Shopping center*?

PM - Sim. Um *shopping* não vale por ser um *shopping*, vale porque os seus serviços têm muita qualidade. Um serviço hospitalar não pode ser centrado num diretor de hospital, tem de estar baseado num serviço. Ora o que eu queria é que o meu serviço estivesse afixado à porta: quem somos, quanto gastamos, quanto custa, o que é que fazemos. O segundo grande objetivo é a transformação da instituição sanitária do século XXI não no grande hospital, mas sim no grande centro de saúde. Não é só ter a consulta, é ter laboratórios, é ter tudo aquilo que atualmente existe em termos de tecnologia de ambulatório. Se fizermos isto desde já, dentro de 10 ou 12 anos podemos ter estas duas imagens de marcas que serão, estou absolutamente convencido, marcas europeias, porque a Europa está tão atrasada quanto nós.



A humanização da Medicina é um fator determinante para a qualidade dos cuidados de saúde

António Sousa Pereira

O médico António Sousa Pereira tomou posse como Reitor da Universidade do Porto no fim do mês de junho, depois de ter sido eleito para um mandato de quatro anos à frente da instituição. À ROM, o novo Reitor falou das competências de liderança de um médico, da sua aposta na multidisciplinariedade e, também, de temas como a humanização da Medicina e a aposta na formação. Entrevista de Filipe Pardal (redator ROM)

Revista da Ordem dos Médicos – Matriculou-se em 1979 no curso de Medicina do ICBAS e, 39 anos depois, chega a reitor da Universidade do Porto. O que é que o aluno de 1979 ensinou ao reitor de 2018?

António Sousa Pereira – Todo o meu percurso académico foi feito graças à conjugação de dois fatores igualmente importantes. Por um lado, o meu empenho e o sentido que sempre tive de transformar dificuldades em oportunidades, o que levou a que sempre enfrentasse as vicissitudes com empenho e dedicação ao invés de esmorecimento. Por outro lado, tive a felicidade de me cruzar ao longo da vida com personalidades verdadeiramente excepcionais, como Corino de Andrade e Nuno Grande que entendiam a

universidade como um espaço de liberdade e criação, o que me permitiu crescer e desenvolver como médico, como professor e como universitário no sentido mais amplo do termo. Aquilo que eu espero como reitor é poder criar condições que permitam às jovens gerações ter o mesmo tipo de oportunidades que eu tive e fazer com que entendam que a motivação é o principal motor da aprendizagem e do desenvolvimento pessoal.

ROM – Que características pessoais e intelectuais possui um médico para desempenhar funções de reitor?

ASP – No cargo que atualmente ocupo mais do que

como médico, tenho de me assumir como gestor com 14 anos de experiência como diretor do ICBAS. Além de médico, a minha carreira foi toda dedicada à academia e a cargos de gestão universitária, com uma longa experiência como diretor de faculdade e é isso que trago para o cargo de reitor. No entanto, enquanto reitor e médico, transporto algumas qualidades intrínsecas à prática clínica para o exercício da gestão: ser bom ouvinte, ter preocupações com a humanização do ambiente de trabalho, ter preocupações com o bem-estar e, sobretudo, gerir com recursos escassos, matéria em que os médicos são peritos de provas dadas.

ROM – Um bom médico é um bom líder?

ASP – Embora ajude, não é a formação académica que faz o bom líder, mas antes a personalidade e o treino específico. No caso dos médicos, na medida em que estes são treinados ao longo de toda a sua vida para tomar decisões rápidas, para coordenar processos e para liderar e coordenar equipas, o emergir de capacidades de liderança pode ser mais natural e a experiência mostra que são numerosos os médicos que ao longo da sua vida profissional desenvolvem extraordinárias competências de liderança.

ROM – Que diagnóstico faz da investigação académica de saúde em Portugal?

ASP – Globalmente bastante positivo. Temos excelentes centros de investigação ligados às universidades, mas também hospitais independentes, ou seja, não integrados em centros académicos, que fazem também investigação de grande qualidade. Nestes últimos e nos hospitais associados às universidades este feito é verdadeiramente extraordinário. Essa investigação é realizada sem que os médicos disponham de tempo especialmente alocado à investigação, muitas vezes fora do horário de trabalho e fruto sobretudo de um enorme empenho pessoal. Mesmo assim é crescente o número de médicos envolvidos em atividades de investigação, seja integrando laboratórios e centros de investigação nacionais seja, cada vez mais, em parcerias internacionais, o que é fantástico.

ROM – Gostaria que a Universidade do Porto contribuisse para o aumento do interesse de jovens médicos pela investigação científica?

ASP – A Universidade do Porto já contribui de forma significativa. O facto de existirem no Porto bons institutos e laboratórios de investigação na área da saúde faz com que seja desejável pôr os estudantes de

Medicina em contacto estreito com estas estruturas como forma de os motivar para a investigação científica, o que me parece acontecer cada vez mais.

ROM – Durante a campanha defendeu a ideia de um aluno de Medicina poder fazer uma unidade curricular de Belas Artes, ou que um estudante de Letras pudesse fazer uma disciplina de Medicina. Considera que a multidisciplinariedade na formação de um estudante de Medicina contribui para formar um médico mais capaz?

ASP – Sim, basta lembrar a máxima tantas vezes citada por Abel Salazar: "Um médico que apenas sabe de Medicina, nem Medicina sabe". Esta é uma das minhas prioridades como reitor: promover a multidisciplinariedade das formações e a fortalecer as relações entre faculdades e áreas de estudo. Isto é tanto mais importante quanto mais tecnológica é uma dada formação. A aquisição de competências ao nível das humanidades é fundamental para introduzir uma componente de humanização nas tecnologias.

ROM – Qual a importância de ensinar os estudantes de Medicina a comunicar melhor?

ASP – A humanização da Medicina é um fator determinante para a qualidade dos cuidados de saúde e a forma como se comunica com os doentes e os familiares é um aspeto importante e fundamental dessa humanização. Naturalmente, as competências de comunicação treinam-se e devem ser um objetivo do processo de formação dos médicos presente desde os primeiros contactos com os bancos da faculdade.

ROM – Acha que a Universidade precisa de se aproximar da pós-graduação médica?

ASP – Em Portugal por razões históricas a pós-graduação médica esteve sempre muito ligada ao Ministério da Saúde e também à Ordem dos Médicos que tutelam, por assim dizer, a formação de especialistas. É um facto também que os hospitais mais diferenciados são os que se encontram associados às universidades, nomeadamente às escolas médicas. Será assim de esperar e desejável que possa haver um maior envolvimento das universidades na formação pós-graduada dos nossos médicos, seja de uma forma informal, seja de uma forma mais formal, nos muitos casos em que competências altamente especializadas residem na universidade e podem ser colocadas ao serviço da formação pós-graduada. Esta interação pode surgir não só ao nível dos internatos de especialidade, mas também com cursos de pós-graduação

Licenciado em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas (ICBAS), António Sousa Pereira possui doutoramento na área das Ciências Médicas e agregação na área de Anatomia, ambos pela Universidade do Porto. Em 1998 exerceu funções de presidente do Conselho Pedagógico do ICBAS, em 2004, na mesma instituição, tomou posse como presidente do Conselho Diretivo e, em 2010, tornou-se diretor da instituição e presidente do Conselho Científico. É, também, membro eleito pela Assembleia da República do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. António Sousa Pereira é o 20º Reitor da história da Universidade do Porto.



que são, cada vez mais, uma forma de atualização de conhecimentos que permite a aquisição de novas competências.

ROM – No final do mês de junho, o Governo aprovou o diploma que cria o regime jurídico dos Centros Académicos Clínicos, criando, assim, condições para o desenvolvimento integrado da atividade assistencial, de ensino e de investigação científica. Que potencialidades cria esta novidade?

ASP – O diploma veio formalizar uma colaboração que já existia há décadas, em particular no Porto com ICBAS-CHP e FMUP-CHSJ. Ainda assim, permite uma nova agilidade administrativa para potenciar a cooperação entre as duas entidades, evitar burocracias, etc... pretendem-se criar novas sinergias entre ensino e investigação e prática clínica que seja mutuamente beneficiária para as faculdades e hospitais. E com isso todos ganham: estudantes, académicos, profissionais e, principalmente, cidadãos.

ROM – Como é que os Centros Académicos Clínicos podem promover, em articulação com a academia, uma melhoria da saúde?

ASP – A exponenciação das sinergias entre clínica e investigação só pode trazer benefícios para o Sistema Nacional de Saúde e os cuidados prestados aos cidadãos...

ROM – A cooperação entre a Universidade do Porto e o Centro Hospitalar do Porto é a ideal ou exis-

te espaço para melhorá-la durante o seu mandato?

ASP – A cooperação é bastante forte, fruto de longos anos de experiência e relacionamento próximo entre ICBAS e CHP, mas podemos sempre melhorar. Ela assenta num protocolo de entendimento muito respeitador dos interesses das partes e das autonomias respetivas e esse protocolo tem permitido o desenvolvimento do ensino, mas tem também potenciado o desenvolvimento de investigação clínica de elevada qualidade, com ganhos notórios ao nível da própria qualidade assistencial. Naturalmente que existem projetos de desenvolvimento e de criação de novas valências que terão o meu apoio como o terão iniciativas que surjam ao nível da parceria existente entre a FMUP e o Centro Hospitalar de S. João.

ROM – Que formação superior será adequada daqui a 10 anos para formar um médico?

ASP – A evolução da prática e dos conhecimentos médicos mostra-nos que será fundamental evoluir para um modelo de ensino baseado na aquisição de competências ao invés do atual que está muito focado na aquisição de conhecimentos. Por outro lado, temos de assumir ao nível da formação que a prática é, hoje em dia, multidisciplinar e em equipa, pelo que o treino de atuação em grupo/equipa se torna fundamental para além dos aspetos ligados a formação que terá forçosamente de ser transversal a várias áreas do conhecimento, incluindo uma vertente muito forte de ciências sociais e humanas.



Alexandre Valentim
Lourenço
Presidente do Conselho
Regional do Sul

MAC: uma face da disfunção da rede materno infantil*

A Comissão Nacional de Saúde Materno-Infantil, liderada pelo secretário de Estado Albino Aroso, instituiu, entre 1987 e 1991, um conjunto de valores e regras que ainda teimam em perdurar, quer na Neonatalogia quer na assistência obstétrica.

A aplicação do plano, que inclusive encerrou 150 maternidades, permitiu atingir elevados indicadores de saúde materno-infantil, que nos colocam no pelotão da frente da assistência no parto à grávida e ao recém-nascido a nível mundial.

Neste plano, a noção de rede em Obstetrícia e na Neonatalogia era há 30 anos um marco na organização de cuidados de saúde. Integrava as maternidades de diferentes níveis, articulava com os cuidados primários e impulsionou as unidades de Neonatalogia de todo o país.

A Obstetrícia tornou-se mais moderna e a Neonatalogia adquiriu um estatuto diferenciador na Pediatria, sendo atualmente uma subespecialidade bem implantada e com programa de formação ajustado (ligado a um ciclo de estudos especiais).

Os critérios de qualidade então criados para determinar onde e como se devia nascer em Portugal foram sempre atualizados e melhorados. Os indicadores de mortalidade materna e neonatal rapidamente melhoraram, constituindo um orgulho nacional; o controlo, monitorização e melhoramento da rede sempre estiveram nos "genes" e nas práticas dos médicos envolvidos. Este é o exemplo marcante da aplicação de uma liderança e de um programa de qualidade, numa área multidisciplinar que devemos acarinhar.

Na região Sul, a Maternidade Alfredo da Costa (MAC), pela sua dimensão e qualidade, colocou-se no centro da referência, a par da maternidade do Hospital de Santa Maria (HSM), que embora mais pequena estava integrada no mesmo espaço físico de um hospital central universitário, o que constitui uma vantagem competitiva. Articulavam com esta rede, as restantes maternidades metropolitanas de Lisboa, com particular destaque para a maternidade Magalhães Coutinho, integrada no Hospital D. Estefânia.

Estas 3 maternidades eram maternidades formadoras e "exportadoras" de jovens especialistas, à qual se juntou posteriormente o Hospital Garcia de Orta. Em 1996, detinham, na zona sul, o título de maternidades de formação básica no programa de formação do colégio da especialidade e a maioria dos internos adquiriam grande parte da base da sua formação nestas instituições. (Ver Portaria 327/96, de 2 de agosto).

Nos últimos 15 anos, esta rede, outrora estável, tem sofrido perturbações. A demissão dos chefes de equipa da MAC a 11 de julho de 2018 é um dos mais graves sintomas de uma disfunção insidiosa e já crónica que afeta a rede materno-infantil. Como manifestação de sofrimento, importa reparar nela e ir para além de cuidados paliativos. Exige conhecer bem as causas e merece um tratamento multidisciplinar a vários níveis.

Vejamos algumas das condicionantes:

Após a instalação da rede inicial, o crescimento e modernização da rede hospitalar levou ao desejável aparecimento de melhores e maiores maternidades de proximidade na coroa metropolitana de Lisboa. Com o aparecimento de novas maternidades, em especial com as PPP (parcerias público-privado), que incluem, inicialmente, o Hospital Fernando Fonseca e, mais recentemente, o Hospital Beatriz Ângelo, o Hospital de Cascais e o Hospital de Vila Franca, surgem unidades mais modernas e com outros padrões de qualidade hoteleira e de equipamentos montados de raiz. Estas maternidades receberam invariavelmente vários especialistas da MAC e do HSM. Normalmente, quer recém-especialistas quer especialistas já altamente diferenciados de boa qualidade fizeram crescer estas maternidades e unidades de Neonatalogia, dando-lhes força e vigor.

A par das PPP, a realidade dos partos em hospitais pri-

vados também se modificou fortemente nestes últimos anos. As maternidades de apoio à medicina liberal (Hospital da Cruz Vermelha, Hospital Particular, Hospital da Reboleira) fecharam e/ou foram substituídas por hospitais gerais privados com maternidades que cresceram a partir dos seguros e mais recentemente da ADSE. Quase 10.000 partos na região metropolitana de Lisboa.

Todas estas novas unidades formaram-se com os segundos e terceiros elementos de equipas bem estabelecidas. E, como inicialmente não tinham capacidade formativa, foram recolhendo recentemente os novos especialistas das unidades formadoras. Com o tempo, e fruto da diminuta renovação das maternidades tradicionais, estas ficaram extremamente envelhecidas, perdendo capacidades, em especial no volume da rotina e na capacidade de formar. Concorrencialmente estão debilitadas em relação às maternidades de proximidade, apesar de serem a sua referência final. Esbateram-se as diferenças, mas não as responsabilidades. O apoio perinatal diferenciado fica mais difícil de prestar.

No campo da formação, a portaria inicial de 1996 foi sucessivamente alterada, muitas vezes de forma pontual e para acomodar *lobbies* locais ou necessidade de ter mais internos nas urgências dos hospitais de base. O resultado é uma manta de retalhos, na qual o enquadramento com a rede não é feliz nem facilitador da diferenciação e desenvolvimento pleno da mesma.

Por último, as atuais formas de financiamento, predominantemente quantitativas, não recompensam minimamente quer a diferenciação técnica quer a função de referência de última linha ou da capacidade formativa. Assim se fecha um ciclo vicioso negativo que, ao invés de fomentar a qualificação, arrasta para a massificação. E as equipas de referência e de excelência não lidam bem com a massificação.

Soluções precisam-se. Eis algumas sugestões:

Precisamos de reativar a Comissão Nacional de Saúde Materno-infantil. Incumbi-la de realizar um plano a médio prazo, integrando medidas imediatas com ações futuras, fruto de uma correta avaliação de recursos humanos e conducente a uma planificação técnica de rede coerente e duradoura. Essa comissão devia ter membros permanentes, experientes e dedicados a tempo inteiro, a par de representantes das várias unidades e dos colégios da especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, bem como da subespecialidade de Neonatalogia da Ordem dos Médicos.

Devem ficar bem definidas as responsabilidades e competências dos diferentes intervenientes da rede, desde

os cuidados de saúde primários até às maternidades de referência a nível central. De forma equilibrada, mas clara e transparente, todos devem conhecer as funções, responsabilidades e limitações de todos os intervenientes, respeitando as diferenças e estabelecendo complementariedades funcionais.

A formação da especialidade de Obstetrícia e Ginecologia deve ser feita em função da organização comple-



mentar em rede, à semelhança do que foi feito inicialmente e que progressivamente se perdeu.

Estabelecer internatos para as subespecialidades em causa, Neonatalogia e Medicina Materno-Fetal, dirigidas a especialistas com interesses na área, à semelhança dos *fellowships* europeus ou americanos, abertos e acessíveis por concurso curricular e pagos adequadamente de forma independente e de acordo com a carreira médica (afinal tratam-se de especialistas já com boa diferenciação). Esta pode ser uma medida estruturante de uma melhor qualificação global e que atraia especialistas de boa qualidade, de volta ao SNS, aumentando a sua diferenciação, em áreas de grande carência. (Ver <http://www.acgme.org/Specialties/Overview/pfcid/12/Obstetrics and Gynecology>)

E, claro, implementar a médio prazo uma verdadeira política de recursos humanos médicos nesta área e não nos limitarmos a meras contratações de especialistas para áreas muito diversas, de forma esporádica e face a emergências. As vagas da especialidade e da subespecialidade devem ser instrumentos para a melhoria dos cuidados médicos diferenciados nesta área e não um desgarrado projeto de absorção de médicos sem especialidade, que tende a conduzir a médicos diferenciados desempregados em áreas excedentárias e a empregabilidade de médicos menos diferenciados em especialidades muito carenciadas.

* Artigo publicado na opinião do Público a 20 de julho de 2018



Setor público, privado e social - um dos debates mais antigos da nossa Democracia

O Vice-presidente do Conselho Regional do Sul foi um dos oradores do primeiro dia de trabalhos da Convenção Nacional da Saúde, que decorreu na Culturgest, em Lisboa, nos dias 7 e 8 de junho. Publicamos a intervenção de Jorge Penedo, na tarde do primeiro dia, na conferência «Público. Privado. Social: A Complementaridade do Sistema de Saúde como um ganho para o Utente».

O debate em torno do papel dos sectores público, privado e social do SNS é um dos mais antigos da nossa jovem democracia. Certamente que não foi o acaso que levou a organização a escolher o tema para a primeira destas conferências que esta convenção desenhou neste momento único em Portugal. É uma verdade inquestionável que sem um financiamento adequado não é possível continuarmos a garantir o atual panorama de cuidados de saúde de que temos vindo a desfrutar. Mas desenganem-se aqueles que pensam que o incremento no Orçamento do Estado é, por si só, suficiente para tal.

É hoje claro para todos que o Serviço Nacional de Saúde é um bem por demais valioso, um bem para o qual importa olhar de forma moderna e atual, como é igualmente claro que os sectores privado e social se

têm vindo a desenvolver gradual e sistematicamente. Consequentemente, deve ser igualmente claro que é imperioso que o Estado regule o papel destes três setores no nosso sistema de saúde, um imperativo que se encontra bem claro desde há vários anos.

E importa referir que alguém, certamente atento, escreveu que "às prestações de saúde a que os utentes do Serviço Nacional de Saúde têm direito pode ser garantido por entidades não integradas no SNS". Falamos do artigo 15º da Lei 56/79, também conhecida por Lei de Bases da Saúde.

Alguns anos mais tarde, curiosamente, é afirmado que o sistema de saúde é constituído pelo SNS e por todas as entidades privadas e do social e por todos os profissionais livres que acordem prestação de todas ou algumas atividades. Mais se acrescenta, nesse mesmo diploma, que o Ministério da Saúde e as ARS podem contratar entidades privadas para prestação de cuidados de saúde aos beneficiários, sempre que tal se afigure vantajoso face à consideração do binómio qualidade/custos e desde que esteja garantido o acesso. Este texto faz parte da base número 12 da Lei 48/90, também conhecida por Lei de Bases da Saúde, uma lei promulgada por Mário Soares e referendada por Cavaco Silva, uma lei com 28 anos, uma lei que, importa reconhecer, foi aprovada alguns anos após a lei do Serviço Nacional de Saúde.

Curiosamente estas duas leis foram votadas em Assembleia de República com votações partidárias

cruzadas, portanto opostas, e ambas diziam a mesma coisa relativamente ao tema da complementariedade relativamente aos três setores.

E, voltando a referir algo em que não se pode deixar de insistir, de que o Serviço Nacional de Saúde é inequivocamente um dos nossos primeiros bens, importa sublinhar, no entanto, que as necessidades dos anos 70 não são as necessidades dos nossos dias, a sociedade dos anos 70 não é a sociedade dos nossos dias e a medicina dos anos 70 não é a medicina dos nossos dias. Portanto, o que deve estar verdadeiramente em discussão é qual o papel que deve caber ao setor público, ao sector privado e ao setor social em toda esta grande questão que tem a ver com a prestação de cuidados de saúde a todos os portugueses.

Das várias funções do Estado relativamente ao sistema de saúde, que têm sido também muito debatidas, aquilo que se fala das funções de regularização e de fiscalização encontra quase uma completa unanimidade em como elas cabem exclusivamente ao Estado.

Da parte da manhã, este tema foi amplamente discutido e, também aí, se lançaram pistas importantes para este debate. Há uma questão central nesta discussão entre público, privado e setor social que tem a ver com a discussão de a quem cabe a função de prestador de cuidados. Ovi hoje de manhã ser afirmado numa das conferências por um dos oradores que essa função deveria caber exclusivamente ao Estado. Eu confesso que não sou tão radical quanto a isso, mas esta discussão é por demais importante e há que ter a coragem de avançar para ela.

E, portanto, o Estado deve garantir um acesso universal, um desenvolvimento financeiramente sustentável, mas é preciso também dizer que, quase tudo aquilo que é importante para nós, como a alimentação, a energia, as comunicações, já está muito delegado no setor privado, mas falar disto no sector da saúde é por demais incômodo.

Vejo então os comentários relativamente a isto. Há desnatação do setor público sob tratamento de seleções adversas, dizem alguns para dizer mal do privado, outros dizem maior eficiência e melhor pagamento dos profissionais, numa atitude mais focada para dizerem bem do privado.

O que é certo é que o Imperial College fez, em 2017, um estudo sobre este tema e o que eles consideram é

que em relação a países de baixo e médio rendimento, a questão de bons serviços efetivos mais inovadores na prestação está mais associada ao desempenho privado e a capacidade de treinar novas gerações de médicos, técnicos e enfermeiros, igualmente.

Ou seja, o privado e o social acabam por trazer uma competitividade que não existia antes, acabam por trazer novas maneiras de olhar para o processo e, portanto, acabam por trazer uma dinâmica a todo o sistema.

Por outro lado, é preciso dizer aquilo que todos reconhecem de uma maneira mais ou menos aberta, que o sistema público de prestação está a atingir o seu limite relativamente à capacidade que tem de fazer prestação de cuidados. E, assim, ou há uma enorme revolução naquilo que é a mudança de regras ou o setor público, que está neste momento com grandes dificuldades em avançar para continuar a dar mais e mais e mais, definha. Estou totalmente em desacordo com aqueles que dizem que o sistema público deve garantir 100 % da prestação. E penso que os portugueses estão em desacordo com isso, porque,



hoje em dia, optam entre público, privado e social, de acordo com aquilo que, para eles, é mais interessante. Os profissionais de saúde já há muito tempo que não têm este pejo e trabalham no público, privado ou social de acordo com aquilo que são os sítios que consideram poder ter mais qualidade e melhores meios para desempenhar aquilo que é, verdadeiramente, a meta da sua profissão, que é tratar os portugueses. Portanto, esta questão, de facto, tem de ser discutida e precisamos de conclusões rapidamente, sob pena de criarmos um sistema totalmente imóvel e incapacitado de dar as melhores respostas.



Balanço da visita ao Hospital de S. Bernardo e ACES do Arco Ribeirinho

Uma delegação do Conselho Regional do Sul fez uma visita de trabalho ao Hospital de S. Bernardo, em Setúbal, no dia 24 de maio, que, pela manhã, teve foco no serviço de urgência, seguindo à tarde para a USF do Lavradio e para a UCSP de Quinta da Lomba, no Barreiro. O Presidente do CRS, que teve também uma reunião com os médicos do hospital, foi acompanhado pelo Vogal João Furtado e também pelo Presidente do Conselho Sub-regional de Setúbal, Daniel Travancinha, tal como pelos representantes dos dois sindicatos médicos, Jorge Espírito Santo (FNAM) e Pinto de Almeida (SIM). É este o balanço da visita feito por Alexandre Valentim Lourenço.

A triagem de Manchester avançou há pouco tempo no Hospital de S. Bernardo. Agora, os doentes que são definidos como verdes e azuis são assistidos entre as 10 da manhã e as 23 horas, numa área em frente à Urgência, enquanto os amarelos são assistidos dentro da Urgência, junto ao SO.

Esta medida, que abrange cerca de 25 % dos atendimentos durante as horas do dia, permitiu libertar mais a zona de atendimentos, já de si pequena para os doentes de pulseira amarela ou com mobilidade reduzida que acorrem à urgência do Hospital de S. Bernardo.

Verificámos que os doentes em SO chegam a permanecer vários dias em observação à espera de vaga e transferência para os serviços correspondentes, congestionando o funcionamento e sobrecregando o verdadeiro serviço de urgência.

Quanto à urgência de Pediatria, instalações, espaço, disposição e escalas estão de acordo com as necessidades, mas o principal problema prende-se com o facto de não haver um número de médicos suficiente no quadro para garantir os atendimentos de urgência de uma forma adequada. É necessário recorrer, frequentemente, à contratação de pediatras de fora do hospital para garantir as escalas de urgência e a maioria dos especialistas que estão a realizar urgência já têm idades acima dos 50/55 anos.

A urgência de Pediatria foi reformulada e estruturada dentro das instalações do próprio serviço e em muitos casos as escalas de médicos para realizar este serviço diferenciado são asseguradas por pessoal contratado fora do hospital.

Mesmo assim, está em vigor um plano de contingência que permite, quando a equipa não tem os três médicos previstos, desviar os doentes para os dois outros hospitais com maternidade da península de Setúbal, os do Barreiro e de Almada. Reciprocamente, esses dois hospitais transferem doentes para Setúbal em casos de falha de recursos de equipa médica.

As principais dificuldades têm a ver com o facto de o espaço estar integrado no meio do serviço e com a ausência de operacionais, nomeadamente assistentes administrativos, a partir das 16 horas, o que faz com que, por exemplo as grávidas que recorrem ao serviço de urgência, se tenham que registar na urgência central e circular dentro do hospital em circuitos longos e não apropriados durante o período da tarde e noite. Durante esse período, apesar de a urgência se manter aberta, o atendimento não tem apoio de secretariado efetivo, pelo que têm de ser os assistentes operacionais ou enfermeiras que estão de urgência a prestar algum desse apoio e a transportar doentes e acompanhantes.

O serviço de urgência do Hospital de Setúbal, de uma forma global, transtorna o funcionamento normal dos serviços que com ele se relacionam, retirando recursos humanos das consultas e internamentos e sobrecregando estes com doentes e processos burocráticos em que é notória a falta de recursos, quer de médicos quer de outros técnicos de saúde.

Na segunda fase da visita ao Hospital de Setúbal realizou-se uma reunião com vários médicos interessados, que manifestaram várias preocupações. A mais relevante foi referida pelo representante da comissão de internos do hospital, que denunciou uma prática comum a várias especialidades, com os internos a cumprirem serviços de urgência muito para lá do limite definido nos regulamentos, muitas vezes chegando às 36 horas de serviço de urgência semanal, prejudicando claramente alguns dos programas de formação.

Foi ainda referido que, em algumas especialidades – deu-se o exemplo da Pediatria –, os internos chegam aos exames finais e os júris notam insuficiências curriculares, explicadas pela falta de presença em estágios específicos, prejudicados pela atividade em equipas de urgência.

Também foi referido, quer por especialistas quer por internos, que, muitas vezes, quando estão colocados em estágios noutros hospitais, os internos realizam

urgência suplementar no Hospital de S. Bernardo, algo que é manifestamente ilegal e contrário aos regulamentos aprovados.

Na generalidade, os médicos queixam-se de cansaço, de sobrecarga de trabalho, de atividades no serviço de urgência que não os deixam realizar com qualidade muitas das especialidades próprias, que deveriam ser executadas em internamento ou consulta, e mostraram desalento por não haver mudanças destas práticas nem esperarem modificações nos próximos anos na orgânica do serviço.

USF e UCSP

Nesta visita de trabalho, deslocámo-nos também a duas unidades diferentes do ACES do Arco Ribeirinho: uma USF tipo B, a do Lavradio, e uma UCSP, localizada na Quinta da Lomba. Os espaços para as duas estruturas de cuidados de saúde primários foram construídos de raiz, embora um seja mais recente e esteja em perfeitas condições de conservação, o da USF tipo B, enquanto que o outro, construído há muitos anos, apresenta várias partes da sua estrutura danificada e com necessidade de urgentes obras de reparação.

No âmbito geral, têm espaços amplos, agradáveis e com boa iluminação, mas prevê-se que as instalações da UCSP entrem em obras ainda este ano. Por agora, os médicos queixam-se de infiltrações, de deterioração das paredes, de pinturas completamente danificadas e de estruturas não adequadas à circulação e receção dos doentes nas melhores condições.

É notória a diferença dos recursos humanos entre ambas as instalações, pecando a UCSP por uma falta gritante de pessoal administrativo, ao contrário do que acontece com a USF, onde esses rácios estão bem estabelecidos. Existem cerca de 10.000 utentes na UCSP que não têm médico de família atribuído, sendo o seu acompanhamento prestado pelos restantes médicos colocados e também no fim de semana, com recurso a dois gabinetes que abrem para esse efeito.

E se a UCSP da Quinta da Lomba tem 10.000 utentes a descoberto, o total do ACES do Arco Ribeirinho chega aos 48.000, nos 4 concelhos abrangidos – Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo. Os colegas que ali trabalham têm o apoio de pessoal de uma empresa, para consultas do adulto e para os programas, mas acabam por dar seis horas do seu horário nestas tarefas. Contudo, as outras unidades do ACES praticamente não colaboram na resolução do problema. As USF estão metidas no seu cantinho e não colaboram neste esforço de uma maneira organizada.

Carlos Cortes presidiu à sessão de encerramento da conferência “Em Defesa do Serviço Nacional de Saúde”



No auditório do Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, enalteceu o debate sobre a Lei de Bases da Saúde, um evento organizado pela União Geral de Trabalhadores (UGT) em conjunto com a Associação Portuguesa de Bioética, a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a *UNESCO Chair in Bioethics* e o SINDITE - Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica. “Este é o momento para fazer esta discussão, é o momento propício para darmos o nosso contributo para a discussão da Lei de Bases da Saúde”, sublinhou. Carlos Cortes fez um resumo alargado desta iniciativa que proporcionou um debate profícuo sobre a futura Lei de Bases da Saúde bem como as perspectivas para o sistema de Saúde e como reinventar o Serviço Nacional de Saúde (estes, aliás, os temas das três conferências).

O documento agora em análise que também ali foi apresentado pela presidente da Comissão de Revisão, Maria de Belém Roseira, mereceu uma discussão aprofundada entre os diversos intervenientes desta conferência que reuniu inúmeras personalidades da área da Saúde e do movimento sindical. Na sessão inaugural, o Bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães chamou a atenção para a falta de condições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e deixou claro que, nestas difíceis circunstâncias, são os profissionais de saúde que têm estado a suportar o SNS.

Por outro lado, ainda no período de discussão do painel sobre esta proposta, Carlos Cortes elogiou o conceito de “equipa” presente na proposta desta comissão mas não deixou de lançar dois alertas em jeito de sugestão: em primeiro lugar, o facto de ter desaparecido o conceito de “ato em saúde” e sustentou a necessidade de “valorizar o trabalho dos profissionais de saúde, como elementos de sustentabilidade do SNS”, esta última que está plasmada, aliás, na outra proposta apresentada por João Semedo e António Arnaut.

Por outro lado, o dirigente alertou para a gravidade de outra lacuna “quando, no capítulo 6, dedicado aos profissionais de saúde, se colocam no mesmo plano profissionais de saúde e profissionais das terapêuticas não convencionais”. Concluiu: “O sistema de saúde tem de ser exigente e tem de estar apoiado

em demonstração científica, com profissionais de saúde competentes e dedicados, e não podemos estar a apostar em terapêuticas da fantasia". Aliás, também o presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, Alexandre Valentim Lourenço (um dos comentadores do painel referente ao projeto de nova Lei de Bases da Saúde, apresentada pela antiga ministra da Saúde) se referiu a este ponto, criticando o facto de se pretender equiparar os profissionais de terapêuticas não convencionais que não têm base científica aos restantes. Maria de Belém Roseira agradeceu todos os contributos e afiançou que algumas ideias seriam plasmadas na proposta da nova Lei de Bases da Saúde.

Carlos Cortes não deixou de recordar o papel decisivo de António Arnaut ('Pai' do SNS), dando conta que o jurista e escritor foi precisamente o mentor da plantação da 'oliveira do SNS' no Parque Verde de Coimbra - que agora congrega o ritual da rega, a 15 de setembro, dia que assinala a criação do SNS.

Já na sessão de encerramento, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos voltou a colocar o acento tónico na necessidade de enaltecer o contributo dos profissionais de saúde como um dos pilares do Serviço Nacional de Saúde, sem esquecer, também, o papel importante dos gestores e administradores das instituições de saúde. Citando alguns tópicos discutidos ao longo do dia, Carlos Cortes destacou uma questão que é transversal aos diversos problemas focados nesta conferência, mais concretamente, a desmotivação dos profissionais de saúde. O presidente da SRCOM elencou, aliás, algumas das suas causas: a degradação do SNS, a perda de autonomia dos administradores hospitalares, a promiscuidade entre o sistema público e privado na Saúde; a deficiente qualificação dos líderes das

instituições de saúde, a escassa transparência apesar da facilidade das comunicações, a fraca participação da sociedade civil, entre outros. Também aludiu a um dos denominadores comuns desta conferência, pois foi abordado por vários intervenientes, isto é, o défice de financiamento do SNS.

Neste debate, que decorreu no dia 30 de junho, participaram vários convidados, entre os quais os ex-ministros da Saúde, Maria de Belém Roseira e Paulo Mendo; o cirurgião Manuel Antunes; a ex-bastonária da Ordem dos Enfermeiros, Maria Augusta Sousa; e o atual bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, Orlando Monteiro da Silva. O Bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, destacou, logo no início da conferência, que não existem mecanismos suficientes em defesa daqueles que usam o SNS. (ver texto na página 28). "Se nada for feito e a continuar a atual política de desorçamentação vamos assistir ao declínio do Serviço Nacional de Saúde", alertou, por seu turno, Edgar Loureiro, presidente do SINDITE. Palavras que fizeram parte da sessão de abertura na qual participaram também o secretário-geral da UGT, Carlos Silva, o presidente do *Research Department of the International Network of the UNESCO Chair in Bioethics*, Rui Nunes, o presidente do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Fernando Regateiro, e a presidente da Administração Regional de Saúde do Centro, Rosa Reis Marques (em representação do ministro da Saúde).



Aveiro, Leiria e Coimbra Cerimónias de homenagem



Ordem enaltece duas gerações de médicos pelo papel relevante na Medicina e na Democracia

A entrega das medalhas evocativas dos 50 e 25 anos de inscrição na Ordem dos Médicos foi o ponto de encontro de gerações, experiências e cerimónias muito especiais: Beatriz Pinheiro (Aveiro), Rui Passadouro da Fonseca (Leiria) e Carlos Cortes (Coimbra) entregaram as medalhas aos colegas, sendo anfitriões destes momentos de homenagem.



Coimbra - Medalhas evocativas dos 50 anos

quais se pretende motivar os vindouros para os valores da Medicina.

Em Leiria, por exemplo, depois da palestra do professor Óscar Lourenço, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, com a conferência intitulada "Economia na Saúde - Oportunidades e limites", decorreu também a receção aos novos médicos daquela sub-região.

Em Coimbra, Carlos Cortes dirigiu um especial cumprimento à oradora convidada, a professora Catedrática da Faculdade de Medicina



Coimbra - Medalhas evocativas dos 25 anos

Nestas cerimónias, sempre emotivas, são destacados os méritos bem como o papel decisivo na construção do Serviço Nacional de Saúde, um património de todos. O presidente da Secção Regional do Centro fez questão de enaltecer o contributo de todos quer na edificação e manutenção do Serviço Nacional de Saúde quer na construção do Portugal democrático de hoje.

Estes são momentos em que se renovam laços com os

da Universidade de Coimbra, Tice Macedo, a primeira mulher doutorada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. "Fazemos muita coisa bem mas tudo poderia correr melhor se nos esforçássemos um bocadinho mais", disse. "Cumprimento-vos a todos com um grande abraço de amizade e desejo as maiores venturas. Os portugueses são realmente capazes de ir mais além", vaticinou Tice de Macedo, concluindo a sua



Teixeira Veríssimo e Valentina de Costa Almeida - Coimbra



Valentina de Costa Almeida, José Borges e Tice de Macedo - Coimbra

intervenção. Por seu turno, o atual presidente do Núcleo de Estudantes de Medicina da Associação Académica de Coimbra, José Borges, ao agradecer por estar presente neste momento tão marcante a convite do presidente da SRCOM, afirmou: "Ser médico é um verdadeiro privilégio: poder ser aprendiz, praticante ou professor da arte da cura será sempre tido como uma das mais nobres e dignas ações que o Ser humano pode incorporar. O querer e o dever de ajudar o outro eleva-se na mais bela das vontades". (...) "De estudante ao professor jubilado lutemos, lado a lado, e adequemos a sinergia para o mais belo bem-common". No momento já tradicional desta cerimónia, em Coimbra, coube à médica anestesiologista Valentina Costa de Almeida (membro do Gabinete para a Qualidade em Saúde da SRCOM) e a Manuel Teixeira Veríssimo (vice-presidente da SRCOM) o descerramento das placas que assinalam a homenagem, momento que antecedeu a atuação do Coimbra Gospel Choir.

Sublinhando a enorme satisfação em integrar estas cerimónias em todas as capitais de distrito, Carlos Cortes vincou a importância destas cerimónias que evocam o Dia do Médico, de modo a que se dê especial ênfase "ao papel dos médicos que trabalham em prol de uma sociedade mais justa". Há duas cerimónias importantes na Ordem dos Médicos - o Juramento de Hipócrates e as cerimónias de homenagem de inscrição na Ordem dos Médicos. Ambos carregados de grande simbolismo e de muita emoção, acentuou.

O trabalho que os colegas [inscritos há 50 anos] fizeram em prol da sociedade, e também dos colegas mais novos, resultou numa das obras mais importantes da nossa Democracia, concretizando o sonho que perdura até hoje: o Serviço Nacional de Saúde", sublinharia Carlos Cortes, nestas cerimónias. O presidente da SRCOM lembrou, aliás, que os colegas que receberam as medalhas dos 50 anos são os obreiros do Serviço Nacional de



Leiria - 50 anos



Leiria - 50 anos



Leiria - Recepção jovens



Leiria - 25 anos



Aveiro - 25 e 50 anos

Saúde, uma "mais-valia da Democracia". "Os colegas dos 25 anos também têm um papel fundamental porque ajudaram a transportar este sonho até nós e, apesar das dificuldades, continuam a pugnar pela qualidade da Medicina".



Coimbra | A apresentação do livro
'Tango, Quebec, Uniform',
do médico psiquiatra Luiz Canavarro

O livro «TANGO, QUEBEC, UNIFORM» da autoria do médico psiquiatra Luiz Canavarro decorreu no dia 20 de junho, quarta-feira, pelas 18h00, na Sala Miguel Torga da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, com a apresentação a ser levada a cabo pelo Engenheiro Diniz Manso, amigo pessoal do autor.



Carlos Cortes, anfitrião nesta sessão, deixou vincada desde logo a ideia de que a vida cultural de todos os colegas também faz parte das competências da Ordem dos Médicos. "A atividade médica tem na sua expressão o humanismo, tal como a arte da literatura", acentuou. Ao cumprimentar e dar as boas-vindas a todos os que se deslocaram à Ordem dos Médicos para o lançamento desta obra, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos deixou uma palavra de especial apreço e admiração para com Isabel de Carvalho Garcia, editora da MinervaCoimbra. "É uma agente da cultura muito importante, colabora também com a Ordem

em várias iniciativas ligadas ao Serviço Nacional de Saúde, ela é uma importante defensora do SNS - sentimentalmente, também a considero como médica desta casa porque também já fez muito por ela". Carlos Cortes enalteceu também a honra por acolher esta apresentação do professor Luiz Canavarro nesta sua mais recente obra "Tango, Quebec, Uniform".

Por seu turno, o engenheiro Diniz Manso, que desde logo explicou que cumpriu as obrigações para com Portugal na mesma época e local do autor [serviço militar], salientou a profundidade deste romance uma vez que Luiz Canavarro teve de "re-



mexer os seus arquivos físicos e emocionais" assim recordar momentos, locais, datas e

pessoas (apesar de terem nome fictícios). "Muitos de nós conhecem como profissional da psiquiatria, mas também da caça, da pesca, música, fotografia, pintura, paraquedismo...". Este seu amigo de longa data destacou a componente humana. "no tempo em que exerceu funções como Capitão sempre pri-mou por ter um bom ambiente. "Neste livro, [Luis Canavarro] aborda com grande sensibilidade e de forma subtil longas histórias; há referência a princípios e valores (...) e pessoas que nunca esquece". Isabel de Carvalho Garcia agradeceu de forma sentida as palavras do presidente da SRCOM lem-brando que como presidente da Liga dos Amigos dos Hospitais da Universidade de Coimbra - além de outras funções cívicas - tem lutado pelo SNS. "Quem vê a imprensa, ouve rádio e vê tv, sabe que a luta do Dr. Carlos Cortes tem sido enorme e destemida", destaca a responsável das Edições MinervaCoimbra. "Temos também de agradecer a António Arnaut mas também a quem continua a defender o SNS". Sobre o autor e a sua obra, de-pois de recuar à publicação da obra "Infância em Terra Pequena", também apresentada na mesma sala em 2012, Isabel de Carvalho Garcia sublinha a forma hilariante e divertida como escreve. E, de seguida, fez um breve resumo do percurso do pro-fessor: Luiz Canavarro nasceu em Viseu na primeira metade do século passado, mas reside em Coimbra há quase 50 anos. É médico psiquiatra e, com ex-

ceção de alguns meses nos Estados Unidos, onde estagiou e se doutorou, fez toda a sua vida profis-sional nesta cidade. Criou a consulta de psiquiatria juvenil nos Hospitais da Universidade de Coimbra. É veterano de guerra do Ultramar, em Moçambique. Tem mais de trinta títulos em trabalhos científicos e vários livros publicados nas áreas de romance, conto e ensaio. Realizou conferências ou apresentou comunicações em lugares tão diversos como os Estados Unidos, Brasil, Grécia, Reino Unido, China, Hungria, Cuba e, naturalmente Portugal. Recebeu prémios de pintura, fotografia e poesia. Praticou vela, paraquedismo, mergulho, automobilismo (rallye), natação, karate, caça e pesca. Dedica-se também à culinária, enologia, conservação do pa-trimónio, energias alternativas e mineralogia". "É solidariamente culto", enalteceu Isabel Garcia.

Nesta sessão, a que acorreram muitos amigos do autor, disse Luiz Canavarro: "Cumpre-me agradecer coletivamente a vossa presença e a vossa disponibi-lidade que é sempre encorajadora, o que quer dizer que correm o risco que eu possa reincidir. Quero agradecer muito a presença do Dr. Carlos Cortes, uma pessoa extraordinária que, como bem disse a Drª Isabel Garcia, tem lutado incessantemente pela manutenção do Serviço Nacional de Saúde e pela dignidade e pela eficácia do exercício da profissão".



**DIA
DO MÉDICO**
18 JUNHO



Pela qualidade da medicina

A homenagem e o reconhecimento aos médicos marcaram o dia 18 de junho. Na cerimónia do Dia do Médico, a SRNOM atribuiu o Prémio Daniel Serrão ao jovem Miguel Saraiva, que obteve a melhor média das três escolas médicas do Norte do país, em 2017. Relativo ao mesmo ano, a Escola de Medicina da Universidade do Minho recebeu o Prémio Corino de Andrade pela qualidade da sua formação. Também os médicos que completaram 25 e 50 anos de inscrição na Ordem dos Médicos foram condecorados neste dia.

À semelhança dos anos anteriores, a cerimónia do Dia do Médico revelou-se um momento de particular simbolismo para os médicos presentes. No dia 18 de junho, o Salão Nobre do Centro de Cultura e Congressos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos recebeu ilustres personalidades do ensino médico do norte do país, antigos dirigentes do Conselho Regional e sub-regiões. Neste dia especial, com o intuito de promover o reencontro entre antigos colegas de curso e reconhecer a sua longa experiência, a SRNOM atribuiu medalhas evocativas aos médicos que completaram 25 e 50 anos de inscrição na Ordem dos Médicos. "São vocês que, pelo tempo que dedicam aos seres humanos doentes, pelo respeito que têm e que exigem que se tenha pela ética e pela deontologia, associadas às boas práticas médicas que exercem diariamente, mantêm viva a Medicina como uma mistura harmoniosa entre ciência e arte. São vocês que, pela vossa capacidade de integrar conhecimento e decisão, pela vossa experiência acumulada, pela vossa responsabilidade na formação médica, pela vossa generosidade personificada no imenso trabalho quotidiano e na resiliência diária, qualidades demonstradas ao longo de todos estes anos, contribuíram para dignificar a Medicina e a Saúde em Portugal

(...) A todos os médicos portugueses, o mais sincero e profundo agradecimento pela qualidade da atividade profissional que têm desenvolvido. É, também, por vossa causa, pelo vosso exemplo, que eu tenho orgulho em ser Médico", declarou o presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, António Araújo.

Na abertura da cerimónia, na mesa que presidiu à sessão, o presidente da SRNOM, António Araújo, teve a seu lado Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, e Pedro Teixeira Bastos, presidente da Mesa da Assembleia Regional do Norte, que marcou presença em representação dos médicos que nesse dia cumpriram 50 anos de inscrição na OM. Ao longo do discurso, o presidente do CRNOM relembrou alguns dos motivos que enaltecem o papel dos médicos portugueses na sociedade. Neste tributo, destacou o reconhecimento feito pela Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos a três gerações: os jovens médicos, em início de atividade profissional, com a atribuição do Prémio Daniel Serrão, e os médicos que cumprem 25 e 50 anos de carreira, com a entrega de condecorações que invocam o tempo dedicado à medicina e aos doentes. Antes de terminar a sua intervenção, António Araújo deixou um desafio a todos os médicos presentes: "Apesar das más condições de trabalho, apesar das extensas listas de doentes nas nossas consultas, apesar das intermináveis horas que nos obrigam a cumprir, para que o Serviço Nacional de Saúde subsista, não esmoreçam, não deixem de ter orgulho em serem Médicos, continuem a acreditar numa Medicina Humanizada, continuem a ser exigentes com a Medicina que praticam e consequentemente com as estruturas administrativas que nos governam para o bem dos doentes, não deixem de acreditar em Portugal. Não deixem de lutar pela vossa felicidade", rematou.

O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães aproveitou para enaltecer o trabalho desenvolvido pela equipa do CRNOM na defesa da qualidade da medicina e do acesso aos cuidados de saúde e realçou a presença de vários membros, na valorização do Dia do Médico. "Esta é uma iniciativa importante para os médicos que hoje representam a medicina portuguesa: os médicos premiados e os médicos que completam 25 e 50 anos de carreira. É um dos momentos



mais importantes da Ordem dos Médicos, reunimos aqui aquilo que é a capacidade de inovação e a longa experiência destes médicos que ajudaram a construir o Serviço Nacional de Saúde e permitiram que milhares de médicos tivessem uma excelente qualidade de formação. Deram e continuam a dar um contributo importante na sociedade", sustentou. O bastonário



relembrou ainda os grandes desafios que se colocam atualmente, entre eles a importância de preservarem a humanização dos cuidados de saúde e a relação médico-doente. Considerado uma das grandes conquistas da democracia, o estado do SNS foi um dos assuntos abordados, bem como as suas fragilidades. "Temos que lutar por reforçar a capacidade de resposta do SNS e garantir a defesa de todos os doentes e o acesso igualitário a cuidados de saúde", destacou Miguel Guimarães. A qualidade da formação e o facto de nem todos os jovens médicos conseguirem o acesso à especialidade foi também eleito como uma prioridade. "Não podemos perder o rumo daquilo que elevou o SNS. Temos excelentes médicos devido à excelente formação que prestamos. Juntos devemos lutar pela capacidade de formação e manter a qualidade. Temos que criar condições para que os nossos jovens fiquem a trabalhar em Portugal e no SNS. Se combinarmos a experiência destes médicos com a capacidade de inovação dos jovens, teremos serviços exemplares", reforçou o bastonário.

Prémio Corino de Andrade

Após os discursos inaugurais, seguiu-se a atribuição do Prémio Corino de Andrade. Este prémio, de âmbito nacional, foi instituído em 2002, pela SRNOM e

destina-se a galardoar pessoas coletivas ou singulares não médicas, que se tenham notabilizado pela prestação de serviços relevantes à medicina e aos médicos portugueses. Nesta sessão, referente ao ano de 2017, o galardão distinguiu a Escola de Medicina da Universidade do Minho pelo seu "desempenho notável na formação de qualidade" dos seus estudantes e futuros médicos. Depois de evocar "um profundo obrigado à SRNOM pelo reconhecimento, o presidente da EMUMinho, Nuno Sousa, deixou algumas palavras. "Todos temos o sentido de missão e a nossa missão é criar um espaço onde se aprende e gera conhecimento para melhorar a saúde da comunidade. Na Escola de Medicina da Universidade do Minho, cada indivíduo encontra o seu espaço e missão. Foi, é e será sempre esta a nossa política. A convicção consciente e paciente de uma missão: a de ajudar a melhorar os cuidados de saúde através da formação e geração de conhecimento. A defesa intransigente desta responsabilidade social transporta-nos para a consciência do dever cumprido e o de continuar a construir. Aceitamos e cumprimos a missão de formar médicos competentes, de forma responsável e consciente. Preparamos os médicos que o país precisa, com critério, rigor e paixão. Construímos e fazemos aquilo que a nossa missão nos dita, é a nossa obrigação", proferiu. Reforçando o rigor e a exigência como princípios base, a Escola de Medicina da Universidade



do Minho assume-se como uma entidade inovadora, que defende a investigação e assiste com orgulho a "réplicas das suas estratégias pedagógicas e científicas noutras instituições de ensino". "O plano de ação que pretendemos assumir é uma mescla de continuidade e mudança. A visão é fazer da nossa escola, uma referência. É possível formar médicos e cientistas, criar condições ideais para produzir conhecimento fundamental e melhorar a assistência médica. A missão de uma escola médica é promover a saúde e servir pessoas, pessoas saudáveis que um dia serão também doentes. Assim se cumpre a nossa missão", concluiu o presidente da EMUMinho.

Prémio Daniel Serrão

O médico licenciado que obteve em 2017 a melhor classificação final das três escolas médicas do norte do país (FMUP, ICBAS e EMUMinho) recebeu o Prémio

Daniel Serrão. Miguel Antunes Saraiva, concluiu o Mestrado Integrado de Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e atualmente é médico interno no Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, em Lisboa. Ao arrecadar um galardão de "enorme responsabilidade", que carrega o "nome de um homem que marcou a medicina portuguesa", o premiado elogiou a iniciativa da SRNOM. Miguel Saraiva começou o seu discurso com sinceros agradecimentos à família e colegas e professores da instituição que o formou com qualidade. Sentindo-se ainda um "pequeno embrião" no SNS, com uma curta experiência como médico, o jovem partilhou a sua perspetiva, consciente dos grandes desafios que terá de enfrentar. "Enquanto médicos, temos uma enorme responsabilidade e lidamos diariamente com a qualidade de vida das pessoas. Na minha opinião, temos que perceber que a saúde é de cada um, que os doentes têm que fazer escolhas com o maior grau de informação possível e não nos cabe a nós julgar, temos que compreender o contexto de cada indivíduo. Há espaço ainda para quebrar alguns estigmas da figura do médico: acho que aquilo que uso debaixo da minha bata não define o médico que eu sou nem determina a minha competência profissional. Quero acreditar que a minha profissão e os meus anos futuros não vão castrar a minha criatividade quotidiana", asseverou em relação ao "padrão" existente da figura do médico.

Após os momentos mais solenes com a atribuição dos prémios de reconhecimento, chegara a hora da entrega das medalhas evocativas aos médicos que completaram 50 e 25 anos de inscrição na Ordem dos Médicos. Ao todo, vários membros do CRNOM condecoraram mais de uma centena de médicos, considerados os "representantes da medicina portuguesa". António Araújo encerrou a sessão, agradecendo a presença de todos e convidando-os a desfrutarem do porto de honra servido na galeria do Centro de Cultura e Congressos da SRNOM, com música ambiente.





Conferência O Norte da Saúde Braga e Vila Real

Novo impulso à reforma dos Cuidados Primários

14 Junho - Famalicão

O relatório mais recente da Comissão para a Reforma dos CSP já havia sido analisado na primeira sessão realizada em Viana do Castelo. Nada melhor do que compreender, de viva voz, o trabalho que aquela equipa nomeada pelo Ministério da Saúde está a desenvolver, o que foi possível fazer na segunda conferência, realizada em Famalicão e promovida pela Sub-região de Braga. Isto porque, o principal convidado da sessão foi Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na área dos CSP, Henrique Botelho. O especialista começou por desmentir algumas ideias feitas sobre este sector, como o facto de se dizer que ainda há muita gente sem um médico de família em Portugal. "Não só não há muitos portugueses sem médico de família, como aqueles que não têm estão perfeitamente localizados. É na ARS Lisboa e Vale do Tejo e na ARS Algarve que essa situação mais se verifica", contestou. Da mesma forma, para Henrique Botelho não se pode falar em "aumento da despesa em saúde em Portugal", mas sim em "decréscimo de investimento", verificado de forma mais explícita nos anos em que o país esteve sob intervenção externa. Um dos indicadores que o orador apresentou a este propósito foi o facto de os utentes portugueses pagarem do seu próprio bolso 40% da despesa com medicamentos.

Sobre a performance atual da reforma dos CSP, o responsável reiterou as "vantagens funcionais" das USF's

e mostrou-se bastante céptico quanto à manutenção das Unidades de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP's). "Começo a ter dúvidas de que, 12 anos depois [do início da reforma] as USF's tenham direito a existir. Porque as outras [USF's] unidades já provaram que funcionam melhor, gastam menos e têm melhores resultados", observou, assumindo que é "o trabalho em equipa é a chave do sucesso" nesta matéria. Já no período de resposta às questões do público, Henrique Botelho assumiu a intenção de "chegar ao final do mandato e ver as UCSP's extintas", garantindo "o direito dos doentes a usufruírem de uma USF, porque prestam melhor serviço". Confrontado com o facto de em 2017 não se ter registado nenhuma abertura de USF Modelo B, o coordenador nacional assumiu que "não se comprehende" qual é o motivo para "existirem quotas de Modelos A e B". "O que conta é o interesse das próprias USF's e 95% delas manifestaram interesse em transitar para o Modelo B", acrescentou, confessando-se crítico do comportamento do Ministério das Finanças nesta matéria.

Sobre a dimensão das listas de utentes atribuídas a cada médico de família, Henrique Botelho mostrou que "está claro para todos" que o limite de 1900 utentes não pode valer para todas as regiões. Por isso mesmo, anunciou que a equipa a que preside está "muito perto de obter uma métrica ideal e capaz de se adaptar a realidades diferentes".



USF's rurais

O segundo convidado da sessão em Famalicão foi o coordenador da USF O Basto, Henrique Sá Nogueira, que utilizou parte da argumentação de Henrique Botelho para desacreditar os "modelos únicos" no sector dos CSP. "Não acredito em modelos que não tenham em conta a realidade local e as especificidades regionais". "Costumo dizer que somos rurais", comentou o responsável por esta unidade situada em Cabeceiras de Basto, dando o exemplo de que "todos os dias há suturas" e assiste "com frequência" a episódios críticos como enfartes do miocárdio. "Isto acontece e os indicadores com que eu sou avaliado são os mesmos dos meus colegas de Braga ou Guimarães", problematizou o responsável. Reforçando a sua linha de argumentação, Sá Nogueira não deixou, todavia, de mostrar confiança no modelo de reforma iniciado em 2005. "Continuo a acreditar neste modelo, mas ele não é reproduzível em todos os lados", vincou, defendendo que "se a reforma é para regressar, espero que tenha em conta estas realidades". A acompanhar Pratas Balhau, presidente da Sub-região de Braga, António Araújo encerrou a sessão, dizendo que "está muita coisa a ser burilada de forma conceptual, mas que na prática não acontece da mesma forma. O presidente do CRNOM deu como exemplo a transição das USF de Modelo A para Modelo B e o "exagero" das listas de utentes. "Há um longo caminho a percorrer", concluiu.

22 Junho - Vila Real

"Se não for feito o investimento necessário nos CSP, não vamos ter ganhos em Saúde". A afirmação de Margarida Faria, presidente da Sub-região de Vila Real da Ordem dos Médicos, foi o mote para a terceira e mais recente sessão d'O Norte da Saúde. Na noite de 21 de Junho, a dirigente recordou que o nosso país tem uma média de oito anos menos de qualidade de vida na população sénior, em comparação com os restantes

países da União Europeia. Nessa perspetiva, considerou que a "aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença é fundamental", cabendo à MGF esse trabalho. Margarida Faria reforçou também um dos argumentos mais ouvidos nestas sessões: o de que é necessário dar um novo impulso à reforma dos CSP. "O trabalho que foi iniciado nos anos 90 foi importante, mas as coisas estão a estagnar. E esta é uma área importantíssima para o SNS", considerou.

Rosa Ribeiro, oradora convidada para esta conferência, subscreveu a posição da colega e deu como exemplo a sua USF - a Miguel Torga, em Chaves - que está "há oito anos em Modelo A", a aguardar a transição para o Modelo B. Além disso, a diretora do internato e também sindicalista, recordou que a carreira de MGF "está congelada desde 2005" e que espera, "há três anos", pela abertura de um concurso para a sua unidade. À semelhança de Henrique Botelho, a médica de família tem a opinião de que a evolução da reforma dos CSP passa pela evolução funcional das unidades de saúde. "Está provado que são as USF que prestem melhor serviço. Então as unidades deviam transitar para USF e para o Modelo B", observou, acrescentando compreender "que não se possa fazer tudo de uma vez", mas salientando que "há uma poupança estimada" nessa transição. "É inadmissível que, em 2017, não tenha sido criada nenhuma USF Modelo B e que as 23 Modelo A que estavam previstas não tenham saído do papel", acrescentou.

Olhando para o futuro, Rosa Ribeiro aponta como prioridade a resolução dos problemas informáticos que ainda ocorrem nos serviços, o redimensionamento das listas de utentes e a redefinição dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Já em período de debate com a assistência, a convidada criticou a forma como são impostas as metas de contratualização aos AceS, apelando a que os médicos não se deixem condicionar: "eu não deixo de fazer o que o meu doente precisa só porque dizem que devo gastar menos dinheiro", concluiu.



O

o p i n i ã o



José M. D. Poças

Médico, Diretor do Serviço de Infeciolegia do CHS-HSB Setúbal, Presidente do Conselho Consultivo da LACPEDI- Liga de Apoio Comunitário Para o Estudo das Doenças Infeciosas

“Toda a cultura é um diálogo com o seu tempo”

*Vergílio Ferreira, escritor português,
1916-1996*

Na minha família sempre se cultivou a tradição de fazermos acompanhar as refeições por interessantes conversas, quando não de acaloradas discussões, muitas vezes participadas em simultâneo por três das suas gerações e por um número considerável de intervenientes e, ainda, não raramente, mesmo por elementos exteriores ao seu círculo estrito (amigos, visitas, etc.) que a elas sempre se juntaram com notório prazer. Sem que nunca ninguém tenha daí saído incompatibilizado com quem quer que fosse, tal nunca obstaculizou que cada um procurasse defender os seus pontos de vista com os argumentos que achasse mais convenientes, sendo o tema, frequentemente, de índole política. A esmagadora maioria considerava-se oposicionista ao regime ditatorial que então estava instalado mas, por exemplo, o meu avô paterno, era um convicto (mas ingênuo) situacionista. Um dos seus tios e vizinho do outro lado da estrada da mesma aldeia (o meu avô materno), pelo contrário, era um convicto republicano. Tal posicionamento fez com que se visse, um certo dia, na contingência de ser confrontado com um nada amigável interrogatório dirigido por alguns agentes da polícia política da altura, tal como algo semelhante viria a acontecer a um seu neto e meu primo, nos finais da década de 60, em Coimbra, no auge da crise estudantil que se havia estendido desde França. Todos nós crescemos pois, a privilegiar o diálogo como um meio insubstituível de confronto intelectual sério e leal, primeiro sob a mordaça da censura e com o justificado receio das possíveis consequências de se possuir convicções consideradas pelo poder então instituído como sendo subversivas e, depois, já em plena liberdade, de uma forma aberta e sem qualquer temor das mesmas.

O tempo foi passando e, de uma forma que não consegui antever de todo, o diálogo veio a transformar-se numa outra coisa bem diferente. Já não num meio, mas antes num fim em si mesmo, o que considero uma completa subversão do seu saudável espírito fundamental. Deixaram de se promover a realização de reuniões para se fazer o confronto aberto de ideias e de estratégias com o intuito de se tomarem as melhores decisões possíveis com vista à resolução dos problemas reais que afetam os cidadãos e a sociedade, mas apenas com o intuito de se cumprir uma mera formalidade que integra o rol dos rituais daquilo em que se transformaram os atuais regimes democráticos representativos. Quando se assiste publicamente a um Ministro, após as sucessivas reuniões que promove ou a que decide comparecer, quer com os líderes

dos organismos representativos dos profissionais do setor, quer com quem possui a representatividade institucional dos cidadãos, a clamar que os argumentos que lhe são presentes até são justos e depois nenhuma alteração substantiva de rumo acontece, é um sinal inequivocamente demonstrativo da grande crise de valores que vai grassando, porque o diálogo transformou-se antes num monólogo, uma vez que as decisões já vão previamente tomadas quando se realizam essas reuniões e nenhum argumento, mesmo os que se confessa de forma explícita estar de acordo, alteram significativamente o que se vai anunciar como sendo a decisão final. De seguida, enumerarei então algumas disfuncionalidades que são eloquentemente exemplificativas daquilo que estou a querer dizer.

Anunciou-se publicamente, há quase um ano, que se iria finalmente resolver a questão do apoio médico, por parte do Ministério da Saúde, à população prisional. Algum tempo antes, a comunicação social dera eco que um serviço hospitalar da cidade do Porto teria conseguido tratar com as terapêuticas mais inovadoras disponíveis, algumas dezenas de doentes portadores de infecção crónica pelo HCV, detidos numa certa instituição prisional limítrofe, o mesmo tendo acontecido, já no decurso deste ano, em Lisboa. No caso do Serviço que dirijo, há quase duas décadas que participo em sucessivas reuniões com representantes dos Ministérios da Saúde e da Justiça para dar esse mesmo apoio aos detidos nos estabelecimentos de Pinheiro da Cruz e de Setúbal, bem como à população civil do Litoral do Alentejo (no HLA-ULS), mas completamente em vão. E não só para a infecção por HCV, mas também pelo HBV, pelo HIV, DTSs, Tuberculose, etc. Sempre afirmei que necessitava de recursos humanos (sobretudo médicos) para o fazer, até que finalmente consegui um contrato para uma recém especialista, mas esta aguarda há quase um ano que se reúnam as condições para finalmente se concretizar esse objetivo. Nem uma video-conferência e duas deslocações a esses mesmos estabelecimentos perto do final do ano transato, acrescidas de um bom par de reuniões e de um Plano atempadamente remetido, foram até agora suficientes! Enquanto isto, registaram-se muito recentemente, quatro casos de tuberculose resistente numa dessas instituições, o que coincidiu precisamente com a altura em que a mesma passou a estar desprovida de apoio médico, de enfermagem e de farmacêutico, o que fez com que a medicação tivesse passado a ser distribuída por uma funcionária não habilitada para o efeito (e apenas a que é de administração oral!). Até quando? Com que consequências?

Enquanto o Serviço que dirijo se debate com estas

“É melhor não dizer nada do que ter um diálogo estéril e burro em conversas com os bípedes”

*Arthur Schopenhauer,
filósofo alemão, 1788-1860*

dificuldades, existem outras unidades hospitalares (como Cascais e Caldas da Raínha) que conseguiram ultrapassar estes obstáculos e já fazem regularmente apoio aos estabelecimentos prisionais que lhe estão adstritos há bastante tempo. Como explicar então esta assimetria de critérios? Quem assumirá as responsabilidades decorrentes do caos que se poderá vir a instalar a muito curto prazo, se houver um motim, se o número de casos vier a aumentar de forma descontrolada ou se se estender à população civil? Será que os responsáveis não serão capazes de entender que esta problemática só se resolve com uma efetiva vontade política de concretizar um verdadeiro Plano, fornecendo simultaneamente os meios necessários para a sua execução, e não com anúncios inconsequentes da publicação de legislação ou da assinatura de acordos intersectoriais avulsos. É que tal estratégia implica, obviamente, o reforço efetivo dos meios humanos e financeiros dos Hospitais e dos Centros de Saúde, para se poder finalmente prescindir de uma vez por todas do sistemático recurso às empresas que pululam, explorando as insuficiências das instituições públicas do SNS, pois fornecem profissionais insuficientemente preparados, mal remunerados, desmotivados, desgarrados de qualquer hierarquia funcional e científica, e sem o mínimo de estabilidade, pois mudam com uma rapidez vertiginosa, o que é absolutamente impeditivo da prestação de cuidados de saúde com o mínimo de dignidade, qualidade e humanização! Mas existem, infelizmente, mais uns quantos exemplos que não queria deixar de ter a oportunidade de enumerar. As Carreiras Médicas, um dos pilares mais importantes do SNS, foram completamente desarticuladas. Exemplos: O novo processo para colocação de médicos nas instituições do SNS não passa de uma formalidade administrativa em que se somam e dividem umas quantas classificações anteriormente obtidas, quando o processo não é completamente subvertido pela contratação direta que se diz querer tornar ilegal. As vagas colocadas a concurso não obedecem frequentemente às necessidades reais das instituições, teimando-se obstinadamente em tentar colocar especialistas isolados em hospitais

sem um Serviço da especialidade correspondente, o que se traduz em uma de duas coisas: ou ficam desertas de concorrentes, ou quem lá é colocado só o faz como meio de subsistência económica, e transitoriamente, pois saem logo que possível, para outros hospitais, ou mesmo para outros projetos profissionais. Os concursos para a graduação abrem tardivamente e a conta-gotas, mas o espaço de tempo entre o processo de candidatura e a realização das provas demora, frequentemente, vários anos até à sua conclusão. Como resultado de tudo isto, existem presentemente muitos médicos que a última vez que foram avaliados foi no exame de saída da especialidade, há já muitos anos, sentindo-se naturalmente frustrados e desmotivados. Ninguém será capaz de entender o enorme prejuízo desta realidade, pergunto? E o que dizer do contingente perigosamente crescente dos denominados médidos indiferenciados e dos naturais reflexos negativos na formação das novas gerações? A situação dos Serviços de Urgência hospitalares é verdadeiramente caótica. Por muito que se anunciasse que se iria terminar com a contratação de médicos desprovidos de qualquer especialidade através das mesmas empresas que já anteriormente referi, o que efetivamente aconteceu foi bem diverso. Verifica-se, com frequência crescente, que existe uma "nova" pléiade de profissionais a assegurarem cada vez mais funções nestes serviços, mas dos quais alguns estavam afastados, mesmo há uns quantos anos. Refiro-me aos colegas já reformados, por vezes com mais de 60 ou, mesmo, 70 anos. Penso ser uma nova e interpelante realidade, bem demonstrativa de uma extrema fragilidade social que a crise económica veio despoletar. As demissões das chefias médicas sucedem-se em catadupa, porque os colegas alegam exaustão física e psicológica, bem como falta de condições adequadas de trabalho e de segurança para os inúmeros doentes sob a sua responsabilidade. Mesmo nos Hospitais classificados como de referência e mais diferenciados, faltam médicos em determinadas especialidades, como por exemplo, de imagiologia. Como se poderá afirmar conscientemente que tudo é possível de ser resolvido com o simples recurso à telemedicina?... Pergunto, pois: Ir-se-ão transformar indistintamente e sem qualquer critério clínico racional, os pedidos de ecografia em TACs ou RMNs? Com que acréscimo de despesa? E a imagiologia de intervenção, quem a irá executar? Irão os doentes ter de esperar pelo dia seguinte ou ser escusadamente operados de emergência, por falta desse meio de diagnóstico e de terapêutica? E o que dizer da falta do contacto humano, da discussão clínica inter-pares, muitas vezes imprescindível, entre o clínico e o imagiologista, que é, não raramente, a única forma de se chegar a

um diagnóstico correto? E quem cuida de garantir a qualidade dos relatórios que são produzidos (mais uma vez por elementos das mesmas empresas), onde a regra é serem puramente descritivos e omissoes relativamente às diversas hipóteses de diagnóstico passíveis de serem consideradas? Tal não é, contudo, de admirar, porque o critério mais valorizado no caderno de encargos que preside à adjudicação dos contratos que são assinados é o factor preço, e, consequentemente, como diz o sábio aforismo popular, "o barato, sai caro". Muito caro mesmo, pelos vistos! E o que dizer também da não renovação adequada de instalações, persistentemente prometida e sempre adiada, de determinadas unidades hospitalares em crónica rotura, como Faro, ex-Hospitais Civis de Lisboa, Vila Nova de Gaia (e tantos outros)? Um derradeiro exemplo, porque muito mais haveria para dizer, mas as limitações de espaço a isso obrigam. Como explicar que o mesmo ato médico ou cirúrgico, seja remunerado pela mesma entidade, o Estado Português, de modo completamente diverso, consoante a natureza do prestador? Porque é que, a título meramente exemplificativo, uma cesariana paga pela ADSE a um Hospital privado tem um retorno financeiro muito superior do que o que é negociado para um Hospital do SNS? Porque é que, nestes, ao contrário dos outros, os meios auxiliares de diagnóstico requisitados não têm qualquer custo atribuído, alegando-se que o mesmo está incluído no denominado "preço comprehensivo" negociado nos contratos-programa entre os hospitais e as ARSs, para cada um episódio de consulta externa ou de internamento? Porque será que esses valores, por exemplo, para os doentes do Serviço que dirijo, são substancialmente inferiores aos que são negociados para as mesmas patologias que são tratadas nos hospitais classificados como centrais? Não serão os responsáveis do Ministério capazes de entender que estas (e algumas outras assimetrias iníquas e injustas) explicam, em grande parte, o crónico défice atribuído aos Hospitais do SNS e, em especial, daqueles que, como o CHS-HSB, apesar de tratarem um número substancial de doentes com elevada complexidade, logo com uma despesa associada considerável, não são disso proporcionalmente retribuídos financeiramente no seu orçamento anual aprovado pela tutela??

Mesmo nada otimista quanto à evolução que se irá registar no setor da saúde, não quer dizer que não considere que um verdadeiro diálogo já não tenha qualquer utilidade. A esperança, como diz o aforismo popular "é a última a morrer"! Aguardo pois para ver e escutar. Pacientemente. Como sempre!

Setúbal, 2018/07/06

Acta Médica Portuguesa

Julho-Agosto/2018

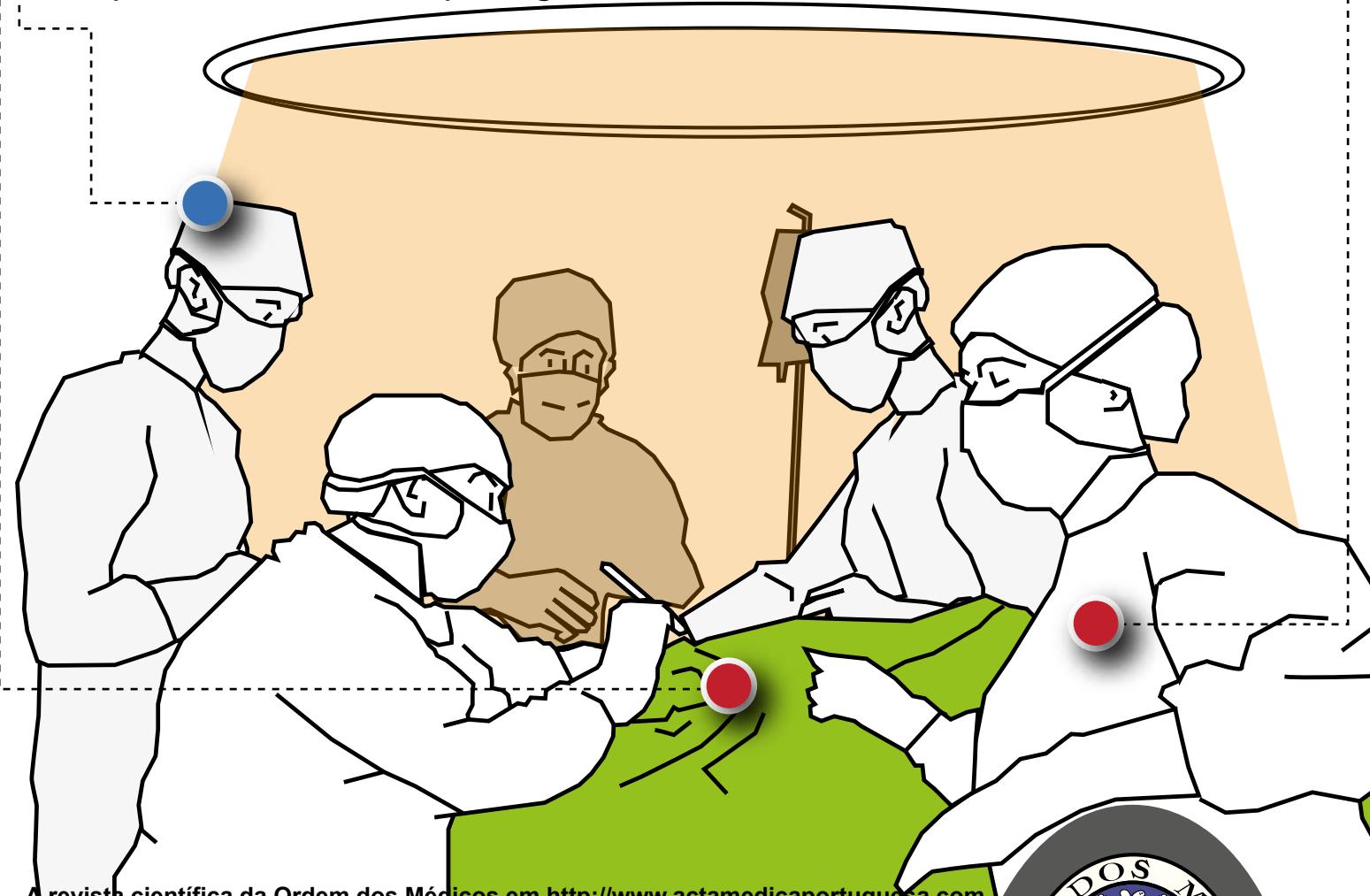
data de publicação online: 31 de agosto

ARTIGOS ORIGINAIS:

- O impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida dos indivíduos obesos: um estudo português
- A cirurgia de substituição valvular aórtica melhora a qualidade de vida dos doentes?

ARTIGO DE REVISÃO:

- Indicadores de qualidade em cirurgia de ambulatório: uma revisão bibliográfica comparando a realidade portuguesa e o contexto internacional



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



ACTA MÉDICA PORTUGUESA

• STUDENT

ACTA MÉDICA
PORTUGUESA



O

o p i n i ã o

Desmaterialização da Receita – Será que no poupar é que está o ganho?



Daniela Sousa Coelho
Ana Domingues
Médicas Internas de Formação
Específica em Medicina Geral e
Familiar

Diferentes modelos de prescrição asseguram diferentes níveis de acessibilidade à informação, nomeadamente à informação relativa ao plano terapêutico. Posto isto, questionamos se a poupança no papel com *a receita sem papel* se traduzirá também em ganhos em saúde.

Pode parecer longínquo o tempo em que a prescrição médica era feita à mão e em papel – uma folha que o médico entregava ao utente ou ao seu cuidador e que este levava e deixava na farmácia. Nessa altura, como o utente não ficava com um plano terapêutico escrito, o farmacêutico registava na caixa dos medicamentos a posologia indicada na receita, que ficava na farmácia e, portanto, o utente ficava impossibilitado de a consultar mais tarde.

Mais recentemente, com o início da prescrição eletrónica, poupou-se nas canetas (que passaram a servir apenas para rubricar a receita ou dar resposta nas situações excepcionais). Nessa altura, a receita impressa contemplava duas partes em formato A5, uma que o utente deixava na farmácia e outra que funcionava como guia de tratamento, permitindo, assim, ao utente aceder à posologia indicada pelo médico mesmo após a dispensa da medicação na farmácia.

Mais tarde, começou a tentar poupar-se o papel. Em 2013, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) anunciavam o início da desmaterialização da prescrição eletrónica de medicamentos e a sua dispensa na farmácia¹ – processo que permitiria poupança e maior segurança/controlo na emissão de receitas.

A desmaterialização da receita tem por princípio um sistema mais seguro de controlo de emissão e dispensa do receituário. Este processo permite que a prescrição de um medicamento seja enviada diretamente para a respetiva base de dados central, possibilitando o acesso a qualquer farmácia, evitando a impressão da receita em papel.² Assim que os medicamentos são levantados na farmácia, essa informação é enviada para o Centro de Conferência de Faturas (CCF), sendo validada.¹

As grandes vantagens apontadas pelos SPMS para a implementação

deste processo são: a diminuição de custos por eliminação da impressão em papel, o controlo sobre os gastos em comparticipações, a possibilidade de o médico verificar se os medicamentos foram levantados e reimpressão da receita (caso ainda esteja dentro da validade), evitando gastos desnecessários e a diminuição das situações fraudulentas (incluindo as cópias de receitas).¹² Analisadas as vantagens supracitadas, a desmaterialização parece um sistema vantajoso e útil, no entanto, outra das grandes alterações neste método prende-se com a guia de tratamento para o utente. Além de registar informações sobre a toma de medicação, apresenta, também, os dados necessários à dispensa dos medicamentos na farmácia: códigos de acesso, dispensa e direito de opção. Esta guia de tratamento pode ser acedida via correio eletrónico, no portal do SNS, na *app mySNScarteira* (disponível para smartphone) ou pela impressão em papel, sendo que esta última foi dissuadida pelos SPMS, precisamente para diminuir os gastos com a impressão.³

Perante isto, ainda que muitos utentes tenham hoje acesso à internet, pode estar a assistir-se a uma regressão no que concerne à facilidade de acesso à guia de tratamento (tendo em vista os utentes que possam não ter acesso às ditas novas tecnologias).

Atualmente, aos doentes com medicação habitual, é possível ceder uma guia da medicação crónica, que o utente utiliza para indicação dos fármacos que toma, para informação da posologia e para renovação de medicação.

Contudo, na doença aguda, se o utente não tiver acesso ao e-mail ou ao portal e não se imprimir a receita, o plano terapêutico é apenas mencionado oralmente na consulta, não levando o doente mais do que uma SMS para apresentar na farmácia, ficando assim dependente das indicações retidas na consulta ou escritas nas embalagens pelo farmacêutico, podendo o plano terapêutico estabelecido pelo médico ser comprometido no processo. Assim, impõe-se a questão de se ao poupar com a desmaterialização se estará a ganhar ou não na saúde dos utentes.

Embora sejam escassos os estudos que se debruçaram sobre a importância da sua existência, já há evidência de que o plano terapêutico escrito para controlo da asma em crianças melhora os conhecimentos dos seus cuidadores sobre a doença e o uso dos dispositivos inalatórios durante as

exacerbações⁴, ainda que persista a dúvida quanto ao impacto de um plano escrito noutras doenças crónicas e em doentes de outras faixas etárias ou mesmo em situações de doença aguda.

Dados recentes sobre a prevalência da literacia em saúde em Portugal apontam para que mais de 70% da população portuguesa alfabetizada (cerca de três em cada quatro pessoas) tenha literacia em saúde limitada,⁵ pelo que, poderá fazer sentido, sempre que possível, disponibilizar informação escrita aos utentes, nomeadamente no que respeita ao plano terapêutico.

Concluindo, legitimadas as vantagens da desmaterialização da prescrição eletrónica, parece de fato relevante, que o médico, em particular o médico de família, avalie (caso a caso) as especificidades do utente e da patologia em causa, de forma a perceber se a situação permite que se dispense a entrega de um plano terapêutico impresso, tendo em conta a possibilidade de envio por e-mail ou o acesso via portal SNS ou *app mySNScarteira*, nas pessoas que tenham fácil acesso ao mesmo, promovendo os benefícios ambientais na poupança de papel, ou, se pelo contrário, se deve proceder à entrega em papel da guia de tratamento, em pessoas que não tenham essa facilidade de acesso às novas tecnologias.

Referencias Bibliográficas:

1. Serviços Partilhados Ministério da Saúde, "SPMS avança com a desmaterialização da prescrição eletrónica de medicamentos", disponível em http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:https://spms.min-saude.pt/2013/01/spms-avanca-com-a-desmaterializacao-da-prescricao-eletronica-de-medicamentos/&gws_rd=cr&dcr=0&ei=CH5TWrqFOoGSU8rWqfAL, publicado a 30/01/2013, consultado a 12/01/2018.
2. Serviço Nacional de Saúde, "Desmaterialização total de receitas no SNS", disponível em <https://www.sns.gov.pt/2017/09/19/desmaterializacao-total-de-receitas-no-sns/>, publicado a 19/09/2017, consultado a 20/01/2018.
3. Serviços Partilhados Ministério da Saúde, "Receita sem papel reduz fraude em 80%", disponível em <http://spms.min-saude.pt/2017/09/receita-sem-papel-reduz-fraude-80/>, publicado a 11/09/2017, consultado a 24/01/2018.
4. Tan NC et al, "Effects of a written asthma action plan on caregivers' management of children with asthma: a cross-sectional questionnaire survey", Primary Care Respiratory Journal - volume 22, pag 188-194, publicação online a 25/04/2013, doi:10.4104/pcrj.2013.00040.
5. Paiva D et al, Limited Health Literacy in Portugal Assessed with the Newest Vital Sign, Acta Med Port, 30(12):861-869, , publicação online a 29/12/2017, doi:10.20344/amp.9135.

O

o p i n i ã o



Carlos Costa Almeida

Director de Serviço de Cirurgia
do CHUC-HG(Covões), professor
da Faculdade de Medicina de
Coimbra

Como manter o passo

Para nós, médicos, é importante mantermos o passo com a evolução científica no campo que é o nosso. É verdade que a espécie humana é por natureza conservadora, traduzido isso na voz popular de o homem ser um animal de hábitos. E a rotina tem as suas vantagens: repetir muitas vezes os mesmos gestos torna mais fácil e mais lesto a sua execução e pode, ao mesmo tempo, poupar-nos esforço nessa actividade, permitindo até pensar noutros assuntos enquanto nos dedicamos a ela. Mas a verdade também é que essa rotina é inimiga do progresso naquilo que fazemos, tendendo, pela maior facilidade dos automatismos adquiridos, a mantermos os mesmos modos e os mesmos meios indefinidamente, se não reagirmos contra isso.

A ciência é por natureza incerta, inquieta, evolutiva, com avanços e recuos, o que obriga a estarmos sempre alerta e informados do que se vai descobrindo e conhecendo de novo. E é assim a parte científica da Medicina. A sua outra parte, a da "arte", vai-se paulatinamente adquirindo e sedimentando ao longo da nossa vida clínica e do nosso contacto directo com os doentes, o que implica, aliás, que não devemos fugir a esse contacto, devemos antes procurá-lo, aperfeiçoá-lo activamente, vivê-lo.

Acompanhar o progresso do conhecimento na área médica é fundamental para a nossa prática médica, seja ela de que tipo for. Começar por ter uma boa preparação científica de base é crucial, porque o que estrutura antes de mais um "bom médico" é a sua cultura médica. Que, acompanhando a clássica "definição" de cultura, é o que se sabe depois de se ter esquecido tudo o que se aprendeu... Desde cedo ela se começa a adquirir, e depois há que a manter e aumentar, cada vez mais orientada embora, mas sempre sem desprezar o conjunto que faz o "médico". Antes acompanhando, amparando, integrando, os conhecimentos progressivamente mais especializados que inevitavelmente cada um vá obtendo na sua especialização e na sua prática enquanto especialista.

Hoje em dia a evolução do saber é cada vez mais rápida, como é mais célebre a sua distribuição pela comunidade, científica, médica e leiga também. Há manifestamente uma grande massa de informação a ser produzida e transmitida diariamente, criando dificuldade na sua apreensão completa, mas também é verdade que actualmente é muito mais fácil ter acesso a ela do que apenas há uma dezena de anos atrás. Livros em papel, video-livros, discos compactos, pendrives, videoclips, internet (com o Google, o Youtube, etc, etc), videoconferências, cirurgias videogravadas e videotransmitidas, ou realizadas à distância por robot, é todo um mundo novo, mas já perfeitamente estabelecido e utilizado, de facilidade de comunicação e

ensino, a nível global e mundial. Perdido nas brumas do passado está o tempo do detentor do livro ("quem tem os livros é que sabe", ficou a expressão...) que sentado na cadeira de professor ("catedrático") lia a lição ("lente") aos alunos ávidos de o ouvir e assim aprenderem.

Há actualmente possibilidades enormes de aprender, quer do ponto de vista teórico, quer prático. Não mais é imprescindível procurar os locais e os colegas que neles fazem certas intervenções, nem repetir à saciedade gestos cirúrgicos em doentes, os quais sem o saber estão a contribuir para o treino de quem afinal ainda não sabe. Com certeza que a prática é fundamental, mas os gestos e os skills necessários para a nossa actividade cirúrgica podem em grande medida ser adquiridos também por treino não em doente, e pela observação de intervenções filmadas, comentadas e discutidas. Não se pode admitir que alguém participe numa operação cirúrgica, como ajudante e muito menos como cirurgião, sem que a tenha visto fazer antes e sem saber como se faz. E para isso não é necessário ter estado a olhar para muitas, de fora: deverá é ter-se inteirado antes de todos os passos a dar, estudando, vendo vídeos, e, se lhe for possível, mesmo praticando em modelos inanimados ou animais. Do ponto de vista teórico, manter o passo significa ler muito, livros de texto, artigos, guidelines. Sugiro ter-se o apoio dum livro de texto base, que se vá substituindo periodicamente por edições novas, e duas ou três revistas de especialidade que se leiam por rotina. Nelas também se podem obter referências de trabalhos publicados noutras, e que achemos que vale a pena consultar. Muito útil do mesmo modo é o acesso a bases de dados ou a revisões temáticas, que nos proporcionem uma ideia abrangente do estado da arte na matéria em causa num dado momento. Tudo isto implica, como disse, muita leitura, mas para se tirar o máximo proveito dela deve fazer-se um registo informatizado do que lemos, indexado, que nos permita uma procura do que já lemos quando disso necessitarmos. Servirá para nos mantermos sempre actualizados, e também como fonte de bibliografia para trabalhos que pretendamos nós próprios produzir, contribuindo, com maior ou menor dimensão, para a actualização doutros.

Na prática cirúrgica, mantém-se a velha sequência ver-ajudar-fazer-ensinar. Mas repito que é muito importante ter-se presente que a execução prática tem de ser acompanhada pelo estudo das técnicas a utilizar, esse estudo precedendo obrigatoriamente o início daquela sequência. Não há desculpa nenhuma

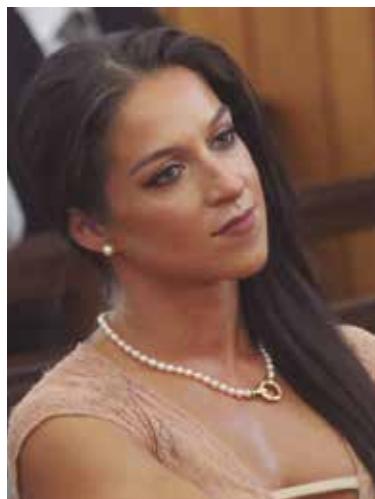
para se começar a fazer sem se saber exactamente como se vai fazer, e é quase inútil ver sem na realidade se saber o que se está a ver, como é ineficaz ajudar sem ter a noção do que está a ser feito. Não se pode ter a veleidade de querer aprender apenas fazendo, compensando a falta de preparação para os actos a praticar com a sua sucessiva repetição e a resolução incidental das dificuldades que forem ocasionalmente aparecendo. É claro que a prática sem estudo obrigará a um muito maior número de repetições até se saber realmente como se faz! Será como usar uma máquina sem ler primeiro as instruções de uso... Convenhamos que a cirurgia e os doentes merecem bem mais que isso.

Mas, depois de se saber como se faz, é verdade que a repetição conduz ao aperfeiçoamento. Sem dúvida, e por isso é ela muito importante, mas atenção que não conduz necessariamente à evolução. Repetir de modo cada vez mais perfeito e mais rápido um mesmo acto, monótona e mecanicamente, não leva só por si a eventualmente poder modificá-lo para melhor, ou substituí-lo por outro mais eficaz para atingir o objectivo pretendido. A repetição, com o automatismo que acarreta, e que também é pretendido, pode afastar, ou até impedir, modificações técnicas, tácticas diferentes, ideias de execução novas – e isso é mau que aconteça. As inovações são sempre fora da rotina. Também não poucas vezes esta é quebrada por situações que não são habituais, com necessidade de estender a intervenção cirúrgica a actos que não são os usualmente repetidos. Por tudo isto um cirurgião nunca se poderá limitar a aprender e fazer apenas uma operação, mesmo que a venha a praticar em exclusividade todos os dias. Tem de obter recursos cirúrgicos que, por um lado, lhe permitam resolver na altura as complicações que surjam, como, e muito importante, o ajudem a ir modificando a forma como opera e realiza as intervenções que executa. Neste aspecto, uma experiência cirúrgica ampla é crucial, permitindo-lhe uma translação de conhecimentos, técnicas e atitudes dumas áreas para outras, enriquecendo todas e enriquecendo-se a si próprio enquanto cirurgião.

Há, portanto, que manter o passo com a cirurgia, acompanhando a sua evolução e, por que não, contribuindo para ela. Pondo ao serviço dela, em cada área, todos os conhecimentos e toda a experiência cirúrgica que cada um de nós, cirurgiões, deve procurar adquirir, mesmo que para depois os centralizar numa superespecialização particular, onde a sua prática e experiência possam servir de referência a outros.

O

o p i n i ã o



Inês Gui Proença

Interna de Medicina Geral e Familiar
USF Espaço Saúde

Exercício e saúde - Exercício Clínico

O exercício físico é o tema da atualidade. Apesar dos seus inúmeros benefícios, continuamos a assistir a uma enorme resistência à sua adesão e manutenção, onde o sedentarismo continua a ser a opção mais privilegiada perante os "facilitismos" da vida moderna. O que poderemos saber e fazer para mudar este paradigma? Que estratégias poderemos adotar para combater o sedentarismo dos nossos utentes?

Após o início dos anos 90, a atividade física e a prática regular de exercício físico passaram a fazer parte do "lifestyle" de muitas pessoas, por desempenharem um papel essencial na promoção, manutenção e aprimoramento da saúde, bem como na prevenção e controle de inúmeras doenças.

Em que consiste o exercício clínico?

Este artigo aborda duas grandes áreas de interesse para além do rendimento desportivo: prevenção e terapêutica.

Prevenção: existe forte evidência que a atividade física regular tem grandes benefícios no que diz respeito à diminuição do risco de morte precoce, de doença coronária, hipertensão, dislipidémia, diabetes e de cancro da mama, colo do útero, próstata e do cólon, o que nos faz olhar para o exercício também como um importante meio de regulação hormonal (uma vez que causa aumento da testosterona endógena, do cortisol e de hormonas anabolizantes), assim como previne o aumento e diminui o excesso de peso, previne o risco de queda e tem impacto na melhoria da depressão, do bem-estar e das capacidades cognitivas. Mesmo em indivíduos com fatores de risco cardiovasculares (fumadores, hipertensos e dislipidémicos) verificou-se diminuição do risco de morte, transversal a todas as idades e géneros, comparativamente a pessoas sem fatores de risco, mas sedentárias.

A forte influência dos media sobre os estereótipos de beleza leva a frustração precoce pelos efeitos muitas vezes tardios do exercício sobre a estética corporal e, apesar de conhecerem os seus benefícios, a componente emocional tem forte influência no comportamento, o que leva à diminuição da relação custo-benefício.

Terapêutica: O exercício físico comporta-se como um fármaco que deve ser prescrito de acordo com o princípio da individualidade e especificidade do treino, de acordo com as características e objetivos individuais. Tem um princípio ativo, excipiente, garantia de qualidade, segurança e eficácia,

categoria fármaco-terapêutica (treino de *endurance*/força), indicações/contraindicações e precauções especiais ao treino assim como indicações no caso de interrupção e sobredosagem (área onde nós médicos temos um papel fundamental), interações (sono, dieta...), posologia, modo/via de administração, duração do tratamento e comunicação de dados relevantes. É ainda fundamental no tratamento adjuvante de inúmeras comorbilidades e doenças tais como doença arterial periférica, osteoporose, lesões medulares, ansiedade, entre outras, assim como é benéfico na gravidez e no envelhecimento ativo. Apesar das evidências apontarem no sentido de que quem faz exercício está mais protegido, Portugal continua a ser um dos países com altos índices de sedentarismo, diabetes e obesidade, sendo que está entre os países europeus com maior número de crianças afetadas por esta epidemia. Então o que estará a falhar? Porque continuamos nós, médicos, a depararmo-nos com o sentimento de auto-ineficácia perante o aconselhamento de modificação do estilo de vida? O que poderemos saber e fazer para mudar este paradigma? Que estratégias poderemos adotar para combater o sedentarismo dos nossos utentes? Do ponto de vista das neurociências, o cérebro é um órgão altamente dispendioso do ponto de vista energético e pesa apenas 3% do peso corporal total, logo há uma tendência intrínseca para poupar energia. Consequentemente torna-se maior a predisposição para o consumo de alimentos hipercalóricos e em maiores quantidades. Existem dois principais motivos pelos quais, apesar de conhecidos os benefícios do exercício físico, as pessoas não o praticam. Um prende-se ao facto de que a mudança do estilo de vida exige esforço, dedicação e sacrifícios, ganhando assim novos "adversários"! Outro motivo é o efeito da resistência à mudança perante a relação custo-benefício, que se sobrepõe à adoção de um estilo de vida saudável. A enorme disponibilidade no mercado de fármacos para emagrecer (os quais sem qualquer influência no bem-estar, aumento da funcionalidade ou na regulação hormonal), a disponibilidade de informação contrária sobre os benefícios versus malefícios no consumo de determinados alimentos (muitas vezes sem qualquer tipo de evidência científica), e a necessidade de recompensa imediata são fatores que jogam contra a mudança. Por fim, uma das principais razões pelas quais as pessoas não são fisicamente ativas prende-se com a questão emocional: sentem-se intimidadas a praticar exercício. A forte influência dos media sobre os estereótipos de beleza leva a frustração precoce pelos efeitos muitas vezes tardios do exercício sobre a estética corporal e, apesar de conhecerem os seus benefícios, a componente emo-

cional tem forte influência no comportamento, o que leva à diminuição da relação custo-benefício. Então o que está a favor da prática de exercício? Numa perspetiva global, o sedentarismo não só tem forte impacto sobre a saúde, mas também apresenta um grande impacto sobre aspectos socioeconómicos e ambientais. Os custos diretos e indiretos associados à saúde decrescem com a melhoria do índice de saúde e bem-estar dos colaboradores e com a diminuição de faltas ao trabalho, assim como a diminuição dos fatores de risco cardiovasculares têm relação direta com o aumento da produtividade. Crianças sedentárias têm menor capacidade cognitiva, faltam mais à escola, apresentam maior custos na saúde (ficam mais vezes doentes e morrem prematuramente), apresentam duas vezes maior probabilidade de serem obesas na idade adulta e maior probabilidade de terem filhos obesos.

Que estratégias devemos adotar para combater o sedentarismo?

3 Sugestões:

1º- Devemos aumentar a confiança entre os profissionais – fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, podologistas, psicólogos, etc.

2º- Devemos deixar o critério da exclusividade e ter uma abordagem multidisciplinar no exercício clínico tendo em conta outras áreas médicas como fisiatria, pneumologia, cardiologia, pediatria, reumatologia, obstetrícia, psiquiatria, etc.

3º- Devemos combater o medo e receios associados, combater os temidos "adversários" e conhecer os limites dos nossos utentes.

Concluindo, sabe-se que 40-45% da massa corporal total é constituída pelo sistema músculo-esquelético. Sabendo que 70-80% da massa corporal total advém do sistema locomotor, torna-o num dos maiores órgãos do nosso corpo! Se fossemos seres vocacionados apenas para o intelecto, o cérebro ocuparia a maior percentagem da nossa massa corporal total, o que demonstra que somos, sem dúvida, animais vocacionados para o movimento, e não para o sedentarismo. Mais do que a prática de exercício, há uma clara evidência entre o sedentarismo e o risco de morte! O exercício físico é de facto importantíssimo! E fazendo referência a uma citação de Edward Stanley *"Aqueles que pensam que não têm tempo para fazer exercício físico, mais cedo ou mais tarde terão de encontrar tempo para a doença"*.

O

o p i n i ã o



Osvaldo Francês

Cirurgião Geral

Os Médicos lidam muito mal com a incerteza e com o erro - Porquê?

Carta aberta à jornalista Alexandra Campos e a todos os jornalistas que escrevem sobre questões de saúde.

Senhores jornalistas:

Sou um cirurgião geral aposentado há cerca de cinco anos.

Li com muita atenção a entrevista da jornalista Alexandra Campos à directora da Faculdade de Medicina do Porto, Prof.^a Maria Amélia Ferreira, reproduzida na edição de 28 de Fevereiro de 2018 do jornal Público sobre a programação curricular do curso de Medicina para os próximos anos.

Chamaram-me a atenção particularmente duas afirmações aí proferidas: 1 "Os médicos lidam muito mal com a incerteza e com o erro";

2 "Ensinar a lidar com a incerteza e com o erro é crucial".

Concordo com estes aspectos curriculares porque o panorama neste momento é complexo no que diz respeito à relação médico-doente, perseguição judicial da actividade médica com processos-crime quando há erro, que continuam a chamar negligência, quando são duas coisas distintas.

Algumas realidades:

"A prática da medicina é muito complexa. O diagnóstico é o resultado de uma diligência lógica, certa por vezes, mas muitas vezes incerta, que pode chegar a situações de impasse. A terapêutica é constituída muitas vezes por efeitos secundários dos medicamentos ou por técnicas que produzem complicações inexplicáveis e que são tantas vezes ineficazes"¹

"Negligência e erro médico?

Esta é uma questão corrente por parte dos utentes, sendo que a maior parte encara como sendo conceitos idênticos. Mas de facto são conceitos distintos. A saber:

A Negligência médica ocorre quando se procede sem o cuidado e respeito a que se está adstrito. Neste caso há uma determinada imprudência e a falta do dever de cuidado.

O Erro médico ocorre quando da conduta do médico resultam efeitos lesivos para o utente fruto da utilização indevida de cuidados prestados, ou mesmo de um diagnóstico e respectiva terapêutica errados e/ou desadequados.

Contudo, é de salientar que entre estes dois conceitos há uma linha muito ténue que estabelece a diferença."²

"Patient complications have profound effects on surgeons":

"Surgeons are commonly affected adversely by the same incidents that harm patients - they are 'second victims.' However, their colleagues and institutions fail to appreciate how important and pervasive the problem is."³

1. PINA, J. A. ESPERANÇA – A Responsabilidade dos Médicos, Lidel Edições Técnicas, 1994.

2. BÁRBARA SILVA SOARES & ASSOCIADOS, Sociedade de Advogados R L

3. BRITISH JOURNAL OF SURGERY, "Patient Complications Have Profound Effects on Surgeons", Novembro 2013.

4. REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS, nº164. "Chance e Erro Médico". Novembro 2015.

5. REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS, nº167."A Responsabilidade dos Médicos em Clínicas Privadas". Março 2016.

Há que analisar os factos com a lucidez necessária e desapaixonada, sem intenção punitiva de quem procura “culpados” para castigar, mas com *atitude pedagógica com o objectivo de aprender com os erros*.

Sentenças de tribunais:

“A sentença que condena o hospital refere que, devido a negligência médica – erro de diagnóstico por dispensa de exames complementares como uma radiografia de tórax – a possibilidade de sobrevivência da doente diminuiu por não ter sido tratada prontamente, isto é, logo da primeira vez que acorreu à urgência do hospital, levando a “uma perda de chance” calculada em 40%.”⁴

“Segundo a sentença... a falta de acção dos médicos de serviço... que não auscultaram ou realizaram qualquer exame complementar... resultou num diagnóstico injustificado e culposamente errado.”⁴

“É necessário também ter em atenção as condições em que os doentes são atendidos:

*Em gabinete de consulta, onde há tempo e sossego para pensar, ou na confusão de um qualquer serviço de urgência, com horas de espera para uma primeira observação, em que os diagnósticos por vezes têm mais de intuitivo do que racional.*⁴

“Decisão dos desembargadores da Relação de... : Prosseguir o processo contra o médico apesar de estar ultrapassado em muito o prazo para apresentar a reclamação.”⁵

“Por despacho de pronúncia de 22.11.2017, o Tribunal Judicial de... - juízo local criminal de ... pronunciou dois arguidos, ambos médicos, imputando a cada um deles

a prática de um crime de homicídio (de um rapaz de 13 anos) por negligência grosseira. Os arguidos nem valorizaram convenientemente os sintomas que a vítima apresentava e que só por si eram susceptíveis de conduzir à identificação do mal que a afigia, nem aprofundaram os estudos,

nomeadamente analíticos e imagiológicos, com vista ao diagnóstico.”

Quando um cidadão se sente mal e é socorrido por quem está presente, uma das coisas que se ouve alguém gritar é: *um médico*, há aqui algum médico? Quando o tratamento de um doente internado ou em ambulatório corre mal ou não resulta e acaba por morrer, então o médico é um criminoso que deve ser condenado e punido.

Curiosa esta dualidade de critérios:

Por um lado o médico é o “salvador da humanidade” a que se recorre numa aflição.

Noutras circunstâncias é um incompetente e criminoso que deve ser castigado e proibido de exercer a profissão.

Conclusão: Os médicos não podem errar!

Nos casos em que a opção terapêutica se revela inadequada, origem de dano para o paciente, por vezes fatal, constitui o erro médico quase sempre impropriamente apelidado de *negligência médica*. Há que analisar os factos com a lucidez necessária e desapaixonada, sem intenção punitiva de quem procura “culpados” para castigar, mas com *atitude pedagógica com o objectivo de aprender com os erros*.

Só com este espírito será possível que os erros médicos, que com certeza vão continuar a existir, ocorram cada vez menos.

Aos senhores jornalistas: eis algumas das razões porque os médicos lidam mal com o erro e a incerteza.

A medicina não é uma ciência exata como a matemática. É uma sequência de probabilidades que só se aprende com a prática clínica e correndo sempre o risco de errar mesmo que se não erre.

As circunstâncias em que se trabalha actualmente, é viver permanentemente “sob a espada de Dâmocles” e isso não ajuda nada a evitar o erro médico. Ensinar a lidar com a incerteza e com o erro é crucial...

Como é que se ensina isto?!

As circunstâncias em que se trabalha actualmente, é viver permanentemente “sob a espada de Dâmocles” e isso não ajuda nada a evitar o erro médico. Ensinar a lidar com a incerteza e com o erro é crucial... Como é que se ensina isto?!

O

o p i n i ã o



Cláudio Espírito Santo

Especialista em Medicina Geral e Familiar
colocado na USF Rainha Santa Isabel a aguardar concurso

Jovens médicos aguardam concurso, enquanto Governo autoriza contratação de médicos aposentados

Tem sido prática recorrente nos últimos anos a inércia e o consequente atraso na abertura de concursos nacionais que visam colmatar as insuficiências de médicos especialistas no Serviço Nacional de Saúde. Trata-se de anos de investimento no conhecimento e capacitação de profissionais que são assim colocados em risco por esta incompreensível postura política.

Também este ano e desde abril, centenas de jovens médicos aguardam o concurso que possibilite a sua contratação e respetivo reforço do Serviço Nacional de Saúde. Durante este período, 1077 médicos recém-especialistas têm sido mantidos a trabalhar em condições que não reúnem a estabilidade e perspetiva de futuro desejáveis. Temos vindo a suprir as lacunas do nosso sistema de saúde, ora trabalhando demasiadas horas em serviços de urgência ou, no caso dos colegas de Medicina Geral e Familiar, prestando cuidados a listas de utentes sem médico atribuído. Ainda assim, não foi feita a devida adequação remuneratória. No exemplo particular dos Cuidados de Saúde Primários, desde há quatro meses que 335 médicos aguardam pelo concurso que nos permita ter um ficheiro clínico para podermos finalmente exercer realmente como Médicos de Família.

Portugal tem, em espera, médicos de família suficientes para mais de 600 mil portugueses. No entanto, a 13 de julho, é publicado o despacho nº 6833-A/2018. Desta forma, o Governo autoriza a contratação de 400 médicos aposentados para exercerem funções no Serviço Nacional de Saúde, deixando à deriva 335 jovens médicos de Medicina Geral e Familiar que estão disponíveis para reforçar o SNS e afetando igualmente colegas de todas as outras especialidades. Não é possível compreender que motivo justifica tão grande lentidão na contratação dos médicos especialistas que são o Futuro do SNS, ao mesmo tempo que existe tanta celeridade na contratação de médicos aposentados.

O Ministério da Saúde tem reiterado nos últimos meses que o concurso abrirá no presente mês de julho. Então que interesses justificam estarem a ser contratados médicos aposentados (a título provisório) em detrimento de jovens médicos com uma longa carreira à sua frente? Porque não são essas vagas disponibilizadas a concurso, oferecendo às populações a oportunidade de ter um Serviço Nacional de Saúde com futuro, reforçando as equipas dos Cuidados de Saúde Primários e Secundários?

Neste momento crítico exige-se a abertura célere de um concurso que disponibilize todas as vagas que, de facto, estão carentes e necessitadas no Serviço Nacional de Saúde. Este é um problema transversal a Hospitais e Centros de Saúde.

Nos últimos dias, vários colegas das mais diversas especialidades e vários pontos do país têm partilhado a sua estupefação e indignação perante esta injustiça. Unamos as mãos e esforços. Pelo Futuro e sustentabilidade do SNS e pela saúde dos cidadãos.



Pelo prazer
de conduzir



Farol Xenon Dianteiro
BMW Série 3
Pedro Guilherme

Tripé Candeeiro
Coleção Woodfoot
Lamp Design & Co.

ARTE NO PORTO

PEÇAS ORIGINAIS BMW

A BMcar chegou ao Porto e traz consigo a arte de bem receber, fazer e servir todos os Clientes BMW.
Venha conhecer o nosso espaço e a exposição "Original Pieces" by BMcar.

ORIGINAL PIECES by
BMcar Porto

BMcar Porto
Centro Empresarial da Circunvalação,
Estrada Interior da Circunvalação, N.º 9543
4250 - 148 Porto
www.bmcar.bmw.pt

A sua vida protege
o mundo dos outros.
O nosso mundo protege
a sua casa e o seu carro.



ageas[®]
seguros auto
+casa

Proteger é cuidar de si.

Por isso, se já é nosso Cliente no seguro automóvel e comprar um seguro para a casa, beneficia de 10% de desconto no seguro da casa.

No que toca à sua casa e automóvel, é sempre melhor prevenir que remediar.



Mediador Ageas Seguros



linha de apoio a Médicos
217 943 027 | 226 081 627
dias úteis das 8h30 às 19h



medicos@ageas.pt
www.ageas.pt/medicos



PUB. (05/2018). Não dispensa a consulta de informação pré-contratual e contratual legalmente exigida.

Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A.

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



www.ageas.pt

Ageas Seguros | siga-nos em

