



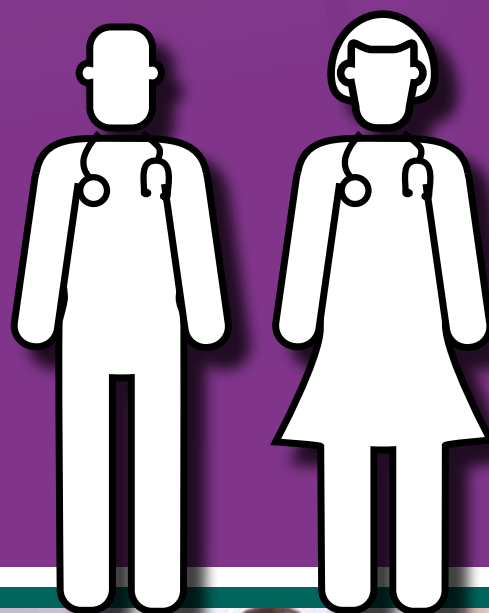
Revista da Ordem dos Médicos

195 Jan-Fev 2019
Mensal 2€



O tempo e a qualidade

Definir tempos padrão para a consulta médica - pág. 14



No Dia do Doente - pág. 18



www.bmcar.bmw.pt



Receção de médicos internos

"É na relação médico-doente que tudo começa"

- pág.12



O tempo e a qualidade

Definir tempos padrão para a consulta médica

- pág.14



No Dia do Doente

Bastonário à conversa com médicos, doentes e suas associações

- pág.18



Jornadas Patient Care

O ensino é uma obrigação ética dos médicos

- pág.26



Centro Hospitalar do Oeste:

192 mil horas de prestadores de serviço

- pág.30



Doença crónica:

impactos, políticas e medidas

- pág.33



Alentejo desnorteado

Médicos de Portalegre em dificuldades

- pág.36



Litoral Alentejano:

o litoral mais interior do país

- pág.40

PROMO FNAC

6 A 20 MAIO



ATÉ
—

30%



SELEÇÃO
LIVROS DE MEDICINA

TÍTULOS DA EDITORA LIDEL E ORDEM DOS MÉDICOS



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



**Revista da
Ordem dos Médicos**
Ano 35 - N.º 195
JANEIRO/FEVEREIRO 2019

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

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

Bastonário da Ordem dos Médicos:
Miguel Guimarães

Diretor:
Miguel Guimarães

Diretores Adjuntos:
**António Araújo,
Carlos Diogo Cortes,
Alexandre Valentim Lourenço**

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

Redação:
**Paula Fortunato
Filipe Pardal**

Dep. Comercial:
rom@ordemdosmedicos.pt

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

Capa:
2aocubo

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

Impressão:
Lidergraf - Sustainable Printing

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

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

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

Nota da redação:

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.

sumário

editorial

- 04 **Tempos de qualidade ou de conflito?**
É preciso tempo para pensar

- 08 **breve revista de Imprensa**

informação

- 10 Urgência pediátrica do Hospital Garcia
de Orta em risco de fechar de noite
- 11 Ministra da Saúde relega abertura de USF
modelo B para depois do mandato
- 11 Ordem condena agressão contra médico
que reflete insegurança vivida no SNS

atualidade

- 12 Receção de médicos internos
"É na relação médico-doente
que tudo começa"
- 14 O tempo e a qualidade
Definir tempos padrão para
a consulta médica
- 18 No Dia do Doente
Bastonário à conversa com médicos,
doentes e suas associações
- 24 Saúde baseada em valor e resultados
- 26 Jornadas Patient Care
O ensino é uma obrigação
ética dos médicos
- 30 Centro Hospitalar do Oeste:
192 mil horas de prestadores de serviço
- 33 Doença crónica:
impactos, políticas e medidas
- 36 Alentejo desnordeado
Médicos de Portalegre em dificuldades
- 40 Litoral Alentejano:
o litoral mais interior do país
- 43 Fundação BIAL premeia trabalho sobre
o cancro gástrico
- 45 Lançamento do livro:
O que é o caso social
- 46 20 anos de Telemedicina:
que futuro?



Região Sul

- 50 Bites, bytes e SPMS
- 52 Jorge Penedo defende mudanças radicais
na informática da Saúde
- 54 Ricardo Mexia reconduzido
como presidente da ANMSP

Região Norte

- 56 Mais uma oportunidade perdida?
- 58 Determinantes da fixação
no espaço laboral – uma perspetiva
dos profissionais de medicina

Região Centro

- 62 Dia Mundial do Doente 'Particularidades da
Relação Doente-Médico'
- 63 Hospitalização ao domicílio:
Mito ou Realidade?
- 65 Hospital de Leiria enfrenta problemas
de extrema gravidade
- 66 Guiné-Bissau irá condecorar
Prof. Doutor Norberto Canha
- 67 Professor Poiares Baptista
é recordista mundial aos 91 anos

opinião

- 68 Veredicto - "Médicos devem saber
como dizer a uma mãe que
o filho vai morrer"
- 70 O início da formação em
Cuidados Paliativos – uma reflexão
- 72 Humanizar! Quando se troca a bata
por uma cama de hospital
- 74 Reconstruir o SNS: é Urgente!
- 76 O Sistema Nacional de Saúde
e a Liberdade de Escolha
- Utopia ou realidade?
- 78 A propósito das equipas
multidisciplinares em saúde



Miguel Guimarães
Bastonário da Ordem dos Médicos

Tempos de qualidade ou de conflito? **É preciso tempo para pensar**

**“É preciso tempo para olhar, escutar, fazer a história clínica e o exame físico;
Em resumo, tempo para o doente ser parte integrante do seu percurso de saúde”**

Esta foi a frase que escolhi destacar na nossa página da *internet*, há dois anos, quando tomei posse como bastonário; esta frase é muito mais do que um dos desígnios do meu mandato: é, e sempre será, um dos meus princípios como médico.

Qual a razão para definir tempos padrão?... A evolução da medicina trouxe maior complexidade à prática clínica, *stricto sensu*, ao mesmo tempo que a evolução social trouxe novos desafios à relação médico/doente, como sejam a vasta informação em saúde disponível e de fácil acesso mas, muitas

vezes, sem qualquer validade científica, exigindo uma discussão mais pormenorizada das opções terapêuticas com os nossos doentes, ou a mobilidade das populações migrantes e a multiculturalidade com que muitos de nós temos que lidar diariamente na consulta, procurando a melhor forma

de integrar questões culturais, religiosas ou mesmo linguísticas, que podem constituir obstáculos que fragilizam a relação de confiança que procuramos estabelecer.

Juntemos a essas mudanças, a burocracia crescente que condiciona a atividade clínica, os formulários para preencher, os indicadores a satisfazer, os registos e tantas outras métricas quantitativas, ou ainda os sistemas informáticos (deveríamos talvez chamar-lhes sistemas problemáticos?!) com sucessivas situações de inoperância, falhas de rede, bloqueios, etc.

Qualquer dessas situações, seja a nova complexidade social ou a tecnológica, é consumidora de tempo no contexto de uma consulta médica: ora desperdiçamos tempo com hardware e software que devia ser facilitador do nosso trabalho, ora investimos tempo a construir uma relação de confiança com os nossos doentes, na qual desejamos informar devidamente, discutir opções, explicar potenciais efeitos adversos, etc. Com tanta complexidade seria expectável que a realidade se tivesse adaptado às exigências crescentes, proporcionando mais tempo para a relação médico/doente para melhorar e aumentar a capacidade de resposta. Mas a realidade é muito diferente do ideal: no tempo normal de trabalho de um médico não é possível desempenhar todas as tarefas que nos são exigidas. Trabalhamos sob uma pressão imensa, imposta pela tutela, com consultas sobrepostas e muitas exigências quantitativas. Para cumprir o excesso de tarefas, nomeadamente as não clínicas (administrativas e burocráticas), frequentemente os médicos usam o seu tempo que devia ser de descanso e lazer. Mas há um limite para a capacidade de qualquer profissional. E os médicos não são exceção.

Nas consultas, o constrangimento temporal dificulta o trabalho que necessitamos fazer em prol da literacia, pois só com tempo se combate a desinformação que condiciona as decisões em saúde. Pequenas atitudes podem fazer a diferença contribuindo para que o nosso doente tenha uma boa adesão terapêutica. Dou um exemplo simples: se, ao avaliar um doente, decidimos não serem necessários meios complementares de diagnóstico, podemos optar por uma destas atitudes:

- Simplesmente não prescrever nenhum exame, ou
- Explicar ao doente a razão pela qual, da história e do exame físico realizados, não consideramos necessário o recurso a qualquer MCDT.

A primeira opção será a mais rápida (e a mais comum quando o médico tem uma sala de espera

Para cumprir o excesso de tarefas, nomeadamente as não clínicas (administrativas e burocráticas), frequentemente os médicos usam o seu tempo que devia ser de descanso e lazer. Mas há um limite para a capacidade de qualquer profissional. E os médicos não são exceção.

com dezenas de doentes e várias consultas marcadas com intervalos de poucos minutos); mas a segunda opção, ainda que mais consumidora de tempo, servirá melhor o objetivo terapêutico. É preciso tempo para garantir que o doente compreende a informação que lhe transmitimos e participa na decisão.

A pensar na qualidade que queremos imprimir em cada ato médico, seja no "simples" diálogo, seja na intervenção "cirúrgica", desenvolvemos com os nossos Colégios da Especialidade um importante trabalho de definição de tempo padrão para a marcação de consultas, o qual está agora em discussão pública. Renovo o meu convite a todos os colegas para que participem na análise do documento que divulgámos no site nacional, enviando os vossos comentários através do endereço de email consultapublica@ordemdosmedicos.pt

Quando terminar a fase de auscultação pública pretendemos produzir um documento final, definidor das boas práticas, que será aplicável a todos os setores (público, privado e social) e ao qual os médicos poderão recorrer para fundamentar, por

exemplo, a sua recusa em aceitar consultas marcadas de forma sobreposta.

Com a definição (e aumento) dos tempos padrão entre consultas, queremos permitir ao médico a construção de uma verdadeira relação com o seu doente, no tempo que considere necessário, desde o momento em que estabelece o historial clínico, ao momento de fazer um exame físico pormenorizado, à explicação devida e necessária de um consentimento informado. Queremos doentes mais informados.

...não há falta de médicos em Portugal. Há falta de médicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), resultado de más políticas de contratação pública que facilitaram a decisão de milhares de médicos que, nos últimos anos, optaram por ficar a trabalhar exclusivamente no setor privado (...) ou optaram por trabalhar no estrangeiro.

Na apresentação do projeto, fui questionado sobre como se poderá cumprir os tempos padrão que a Ordem dos Médicos (OM) está a definir e se a sua aplicabilidade não será impossibilitada pelo potencial aumento das listas de espera ou pela falta de médicos...

Começo pelo fim: não há falta de médicos em Portugal. Há falta de médicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), resultado de más políticas de contratação pública que facilitaram a decisão de milhares de médicos que, nos últimos anos, optaram por ficar a trabalhar exclusivamente no setor privado (cerca de 13 mil colegas já fizeram essa opção) ou optaram por trabalhar no estrangeiro.

Quanto à necessidade de, como resultado do aumento do tempo padrão para a marcação de consultas médicas, reduzir as listas de utentes atribuídos a cada médico de família e/ou a necessidade de contratação de mais médicos para o SNS, reconheço que terá, de facto, que haver uma reorganização dos serviços e dos recursos humanos disponíveis. E essa

já deveria ser há muito uma preocupação central da tutela (faltam milhares de médicos no SNS).

O papel da OM tem por base a defesa da ética e da deontologia em todas as circunstâncias, a defesa da qualidade dos cuidados de saúde e da equidade de acesso, o combate ao desvirtuamento da relação médico-doente seja porque razão for (do excesso tecnológico à falta de tempo de consulta), promover a formação contínua dos médicos (o que também exige tempo) e fomentar a educação para a saúde e a prevenção da doença, tornando os doentes

parceiros cada vez mais ativos num percurso de vida que se quer mais saudável.

A OM tem a obrigação de defender a segurança clínica, as boas práticas e a qualidade da medicina. Com as questões exclusivamente financeiras deverão preocupar-se os administradores, os gestores e os responsáveis políticos. Já nas questões organizacionais e de gestão é essencial a liderança e sugestões

de quem, no terreno, organiza e gere equipas e processos clínicos há décadas. Algumas sugestões são, aliás, muito simples e evidentes:

- Aperfeiçoar, integrar e simplificar as aplicações informáticas;
- Redistribuir os trabalhos administrativos, tarefas burocráticas e relatórios informáticos a assistentes administrativos ou técnicos de informática ou assistentes médicos (figura já criada nos EUA);
- Melhorar a política de contratação do SNS, programando e aplicando na prática a carreira médica com abertura regular (anual) de todos os concursos para as várias fases de graduação e categoria, evitando demoras e burocracias;
- Criar políticas de incentivos para a sociedade, incluindo os médicos e suas famílias, para favorecer as zonas mais periféricas, deixando os concursos abertos até que as vagas sejam ocupadas;
- Aumentar a autonomia e flexibilidade na gestão hospitalar, permitindo, por exemplo, substituir a

contratação através de empresas prestadoras de serviços (que não são uma solução adequado para um trabalho em equipa estruturado, consequente e de qualidade) pela célere contratação direta de médicos para os “quadros”.

Em resumo: aumentar a capacidade de resposta do SNS. Mas esse aumento não pode ser feito como até aqui, sacrificando tempos de descanso, à custa dos médicos – e outros profissionais –, nem prejudicando a segurança e a qualidade clínicas, à custa dos doentes e dos próprios médicos. A tutela tem que mudar o paradigma organizacional e as políticas de recursos humanos no SNS. Não chega definir salários mais competitivos, é cada vez mais necessário que haja condições técnicas e científicas nos hospitais do SNS que permitam um exercício pleno e satisfatório da profissão médica, incluindo tempos de consulta razoáveis e adequados e tempos para formação contínua e para desenvolvimento de projetos de investigação; mas é também necessário que se criem condições de segurança para os profissionais do SNS...

Situações como a que se viveu no hospital de Peniche são inaceitáveis e deixam-nos a todos apreensivos quanto à nossa segurança, mas também quanto à segurança dos doentes. Foi um nosso colega que foi esfaqueado, mas poderia ter sido também o doente, o enfermeiro, etc. Todas as pessoas que se encontravam naquela sala poderiam ter sido vítimas de violência. E foram: os que não sofreram agressões físicas, foram alvo de uma violência psicológica, ao ver irromper pela sala o agressor, o que com certeza deixa marcas. Infelizmente, a violência perpetrada por doentes contra médicos não é uma situação rara, como não raros são os colegas que nos relatam situações preocupantes, seja nas consultas ou urgências hospitalares, seja nos centros de saúde.

Além das situações relacionadas com patologias do foro psiquiátrico, muitas situações podem interferir com a relação médico/doente e potenciar o conflito e a agressividade. Da má (ou insuficiente) comunicação a instalações que não são adequadas a um ambiente seguro para doentes e profissionais; dos tempos de espera excessivos à obstrução física de corredores com doentes em macas. O conflito latente aumenta na proporção inversa ao tempo de consulta, isto é, quanto menos tempo temos para os doentes, maior a probabilidade de se gerar uma

situação de diferendo ou violência, seja física ou verbal.

Só com mais comunicação poderemos travar a conflitualidade crescente, reflexo da sociedade em que vivemos. Mas comunicar exige tempo. Tempo para ouvir. Tempo para explicar. Tempo para tranquilizar ou, simplesmente, apoiar. Tempo para cuidar com qualidade.

À gestão das unidades de saúde compete a obrigação de criar condições para que os doentes sejam bem tratados e os seus profissionais se sintam seguros no ambiente de trabalho.

Senhora Ministra: sempre que se fazem inquéritos sobre as principais preocupações da população a resposta não varia muito: saúde, educação, justiça e segurança são os desejos dos cidadãos para quem se fazem as políticas públicas e deverão, portanto, ser as prioridades políticas de um Governo que queira corresponder às expectativas de quem o elegeu. De resto, os biliões de mensagens de Natal e Ano Novo são concludentes nesta matéria: a saúde em primeiro. Os médicos também querem mais segurança, nas ruas para todos, nas condições de exercício para que haja segurança clínica para os seus doentes, mas também segurança nos seus locais de trabalho, para que possam exercer medicina sem constrangimentos e sem medo de serem alvo de agressões ou exigências inaceitáveis. Aos colegas deixo a garantia de que a Ordem dos Médicos estará sempre ao vosso lado na defesa dos doentes - das boas práticas e da ética, mas também exigindo condições para que trabalhem em segurança. Caso se deparem com más condições de trabalho, denunciem (relembro que a Ordem criou um e-mail para esse efeito - denuncias@ordemdosmedicos.pt): quer sejam prejudiciais à vossa atividade ou à vossa segurança pessoal, mas também, como é nosso dever, todas as circunstâncias que prejudiquem os nossos doentes, a qualidade dos cuidados que lhes são prestados e a sua segurança clínica.

Escolham um tempo de qualidade e não um tempo de conflito. É preciso tempo para pensar. E lembrem-se: em termos de boas práticas, um médico eficiente é um médico que trabalha com qualidade, não propriamente em quantidade.

Breve revista de imprensa



MIGUEL GUIMARÃES
2019: o ano de dar tempo à Medicina

Bastonário dos médicos condena "declarações falsas" de representantes dos enfermeiros

05 fev, 2019 - 14:55 - Lusa

"Um enfermeiro faz exatamente o mesmo" que um médico foi uma das frases que suscitou a reação de Miguel Guimarães. "São proclamações estérteis".



Parece que a Lei de Bases é a salvação do SNS [...] É uma forma de desviar as atenções numa altura em que o SNS enfrenta uma grave deficiência de investimento.



MIGUEL GUIMARÃES
Bastonário da Ordem dos Médicos

DISCURSO DIRETO Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos "AINDA HÁ 600 MIL SEM MÉDICO DE FAMÍLIA"

CM - Quais as especialidades com mais falta de médicos no SNS? Miguel Guimarães - É importante perceber que há carência de médicos em várias especialidades. Diria que as mais afetadas são Anestesiologia, Radiologia, Dermatologia, Cirurgia Vascular e Urologia. Mas há dificuldades noutras: ainda existem cerca de 600 mil portugueses sem médico de família.

- É preciso alterar a política de contratações? Claro. Em primeiro lugar é necessário mais investimento no SNS. Depois, o Governo tem de perceber que a contratação da concorrência, quer no setor privado português, quer no estrangeiro, é muito boa. Se queremos fixar os nossos clínicos, precisamos de atualizar as contratações.

Bastonário dos médicos: "Não há vontade de resolver os problemas das pessoas que trabalham no SNS"

Miguel Guimarães celebra dois anos à frente da Ordem. O médico afirma que tem atenuar as dificuldades com o Serviço Nacional de Saúde se debate.

Jornal de Notícias

FRASE

"VOU PEDIR QUE SEJA TOMADA UMA OPINIÃO TÉCNICA, BASEADA NO QUE É A EVIDÊNCIA DO USO DA CANÁBIS DE FORMA RECREATIVA"

MIGUEL GUIMARÃES
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

CORREIO da manhã
18-01-2019

DISCURSO DIRETO
Miguel Guimarães: Bastonário dos Médicos - Portugal é o país com mais clínicos

"O PROBLEMA DA FALTA DE MÉDICOS É SÓ NO SNS"



CM - O Eurostat diz que Portugal é o país da União Europeia com mais médicos: 253 por 100 mil habitantes. Quer comentar? Miguel Guimarães - São dados que terei de analisar, mas que devem incluir todos os médicos. É sabido que Portugal tem mais médicos porque forma mais médicos.



Médicos exigem leis para proibir terapias alternativas

Ordens portuguesa e espanhola de doentes em situações graves pelo

Inês Schreck

As ordens dos médicos portuguesa e espanhola uniram-se contra o que chamam de "pseudoterapias" por considerarem que não prejudicam a saúde e a segurança dos doentes. Numa declaração conjunta, enviada esta semana em Madrid, avisam que existe "uma crescente proliferação de casos de doentes em situações críticas pelo uso das mentes". Querem legislação para combater, mas sabem com a publicidade enganosa e dizem mesmo que "vêm de ser proibidas e excluídas de qualquer sistema de saúde". Os profissionais

Saúde Médicos ibéricos exigem o fim das terapias alternativas p.6

SNS gasta €300 mil/dia em tarefeiros

Valor permitiria colocar 2242 especialistas, quase metade dos médicos que a Ordem diz serem necessários p.23



Homeopatia. A aposta da junta de Campolide que pode ser um "perigo para a saúde pública"

Expresso

26-01-2019

S gasta €300 mil por

permitiria colocar 2242 médicos, quase metade dos pro

Jornal de Notícias

17-01-2019
SNS em situação difícil de recuperar



ns pedem ões para de fármacos

os Farmacêuticos e Médicos
ho para "salvar as farmácias"

dicos, Miguel Guimarães.
O diretor técnico da far-
mácia Vitória, Rui Romero,
falou do sentimento de
frustração dos farmacêuticos
quando não têm os medi-
camentos que os doentes
procuram. As falhas mais
prementes são de anti-
diabéticos orais e insulinas mais
recentes, adiantou.

Rui Romero crê que as far-
macêuticas estão a operar por
"um canal exterior mais
vantajoso" porque "não
compensa vender cá. Esta-
mos a falar de medicamen-
tos de preço elevado para
nós, mas muito mais caros
lá fora", afirmou, concluindo
que Portugal paga mal à
indústria farmacêutica. ■

RETRATO Semanas à espera de anti-diabético



Luísa Paulino, 56 anos,
diabética, está sempre a
correr para a farmácia
Vitória para confirmar
se já chegou o anti-diabé-
tico oral que toma dia-
riamente. "O Januvia
está esgotado há mais de
duas semanas", relata,
confessando que, devi-
do à rotura, já interrom-
peu a terapêutica.



defesa do acesso ao medicamento

dem dos
médicos contra
consultas
homeopatia
junta
Campolide

PÁGS. 24-25

dia em tar

fissionais que a Ordem diz serem necessários



CORREIO
DA SAÚDE
Miguel
Guimarães



BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Tempo, precisa-se

São 4014 os novos
internos que in-
gressaram no ar-
ranque deste novo ano no
SNS para fazerem a Forma-
ção Geral e Específica. Neste
primeiro artigo de 2019 é,
por isso, para eles a minha
primeira palavra de boas-
vindas, mas também de
encorajamento, desejando-
lhes acima de tudo tempo.

Boas-vindas porque re-
presentam uma esperança
renovada para a qualidade
da medicina e para o SNS.
Encorajamento porque as
atuais condições de traba-
lho dificultam a formação e
prejudicam a relação médi-
co-doente. Desta forma, o
meu principal desejo para

MINISTRA PODE CONTAR COM O NOSSO EMPENHO E DEDICAÇÃO

todos nós é tempo. Porque é
disso que a medicina e os
portugueses precisam: mé-
dicos com tempo para os
seus doentes, com tempo
para inovarem, com mais
tempo para as pessoas e
menos tempo perdido com
burocracias e sistemas in-
formáticos.

Na mensagem que deixou
aos novos internos, a minis-
tra da Saúde disse que "o
país precisa do vosso empen-
ho e dedicação para garan-
tir os melhores cuidados
de Saúde a todos". Estou
certo de que pode contar
com o nosso empenho e de-
dicação. E com o nosso
tempo, nomeadamente
para combater as más polí-
ticas de saúde que levam a
que depois de muito tempo
de formação o SNS deixe fu-
gir os médicos que formou e
dos quais precisa. ■

CORREIO
DA SAÚDE
Miguel
Guimarães



BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Reféns de empresas

Os problemas do
Serviço Nacional de
Saúde (SNS) são
múltiplos e, temos de ad-
mitir, nem todos são de fá-
cil resolução. Mas há um
com que tanto o Ministério
da Saúde como os Conse-
lhos de Administração têm
compactuado e que tem
impacto direto na qualida-
de dos cuidados prestados e
na desmotivação das equi-
pas: o recurso a empresas
médicas para suprir neces-
sidades permanentes.
Recentemente tive oportu-
nidade de visitar o Hospital
das Caldas da Rainha, que
pertence ao Centro Hospi-
talar do Oeste (CHO), e que
é a terceira unidade do país

ESTE É UM NEGÓCIO QUE CONTRIBUI PARA O DÉFICE ORÇAMENTAL DO SNS

que mais recorre a empre-
sas, numa despesa de 5,2
milhões de euros anuais.
Em 2017 os médicos do
CHO fizeram mais de 73 mil
horas de trabalho suple-
mentar e, mesmo assim,
nesse mesmo ano o centro
hospitalar contratou mais
de 192 mil horas a empresas
médicas. Este é um negócio
que contribui para o défice
orçamental do SNS, que
degrada a qualidade do tra-
balho médico prestado e
dificulta a captação de mé-
dicos, por não encontra-
rem equipas e um projeto
profissional onde realizem
em pleno as suas carreiras e
os princípios da medicina.
A quem interessa esta si-
tuação? Quando respon-
dermos de forma transpa-
rente a esta pergunta talvez
deixemos de estar reféns de
empresas. ■

CORREIO
DA SAÚDE
Miguel
Guimarães



BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Veto a bem da Saúde

A Ordem dos Médi-
cos (OM) tem de-
fendido publica-
mente, por diversas vezes,
que as terapêuticas sem
evidência científica e a pu-
blicidade enganosa repre-
sentam um potencial risco
para a saúde pública, uma
vez que podem contribuir
para atrasar diagnósticos
ou tratamentos e interferir
com a medicação que
os doentes fazem. Nesse
sentido, não posso deixar
de me congratular com a
recente decisão do Presi-
dente da República de vetar
o diploma do Governo que
pretendia reconhecer o in-
teresse público da Escola
Superior de Terapêuticas
não Convencionais.

A PUBLICIDADE ENGANOSA É UM RISCO PARA A SAÚDE PÚBLICA

Esta decisão de devolver
o diploma, invocando, en-
tre outras coisas, a inexis-
tência de validade científi-
camente comprovada e os
recuos nesta matéria, em
países onde o ensino das
terapêuticas não conven-
cionais tinha sido liberali-
zado, defende o superior
interesse dos doentes e
protege a saúde pública
em Portugal. O veto acon-
tece pouco depois de a OM
de Portugal e o Consejo Ge-
neral de Colegios Oficiales
de Médicos de Espanha te-
rem assinado uma declara-
ção conjunta sobre as pseu-
doterapias (falsas terapias)
e as pseudociências, que
condena o recurso a estas
práticas e alerta para a pro-
liferação de casos de doen-
tes em situações críticas
pelo uso das mesmas. ■

CORREIO
DA SAÚDE
Miguel
Guimarães



BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Três anos perdidos

Todos os dias mais de
17 mil portugueses
vão a um serviço de
urgência de um hospital
público, sendo que quase
7000 casos representam si-
tuações pouco ou nada ur-
gentes. No final de um ano
estamos a falar de 6,36 mi-
lhões de episódios, cerca de
40% dos quais poderiam ter
sido resolvidos noutro tipo
de cuidados. Há evidente-
mente muito a fazer em ter-
mos de literacia em saúde,
mas o problema não pode
ser de todo imputado aos
cidadãos. Estes números
estão a aumentar e são o
lado mais visível de três
anos perdidos em termos de
oportunidade política para

FRACASSO NA POLÍTICA QUE O MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTÁ A PRESTAR

recuperar e revitalizar o
SNS. O aumento do recurso
dos cidadãos ao serviço de
urgência é consequência de
um fracasso na política que
o Ministério da Saúde está a
prestar às pessoas e ao país.
E coloca a nu que o investi-
mento nos cuidados de saú-
de primários e nos cuidados
continuados integrados não
passou de uma reforma no
papel, que na prática se tra-
duziu apenas na aposta na
chamada Linha Saúde 24,
com todas as falhas que lhe
conhecemos.

Esta situação torna-se
ainda mais irónica quando
este mesmo Governo escre-
veu no Programa com que
se apresentou a eleições que
"o colapso sentido no acesso
às urgências é a marca mais
dramática do atual Gover-
no", em referência ao exe-
cutivo anterior. ■

Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, sobre o impacto da gripe no SNS "NÃO HÁ PREPARAÇÃO NOS HOSPITAIS, APENAS CAOS"

CM - Os hospitais
do Serviço Nacional
de Saúde (SNS) es-
tão preparados para
a prevista epidemia
de gripe?
Miguel Guimarães -
Não. Não há ena-



forma a que não
aconteça como no
passado, em que as
autorizações demo-
raram mais de uma
semana. Quando
chegaram, o surto já
tinha começado.

Miguel Guimarães
Presidente Ordem dos Médicos

A expressão "visita de
médico" pode ter os dias
contados. A Ordem dos
Médicos avança com o
tempo padrão das consul-
tas. Promessa cumprida.

Urgência pediátrica do Hospital Garcia de Orta em risco de fechar de noite

O número de pediatras nos quadros do Hospital Garcia de Orta (HGO), em Almada, é insuficiente e compromete a qualidade e segurança dos serviços prestados às crianças que todos os dias acorrem à urgência pediátrica deste hospital, alerta a Ordem dos Médicos, após visita à unidade e reunião com os profissionais e com o conselho de administração. A urgência funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, quase sempre com um único pediatra, pelo que a solução para continuar a garantir as escalas poderá passar pelo encerramento durante a noite.

A visita ao HGO surgiu depois do bastonário da Ordem dos Médicos ter tomado conhecimento do agravamento da carência de recursos humanos no Serviço de Pediatria deste hospital, com impacto direto tanto neste serviço como na urgência pediátrica daquela unidade hospitalar.

O serviço perdeu, em pouco mais de um ano, um total de 9 assistentes hospitalares que trabalhavam também na urgência. A gravidade da situação levou a que os chefes de equipa entregassem um pedido de isenção de responsabilidade. Existem seis chefes de equipa, um número que não cobre sequer as sete noites da semana e que obriga a que façam um número incontrolável de horas suplementares.

"A urgência pediátrica recebe todos os dias mais de 130 crianças e está a ser assegurada por um número de pediatras muito reduzido e que é para nós motivo de grande preocupação. Não nos podemos esquecer que, sem os meios humanos mínimos, é a qualidade dos cuidados prestados e a segurança das crianças que ali acorrem todos os dias que fica comprometida", sublinha o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães.

"Muitas vezes o chefe de equipa é o único pediatra na urgência, o que se torna ainda mais incompreensível dado que os mesmos médicos que asseguram esta urgência, quando estão escalados, dão apoio à Unidade de Internamento

de Curta Duração e à urgência interna dos doentes da enfermaria de pediatria. Ao fim-de-semana, a mesma equipa dá também apoio ao berçário", acrescenta Miguel Guimarães, que apela a uma "intervenção urgente do Ministério da Saúde para reverter esta irregularidade que coloca em risco a atividade clínica".

Na urgência pediátrica as equipas deviam ter, pelo menos, dois assistentes hospitalares de pediatria ou um assistente hospitalar e um interno dos últimos anos da Formação Específica, mas nem isso não está a ser assegurado.

O bastonário lembra, ainda, que são várias as carências infraestruturais e de recursos humanos no HGO que têm vindo a público nos últimos meses, o que compromete os cuidados prestados à população de 350 mil habitantes dos concelhos de Almada e Seixal, com algumas valências a darem resposta a toda a Península de Setúbal, nomeadamente em áreas de especialidade como a neonatologia e a neurocirurgia.

Na visita ao HGO estiveram também presentes o presidente do Conselho Regional do Sul, Alexandre Valentim Lourenço, o presidente do Colégio da Especialidade de Pediatria, Jorge Amil Dias, e o presidente do Conselho Sub-regional de Setúbal, Daniel Travancinha.

Lisboa, 5 de fevereiro de 2019



Ministra da Saúde relega abertura de USF modelo B para depois do mandato

informação

A Ordem dos Médicos encara com preocupação o abrandamento e desinvestimento nos cuidados de saúde primários. O Despacho n.º 1174-B/2019, publicado pelo Ministério da Saúde em Diário da República, prevê a abertura de apenas 20 novas Unidades de Saúde Familiar (USF) durante o ano de 2019 – o valor mais baixo desde 2016 – e relega para o último trimestre do ano a passagem de 20 USF modelo A para modelo B, num período que já cai fora da atual legislatura da ministra da Saúde, Marta Temido.

A Ordem dos Médicos reafirma a centralidade e importância que os cuidados de saúde primários devem ter no Serviço Nacional de Saúde e lembra que vários organismos nacionais e internacionais, nomeadamente a OCDE, já alertaram que o país não pode continuar a caminhar a várias velocidades, devendo os dois modelos de organização existentes, USF e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), ter condições de trabalho adequadas às necessidades dos utentes e dos profissionais de saúde.

“O modelo das USF, com o trabalho organizado por objetivos e indicadores, tem sido elogiado por diversas instituições devido a potenciais vantagens tanto para os cidadãos como para os profissionais,

permitindo prestar cuidados de saúde próximos e de qualidade”, afirma o bastonário da Ordem dos Médicos.

Miguel Guimarães recorda que o Ministério da Saúde divulgou há um ano, através do seu coordenador nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, um estudo que concluiu que o Estado pouparia mais de 100 milhões de euros num ano se os cuidados de saúde primários fossem organizados na totalidade em USF de modelo B. A Ordem dos Médicos reitera que a passagem de USF modelo A para modelo B deveria ser automática, sempre que cumpridos os critérios exigíveis.

Lisboa, 4 de fevereiro de 2019

Ordem condena agressão contra médico que reflete insegurança vivida no SNS

A Ordem dos Médicos condena veementemente a agressão protagonizada hoje, dia 25 de fevereiro, contra um cirurgião do Centro Hospitalar do Oeste que estava a operar no Hospital de Peniche e que foi esfaqueado por um doente que entrou na sala onde decorria a intervenção.

“Este caso é o espelho da grave situação de insegurança que se vive no Serviço Nacional de Saúde e de um clima de conflitualidade institucional que infelizmente é alimentado pela própria tutela e que não dignifica nem beneficia ninguém”, afirma o bastonário da Ordem dos Médicos.

Miguel Guimarães acrescenta que “o aumento de casos de agressão contra profissionais de saúde é o espelho do desinvestimento do Governo no Serviço Nacional de Saúde e da insistência numa política que cria ambientes de tensão que prejudicam profissionais e utentes”. “Os médicos estão a ser obrigados a cumprir horários desumanos e a dar resposta a um número de doentes que está muito para lá do aceitável e que os coloca em situações de sofrimento ético, com prejuízo para a qualidade e a segurança clínica”, insiste.

O bastonário recorda que os dados mais recentes da Direção-Geral da Saúde, referentes a 2018, revelam que no ano passado foram notificados mais de 950 casos de incidentes de violência contra profissionais de saúde, tornando-se 2018 no ano com mais situações reportadas. Em cerca de um quarto das situações as agressões ocorreram contra médicos. Miguel Guimarães exige que “o Ministério da Saúde tenha uma intervenção rápida e urgente, com medidas e políticas concretas que permitam devolver aos profissionais e aos utentes um Serviço Nacional de Saúde em que o respeito, a confiança, a segurança e qualidade imperem em todas as suas vertentes”.

Lisboa, 25 de fevereiro de 2019

Receção de médicos internos

“É na relação médico-doente que tudo começa”

Foram mais de 4 mil os jovens médicos que iniciaram em 2019 a sua formação no Serviço Nacional de Saúde (SNS). De acordo com dados do ministério da Saúde, 2.369 ingressaram na formação geral e 1.645 na formação específica. Mais de metade dos internos estão distribuídos entre a região Norte e por Lisboa e Vale do Tejo. O bastonário da Ordem dos Médicos (OM) tem marcado presença em várias receções por todo o país para dar as boas-vindas aos jovens médicos, assegurando-lhes o apoio incondicional da Ordem e pedindo ânimo para “defenderem a profissão” e “lutarem contra as más políticas de saúde”.

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

Em Coimbra, Miguel Guimarães assistiu à sessão de integração de 235 jovens médicos deixando um alerta para a falta de contratação de médicos especialistas que “põe a nu as deficiências” que se assistem “em hospitais de referência, como Lisboa Norte, a Maternidade Alfredo da Costa ou o Hospital da Estefânia”. Apesar das dificuldades e de um futuro que pode ser “incerto”, o bastonário deixou mensagens otimistas aos jovens colegas: “Vocês são o futuro da medicina em Portugal e o futuro do nosso Serviço Nacional de Saúde”, atestou, antes de considerar que a formação é a “joia da coroa” do SNS. “Temos os melhores médicos do mundo” nomeadamente porque “gostamos de transmitir conhecimentos”, concluiu.

Esta mensagem fulcral foi difundida um pouco por todo o país, não fosse a formação uma das principais preocupações orientadoras do plano de ação do bastonário da OM. Também **no Algarve**, acompanhado por Ulisses Brito, presidente da sub-região de Faro, e Alexandre Valentim Lourenço, presidente da Secção Regional do Sul, Miguel Guimarães elogiou a forma-

ção e conhecimento científico de quem agora inicia o internato. Os hospitais e centros de saúde do Algarve receberam 194 novos internos, alguns dos quais estiveram presentes na receção de Faro, onde ouviram as palavras do bastonário, centradas na “preservação da relação médico-doente”, algo que os internos “devem defender sempre” porque “é nessa relação que começa todo o processo terapêutico”.

Na cidade de Évora, os 52 internos que exercem na região foram recebidos numa cerimónia que também homenageou os médicos especialistas que se formaram em 2018 e vão continuar a trabalhar no distrito. Além do bastonário, a iniciativa contou com outros membros da direção da Ordem dos Médicos, nomeadamente Alexandre Valentim Lourenço e Augusta Portas Pereira (presidente da sub-região de Évora). Nesta ocasião, Miguel Guimarães salientou como “a responsabilidade dos médicos não é exatamente igual à das outras pessoas”, uma vez que nesta profissão existe “a missão mais difícil que se pode ter, que é a de tratar pessoas” tendo em conta o seu contexto e as suas es-

Foto de Gabinete de Comunicação do CHUC



Coimbra

concelos. Miguel Guimarães procurou aqui sensibilizar os jovens para se envolverem no combate às más políticas de saúde, recordando os primeiros

Vocês são o futuro da medicina em Portugal e o futuro do nosso Serviço Nacional de Saúde

- Miguel Guimarães



Faro



Évora



Beja



Foto de Medesign

Viana do Castelo

médicos que trouxeram a saúde para o interior do país. "Foram os médicos que levaram sempre a bandeira da saúde, mesmo onde os políticos não chegaram". Desejando "toda a sorte e audácia" para esta nova fase, o bastonário terminou a sua intervenção deixando a certeza de que os médicos internos são uma grande mais valia pois não os considera consumidores de dinheiros públicos, uma vez que "trabalham imenso e justificam plenamente o ordenado que recebem, criando muito mais valor do que eventuais despesas pela formação".

Mais a norte, **em Viana do Castelo**, Miguel Guimarães juntou-se a António Araújo, presidente da Secção Regional do Norte, a Nelson Rodrigues, presidente da sub-região de Viana do

Castelo e Alberto Midões, dirigente sub-regional, para deixar palavras de incentivo aos internos. Mais de três dezenas de jovens médicos presentes foram "desafiados" pelos dirigentes da OM a "defender a profissão" e a "serem mais exigentes na defesa da humanização", da relação médico-doente e em não desistir de fazer investigação.

pecificidades, uma missão que se traduz, por um lado, em complexidade e, por outro, na essência do que é ser médico. Por se tratar de uma zona carenciada em recursos, a questão dos incentivos não foi descurada. "Precisamos de uma política de incentivos especial, não só para os médicos, mas para toda a sociedade, porque só assim se desenvolve massa crítica suficiente numa determinada região", considera.

Também no Alentejo, mas **em Beja**, os 15 médicos internos que chegaram à cidade foram recebidos pelo bastonário e pelos dirigentes regionais da Ordem, onde se inclui o presidente da sub-região, Pedro Vas-

A Ordem dos Médicos deseja a todos os internos, de todas as regiões, muito sucesso profissional e pessoal nesta fase da formação e ao longo de toda a carreira.



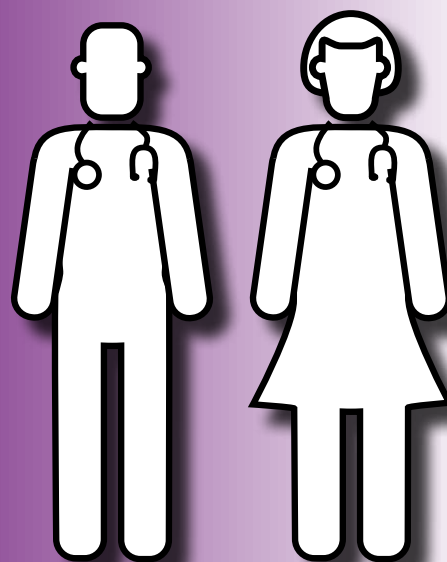
O tempo e a qualidade

Definir tempos padrão para a consulta médica

A defesa de uma medicina de elevada qualidade técnica, na qual a humanização não seja secundarizada, tem sido um dos desígnios do atual bastonário da Ordem dos Médicos. Disponível para todas as explicações e esclarecimentos, Miguel Guimarães apresentou em primeira mão aos jornalistas o documento preparatório para a definição de tempos padrão para as consultas médicas, um documento que “pretende proteger a relação médico-doente, a qualidade da medicina, os direitos dos doentes e a qualidade de trabalho dos médicos”, garante.

Texto Paula Fortunato, diretora executiva da revista da OM

Fotos: Filipe Pardal, redator da Revista da Ordem dos Médicos



A apresentação aos jornalistas do documento preliminar sobre a definição de tempos padrão para marcação de consultas médicas aconteceu no dia 8 de fevereiro, data em que se assinalavam dois anos sobre a tomada de posse do bastonário da Ordem dos Médicos. A assinalar esses dois anos de mandato, e tendo em conta

que a defesa da relação médico/doente foi uma das linhas mestras do seu programa de candidatura, Miguel Guimarães recebeu os jornalistas da área da Saúde para uma pré-apresentação do documento, encontro esse que teve como objetivo explicar o trabalho prévio, a racionalidade das propostas que se tornaram públicas com

a respetiva publicação, e o procedimento subsequente. Apesar de não esperar oposição a um documento estrutural para uma boa relação médico/doente, como será esta definição dos tempos padrão para a consulta, Miguel Guimarães está consciente de que haverá um período de adaptação dos serviços e, eventualmente, alguma resistência. Explicar a necessidade de estabelecer tempos padrão pode parecer difícil, mas não será nada complexa a explicação de que diferentes especialidades têm diferentes necessidades, ou que, mesmo numa só especialidade, podem existir momentos diferentes em que a consulta tenha necessariamente que demorar

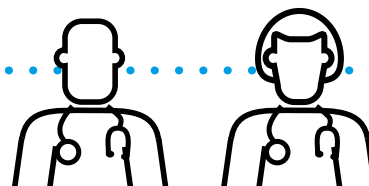


mais (ou menos): o senso comum ajuda-nos a compreender que uma consulta de Psiquiatria com um adulto terá uma complexidade diferente de uma consulta de Psiquiatria com uma criança, não sendo estranho que entre as consultas com proposta de tempos mais longos surja a Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Também Medicina Geral e Familiar não se coaduna com a marcação de consultas de 10 em 10, de 15 em 15 minutos ou com uma fixação linear de tempos de consulta, dadas as especificidades e abrangência da especialidade. O acompanhamento de um doente idoso com múltipla

patologia ou a consulta de rotina a um doente jovem saudável, ocupará da mesma forma o Médico de Família? Que diferença temporal será necessária para uma consulta com um doente que não fala português (ver reportagem sobre o Dia do Doente, na página 18) e um doente com as mesmas necessidades, mas cuja língua nativa é o português? Será que um médico – seja de que especialidade for – demora o mesmo tempo na primeira consulta, na qual regista a história clínica, faz um exame físico pormenorizado, procura conhecer o doente e estabelecer a base de numa relação de confiança que se possa transformar numa relação terapêutica de sucesso, que demorará nas consultas subsequentes?

O bastonário da Ordem dos Médicos não tem dúvidas: o paradigma dos cuidados de saúde tem que ser outro... “Há um momento na vida em que as pessoas ou querem qualidade ou querem números. Nós temos que, definitivamente, na área da saúde, deixar de estar presos às métricas numéricas. Temos que introduzir métricas de qualidade. O maior erro do SNS é estar refém de métricas numéricas.” Mas este não é um documento para o SNS... O bastonário frisou, na apresentação deste trabalho preliminar dos tempos padrão aos jornalistas, que os tempos que vierem a ser definidos constituirão recomendações fortes para serem aplicadas, tanto setor no público, como no privado ou social.

Questionado sobre a razão de ser desta iniciativa, Miguel Guimarães explicou que “compete à Ordem dos Médicos ser responsável pelas boas práticas”, frisando que a definição de boas práticas não pode, obviamente, ser limitada pela existência ou escassez de recursos humanos ou técnicos no sistema de saúde português. Assim sendo, a necessidade de contratação de mais médicos para corresponder a esta redefinição dos tempos de marcação de consulta não preocupa o bastonário. Se à OM compete definir e defender boas práticas, à tutela compete uma gestão de recursos humanos e uma política de contratação que sirvam os portugueses e que correspondam às suas necessidades. Especificamente sobre a eventual redução das listas de utentes por médico de família, o bastonário não afasta essa possibilidade, defendendo que as listas deveriam ser de 1.550 utentes, contra o rácio atual de 1.900 utentes por médico. As metas numéricas revelam-se também nas listas de utentes em que cada médico tem que dar resposta a 1900 utentes, que tendo por base unidades ponderadas, não tem em conta a complexidade atual (utentes com mais de 85 anos e sistemas informáticos disfuncionais) de cada utente inscrito na sua lista, que obrigaria também a



uma ponderação diferente ou ajustamento das listas de utentes atribuídas a cada médico de família, com vista à promoção da qualidade.

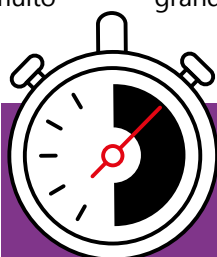
Este documento, que foi apresentado aos jornalistas no dia 8 de fevereiro mas que só seria divulgado publicamente no Dia do Doente (ver página 20), data simbólica escolhida por Miguel Guimarães, para homenagear os doentes e reiterar a dedicação da Ordem à defesa da qualidade da medicina e, consequentemente, do direito a uma saúde de qualidade, surge num contexto de dificuldades e insuficiências do nosso Serviço Nacional de Saúde, os quais a Ordem não pode e não deseja ignorar... "A pressão que existe sobre a saúde em Portugal é muito grande.

Quer os doentes, quer os médicos, muitas vezes, não têm o tempo que deviam ter para este contacto".

"Este documento pretende proteger a relação médico-doente, a qualidade da medicina, os direitos dos doentes e a qualidade de trabalho dos médicos", sublinhou o bastonário da OM. Se nenhuma destas questões fosse suficiente para explicar como o tempo é um bem precioso que tem que ser melhor definido, o representante máximo da OM lembrou ainda quão consumidores de tempo são os sistemas informáticos mal estruturados e sem a adequada integração, a execução de tarefas administrativas e burocráticas não clínicas, mas também a necessidade de esclarecer dúvidas dos doentes, explicar devidamente o tratamento proposto para obter um consentimento (realmente) informado, ou a legítima necessidade dos próprios médicos poderem esclarecer dúvidas, telefonarem a um colega para

trocar impressões sobre a melhor terapêutica para um caso específico, etc. "Tudo isto demora tempo".

No encontro também esteve presente o presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos que considera que se pode vir a sentir alguma resistência das administrações hospitalares na aplicação dos tempos padrão para consultas, mas tal facto não preocupa a Ordem. "Vai haver pressão e estamos conscientes de que vamos ter de apoiar os médicos na resistência a essa pressão", explicou aos jornalistas Alexandre Valentim Lourenço. "Se, neste momento, um hospital marca, inapropriadamente, 30 doentes numa manhã, e vai ter que passar a marcar apenas 15, o hospital tem de ter outro tipo de organização e mais médicos" para conseguir dar uma resposta de qualidade.



Em tempo padrão, todas as consultas duram o mesmo?

Não. "Esta intervenção da Ordem tem a ver com a necessidade de organização do trabalho. Não significa que cada doente e cada médico não tenham o tempo que entenderem necessário. Felizmente, contrariamente ao que acontecia antigamente, hoje cada doente tem a consulta marcada a uma determinada hora", explicou o bastonário. O objetivo desta definição não é criar uma moldura mais rígida do que a que já existe. Como o nome indica, estes intervalos de tempo serão o referencial do "padrão" razoável para a marcação de consultas; esse referencial não invalida que o médico possa sentir necessidade de prolongar o tempo de uma determinada consulta, assim como poderá acontecer o oposto. Miguel Guimarães espera que a definição dos tempos padrão seja uma "referência ética e deontológica para todos os médicos e uma garantia de qualidade e segurança para doentes e comunidade em geral". Dentro dessa referência, prevê-se que deixem de ser marcadas consultas com poucos minutos de intervalo entre si ou, nas situações mais graves e que tantas vezes se repetem, a marcação de vários doentes à mesma hora, situação que potencia a conflitualidade. "Não é possível aceitar como inevitável a sobrecarga que atualmente se verifica nas consultas, agendadas com diferenças de escassos minutos, quando não sobrepostas, prejudicando as boas práticas clínicas e a qualidade da assistência aos doentes", podemos ler no documento que pode ser consultado aqui: <https://ordemdosmedicos.pt/tempos-padrao-para-consultas-discussao-publica/>

Todos os Colégios da Especialidade, Competências e Subespecialidades foram convidados a pronunciar-se quanto a esta definição para que se possa, nesta fase, abrir o documento a discussão pública, analisar todos os contributos que forem recebidos, juntar os que se revelarem importantes, redefinir o documento num formato aperfeiçoado e, depois de análise do Conselho Nacional e aprovação em Assembleia de Representantes da OM, publicar no Diário da República aquele que se deseja que se torne um documento estruturante da qualidade. O documento preliminar pode ser comentado através do e-mail consultapublica@ordemdosmedicos.pt e está disponível no site nacional da Ordem dos Médicos.



Uma Referência Médica on-line confiável



Notícias

Mantenha-se atualizado com as últimas notícias médicas e profissionais relevantes para a sua especialidade.



Formação

Aceda a apresentações exclusivas com os melhores médicos especialistas e teste os seus conhecimentos com o nosso Medical Quiz diário.

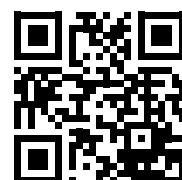


Recursos

Descubra as nossas ferramentas úteis como o calendário de vacinação que ajudam-lhe a tomar a decisão certa, no momento certo.

É um profissional de saúde?

Registe-se agora.
É grátis e sempre será.



univadis.pt

No Dia do Doente

Bastonário à conversa com médicos, doentes e suas associações

O Dia do Doente, celebrado a 11 de fevereiro, foi, além da apresentação do documento sobre “tempos padrão para as consultas médicas”, marcado pela visita do bastonário da Ordem dos Médicos a um centro de saúde de características muito particulares: a USF da Baixa, onde uma equipa de jovens médicos trabalha diariamente para dar a melhor resposta possível às necessidades de uma das populações mais multiculturais do país. Para esta visita a Ordem dos Médicos convidou duas associações de doentes, Europacolón Portugal e APDP - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. Foi precisamente aos doentes que esta visita foi dedicada.

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

No Dia do Doente a opção por assinalar a data nos cuidados de saúde primários parecia ser a mais natural e óbvia: este é o nível de cuidados mais próximo da população e no qual deve residir a pedra basilar de todo o nosso Serviço Nacional de Saúde. À chegada ao número 43 da Rua da Palma, já os jornalistas aguardavam pela Ordem dos Médicos (OM) que escolheu simbolicamente esse dia para a apresentação pública do documento relativo aos “tempos padrão para as consultas médicas”, documento que está agora em consulta pública e que tem como principal objetivo precisamente a defesa dos doentes (ver artigo na página 14).

Luís Pisco, presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), Vera Almeida, diretora executiva do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Central, e Martino Gliozzi, coordenador da USF da Baixa, receberam a delegação conjunta da OM, composta por Miguel Guimarães, bastonário, e João de Deus, membro do Conselho Nacional, e pelas associações de doentes, representadas por Vítor Neves (presidente da Europacolon), Luís Gardete Correia e Alexandra Costa (respetivamente ex-presidente e coordenadora do Núcleo Jovem da APDP).

A visita foi à Unidade de Saúde Familiar da Baixa, unidade paradigmática quanto aos desafios da multiculturalidade: a população servida por esta USF inclui pessoas do Bangladesh, China, Índia, Paquistão, Moçambique, Angola, etc., uma diversidade que permite explicar facilmente como o tempo de duração de uma consulta tem que ser devidamente ponderado por especialidade, mas também pela constituição da lista de doentes de cada médico e as suas características próprias. Na USF da Baixa – tal como em tantas outras instituições do SNS – sente-se muitas vezes a falta de tempo para os doentes e os especialistas de Medicina Geral e Familiar veem-se obrigados a fazer tarefas não clínicas que ocupam tempo da consulta, a menos que escolham, como fazem quase diariamente, usar parte do seu tempo (prejudicando o seu descanso pessoal ou as respetivas famílias) para completar



No Dia do Doente, médicos e doentes juntos pela saúde dos portugueses



Vítor Neves, Miguel Guimarães e Luís Gardete Correia



Martino Gliozzi conversa com os representantes da Europacolon e APDP

essas tarefas, para não “roubar” tempo à consulta e aos doentes. Consciente desse facto, a OM tornou público o documento elaborado pelos Colégios da Especialidade, de Competências e pelas secções de Subespecialidade, cujo principal objetivo é precisamente a definição de normas técnicas quanto aos tempos padrão para consulta, tendo em conta as especificidades de cada especialidade (do qual falamos nesta edição da ROM).

A OM, a Europacolon e a APDP defenderam nesta visita que o doente seja, de facto, o centro do sistema assim como a necessidade de tempo nas con-

sultas para a educação dos doentes, única forma de os tornar parte integrante das decisões tomadas, o que é particularmente relevante na gestão do percurso dos doentes crónicos. “Ministérios da Saúde, Finanças e Economia devem concertar esforços para que a saúde seja uma prioridade”, frisou Vítor Neves que alertou: “o cancro digestivo é uma doença que não se compadece com esperas” pois qualquer atraso no diagnóstico ou início de terapêutica pode ter consequências muito graves. Alexandra Costa que, além de coordenadora do Núcleo Jovem da APDP, esteve presente em representação dos doentes com diabetes, patologia de que padece desde os 10 anos, referiu a necessidade de formar os doentes, “única maneira de promover uma boa gestão da doença” e lamentou que alguns centros de saúde não estejam bem preparados para o acompanhamento do doente crónico, nomeadamente porque nesse tipo de doente é preciso “investir mais tempo para educar para uma maior autonomia” porque “não são os médicos ou os enfermeiros que decidem hora a hora o que nós, doentes, fazemos”.



Reunião com os médicos da USF da Baixa



Cristiano Figueiredo, Luís Pisco, Tiago Lopes e Vera Almeida

Uma equipa jovem e inovadora, dedicada aos seus doentes

Depois de conversar com alguns utentes, na reunião promovida pelo bastonário com os colegas desta USF, Martino Gliozzi lembrou a necessidade imperativa de se reduzirem as listas de utentes dos médicos de família e lamentou o desequilíbrio evidente provocado por listas demasiado extensas e tempos de consulta demasiado curtos. “É importante que sejam 20 minutos de consulta e não 20 minutos de outra coisa qualquer que não é uma consulta! (...) Quanto tempo de consulta é gasto com questões clínicas? E quanto tem que ser dedicado ao preenchimento de formulários, a lidar com um sistema informático que não funciona, etc.?”. Especificamente sobre os problemas informáticos, Miguel Guimarães também lamentou a “morosidade dos sistemas e a não integração de aplicações” que tornam todos os processos “excessivamente consumidores de tempo”, mas deixou uma palavra de otimismo quanto a um futuro no qual a tecnologia seja de facto posta ao serviço dos médicos e dos doentes, recordando que já existem, por exemplo, aplicações para transcrição automática de notas que poderiam ser muito úteis para fazer o histórico e a ficha clínica. Os representantes das associações de doentes também apelaram aos médicos que “não deixem de olhar para os doentes”. “Os doentes sentem falta desse olhar”, frisou Vítor Neves. Luís Gardete Correia e Alexandra Costa também referiram como “a qualidade da consulta pode ser muito melhorada”, se houver “disponibilidade” para incluir os doentes como parte ativa do processo terapêutico, algo sempre importante, mas da maior relevância quando abordamos a doença crónica. “Centrar a saúde no doente também implica dar conhecimento ao doente, informação fidedigna que o torne verdadeiramente capaz de participar nas decisões”, concordou o bastonário.

“Muita coisa que fazemos é à custa do nosso tempo pessoal; todos trabalhamos mais tempo do que nos é pago”, explicou o jovem especialista Cristiano Figueiredo referindo que a redução das listas, além de criar tempo para “delegar tarefas, planear a partilha de responsabilidades na atividade não clínica”, também deve ter como objetivo “criar mais tempo para as tarefas assistenciais que temos que fazer mesmo quando não estamos na presença do doente. “E para a atualização de conhecimentos”, lembrou o especialista Tiago Lopes.

Entre as muitas iniciativas que poderiam ser desenvol-

vidas para melhorar os cuidados prestados, Cristiano Figueiredo referiu a figura do “agente comunitário de saúde” que existe em países como os Estados Unidos, Canadá e Reino Unido e que seria uma grande mais-valia no funcionamento da USF por permitir uma melhor ligação com a comunidade. “O agente comunitário poderia participar nas reuniões de equipa, ajudar a encontrar os doentes que são mais difíceis de acompanhar”, situação que se agrava com a mobilidade social destas populações. Enquanto essa figura não é criada e implementada em Portugal, o médico propôs que, pelo menos, “alguma das secretárias clínicas poderia ser do Bangladesh ou poderíamos contratar uma enfermeira do Nepal”, contratações que seriam muito úteis para a população servida por esta Unidade de Saúde Familiar. “Falta flexibilidade de contratação”, lamentaram. Miguel Guimarães elogiou o “importante contributo” desta jovem e dinâmica equipa de especialistas em MGF e as suas ideias inovadoras, entre as quais a “prescrição social”, projeto que implementaram em setembro de 2017 e no âmbito do qual reúnem com associações e ONGs que atuam na comunidade

promovendo o acesso a aulas de português para estrangeiros, prática de atividade física, apoio à integração da mulher emigrante, e outros recursos existentes na comunidade e que dão resposta a necessidades sociais dos utentes, com o objetivo de melhorar a sua saúde e bem-estar. “A USF da Baixa foi o primeiro centro de saúde a implementar a prescrição social”, contam-nos com merecido e justificado orgulho.

À conversa com os doentes

Durante a visita, o representante máximo da Ordem dos Médicos e os representantes da Europacolón e da APDP conversaram com vários utentes, aproveitando a ocasião para promoverem a boa utilização dos recursos em saúde e elogiando a escolha dos utentes pelo recurso, prioritário, aos cuidados de saúde primários em detrimento do uso indevido da urgência hospitalar no tratamento da doença aguda comum.

Madalena Almeida é um bom exemplo de como a educação para a saúde que os médicos de família



Eliminar barreiras

Para melhor tratar os seus doentes, os médicos desta USF desenvolveram um projeto de tradução de folhetos de educação para a saúde em várias línguas, tendo em conta a vasta e diversificada população emigrante que servem. Além da barreira linguística que a equipa procura eliminar na educação para a saúde, outras são igualmente ultrapassadas: Martino Gliozzi, coordenador da USF da Baixa, considera que existem demasiadas barreiras à relação médico/doente. Se

algumas são difíceis de transpor, como é o caso da barreira informática e do excesso de indicadores e formulários que um médico tem que preencher no decorrer da consulta, outras podem ser superadas com alguma imaginação: Martino Gliozzi mostrou-nos como mudando a disposição dos móveis no seu consultório, eliminou uma barreira física. O computador deixou de estar entre o doente e o médico, passando este a fazer a consulta sentado lado a lado com o doente, numa representação gráfica de uma verdadeira parceria para a saúde.





promovem pode ser eficaz, reduzindo a afluência às urgências: “O meu médico disse-me que quando precisasse devia vir aqui primeiro”, explica-nos. Elogiada pelo bastonário da Ordem dos Médicos pela opção de ir primeiro à consulta com o médico de família, **Madalena Almeida** explicou que o motivo da consulta era “uma urgência porque doem-me muito as costas”. Mais de 90% das doenças agudas não emergentes podem ser diagnosticadas e tratadas sem recurso a exames complementares de diagnóstico, devendo ser seguidas nos cuidados de saúde primários.

Apesar disso, as vulgarmente chamadas “falsas urgências” continuam a encher os serviços hospitalares, mesmo sob pena de maiores esperas e maiores riscos clínicos, ambos desnecessários. **Bebiana Cravid**, outra utente com quem conversamos no Dia do Doente, foi com a sua bebé ao médico de família. A bebé, Emília, estava com febre. “Era para ir às urgências, mas prefiro vir aqui. Não se espera muito tempo e todos são simpáticos”, além de que evitou expor a bebé a outras doenças, como também nos referiu esta utente da USF da Baixa.

Já **Maria Carolina Guimarães**, com quem Vítor Neves e Miguel Guimarães conversaram sobre rastreios oncológicos, explicando a evolução dos exames de diagnóstico, depois dessa breve explicação, referiu que já havia participado três vezes em campanhas de prevenção, através de rastreios, mas manifestou algumas reservas quanto à realização de alguns exames, demonstrando com o seu exemplo prático que só numa relação de confiança médico/doente, a qual só se estabelece quando há tempo para ouvir e para explicar, se poderão cumprir as orientações do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da Direção-Geral da Saúde que definem como meta a expansão da cobertura dos rastreios oncológicos de base populacional e aumento das taxas de adesão dos utentes, como estratégia de prevenção e diagnóstico precoce. No caso do cancro digestivo, apesar da colonoscopia não ser o teste primário, mas antes a pesquisa de san-

que oculto nas fezes, nos casos positivos é preciso tempo para que o médico possa propor e explicar a necessidade da realização complementar de colonoscopia, de forma a que todos recebam cuidados de saúde adequados e de forma atempada.

Jahidur é um utente do Bangladesh que vive há 5 anos em Portugal e cujo domínio do português é ainda muito rudimentar, não lhe permitindo uma comunicação eficaz. Em inglês, língua na qual comunica com assistentes administrativos, enfermeiros e médicos da USF da Baixa, explicou-nos que “os serviços de saúde em Portugal são muito bons” e que está “muito satisfeito”, não sentindo qualquer dificuldade na comunicação com o seu médico de família, que é também o médico assistente da sua mulher e do filho com 2 anos e meio. Questionado sobre o “percurso” que prefere fazer no Serviço Nacional de Saúde, este cidadão bengali não tem qualquer dificuldade em dizer que “primeiro, vem sempre a este médico”, referindo-se ao médico de família.



Cada um destes utentes, ao necessitar de cuidados médicos, escolheu ir aos cuidados de saúde primários. Para cada um deles, tratava-se de uma situação urgente de doença. Essa foi, aliás, a palavra que usaram ao conversar connosco: “tive uma urgência e vim aqui ao meu médico”. Apesar de não saberem, nem terem que saber, distinguir em termos científicos o que é uma situação de urgência que justifique uma ida ao hospital, da sua relação com os



respetivos médicos de família resultou uma relação de confiança suficientemente bem construída para que, nas suas dores e aflições, escolham, primeiro, ir ao “centro de saúde”.



Alterar a prática da medicina

Na Novartis aproveitamos o poder inovativo da ciência para resolver alguns dos mais desafiadores problemas de saúde na nossa sociedade. Os nossos investigadores trabalham para ultrapassar as fronteiras da ciência, ampliar a nossa compreensão das doenças e desenvolver novas terapêuticas em áreas cujas necessidades médicas ainda não foram resolvidas. Temos paixão em descobrir continuamente novas formas de prolongar e melhorar a vida dos doentes.

Saúde baseada em valor e resultados

“Sistemas de Saúde baseados em valor e medição de resultados” foi o título e o mote da conferência organizada pela APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, em colaboração com a Federação Europeia da Indústria Farmacêutica (EFPIA) e o Consórcio Internacional de Medição de Resultados em Saúde (ICHOM). A iniciativa decorreu no dia 20 de fevereiro, no Centro de Congressos de Lisboa, e o bastonário da Ordem dos Médicos presidiu a sessão de encerramento, manifestando a convicção de que os cidadãos necessitam de ter acesso aos resultados em saúde para que possa existir “verdadeira liberdade de escolha”.

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

Uma medição de resultados pode melhorar os cuidados de saúde prestados aos doentes. Pelo menos é isso que os organizadores da conferência pretenderam demonstrar com um evento que congregou três sessões repletas de ilustres oradores, debates e apresentações. Os sistemas de saúde baseados no valor sustentam-se num modelo de financiamento orientado nos resultados para o doente, como sejam recuperações mais rápidas, menos readmissões hospitalares, taxas de infeção menores, entre outros indicadores. O modelo modifica o paradigma atual que privilegia o financiamento baseado na quantidade de procedimentos clínicos, independentemente dos resultados alcançados. Para abordar transversalmente estes desígnios, o encontro contou com vários painéis abrangentes sobre o value-base healthcare, com experiências nacionais e internacionais, desde áreas mais macro ou mais específicas, tais como a Oftalmologia ou o cancro. Para João Almeida Lopes, presidente da APIFARMA, os “melhores resultados em saúde são um objetivo comum para todas as partes interessadas no panorama da saúde, na Europa e em Portugal”. “Temos de evoluir, em benefício dos

doentes e da sustentabilidade do sistema de saúde, para uma metodologia que permita otimizar os resultados em saúde”, defendeu. Já o ICHOM sustenta que a “promoção da medição de resultados em saúde padronizados representa uma mudança crítica para tornar os sistemas de saúde mais eficientes, em benefício dos doentes, pagadores, hospitais e fornecedores”. Uma saúde baseada em valor será, no fundo, um veículo que poderá conduzir a sociedade a tornar-se mais saudável, enquanto se reduz simultaneamente os gastos gerais no setor, onde se inclui o desperdício. Um exemplo disso são as readmissões hospitalares, as quais seriam muitas vezes evitáveis com um planeamento adequado após a alta.

Responsável pela sessão de encerramento, Miguel Guimarães considerou as temáticas abordadas como fatores fundamentais para o futuro dos sistemas de saúde, mas também para os desafios contemporâneos, nomeadamente nas valências do envelhecimento e da introdução – por vezes desmesurada – de novas tecnologias e dispositivos. O bastonário da Ordem dos Médicos acredita que o país ainda não conseguiu permutar do paradigma de quanto custa tra-

a ACSS financia poupanças, não financia melhorias efetivas

- Miguel Guimarães

tar, para quanto custa prevenir. Além disso “quando a ACSS fala do financiamento como modelador de comportamentos estamos na verdade perante uma falácia”, considera. Isto porque “a ACSS financia poupanças, não financia melhorias efetivas”. Para existirem

melhorias efetivas é essencial pensar “mais além” do que apenas em métricas numéricas, fatores quantitativos. Se é certo que as questões do acesso são basilares, é igualmente verdade que “só existe verdadeira liberdade de escolha dentro do SNS se os cidadãos tiverem acesso aos resultados em saúde por unidade de saúde”, assevera Miguel Guimarães, antes de concluir que os doentes não procuram propriamente indicadores, mas sim os “resultados dos tratamentos, em termos de eficácia e de complicações”. Somando a esses fatores o grau de satisfação dos doentes, a

experiência positiva ou menos positiva de utilização das unidades de saúde do SNS ou dos setores privado e social, reúne-se a informação qualitativa fundamental para fazer mais e, principalmente, fazer melhor. A saúde baseada em valores e em resultados gerou um debate intenso, que serviu a todos os agentes ou decisores do setor como uma boa reflexão que permitirá um pensamento mais abrangente e completo quando se fala de qualidade em saúde em Portugal.



Notícia

Curso Ginecologia Oncológica – candidatura até 30 de abril

O Colégio da Subespecialidade de Ginecologia Oncológica informa que estão abertas as candidaturas ao Curso de Ginecologia Oncológica até ao dia 30/04/2019.

O curso inclui 10 módulos: Anatomia cirúrgica e fisiologia aplicada (Coimbra); Genética e Anatomia Patológica (Porto); epidemiologia e prevenção (Lisboa); diagnóstico/classificação clínica (Coimbra); princípios da Cirurgia, Radioterapia e Oncologia médica (Porto); tratamento do cancro ginecológico (Lisboa); tratamento do cancro da mama e tratamento paliativo (Coimbra); psico-oncologia, oncofertilidade e “advocacy” para doentes e dois módulos de apresentações pelos alunos de temas sorteados (Coimbra). As condições de inscrição, critérios de admissão e de avaliação, assim como o formulário de candidatura podem ser consultados no site nacional em: <https://ordemosmedicos.pt/curso-de-ginecologia-oncologica-candidatura-ate-30-de-abril/>



Jornadas Patient Care

O ensino é uma obrigação ética dos médicos

O Centro de Congressos do Algarve, em Vilamoura, foi o local onde decorreram as XXIII Jornadas Patient Care, sinónimo de ensino e aprendizagem através da troca de conhecimentos. Como já é tradição, a organização escolheu homenagear um colega que considera distinguir-se dos demais como um exemplo de ética, profissionalismo, dedicação aos doentes, aos alunos, aos colegas e, acima de tudo, um exemplo de humanismo e elevação em todos os seus relacionamentos: António Pereira Coelho, especialista em procriação medicamente assistida, foi o médico justamente distinguido nesta edição, com uma homenagem nacional, à qual se associou também o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães.

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



José Canas da Silva (reumatologista, secretário-geral das jornadas e diretor do conselho científico da revista Patient Care) e Rui Cernadas (especialista de Medicina Geral e Familiar, secretário-geral das jornadas e diretor da revista) estão no projeto Patient Care desde o primeiro momento. 24 anos a produzir uma revista e 23 anos de jornadas científicas em que se juntam diversas especialidades hospitalares, Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública. Rui Cernadas, primeiro orador da sessão de abertura, explicou precisamente que “no plano científico as jornadas mantêm a perspetiva de articulação entre MGF e as outras especialidades, com temas que interessam a ambas as partes”, salientando igualmente a homenagem que se iria seguir, ao dirigir-se a António Pereira Coelho, presidente das jornadas: “É uma honra para nós - e do ponto de vista pessoal - um enorme prazer poder contar com a sua presença”. Seguiu-se a intervenção de Canas da Silva que definiu o ensino médico como “uma obrigação ética

que “temos os melhores médicos do mundo”, embora “não tenhamos os melhores hospitais, nem os melhores softwares” e as “condições de exercício da profissão sejam adversas”. Mas, apesar disso tudo, “temos o 7º melhor serviço público de saúde do mundo! São os profissionais que o mantêm de pé”, facto do qual não tem dúvidas, expressando o “orgulho em ser médico”. Na análise da atualidade, Canas da Silva lamentou que nos media “só se promova o médico milagreiro ou a negligência grosseira” pois “a medicina não é feita disso! É feita de centenas de milhares de atos médicos, feitos numa rotina avassaladora e que na maioria dos casos têm os melhores resultados nos nossos doentes”. Preocupado com as dificuldades provocadas pela compressão da morbilidade – “temos um problema gravíssimo de diminuição da qualidade de vida a partir dos 65 anos” – o reumatologista defende que “essa melhoria é o esforço de prevenção que devemos ter”, propondo a criação de uma “Secretaria de Estado para a terceira idade” pois

a crise demográfica não se irá resolver facilmente. Abordando vários outros fatores que devem merecer melhores abordagens em termos de gestão política, Canas da Silva elogiou a investigação realizada ao longo da sua carreira pelo homenageado da sessão, António Pereira Coelho, e formulou o desejo de que pudessemos ter em Portugal “políticos pelo menos tão bons quanto nós somos como médicos”.

dos médicos”, porque “o médico tem o dever de se manter atualizado”, mas também pela vertente da transmissão de conhecimento aos mais jovens, Canas da Silva considera que “a recertificação é uma questão de tempo” e que a Ordem e os médicos “devem ser os intérpretes dessa recertificação”. Canas da Silva dirigiu palavras de apreço à atual direção da OM, referenciando as presenças do bastonário, Miguel Guimarães, e de Alexandre Valentim Lourenço (presidente do conselho regional do Sul que esteve presente na qualidade de aluno do homenageado): “Com esta direção, continuaremos a ser os mestres do nosso destino”. Canas da Silva lamentou o “aumento da animosidade” contra os profissionais de saúde, “sinais dos tempos que não são bons”. Assumindo estar a parafrasear o bastonário, Canas da Silva sublinhou

Um médico, um mentor, um exemplo

Alexandre Valentim Lourenço foi convidado a falar sobre um dos seus mentores na medicina: visivelmente emocionado, explicou como “o Professor Pereira Coelho foi um exemplo para uma classe de ginecologistas que se revia na sua postura, carreira, etc.” referindo o tempo em que corajosamente, e num regime adverso a reivindicações, Pereira Coelho era representante dos alunos, contou como esse jovem especialista, homem de princípios e valores, foi evoluindo na carreira, sempre sem perder um traço de humildade. “O Professor defendia as suas convicções, tinha uma liderança natural” que, frisou, “nunca foi por ambição, ou por projeto”, de certa forma “acabava por ser empurrado para liderar”.





Alexandre Valentim Lourenço referiu os incontornáveis trabalhos de fertilização in vitro, que Pereira Coelho desenvolveu nos anos 80 e como se manteve sempre próximo dos alunos, correspondendo às suas solicitações, mesmo quando, como relatou, o convite era para júri de um concurso gastronómico. “E assim, com a sua característica simplicidade e modéstia, o Professor Pereira Coelho participou nas escolhas do festival de gastronomia”. “Para mim - e para muitas outras pessoas - passou a partir de aí a ser um exemplo”. “Além do tempo que dedicava à clínica e a centenas de doentes, o gosto do professor era também ensinar”, ouvimos a explicação do aluno, agora especialista em Ginecologia e Obstetrícia, e quase sentimos “o prazer que tinha em ser professor, em transmitir conhecimento”. Conforme explica, António Pereira Coelho “é professor não apenas pelas provas de agregação. É muito mais do que isso: é professor pela forma como está na vida e pelo prazer que sente ao transmitir conhecimento”, mas também porque “sendo um colega que para nós sempre foi tecnicamente perfeito, nunca lhe faltou o humanismo, que tantas vezes falta na medicina”. Um humanismo que se traduz no trato com os doentes, com médicos e outros profissionais de saúde e, também, com os seus alunos. Alexandre Valentim Lourenço partilhou com a assistência como, numa fase menos positiva da sua carreira, Pereira Coelho lhe disse simplesmente “levanta a cabeça e segue em frente”, palavras que o marcaram pela sensibilidade e compreensão de como todos os seres humanos podem atravessar fases mais difíceis, mas que não devem ser essas a defini-los. “O professor transbordou a medicina, passando para a intervenção social”, do apoio

a causas sociais, às deslocações a centros de saúde falar de procriação medicamente assistida, ou até quando aceitou integrar a Ordem dos Médicos. “Pereira Coelho é sinónimo do que um médico deve representar” e entre o muito que lhe ensinou, Alexandre Lourenço adiciona: “também me ensinou a ser espontâneo”. Com essa mesma espontaneidade, o presidente do Conselho Regional do Sul, deixou um agradecimento ao bastonário da Ordem dos Médicos, “que também tem sido para mim um exemplo, pela sua postura na Ordem” e

aos organizadores das jornadas, Rui Cernadas e Canas da Silva, pela dedicação incansável. Mas sem esquecer o homenageado, concluiu: “Senhor Professor Pereira Coelho, as minhas palavras foram todas para si, obrigado”.

“Um exemplo como pessoa, cidadão, médico e professor”

Presente nesta sessão de abertura, o bastonário da Ordem dos Médicos dirigiu palavras de apreço ao colega pela sua “dimensão humana e ética” e pela “dignidade no exercício da profissão” que sempre demonstrou. Miguel Guimarães referiu ainda a dedicação de Pereira Coelho ao ensino. Esta foi, aliás, a vertente mais salientada. O bastonário elogiou ainda o papel de médicos como Canas da Silva ou Rui Cernadas, que fazem parte da organização do Patient Care desde o primeiro momento e que “têm desenvolvido um importante trabalho, criando ligações de proximidade entre a Medicina Geral e Familiar, a Saúde Pública e as especialidades hospitalares”, algo que “o SNS não tem conseguido fazer da melhor maneira”, muito por falta de iniciativa em termos de política de saúde e por erros de gestão dos sucessivos detentores do ministério. Miguel Guimarães deixou, aliás, a mensagem clara que lhe valeu um aplauso da assistência: “os médicos são excelentes gestores, (...) é preciso saber aproveitar e potenciar esse conhecimento adquirido no dia-a-dia da gestão dos processos clínicos, de equipas”, etc. Sobre o papel da Patient Care, o bastonário definiu esse trabalho como “muito importante para a nossa sociedade, para



a medicina e a evolução da profissão”, nomeadamente por promover uma integração entre os vários níveis de cuidados “que é essencial para que o nosso SNS seja ainda melhor”; “Um trabalho pelo qual temos que agradecer aos colegas Canas da Silva e Rui Cernadas”, pela dedicação neste quase um quarto de século. “Só zelando pela qualidade é que estamos a servir os nossos doentes”, frisou, lembrando que “sem formação não é possível ter qualidade”, aproveitando para agradecer ao homenageado porque “essa foi sempre pedra basilar da carreira e intervenção de Pereira Coelho”. Da valorização da comunicação entre médico e doente, à profundidade da relação que estabelecia com os seus doentes, à ética e humanismo sempre presentes, “essas foram sempre as linhas de atuação de Pereira Coelho”, “um exemplo como pessoa, cidadão, como profissional médico e como o professor que gosta de ensinar”, exaltou o bastonário, dirigindo acrescidas palavras de agradecimento ao homenageado, porque sem médicos dispostos a partilhar o seu conhecimento “não teríamos os melhores médicos do mundo”. “Também a si se deve a qualidade da formação que temos em Portugal”. Exaltando as capacidades de comunicação do homenageado, o bastonário referiu a essencialidade de “comunicar bem” e “estabelecer uma relação empática com os doentes”. “Foi um privilégio contactar com o colega Pereira Coelho”, declarou, referindo-se à passagem do homenageado pela direção da OM, enquanto presidente do Conselho Regional do Sul, era, então, Miguel Guimarães o presidente do Conselho Regional do Norte. “Muito obrigado pelo trabalho que desenvolveu no âmbito do Conselho Nacional para a Ética e as Ciências da Vida. Mas, acima de tudo, muito obrigado pela dedicação e o espírito de entrega e sacrifício na defesa da medicina e dos nossos doentes”.

“Se fiz qualquer coisa de bom foi porque muitos me ajudaram”

António Pereira Coelho, visivelmente emocionado, discursou de forma espontânea, confessando: “enquanto ouvia todos os elogios interrogava-me o porquê de tudo isto. Considero-me uma pessoa perfeitamente normal, com um projeto de vida familiar, social e profissional”. Marca de honra e nobreza, Pereira Coelho fez sempre o que lhe parecia correto, de uma forma natural, “sem qualquer objetivo específico”. “As coisas simplesmente foram acontecendo. (...) Sou cumpridor em tudo o que me meto e talvez esse seja o segredo do que os meus amigos consideram tão extraordinariamente... Mas eu considero-me perfeitamente normal”. Se encontra em si algo que definiria como digno de nota, será o facto de “gostar muito dos amigos”. “Gosto muito das minhas pessoas e o que mais me custa é quando se perde a empatia que se havia construído por um qualquer mal entendido”, situação que, sublinhou, tem conseguido reverter nas poucas vezes que lhe acontece. “Suponho que será essa a justificação para as palavras que me dirigiram e que ouvi aqui, hoje”, palavras que o emocionam, mas que define como “excessivas”, mas que não recusa porque seria “absurdo”. “Se fiz qualquer coisa de bom foi porque muitos - que aqui estão e tantos outros - me ajudaram e me deram sempre o encorajamento necessário para que me dedicasse a cada tarefa”. “Quase com 74 anos, só posso dizer uma coisa: sou feliz por ter vivido, nas condições que vivi”, referiu, sublinhando novamente os afetos, desta feita no contexto familiar. “Toda a parte final da minha vida foi construída a pensar nos pais, irmãos e filhos. (...) Se fiz qualquer coisa de bem, o que é importante para mim é que os meus filhos percebam que é esse o caminho a seguir”. Com a mesma nobreza natural que lhe é característica, António Pereira Coelho concluiu o seu discurso com um compromisso de honra em fazer mais e melhor: “continuarei a procurar corresponder a tudo o que tiveram a gentileza de me transmitir”. “continuarei a procurar corresponder a tudo o que tiveram a gentileza de me transmitir”.



Uma delegação da Ordem dos Médicos, liderada pelo bastonário Miguel Guimarães, deslocou-se no dia 16 de janeiro às Caldas da Rainha, nomeadamente à USF Rainha D. Leonor e ao hospital da cidade para se inteirar das principais dificuldades sentidas pelos médicos e pelos doentes. O cenário encontrado revelou que 16% das cerca de 177 mil pessoas abrangidas pela área de cobertura do serviço não têm médico de família e que o Centro Hospitalar do Oeste (CHO) está refém de prestadores de serviço, sendo a terceira entidade do país com maior volume de horas contratadas a médicos nesse regime.

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

Centro Hospitalar do Oeste: 192 mil horas de prestadores de serviço

ADMINISTRAÇÃO C.H.O.
ACESSO RESERVADO

Os médicos do CHO fizeram, em 2017, mais de 73 mil horas de trabalho suplementar, número que não impediu a contratação de mais de 192 mil horas a empresas médicas. Esse cenário é transversal a todas as especialidades, mas é no Serviço de Urgência que ganha contornos ainda mais dramáticos com quase todo o serviço a ser garantido por recurso a prestadores de serviço. Joana Louro, membro da Assembleia de Representantes da OM e especialista em Medicina Interna, garante que, por vezes, chega a ser a única médica da casa a trabalhar numa escala. “É inaceitável e abusiva esta dependência do CHO das empresas médicas. Esta situação, além de contribuir para a difícil e preocupante situação financeira da instituição, afeta a qualidade do trabalho médico prestado e dificulta a captação de médicos, uma vez que não encontram equipas e um projeto profissional onde realizem em pleno as suas carreiras”, defende o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães. O CHO é a terceira entidade do país que mais recorre a serviços médicos através de empresas de prestação

de serviços. Logo a seguir ao Centro Hospitalar do Médio Tejo e à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e seguido da Unidade local de Saúde do Norte Alentejano e do Hospital Fernando Fonseca, mais conhecido por Amadora-Sintra.

Em todos os serviços por onde passou (especialmente Urgência, Cirurgia e Ginecologia/Obstetrícia) o bastonário foi tomando nota de falta de recursos humanos e materiais obsoletos que revelam a degradação das condições de trabalho no centro hospitalar. Margarida Brito e Melo – diretora de serviço de Cirurgia geral – alertou que a falta de anestesiólogos já resultou no adiamento de algumas cirurgias. Apesar de ter sido contratado um especialista em dezembro, como garantiu o diretor clínico Francisco San Martín y Sánchez, subsiste uma carência que precisa de ser mitigada porque “sem médicos não se faz nada”, salientou Miguel Guimarães. No serviço de Ginecologia/Obstetrícia, o médico especialista Eduardo Baptista considerou que o grande problema é a falta de equi-

pamentos: “temos um ecógrafo em que o disco rígido avaria constantemente”, lamentou. Jorge Ribeiro, diretor do serviço, corrobora os problemas e acrescenta que existiram 9 vagas protocoladas que não se materializaram em novos recursos humanos. Algo que, conclui, “potencia o recurso à contratação externa”. Preocupado com estas questões, Miguel Guimarães reforçou a disponibilidade da Ordem dos Médicos para colaborar e ajudar na resolução de alguns dos problemas. Nomeadamente a falta de capacidade

formativa na região e a necessidade de melhores condições que permitirão maior capacidade de fixação de jovens médicos. Aos internos – que demonstraram na sua maioria vontade em permanecer depois da formação – o bastonário deixou uma mensagem de esperança. “A Ordem trabalha para vos ajudar, assumindo as vossas preocupações perante a tutela e os governantes”. “Temos os melhores médicos do mundo e fazemos bem, mesmo sem as condições ideais”, concluiu.



Jorge Ribeiro



Margarida Brito e Melo



Ana Pisco



Cristina Teotónio



Joana Louro



Miguel Guimarães



Francisco San Martín y Sánchez



Eduardo Baptista

Depois da visita, decorreu uma reunião com o conselho de administração. Miguel Guimarães voltou a aludir o recurso à prestação de serviços como um problema grande e deixou como principais objetivos “aumentar a capacidade de resposta e motivar as pessoas no serviço público”. Isto porque, explica, com o aumento do número de médicos especialistas a trabalhar exclusivamente em regime privado (cerca de 13 mil), adicionalmente ao número de médicos que trabalham nos dois regimes, “estamos a atingir uma linha vermelha que depois será de muito difícil recuperação”. “Temos de proteger o SNS”, alerta, antes de salientar a necessidade do Governo inverter a situação com um “verdadeiro investimento” sob pena de se perderem “definitivamente as características genéticas que são o garante de um serviço com equidade de acesso” e de uma saúde igual para todos “independentemente da situação económica” de cada um.

O bastonário considera que “as equipas estão a trabalhar num contexto de verdadeiro sofrimento ético. Estão no limite das suas capacidades. É importante que o Ministério da Saúde permita que o CHO aposte numa modernização das suas infraes-

Resposta insuficiente dos cuidados continuados aumenta degradação

O representante local da Ordem dos Médicos, Nuno Santa Clara destacou à ROM dois problemas que afetam a sub-região do Oeste: a falta de especialistas, agravada pela incapacidade de fixar os mais jovens, concursos desertos e “pouca atratividade de instituições em que os equipamentos estão obsoletos e há falta de perspetivas de progressão técnica e científica”, mas também a insuficiente resposta dos cuidados continuados. Este problema, numa região muito envelhecida e onde existem dezenas de lares só na área do Hospital de Torres Vedras, origina o recurso indevido a urgências, com os hospitais a ver o número de internamentos aumentar, apenas por falta de alternativa adequada dos cuidados continuados. “Com tudo o que de negativo esta situação acarreta: macas nos corredores, doentes em situações de desconforto, falta de dignidade e de privacidade”, uma situação de Nuno Santa Clara lamenta mas que só se poderá resolver com o aumento do número de camas de cuidados continuados.

Já para que os internos queiram ficar – e permanecer – no Oeste, é necessário acabar com a “estagnação” que se sente e “criar condições, por exemplo, para introdução de novas técnicas e desenvolvimento de projetos de investigação aliciante”. “Uma remuneração adequada é importante mas não chega...”, frisa o presidente do conselho sub-regional.

truturas e equipamentos para ter capacidade de atrair os jovens médicos com um projeto aliciante ao nível da clínica, formação, diferenciação e investigação". Miguel Guimarães lembrou também que o conselho de administração tomou posse há quatro meses, pelo que é a melhor altura para apresentar desde já um plano estratégico junto da tutela. A escassez de recursos humanos reflete-se na capacidade de resposta do CHO, que no último ano reduziu a sua atividade nas consultas (primeiras e subsequentes), doentes saídos do internamento, intervenções cirúrgicas programadas e intervenções cirúrgicas urgentes. Os valores podem continuar a piorar com a previsão de saída de vários médicos em idade de reforma.

Na visita e na reunião estiveram também presentes Alexandre Valentim Lourenço, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, Nuno Santa Clara, presidente da Sub-Região do Oeste e as dirigentes sub-regionais Joana Louro e Cristina Teotónio que desempenham funções neste hospital.

Antes do hospital, Miguel Guimarães dirigiu-se à USF Rainha D. Leonor onde os profissionais alertaram para a inexistência de médicos de família para cerca de 16% das mais de 177 mil pessoas abrangidas pela área de cobertura do serviço. Consequentemente, os médicos de família estão sobrecarregados com uma lista de utentes muito maior do que a desejável. De acordo com Ana Pisco – diretora executiva do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Oeste



Médicos internos de Cirurgia Geral

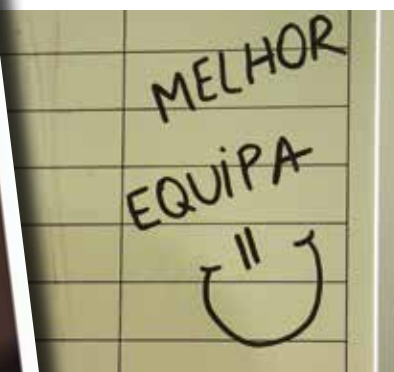


Nuno Santa Clara, presidente da Sub-Região do Oeste, Alexandre Valentim Lourenço, presidente da Secção Regional do Sul e Miguel Guimarães na reunião com o CA

16% da população não tem médico de família

Norte – seriam necessários cerca de 20 médicos adicionais para garantir uma melhor e maior prestação de cuidados àquela população que, tal como no resto do país, "está cada vez mais envelhecida". A falta de assistentes operacionais (que levam por vezes os médicos a terem de limpar o chão ou a realizar outras tarefas que não são as suas) e as falhas constantes dos sistemas informáticos foram outros dos constrangimentos mencionados pelos profissionais. Por vezes tratam-se de coisas tão simples como falhas na rede e mesmo nos telefones. "Maior celeridade nos concursos para os recém-especialistas" e "mais formas

eficientes de fixar médicos" foram os principais desejos enunciados pela diretora executiva do ACeS Oeste Norte para fazer face à escassez de recursos humanos.



MOMENTOS

Expresso

NOVA
IMS
Information
Management
School



NOVARTIS

Sociedade
Portuguesa de
Reumatologia



USF-AN



ANEA

A renovação de gerações não funciona há 40 anos. Quem o diz é o sociólogo Manuel Villaverde Cabral que inau-

gurou os trabalhos com uma pequena intervenção acerca da sociedade, do cidadão e da saúde. "A pressão do envelhecimento" é um dos problemas que mais preocupa o sociólogo, porque apesar de termos uma esperança média de vida elevada, "o envelhecimento cobra um preço" exigindo, naturalmente, mais recursos de saúde.

Após o preâmbulo foram apresentados, por Pedro Simões Coelho, da NOVA IMS, os resultados do estudo sobre Espondilite Anquilosante que se centrou essencialmente em duas vertentes: os resultados em Medicina Geral e Familiar (MGF) e os resultados ao nível dos doentes. Os primeiros tinham como objetivo compreender a perceção da

doença nos profissionais de saúde, tal como as razões e barreiras para um diagnóstico e referenciação clínica tardia. Com os seguintes pretendeu-se conhecer a opinião dos doentes sobre o impacto da doença, quer ao nível da qualidade de vida, quer ao nível social, laboral e familiar. Os principais números da investigação referem que 70% dos profissionais de MGF não consideram a doença como relevante na prática clínica, apesar de, segundo o mesmo estudo, 56 em cada 1000 pessoas sofrerem com a doença. 93% referenciam os doentes para o especialista no hospital e 88% fazem-no, corretamente, para o reumatologista. Os tempos de espera para obter uma consulta hospitalar são, em média de 9 meses, mas a situação agrava-se na zona do ACeS Alentejo Central, aumentando para 19 meses. Do total dos doentes inquiridos, 63% reconhece que a doença causa dificuldade em aceder a um emprego e 46% perdeu o emprego ou deixou de trabalhar devido à doença. Dificuldades nas limpezas domésticas, em

Doença crónica: impactos, políticas e medidas

O jornal Expresso, a NOVA Information Management School (IMS) e a Novartis associaram-se na organização de uma conferência centrada na doença crónica e em todos os seus impactos na vida de quem lida com uma. A Espondilite Anquilosante (EA) serviu de exemplo, com a apresentação de um estudo de avaliação sobre os resultados obtidos na doença, desde o diagnóstico até ao tratamento. O bastonário da Ordem dos Médicos foi interveniente na mesa "Impacto Social e Políticas Públicas: que medidas implementar?", onde reforçou a carência existente no nosso país no que diz respeito à qualidade de vida a partir dos 65 anos.

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

fazer exercício físico e simplesmente ao deitar-se ou levantar-se são algumas das limitações quotidianas. Por ano, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) gasta 118 milhões de euros com os doentes com EA e o impacto económico anual por via dos salários ultrapassa os 430 milhões, ampliando para mais de 650 milhões por via da produtividade.

Apesar das complicações, existem algumas condições que podem ajudar a ampliar a qualidade de vida destes doentes: diagnóstico atempado (inferior a 1 ano), acesso a medicamentos biológicos ao recorrer tanto ao SNS, como ao privado, resultando numa sinergia positiva entre os dois setores. A estas condicionantes junta-se o fator biológico, uma vez que os homens sofrem menos com a doença comparativamente às mulheres.

Para discutir o impacto social e as políticas públicas a implementar na área da doença crónica em particular e na saúde em geral, iniciou-se a mesa que contou com a intervenção de Luís Miranda, presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), Óscar Gaspar, vice-presidente da CIP, Isabel Galriça Neto, deputada e membro da comissão de saúde do grupo parlamentar do CDS, Rui Cernadas, ex-presidente da ARS Norte e Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, com moderação a cargo da jornalista da SIC, Clara de Sousa. Num painel com perfis tão variados, existiram desde logo dois pontos fundamentais que geraram unanimidade: a doença crónica tem de ser tratada como uma prioridade no país e há cada vez mais falta de médicos no SNS.

Isabel Galriça Neto lamentou a escassez de linhas orientadoras para o tratamento de doenças crónicas e considera que este tipo de patologia “merece ser prioritária para os decisores políticos”. Ainda focalizado no que atentou acerca do estudo sobre Espondilite Anquilosante, Luís Miranda diz ter ficado “envergonhado como cidadão” pelos custos e pela falta de acessibilidade dos doentes aos especialistas. Para o presidente da SPR, a acessibilidade é uma questão de vontade política. Na mesma linha de pensamento confessa-se Rui Cernadas que continua a ouvir “os mesmos problemas há mais de 30 anos”. O ex-presidente da ARS Norte reforça que



Óscar Gaspar



Luís Miranda



Pedro Simões Coelho

os números do estudo espelham a “escassez de especialistas de Reumatologia”. Óscar Gaspar tem a perceção que em Portugal se perde mais tempo a falar de assuntos irrelevantes, esquecendo os que têm realmente impacto

na vida das pessoas. “Há análises que indicam a necessidade de um investimento muito maior em saúde do que aquele que existe”, assevera, aditando que “politicamente não tem sido atribuída à saúde a importância que deveria ter”. Miguel Guimarães começou por alertar para a falta de qualidade de vida em Portugal a partir dos 65 anos. “Estamos muito mal nesta matéria”. “O impacto que as doenças crónicas têm na qualidade de vida das pessoas, na vida familiar, no trabalho, na produção, naquilo que é o contributo que milhares de pessoas podiam dar para a economia do país, raramente é abordado”, considera. O bastonário da Ordem dos Médicos lembra que tudo se inicia com questões estruturais ao nível da promoção da saúde e da prevenção da doença e que existem outros problemas que agravam a qualidade de vida de uma população envelhecida. “Os nossos médicos de família continuam a ter listas de 1900 utentes, não têm o tempo necessário para apostar na prevenção, para acompanhar os casos mais complexos, não têm tempo integrado para formação e para investigação”, lamentou, por considerar que só se conseguirmos identificar, através da investigação, as complicações que estamos a ter ou os erros que eventualmente estamos a cometer, poderemos melhorar em todas as valências.

No debate foi transversal a preocupação quanto ao orçamento para a saúde que todos consideram ineficiente. Miguel Guimarães categoriza-o de “mediocre” e



Miguel Guimarães

compara-o a outros países para fundamentar o adjetivo. “Nós orçamentamos para o SNS 4,8% do PIB, a média dos países da OCDE orçamenta 6,5% para a Saúde e a média dos países da União Europeia orçamenta cerca de 7,5%”, “nós

medicamento tem um impacto muito positivo na qualidade de vida de determinado doente”. O bastonário deu o exemplo do tratamento da Hepatite C, que podia curar quase todos os doentes e demorou mais de um ano a ter autorização de implementação. “O acesso à inovação terapêutica” é fundamental para fazer evoluir



Manuel Villaverde Cabral

Por ano, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) gasta **118 milhões** de euros com os doentes com EA e o impacto económico anual por via dos salários ultrapassa os **430 milhões**, ampliando para mais de **650 milhões** por via da produtividade



Clara de Sousa



Isabel Galriça Neto

valorizamos pouco a saúde”, assegura. As percentagens ficam ainda mais esclarecedoras quando sabemos que Portugal dedica menos de 1% do seu orçamento à promoção da saúde e prevenção da doença. De acordo com o representante dos médicos, a fatia que vai para essa promoção e prevenção noutros países europeus oscila entre os 3 e os 4%. Também no acesso há vários desafios a ter em conta, porque “continuam a existir barreiras” para muitos hospitais terem acesso a medicação inovadora. “Não há área mais escrutinada do que a medicina, se isso acontecesse também com a política podíamos certamente resolver alguns dos problemas do país”, afirmou Miguel Guimarães, extraindo alguns risos e sorrisos do auditório. “Acho bem que exista um controle rigoroso, não podemos é perder tanto tempo quando está mais do que identificado por evidência científica que determinado



Rui Cernadas

o sistema, dar sustentabilidade ao país e “conferir às pessoas” uma maior qualidade de vida. Quando instado pela moderadora, Clara de Sousa, a identificar alguns dos primordiais desafios para o futuro, Miguel Guimarães não hesitou em responder com três dimensões: “combate às desigualdades sociais em saúde” em termos de acesso a todo o tipo de cuidados, “o reforço do SNS” com maior financiamento e uma crescente sensibilidade para o paradigma do envelhecimento populacional e “uma verdadeira aposta na literacia em saúde” que começa desde logo nas escolas, porque só “quando concedermos de uma vez por todas informação válida e séria a todos os cidadãos poderemos centrar a saúde no doente”.

O encerramento da iniciativa contou com Maria de Belém Roseira que exaltou a importância de finalizar uma Lei de Bases da Saúde “adaptada aos desafios do nosso tempo”.

Alentejo desnorteados

Médicos de Portalegre em dificuldades

O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, rumou a Portalegre, no dia 25 de fevereiro, devido às carências que se fazem sentir na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA). As dificuldades que afetam a instituição passam pela escassez de recursos humanos, nomeadamente médicos, pelas parcas condições de trabalho e por graves inconsistências na formação de médicos internos. “Os médicos estão em sofrimento ético”, apurou o bastonário.

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



Desespero. É a palavra que melhor define a situação que os médicos do Hospital de Portalegre relataram ao bastonário sobre o seu dia-a-dia na ULSNA. Em reunião, largas dezenas de médicos confessaram ter atingido a linha vermelha no que diz respeito à segurança clínica, trabalhando em condições que não

são as adequadas para prestar os melhores cuidados de saúde aos seus doentes...

“Não se passa por Portalegre. Ou se vem para cá ou não se passa por aqui para lado nenhum”, afirma Isabel Lavadinho, especialista de Medicina Interna, identificando o acesso como um dos principais

problemas da cidade, mas sobretudo expondo a “exaustão” física e psicológica dos colegas. “A Medicina Interna é o único serviço que não exporta doentes, temos 42 camas para todo o tipo de patologias, apenas 6 especialistas em plena atividade, não existindo sequer 1 especialista por equipa de urgência”, garantiu. Notoriamente emocionada, a internista mostrou-se preocupada com os doentes, confessando que se deita todos os dias com um aperto no coração por não existir capacidade – por via das más condições – de fazer mais e melhor, “não nos consideramos maus médicos, mas sobretudo não somos más pessoas”.

De outros departamentos chegam testemunhos semelhantes. Problemas que já despontavam em 2004 continuam, 15 anos depois, à espera de uma resolução, nomeadamente a dificuldade em contratar profissionais que se fixem na região. Mesmo os internos que se formam na instituição acabam por sair, tornando a situação cada vez mais insustentável. Com poucos profissionais somos confrontados com uma realidade em que não há “sequer pessoal suficiente para cumprir as exigências legais para ter urgência interna e também não temos equipa de transporte de doentes por falta de pessoas e de dinheiro”. A aglomeração de dificuldades só é atenuada pela dedicação dos médicos que, mesmo podendo optar por outros lugares, permanecem na região e no Serviço Nacional de Saúde e em várias especialidades carenciadas não foram abertas vagas carenciadas. Mesmo assim, alguns internos ficam porque sentem uma “dívida de gratidão às pessoas” que os formaram. Verificam-se nesta instituição algumas situações inaceitáveis como seja o facto de, para fazer a necessária observação, por vezes, se “despirem” doentes no corredor, sem a essencial privacidade. Sobre a gestão das equipas detetam-se iguais dificuldades com a ausência de reuniões do diretor clínico e diretores de serviço, concursos que ficam desertos, muitos especialistas à beira da reforma e uma vivência clínica que se faz à custa de prestadores de serviços, tudo isto numa região envelhecida e que, como tal, requer mais tempo, mais pessoal médico e mais cuidados. Situações que levam muitos especialistas a desabafar: “não se percebe o mapa de vagas da ACSS”...



Reunião com médicos internos



O último relatório da ACSS, referente a 2017, regista que, nesse ano, a ULSNA recorreu a 99.950 horas de trabalho suplementar e que o número de horas contratadas a empresas prestadoras de serviços médicos ascendeu às 192.821 horas, o que se traduz num valor de mais de 5,5 milhões de euros. A unidade local de saúde tem um rácio de 1,68 médicos por cada mil habitantes e está entre as cinco entidades que têm maior volume de horas em regime de prestação de serviços. Ao nível dos recursos humanos, a ULSNA apresentava, em dezembro do ano passado, 154 médicos especialistas e 49 médicos internos, números menores quando comparados a dezembro de 2017.

Se os números governamentais expressam escassez, os médicos acabam por destapar o resto do véu: na Pediatria existem apenas 4 especialistas e todos com mais de 55 anos, na Cardiologia não há médicos no quadro há muitos anos, a atividade é assegurada por médicos contratados que mudam ao longo do tempo sem continuidade no acompanhamento dos doentes. Não existe Neurologia no hospital há 20 anos, depois do único médico se ter reformado. A atividade de Oncologia é assegurada por médicos

de Évora que se deslocam a Portalegre para dar apoio, uma ou duas vezes por semana. Para assegurar a atividade diária existe o apoio de um médico internista do quadro do hospital. Não existem médicos dedicados à atividade de urgência. Os médicos que fazem a primeira observação nos três serviços de urgência da ULSNA – Portalegre, Elvas e Ponte de Sor – são médicos contratados, por vezes com dificuldades em compreender a língua portuguesa, o que provoca obstáculos de relacionamento com os doentes e com os colegas. As dificuldades são transversais em todas as especialidades predispondo a

retor do serviço de urgência do hospital, que identifica as “urgências pensadas há 30 anos” como o “cancro do SNS”, uma vez que precisam de reformulações urgentes que reflitam as necessidades atuais das populações e dos profissionais.

Depois de ouvir atentamente os colegas, Miguel Guimarães não teve dificuldades em reconhecer uma situação generalizada de “sofrimento ético” nos médicos que trabalham neste hospital. O bastonário da Ordem dos Médicos considera o “desespero” dos profissionais legítimo, uma vez que “estão há anos

a lutar para ter melhores condições, estão há anos a vestir a camisola e a ajudar esta população, têm promessas contínuas que as coisas vão melhorar, que vão mudar, que para o ano vai haver mais médicos (...) e não veem nada concretizar-se”. Além de já se ter perdido a equidade no acesso aos cuidados de saúde em Portugal, o responsável dos médicos salientou que também foi atin-



Fernando Pádua



Beatriz Mourato



Ana Maria Costa



Jaime Azedo



Ilda Barbosa



Hugo Capote



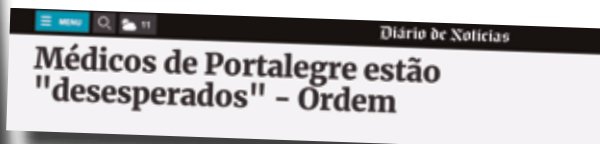
Érico Alves



Isabel Lavadinho

um estado de “exaustão” generalizada. Queixas que “são um grito de desespero” pela falta de recursos, pela falta de competitividade e pela falta de apoio. Quem o diz, em tom conclusivo, é Hugo Capote, di-

gida a “linha vermelha” relativamente à segurança clínica. “Isto causa uma perturbação imensa, gera uma depressão enorme nas pessoas (...) e uma desmotivação muito grande” em quem trabalha e se preocupa com os seus doentes. Para começar a melhorar é necessário que o Governo valorize mais as pessoas. “Todas as pessoas que trabalham neste hospital merecem ser valorizadas e respeitadas naquilo que é a sua função”, defendeu. Isso passa por uma mudança de “gestão da política de saúde”, nomeadamente conferindo “mais flexibilidade e autonomia” para que as unidades de saúde contratem os seus especialistas. Aos médicos, Miguel Guimarães garantiu que podem contar com a Ordem para os ajudar, mas pede que todos “sejam mais exigentes naquilo que é o exercício da profissão e, princi-



palmente, na responsabilização dos políticos” que devem responder pelas más condições, pelas más políticas e pela desvalorização do setor. “A saúde é uma área nobre; Não há despesas quando se fala de saúde, mas os políticos ainda não entenderam isso”, asseverou, referindo-se aos gastos em saúde como um investimento. Este menosprezo granjeia maiores dimensões quanto mais periféricas são as zonas, “são regiões que ficam mais desprotegidas”. O presidente do Conselho Regional do Sul, Alexandre Valentim Lourenço, acompanhou a visita e deixou o apelo à tutela para que olhe para Portalegre, uma vez que a ULSNA “precisa desesperadamente” dos médicos que até podem querer fixar-se no interior, mas a quem “não é facilitada” a integração. Alexandre Valentim Lourenço lamentou ainda o facto deste ser “um dos hospitais que mais contrata serviços médicos avulso, que são médicos que vêm de outras regiões, estão aqui um dia e vão embora, não estabelecem laços nem continuidade de serviços”. Algo

que Jaime Azedo, presidente da sub-região, corrobora ao lembrar que esse problema é amplificado pelo facto da ULSNA gerir 2 hospitais – Portalegre e Elvas, bem como 16 centros de saúde nos 15 concelhos do distrito.

A delegação da OM reuniu também com os médicos internos de Psiquiatria, Cirurgia Geral e Medicina Interna, ouvindo e tomando nota das suas principais preocupações, tendo o bastonário revelado uma grande inquietação com a situação relatada e mostrado a sua disponibilidade para garantir a qualidade da formação dos médicos internos, utilizando para isso todos os mecanismos legais ao seu alcance. A agenda de trabalhos contou ainda com uma breve conversa com o conselho de administração, visita aos serviços de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Urgência e Psiquiatria, bem como às Unidades de Saúde Familiar do Plátano e de Portus Alacer.

PUBLICIDADE



EUROPA VICTRIX

Batas para profissionais de saúde

Leveza, frescura e extrema praticabilidade

A Europa Victrix confeciona fardas e batas para profissionais de saúde, juntamente com as suas restantes atividades de confecção de coletes balísticos e consultoria em segurança internacional.

Confecionadas em tecidos modernos e inovadores, que aliam leveza, frescura e extrema praticabilidade, as peças da Europa Victrix possuem uma excelente relação qualidade – preço.

Para contactar a Europa Victrix dirija-se à loja no Porto - Rua de Fez, n°1195, 4150-333 / ou:

@: evictrix@gmail.com | Website: europavictrix.com | Facebook: <https://www.facebook.com/europavictrix/>
Instagram: <https://www.instagram.com/europa.victrix/> | Twitter: <https://twitter.com/EuropaVictrix>





Litoral Alentejano:

o litoral mais interior do país

O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, realizou, no dia 29 de janeiro, uma visita de trabalho à Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), com o objetivo de ouvir as preocupações dos médicos que ali trabalham, bem como de conhecer no terreno quais são as principais carências no funcionamento da instituição. O tom global foi de desânimo, numa unidade em que faltam tantos médicos como os que estão nos quadros.

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



"Incentivos adequados" para regiões periféricas

Bastonário da Ordem dos Médicos reuniu-se com conselho de administração da Ulsia e com equipa médica do hospital

Bastonário dos Médicos defende "incentivos adequados" para periferia

O bastonário da Ordem dos Médicos (OM), Miguel Guimarães, revelou hoje que vai propor ao Governo uma "adaptação" à política de contratação de profissionais e "incentivos adequados" para resolver o problema das regiões periféricas.



Os trabalhos iniciaram-se com uma reunião com o conselho de administração do hospital onde, além do bastonário, estiveram presentes representantes sindicais, nomeadamente Jorge Espírito Santo da FNAM e Armindo Ribeiro do SIM. O condicionamento que a administração sente relativamente ao financiamento foi uma das dificuldades apontadas pela diretora clínica, Alda Pinto, que considera haver uma grande dependência de apoios e concursos públicos, como é o caso do Alentejo 2020, o que potencia grandes atrasos que não são compatíveis com as necessidades diárias de gestão de recursos. Em relação às estruturas, António Pinheiro – vogal executivo – sublinha que são necessárias obras estruturais na cobertura do hospital, onde "há problemas de infiltrações" e "refrigeração disfuncional devido a várias avarias" que causam especial constrangimento em época de inverno. Mas é no mapa de pessoal médico que surge uma das principais preocupações: 50% do mapa de médicos previsto está vazio e, consequentemente, existe uma dependência de serviços externos. Em termos de trabalho suplementar, os médicos prestaram 53.807 horas em 2017, face a 55.809 no ano anterior. Em 2017 foram ainda contratadas 102.375 horas a empresas

médicas, o que representa um valor de 2,9 milhões de euros. A falta de médicos nesta ULS põe em causa a continuidade dos cuidados, apesar dos protocolos celebrados com outros hospitais, nomeadamente com Setúbal ou com o Hospital de Santa Maria, que têm em vista precisamente a mobilidade de profissionais destas instituições para colmatar necessidades no litoral alentejano. Como sublinha Miguel Guimarães, o recurso a estes protocolos “não é a mesma coisa do que ter os médicos a trabalharem no local, todos os dias, a verem os seus doentes”. Como tal, “é fundamental que se olhe para esta ULS com outros olhos para que a qualidade de trabalho e a qualidade da medicina possa ser exponenciada a favor desta população, que é vasta e aumenta de forma considerável durante o período de verão”, concluiu.

“A única especialidade com o número ideal de médicos é Saúde Pública”, onde, ainda assim, a média de idades é “elevada”, realçou Alda Pinto, antes de indicar que na Ortopedia, por exemplo, a média de idades do pessoal médico é de 61 anos, “os médicos estão a envelhecer e não se conseguem encontrar substitutos”. A Gastrenterologia tem apenas 1 médico a trabalhar (com horário de 20 horas), uma situação que é agravada pelo facto de ter rescindido o contrato, faltando apenas 2 meses (à data da visita) para sair do serviço e do hospital. A Pediatria também conta apenas com 1 médico no mapa de pessoal (já em idade de reforma) e uma médica que se fixou através de concurso de mobilidade. A Urologia tem apenas 1 especialista a tempo inteiro e o apoio de Miguel Cabrita em prestação de serviço que vem de Faro duas vezes por semana. O urologista a tempo inteiro, Rui Dinis, apela para a necessidade de ter “pelo menos mais um profissional a tempo inteiro” e relembra que o colega Miguel Cabrita já apoiou cirurgias a custo zero “até quando já estava a caminho do Algarve e voltou para trás”. Também na Ginecologia é pela prestação de serviços que se garante o funcionamento da especialidade, neste caso os 2 médicos que exercem através deste regime são os únicos especialistas da área no hospital. A Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, que alberga o Hospital do Litoral Alentejano e os Centros de Saúde de Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém e Sines, é a ULS com o rácio mais baixo de médicos por mil habitantes (1,27). Um rácio que, de acordo com o bastonário, devido ao envelhecimento da população e dos profissionais, carece de “contratação de novos mé-



Reunião com conselho de administração



Miguel Cabrita e Rui Dinis - Urologistas



Miguel Guimarães reunido com os colegas



Margarida Carvalho, Miguel Guimarães, Armindo Ribeiro e Jorge Espírito Santo

dicos para que seja possível continuar a ter capacidade de resposta no futuro". "O futuro tem que começar a ser pensado hoje, não só aqui, mas também em zonas onde o envelhecimento é mais acentuado e onde nós vamos ter imensa dificuldade em fazer a reposição dos recursos humanos. Para além da reposição, temos de os reforçar porque estão de facto em falta", alertou. Na reunião com os colegas que se iniciou após uma visita ao serviço de Urgência, Cuidados Paliativos, Ortopedia e Pediatria, muitos médicos deram voz aos constrangimentos que sentem todos os dias ao tentar dar a sua melhor resposta às necessidades da população. Margarida Carvalho, responsável da Unidade de Cuidados Paliativos, apelidou a região de "litoral mais interior de Portugal", pelas suas debilidades em termos de recursos humanos, equipamentos e apoio a vários níveis. Psiquiatras, urologistas, pediatras, entre outros profissionais, salientaram que sem incentivos à fixação na região ponderam mesmo acabar por sair para outros hospitais do SNS ou mesmo para o setor privado. Os incentivos de que se fala não passam apenas por questões remuneratórias: são requeridos "projetos", progressão na "carreira" e até simplesmente apoios à "habitação". Quem já decidiu sair em breve é Ricardo Lopes - o único gastroenterologista do hospital - por já não conseguir suportar sozinho uma "lista de espera enorme". "Cansei-me, é a primeira vez que estou a desistir de algo" por não ter as condições necessárias, declarou. A opção é considerada pelos colegas como "uma dor de alma" e é representativa de muitos "profissionais desmotivados à beira da rutura". Depois de ouvir atentamente os médicos, o bastonário adiantou que vai propor à tutela uma mudança na

política de contratação de profissionais, "adaptada aos tempos modernos", bem como "incentivos adequados" para resolver o problema deste hospital e das regiões periféricas em geral. Para Miguel Guimarães, os médicos da ULSLA são "uns heróis" porque "apesar da pressão muito grande" devido "à falta de médicos" em quase todas as áreas continuam a fazer o melhor para os seus doentes. "Este hospital tem cerca de 90 médicos especialistas e cerca de 40 médicos em formação. Se, por ventura, aquilo que são as horas extraordinárias e o que são as horas pagas em prestação de serviços fossem transformadas em contratos individuais de trabalho com os médicos a fazerem 40 horas, estes valores dariam para contratar 82 médicos", defendeu, para ilustrar que grande parte da atividade é assegurada por prestadores. As carências estão a ter reflexo em várias áreas, com as cirurgias programadas a sofrerem uma quebra de mais de 40% entre outubro de 2017 e outubro de 2018 (últimos dados disponibilizados pela ACSS). Para Miguel Guimarães a descida tem dois fatores associados, "a falta de recursos humanos, não só de médicos, mas também dos restantes profissionais de saúde" e a questão da "segurança clínica". "Se não existir um corpo clínico, nas várias especialidades, que permitam uma continuidade de cuidados a doentes que fazem cirurgias maiores, não as podemos realizar num ritmo em que se corra o risco de não ter médicos para acompanhar devidamente os doentes", considera, apelando à correção "célere" de uma situação que é "preocupante" e foi um dos principais motivos desta visita de trabalho.





Uma equipa do IPO Porto, liderada por Mário Dinis-Ribeiro, desenvolveu um método de deteção e remoção precoce de lesões pré-malignas e malignas do estômago. A investigação começou em 2005 e já permitiu intervir em mais de mil casos, evitando assim a quimioterapia, radioterapia e a remoção do estômago. O trabalho valeu ao gastroenterologista Mário Dinis Ribeiro a distinção com o Prémio Bial de Medicina Clínica 2018, recebida das mãos do Presidente da República.

Fundação BIAL premeia trabalho sobre o cancro gástrico

A cerimónia de entrega do Prémio Bial de Medicina Clínica 2018 decorreu na Casa do Médico – Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, no Porto. Presente na cerimónia, o Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, destacou a “enorme componente pedagógica destes prémios” e elogiou a forma discreta como Luís Portela tem vindo a “ver, pensar e programar à distância, dando a toda a sociedade um testemunho de vida e um contributo para o amor-próprio em Portugal”.

Mário Dinis-Ribeiro, diretor do Serviço de Gastrenterologia no Instituto Português de Oncologia do Porto e professor catedrático convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, venceu o Prémio BIAL de Medicina Clínica 2018 com o trabalho “Cancro Gástrico em Portugal - Como reduzir a mortalidade por cancro gástrico em Portugal”, galardão que recebeu das mãos do Presidente da República.

O trabalho premiado acompanhou, entre 2005 e 2017, cerca de 400 doentes com lesões gástricas malignas ou pré-malignas. A abordagem utilizada permitiu definir novas orientações na deteção e tratamento do cancro gástrico, um dos mais mortíferos em Portugal, sobretudo devido ao diagnóstico tardio e elevada letalidade consequente. Através da realização de endoscopias foi possível remover lesões de forma minimamente invasiva com uma taxa de sucesso livre de complicações de 80 a 85%. Dos doentes abrangidos, a taxa de mortalidade foi de apenas 1% e nunca por complicações ligadas ao cancro gástrico.

O presidente do júri, Sobrinho Simões, sublinha a “relevância dos resultados obtidos pela investigação premiada e suas implicações nas ‘guidelines’ nacionais e internacionais de abordagem ao cancro gástrico. (...) Com estes resultados fica demonstrado o custo-eficácia

da endoscopia digestiva alta na deteção precoce e, consequentemente, no tratamento das lesões, um tratamento, sublinhe-se, minimamente invasivo face à tradicional intervenção cirúrgica. Fica aqui demonstrada a importância de apostar na investigação em medicina clínica e de como ela pode ser decisiva na busca de melhores soluções de tratamento para os doentes, mas também na alocação de recursos financeiros”. O júri decidiu atribuir duas menções honrosas: à equipa liderada por Mafalda Bourbon, coordenadora da Unidade de Investigação e Desenvolvimento do Departamento de Promoção da Saúde de Doenças Não Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge pelo trabalho “Translational Medicine in Familial Hypercholesterolaemia: from phenotype to genotype” e ao trabalho “Neurosciences of OCD (NoOCD): Towards a Brain Based Clinical” de Óscar Gonçalves, neuropsicólogo e psicólogo clínico, e a Ana Castro Fernandes, médica psiquiatra do Hospital CUF-Porto.

Presente na cerimónia, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, salientou a importância do Prémio Bial, na medida em que “fazer investigação é procurar o que de melhor podemos fazer pelos nossos doentes e pelas pessoas no futuro”, salientando a dedicação dos médicos que persistem em fazer investigação em Portugal. O bastonário fez também questão de realçar o papel essencial do médico e presidente da Fundação Bial, Luís Portela, e dum conjunto de académicos e investigadores, que fizeram do Prémio Bial uma referência a nível nacional e internacional. Durante a cerimónia o presidente da Fundação Bial, Luís Portela, anunciou a criação do Bial Award in BioMedicine, um novo prémio no valor de 300 mil euros, cuja primeira edição decorre já este ano.

Acta Médica Portuguesa

Fevereiro/2019

data de publicação online: 28 de fevereiro

ARTIGO ORIGINAL [AMP-STUDENT]:

- Reações anafiláticas no serviço de urgência de um hospital terciário Português: caracterização clínica e notificação

ARTIGO ORIGINAL :

- Conhecimento do público geral em suporte básico de vida: um estudo piloto com uma amostra portuguesa
- Urticária crónica na prática clínica de vida real em Portugal: características basais do estudo multicêntrico não-intervencional AWARE

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



ACTA MÉDICA PORTUGUESA
• STUDENT

ACTA MÉDICA
PORTUGUESA



Lançamento do livro

Inês Guerra — investigadora no Centro de Estudos de Serviço Social e Sociologia da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e assistente social no Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos — lançou, no dia 12 de fevereiro, o livro “O que é o Caso Social?”, um estudo sobre a construção do caso social em contexto hospitalar. A apresentação esteve a cargo de Miguel Guimarães que considerou que o trabalho “fornece pistas muito importantes para repensar o lugar e o espaço que o serviço social ocupa nos serviços de saúde”.

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



A questão que intitula o livro é também a pergunta de partida da tese de doutoramento em Serviço Social de Inês Guerra. Maria Inês Amaro, professora de Serviço Social do ISCTE-IUL e autora do prefácio, sublinha que “o livro procura debruçar-se não apenas sobre a forma de construção do caso social, mas também sobre quem, como e quando define essa classificação e com que implicações para as diferentes jurisdições profissionais”. A tese conclui que o caso social em contexto hospitalar caracteriza-se por congregar fatores físicos, mentais, emocionais e sociais, associados a fatores económicos, os quais afetam o bem-estar da pessoa. A investigação apresenta o caso social como construção assente na complementaridade dos olhares disciplinares da equipa de saúde, sendo o assistente social quem atua enquanto mediador da relação com a família e do hospital com a comunidade. É o assistente social que deverá identificar as necessidades da pessoa doente para que a possa orientar na relação com o sistema de saúde. “O reconhecimento de que o processo saúde-doente é determinado socialmente trouxe à intervenção do serviço social um importante espaço de afirmação”, salientou Inês Guerra, depois de agradecer todos os apoios que usufruiu na execução do livro. “Este é um tema muito importante, mas é apenas o início de uma longa reflexão”, afirmou a autora que revelou ainda uma preferência pela “pesquisa empírica” e pela “investigação em contexto hospitalar”. “Foi um privilégio ter acesso ao terreno, ao circuito e à forma

como se constrói um caso social”, concluiu.

O bastonário da Ordem dos Médicos começou por congratular o “profissionalismo” e “empenho” de Inês Guerra, exaltando o seu conhecimento e ativação do caso social em contexto hospitalar. Algo que, considera, permite que o livro forneça “pistas muito importantes para repensar o lugar e o espaço que o serviço social ocupa nos serviços de saúde”. A visão sobre os doentes “está em simbiose perfeita com aquilo que é a base humanista da medicina e a necessidade de ver o doente como um todo”, sublinhou, antes de aludir às contas do jornal Público, de 2017, que indicavam um custo para o SNS de 68 milhões de euros, com uma média de mais de 655 camas ocupadas por casos sociais. O livro é “muito oportuno” até porque será cada vez mais indispensável “tratar os doentes fora do hospital”. No entanto, de acordo com o bastonário, é essencial “um reforço e clarificação do papel da Segurança Social, que pela sua inoperância cria problemas aos serviços de saúde”. Miguel Guimarães recordou uma visita realizada à USF da Baixa (Ver página 18), onde foram os próprios médicos a formalizar uma “prescrição social”. “Numa unidade que serve pessoas de várias nacionalidades, essa dinâmica levou a que os médicos saíssem do centro de saúde para estreitar contactos com a comunidade, tendo em vista uma resposta inovadora para os utentes e respetiva família”. Este exemplo demonstra que é “a dedicação dos profissionais que mantem o SNS à tona, apesar do poder político escassear na criação de condições que permitam tornar estas iniciativas mais estruturadas”, finalizou. A sessão contou ainda com a presença do Vice-Reitor da UCP, José Manuel Pereira de Almeida.

O livro “O que é o Caso Social?” está disponível através de encomenda *online* na Universidade Católica Editora.



20 anos de Telemedicina: que futuro?

A Associação Portuguesa de Telemedicina (APT) organizou, no dia 25 de janeiro, no auditório do Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), uma sessão comemorativa dos 20 anos de Telemedicina do Serviço de Cardiologia Pediátrica dessa instituição. O bastonário da Ordem dos Médicos foi o orador da conferência “A visão da OM sobre o futuro da Telemedicina em Portugal”, onde discursou acerca dos principais desafios da integração tecnológica ao serviço de uma medicina de qualidade e onde congratulou os profissionais que contribuíram para o desenvolvimento da telemedicina “com regulamentação” ao longo destas duas décadas. Posteriormente, realizou-se uma sessão de homenagem ao professor Agostinho Almeida Santos, fundador da APT, que faleceu no ano passado.

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



Foi com palavras de elogio ao trabalho de Eduardo Castela, presidente da APT, e de Agostinho Almeida Santos, primeiro presidente da mesma associação, que Miguel Guimarães iniciou a conferência sobre o futuro da telemedicina em Portugal. Porque antes de falar do futuro, é inevitável recordar o passado e o percurso percorrido para que a telemedicina conseguisse cumprir um papel importante na prestação de cuidados. "Foi depois do colega Eduardo Castela regressar dos Estados Unidos, nos anos 90, que nos trouxe uma ideia muito bem organizada do que era uma consulta por telemedicina", recordou o bastonário da Ordem dos Médicos. Foi a partir daí, com uma incorporação muito forte na região Centro, que se principiou uma atividade que até então não existia em Portugal e que acarretou também "um papel muito importante naquilo que foi a ligação com profissionais e hospitais nos restantes países de língua portuguesa". Precisamente por cumprir esse papel, encontrava-se a assistir à iniciativa, através de videoconferência, uma delegação de Cabo Verde, onde se incluía o ex-Presidente da República, Pedro Pires, que mereceu naturalmente uma saudação do bastonário, antes de realçar a qualidade do serviço de cardiologia pediátrica do CHUC, já distinguido por várias vezes, nomeadamente com o prémio "Hospital do Futuro".

Depois da contextualização, o discurso focou-se no futuro que tem tanto de "promissor", como de "desafiante". "A medicina evoluiu muito nos últimos anos e a telemedicina faz parte dessa evolução, sobretudo por via tecnológica", começou por afirmar Miguel Guimarães, antecipando que, de acordo com a sua perceção, a telemedicina está associada ao que chamamos hoje de medicina à distância, tornando-se, por isso, mais do que "apenas" telemedicina.

"A medicina à distância tem dado passos muito grandes no sentido de termos cada vez mais possibilidades de terapêutica, à custa da inovação, de um maior conhecimento e de mais meios complementares de diagnóstico que não só são possíveis de dissociar em termos de espaço e de expandir para os sítios que desejamos, como também são mais fiáveis em termos de imagem". Pelo excelente trabalho, pela formação de vários profissionais não só em Portugal, mas também nos países africanos de língua portuguesa e pela melhoria de algumas áreas de cuidados de saúde através da telemedicina, Miguel Guimarães deixou o seu profundo agradecimento "a todos os profissionais de saúde que honraram o nosso país interna e externamente através da telemedicina".

Consciente da valorização que a telemedicina pode acarretar, Miguel Guimarães considera

que é imprescindível que a mesma seja acompanhada de "regulamentações e recomendações" claras que coloquem a tecnologia ao serviço da relação médico-doente e, consequentemente, ao serviço das pessoas. "Temos de preservar a humanização dos



*Maria de Belém Roseira
Coordenadora da Comissão
de Revisão da Lei de Bases da
Saúde*



*Ramalho Eanes
- ex-Presidente da República*



*Eduardo Castela
Presidente APT*



*Miguel Guimarães
Bastonário da Ordem dos
Médicos*



*Fernando Regateiro
Presidente CA do CHUC*

A telerradiologia não pode substituir a presença do radiologista perante a equipa e perante o doente; e em serviço de urgência não é possível fazer tudo à distância com a mesma qualidade com que se faz presencialmente

- Miguel Guimarães

cuidados de saúde (...) utilizar estas tecnologias sem preservar a essência daquilo que é a relação humana pode ter um efeito perverso”, alertou, porque independentemente da evolução que a tecnologia nos permite, “não podemos preterir o que faz de nós seres humanos”: da capacidade de comunicar uns com os outros, ao entendimento das emoções ou necessidades do outro em determinada situação.

“É possível que o cérebro das gerações mais jovens não tenha exatamente as mesmas redes neuronais do que as gerações mais antigas”, afirmou Miguel Guimarães, tendo como base as investigações (ainda exploratórias) de alguns estudiosos norte-americanos. “É fácil perceber que uma criança quando nasce já consegue passar pouco tempo utilizar a tecnologia de uma forma absolutamente assustadora”, “temos uma forma diferente de pensar, logo temos também novos desafios pela frente que podem ser transportados para a medicina à

distância, mas que já denotamos no nosso dia-a-dia” com a incursão que a tecnologia conquistou em tarefas simples, através de um telemóvel ou computador, que pode levar ao risco de uma desumanização na comunicação entre seres humanos. Ciente dos riscos, Miguel Guimarães deixou claro que sem a inovação tecnológica e terapêutica seria impossível termos, hoje, uma esperança média de vida que em Portugal ronda os 84 anos para as mulheres e os 78 anos para os homens. Seria igualmente impossível que algumas doenças que surgiram inicialmente como fatais fossem hoje curáveis ou tornadas crónicas. “A tecnologia tem um papel na medicina à distância que está a ser cada vez mais aprofundado e será um papel cada vez maior no controle de várias doenças

crónicas, tal como já tem nas perturbações do sono, na diabetes ou na insuficiência cardíaca”, considerou. Para ilustrar a necessidade premente de cumprimento das regras “que já estão perfeitamente definidas” nas áreas da medicina à distância e telemedicina, o representante dos médicos aludiu à situação “inaceitável” da inexistência de radiologista, a partir da uma da manhã, em toda a região norte do país. “Não é aceitável isto ocorrer nos serviços de urgência polivalentes porque perdemos o principal meio de diagnóstico em contexto de serviço de urgência, a ecografia. A telerradiologia não pode substituir a presença do radiologista perante a equipa e perante o doente; e em serviço de urgência não é possível fazer tudo à distância com a mesma qualidade com que se faz presencialmente”, garantiu. Isto acontece, observa, devido a uma má política de contratação por parte da tutela e a restrições orçamentais que “não deveriam descaracterizar aquilo que é a medicina à distância, uma vez que esta deve ser utilizada da melhor forma possível para conseguirmos obter os melhores resultados para os nossos doentes”. Neste âmbito foi recordado que o próprio código deontológico dos médicos tem algumas regras que não têm sido seguidas na íntegra e que têm a ver com o respeito absoluto que a telemedicina deve ter pela relação médico-doente. Ou seja, a utilização da tecnologia a favor desta relação, sem a desvirtuar por entre máquinas e inovações. Com um otimismo realista, Miguel Guimarães afirma-se convicto de que os desafios tecnológicos vão ser ultrapassados de forma positiva, tanto nos procedimentos mais complexos, como nas simples consultas de rotina.



Teresa Almeida Santos - filha do homenageado

Defendam sempre a relação médico-doente, tentem sempre que esta relação seja o mais humanista possível

- Miguel Guimarães

"A tecnologia vai permitir que a nossa consulta com os doentes seja feita lado a lado, sem sequer uma mesa entre nós, muito menos um computador", afirmou, antes de idealizar um pequeno dispositivo que grave aquilo que é a história clínica do doente, sinalizando as opções do médico em termos de meios complementares de diagnóstico ou opção de tratamento. "Vai haver um dia em que o médico não precisará de tirar os olhos do doente, em que não precisará de deixar de lhe dar atenção para se concentrar no teclado. Isso será o futuro", defendeu, contrapondo essa convicção aos problemas atuais com que os médicos se deparam em termos de sistemas informáticos lentos, inacessíveis e excessivamente burocráticos.

Como mensagem final, em homenagem aos 20 anos de telemedicina em Portugal e ao serviço de cardiologia pediátrica do CHUC, o bastonário fez questão de reforçar publicamente o agradecimento ao trabalho de todos os profissionais, apelando para que sejam sempre exigentes na introdução da nova tecnologia e na defesa daquilo que é a deontologia médica. "Defendam sempre a relação médico-doente, tentem sempre que esta relação seja o mais humanista possível", até porque é na saúde que as características humanas mais se revelam", finalizou.

Homenagem a Agostinho Almeida Santos

Falecido a 14 de julho de 2018, aos 77 anos, o médico Agostinho Almeida Santos foi homenageado por um painel composto pelo ex-Presidente da República, Ramalho Eanes, a ex-ministra da Saúde, Maria de Belém Roseira, o presidente da APT, Eduardo Castela, o presidente do Conselho de Administração do CHUC,

Fernando Regateiro e por uma das filhas, Teresa Almeida Santos, entre muitos outros intervenientes que marcaram presença e onde se incluiu o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães. Agostinho Almeida Santos foi investigador e pioneiro na medicina, foi professor catedrático de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e manteve uma relação próxima com Cabo Verde, especialmente numa das áreas em que se notabilizou: a telemedicina. Presidiu ao conselho de administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra entre 2005 e 2007, tendo sido pioneiro em Portugal na técnica de

procriação medicamente assistida através do sistema de transferência de gâmetas para a trompa, que permitiu o nascimento da primeira bebé por esse método, em 1988. Ao vasto currículo, Agostinho Almeida Santos associava um grande comprometimento cívico que o levou a participar em vários projetos e ações das mais variadas índoles sociais e de saúde. Teresa Almeida Santos caracterizou o pai como um homem "exigente e rigoroso, de causas e de convicções", mas que ao mesmo tempo conseguia celebrar a vida, tratando "cada pessoa de uma forma especial". O ex-Presidente da República, Ramalho Eanes, destacou o seu convívio com a "personalidade boa e forte" de Agostinho Almeida Santos, confidenciando que passava quase todos os verões, no Algarve, na companhia das respetivas famílias. Maria de Belém Roseira recordou uma visita a Cabo Verde, onde o conheceu, e assinalou que fazia parte do conjunto de "pessoas boas que não podem desaparecer da nossa memória". Fernando Regateiro destacou o "ativismo" e a forma "intensa" como o homenageado viveu a sua vida. Miguel Guimarães agradeceu, em nome da Ordem dos Médicos, "tudo o que Agostinho Almeida Santos fez por nós", sendo "um homem de exceção, que dedicou a vida à ciência e às pessoas". Por fim, visivelmente emocionado, Eduardo Castela salientou o "privilégio" em ter tido a oportunidade de partilhar uma amizade, sublinhando "as saudades dos seus conselhos".



Jorge Penedo

Cirurgião Geral
Presidente do Conselho Nacional
para as Tecnologias de Infor-
mática em Saúde da Ordem dos
Médicos e Vice-presidente do
Conselho Regional do Sul



Bites, bytes e SPMS

A SPMS e Henrique Martins são em muito responsáveis pelos avanços na digitalização da Saúde em Portugal. Honra lhe seja feita.
Mas...

Mas como o povo diz: “Teve mais olhos que barriga”! O crescimento anárquico e não sustentado tem sido uma infeliz característica da atuação da SPMS.

Os sistemas de informação têm de ser olhados no seu conjunto e não como constituídos por peças separadas, isoladas e desconexas. A quase que completa falta de interoperabilidade entre diferentes programas é algo que hoje se continua a manter. A lógica tem sido de adicionar e não de integrar.

Por outro lado, a importância dos sistemas de in-

Informatizar o que já está desadequado é uma tarefa inglória, dispendiosa e manifestamente de limitada inteligência.

formação deve ser residual no que se refere ao produto e relevante no que se refere ao processo. O que quero dizer com isto? Fazer mais um programa informático pouco releva se ele não permitir acrescentar melhorias no processo e inovar no modelo de prestação de cuidados. Informatizar o que já está desadequado é uma tarefa inglória, dispendiosa e manifestamente de limitada inteligência.

Importa também referir que quando se informatizam processos é relevante antes pensar os mesmos.

E esse não é um trabalho de engenheiros informáticos ou de programadores. É um trabalho de equipas multidisciplinares de saúde, onde a liderança do médico é especialmente relevante. Trabalhando em conjugação com os técnicos de informática. Enquanto profissional de saúde o meu desejo é ter um programa que me resolva problemas na prestação de cuidados de saúde, amigável com o utilizador e tecnicamente sólido e rápido.

Mas se tudo isto é relevante também o é a definição de um planeamento estratégico adequado.

Respondendo a três perguntas muito básicas: onde estamos, para onde queremos ir e como nos propomos lá chegar? Este é um tema que constitui um verdadeiro buraco negro no desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde em Portugal. Um buraco negro que talvez tenha uma equação no cérebro num qualquer iluminado da SPMS, mas incompreensível para todos os vulgares mortais.

Mas há outros planeamentos igualmente relevantes: desenvolver sistemas e ignorar esses irrelevantes objetos que são os computadores tem sido uma constante. Desenvolver sistemas e ignorar as autoestradas onde eles vão correr tem sido outra constante. E desenvolver sistemas e ignorar da necessidade de alocar recursos humanos especializados adequados ao permanente crescimento é também outra constante. Querer crescer e manter computadores obsoletos é um erro incompreensível. Querer crescer em cima de estradas nacionais e não em autoestradas amplas é outro erro incom-

O que atualmente se passa a nível da medicina geral e familiar com a substituição de programas existentes é disso bem exemplificativo. A confusão está instalada. A assimetria de respostas é uma constante. A deficiência nos esclarecimentos é uma indesejável realidade.

preensível. E querer crescer sem disponibilizar técnicos competentes em número adequado às necessidades de manutenção corretiva e evolutivo é por demais inaceitável.

Mas se o planeamento é incompreensível e se existe não é explicado se o mesmo se passa com todas as opções feitas setorialmente. O que atualmente se passa a nível da medicina geral e familiar com a substituição de programas existentes é disso bem exemplificativo. A confusão está instalada. A assimetria de respostas é uma constante. A deficiência nos esclarecimentos é uma indesejável realidade. As informações dadas pelo Sr. Presidente da SPMS, considerando que se pode diminuir o número de receitas em papel por maior adesão dos médicos, ignora certamente que muitas dessas receitas decorrem de não funcionamentos sistemáticos dos sistemas que obrigam os médicos a prescrever em

papel. Não por vontade própria, mas por interesse do doente.

Os médicos são altamente favoráveis ao desenvolvimento de sistemas informáticos no domínio da saúde. Estão claramente disponíveis para serem agentes da mudança e contribuirão ativamente na mesma. Assim sejam chamados a participar. Mas participar é muito mais do que ver uma

apresentação. Participar é estar antes, durante e depois. É fazer parte da avaliação do problema e da construção da solução.

Em muitos países e em muitas instituições foi adotada a solução da existência de um Chief Medical Informatics Officer (CMIO) como figura responsável pela ligação entre a clínica e as tecnologias de informação em saúde. Não sendo a solução para todos os problemas, poderia constituir um sinal claro da relevância da clínica no futuro do desenvolvimento das tecnologias de informação em saúde. A aposta na Saúde 4.0 é um desafio para todos. Mas não chega dizê-lo. É necessário assumir que o custo da mesma deve ser assumido como um investimento. Só assim poderemos avançar. E posso afirmar, com certeza, que todos os médicos irão participar ativamente no seu desenvolvimento. Assim sejam criadas as necessárias condições.

As informações dadas pelo Sr. Presidente da SPMS, considerando que se pode diminuir o número de receitas em papel por maior adesão dos médicos, ignora certamente que muitas dessas receitas decorrem de não funcionamentos sistemáticos dos sistemas que obrigam os médicos a prescrever em papel. Não por vontade própria, mas por interesse do doente.

O Vice-presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, Jorge Penedo, participou na sessão de debate sobre o momento atual dos sistemas de informação nas unidades familiares da Região de Lisboa e Vale do Tejo, onde defendeu mudanças radicais na informática da Saúde. A sessão, promovida pela USF-AN, decorreu no auditório do Centro de Saúde de Sete Rios, no final da tarde de dia 3 de janeiro.



Jorge Penedo defende mudanças radicais na informática da Saúde

Jorge Penedo, que representou o Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos na sessão, atribui a responsabilidade por grande parte da situação aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, posição, que, de resto, foi corroborada por todos os intervenientes.

O Vice-presidente do Conselho Regional do Sul disse aos presentes que a solução para o problema “é uma prioridade para a Ordem”, que numa recente reunião fez saber isso mesmo à Ministra da Saúde, e defendeu ainda a necessidade de redefinir a missão dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), atribuindo-lhe funções essencialmente de regulação.

Jorge Penedo, que falou no final das intervenções previstas – antes do debate –, depois de João Rodrigues e de José Luís Biscaia, sublinhou também a necessidade de definir prioridades pela aprovação de um plano estratégico conhecido de todos os médicos, um objetivo que exige claramente um maior investimento em equipamentos e sistemas de apoio. O dirigente elogiou a USF-NA por ter promovido o debate, “uma atitude melhor do que provocar polémicas pouco consequentes”.

De resto, avisando que era cirurgião, considerou, contudo, que “tudo o que acontece nos CSP pode ser transposto de uma maneira muito clara para aquilo que acontece em termos hospitalares”.

Considerando que “não é preciso apontar culpados e indicar nomes, mas este problema tem um culpado,

que se chama SPMS”, Jorge Penedo lamentou que estes serviços sejam “uma software house, mas não deveriam ser”.

Pouco antes do Vice-presidente do Conselho Regional do Sul, a primeira das intervenções pertenceu ao presidente da USF-AN, que recordou o rol de queixas de médicos sobre o funcionamento dos sistemas de informação ao longo dos anos e considerou que se vive “um verdadeiro pesadelo diariamente”.

José Luís Biscaia, da Coordenação Nacional para a Reforma Cuidados Saúde Primários, fez um paralelismo entre os sistemas informáticos de que se servem os médicos e o doente que, estrategicamente, “é preciso primeiro tratar e depois garantir que tem qualidade de vida”. De acordo com este médico de família nada disso está a ser considerado.

Para este médico de família, que tem estado envolvido ao longo dos anos em tarefas de organização dos Cuidados de Saúde Primários, os médicos de família querem ter sistemas de informação e também querem ter “espaço para as pessoas”.

“Não é verdade que não queremos as tecnologias informáticas, queremos a inovação e o desenvolvimento dessas questões”, disse José Luís Biscaia, que aponta uma “realidade paradoxal” no sistema, uma vez que dentro dos Cuidados de Saúde Primários “está tudo digitalizado, mas há alguns sinais e sintomas que interessa perceber”. Desde logo, considerou que “a questão não era de haver muitas aplicações, mas sim a de não falarem entre elas”.

Insatisfação generalizada

O Presidente da USF-AN considerou por seu turno que “existe uma insatisfação generalizada com os sistemas de informação em uso nas USF e UCSP, nomeadamente com a falta de interoperabilidade entre as várias aplicações e as muito frequentes quebras no acesso”.

João Rodrigues espera que pelo menos seja possível “um consenso no diagnóstico” dos problemas, embora tenha lamentado que na sessão não estivesse qualquer representante dos SPMS, por motivos ocasionais, uma vez que têm estado noutras sessões semelhantes.

“É assustador como um utilizador de um sistema de informação, que está em permanente evolução”, enfrenta em Portugal “uma estagnação quase total, apesar de ter havido imensos prémios

a distinguir produtos isolados dos SPMS”. Contudo, disse, “hoje faria a mesma apresentação, e identificaria os mesmos problemas, que fiz em 2014”, numa sessão numa sessão em que, na altura, foi convidado pelo Presidente dos SPMS.

“A principal preocupação de todos os profissionais é a fragilidade do sistema informático”, continuou

João Rodrigues, que advertiu: “Isto é comum a todos os estudos feitos sobre o tema, entre eles estudos muito participados, reveladores de que havia, há e continuará a haver uma insatisfação generalizada”.

Na apresentação que fez em 2014, o Presidente da USF-AN usou algumas afirmações de colegas “desesperados com o sistema informático”. Um deles tinha enviado um mail ao Bastonário da Ordem dos Médicos a dizer que esteve uma hora para passar 10 receitas. “Hoje poderia acontecer mais ou menos a mesma coisa”, defendeu. “A questão de fundo para o nosso colega Henrique Martins [Presidente dos SPMS] é até quando isto

vai durar. Todos somos pacientes e colaboradores, a prova é que todos os grupos dos SPMS têm médicos de família a colaborar pro bono, mas a questão é que tem passado muito tempo e o pesadelo continua”, lamentou.

“Continuamos a não ter um sistema de informação centrado no cidadão. Temos aplicações isoladas que até ganham prémios internacionais, mas que não falam umas com as outras”, concluiu João Rodrigues, emitindo a mesma opinião de José Luís Biscaia.

Na sessão participaram membros dos Conselhos Diretivos de vários Agrupamentos de Centros de Saúde de toda a Região de Lisboa e Vale do Tejo. João Rodrigues explicou que foram convidados para o debate porque, “à partida, numa gestão participada dos sistemas de informação, deve haver um envolvimento do Conselho Diretivo”.



João Rodrigues, da USF-AN



José Luís Biscaia, do grupo de trabalho dos sistemas de informação de MGF



Jorge Penedo

Ricardo Mexia reconduzido como presidente da ANMSP

Os órgãos sociais da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública (ANMSP) tomaram posse no dia 4 de janeiro, no auditório da Ordem dos Médicos. O ato, que confirma a recondução de Ricardo Mexia como Presidente, teve o testemunho do Presidente e do Vice-presidente do Conselho Regional do Sul.

A sessão contou com uma apresentação de Maria de Belém Roseira, ex-Ministra da Saúde e coordenadora do grupo de trabalho que preparou a nova Lei de Bases da Saúde, sobre a importância da Saúde Pública na defesa de um sistema de saúde sustentável, através do investimento na promoção da saúde e prevenção da doença.

A última intervenção da sessão coube ao reconduzido Presidente da ANMSP, que sublinhou a importância do novo mandato, em que uma das apostas mais sérias será, entre outras, "tornar a ANMSP mais visível na sociedade científica e geral, mais próxima dos seus associados e mais interventiva nos processos que dizem respeito à atividade dos Médicos de Saúde Pública e à saúde de todos".

Ricardo Mexia recordou na sua intervenção, logo a seguir à tomada de posse de todos os órgãos sociais, que os médicos de Saúde Pública "têm no terreno uma função de identificar e atacar problemas" e também de "promover a acessibilidade aos serviços de saúde".

O dirigente sublinhou ainda a função dos médicos



de saúde pública na prevenção da doença e proteção da saúde e assumiu o compromisso de, nos próximos três anos, procurar que se faça uma "reforma da saúde pública". Para além disso, defendeu que é preciso melhorar o sistema de informação, "chegar às pessoas e comunicar o que é importante".

"Os médicos de saúde pública têm que encontrar um papel no sistema e há muito tempo que pugnamos por uma reforma da saúde pública", disse Ricardo Mexia, que chamou também a atenção para o "desafio demográfico" do setor, com um universo muito envelhecido, e disse que "os recursos humanos têm que ser compensados", nas condições de trabalho e na remuneração.

O Presidente da ANMSP falou de dois suplementos que quer ver materializados, com o apoio dos sindicatos: o suplemento de autoridade de saúde e o suplemento de disponibilidade permanente.

Para Ricardo Mexia, é também prioritário avançar com

Órgãos Sociais da Associação Nacional de Saúde Pública

Na sessão de 4 de janeiro, tomaram posse os novos órgãos sociais que têm a seguinte composição:

Mesa da Assembleia Geral

Presidente | António Cardoso Ferreira

Vice-Presidente | António Morais

Secretário | Miguel Cabral

Suplentes | Ana Paula Sousa Uva e João Valente

Conselho Fiscal

Presidente | Gregória von Amann

Vogais | Afonso Moreira e Rui Capucho Ferreira

Suplentes | Margarida Machado Gil e Rui Capucho

Direção

Presidente | Ricardo Mexia

Vice-Presidente | Hugo Esteves, Maria Clara Garcia e Gustavo Tato Borges

Secretária-geral | Ana Beatriz Nunes

Tesoureira | Clarisse Martinho

Vogais | Ricardo Eufrásio, Sara Letras, Rita Filipe, Mariana Carrapatoso e Duarte Vital Brito

Suplentes | Guilherme Duarte, Sofia Silva Rocha, Sara Duarte, Sílvia Sousa, André Peralta e Inês Campos Matos

a “implementação dos serviços de Saúde Pública hospitalares”, cuja demora “é absolutamente lamentável”, quando se colocam muitas questões desta especialidade no ambiente hospitalar.

E não é só nos hospitais que os médicos de Saúde Pública não têm espaço. Mesmo nos centros de saúde, onde habitualmente trabalham, estes especialistas recusam as condições em que muitos desempenham as suas tarefas. “Há um problema de dupla tutela”, disse o dirigente, com efeitos “que teremos de resolver”, afirmando contudo que os médicos de Saúde Pública não estão mal nos centros de saúde, mas não aceitam que “os acantonem nos Cuidados de Saúde



Maria de Belém foi convidada para fazer uma intervenção sobre a importância da Saúde Pública

Primários”, referindo-se às dificuldades de partilhar um espaço que depende dos ACES.

Ricardo Mexia referiu-se ainda no seu discurso aos problemas criados com a participação nas juntas médicas de incapacidade, que considerou “um flagelo” para os especialistas de SP, a que deve ser posto cobro.

Sobre factos recentes, como a tentativa de intervenção do Parlamento no Programa Nacional de Vacinação, o dirigente considerou-a inaceitável e condenou o que considerou “uma subalternização dos técnicos às decisões políticas”, caminho que, a ser seguido, levaria a uma completa desconformidade do sistema. Na sessão de tomada de posse dos órgãos sociais da ANMSP, para além de Alexandre Valentim Lourenço e Jorge Penedo, Presidente e Vice-presidente do Conselho Regional do Sul, marcaram presença a Bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, Ana Paula Martins, e o Secretário-geral do Sindicato Independente dos Médicos, Jorge Paulo Roque da Cunha.



Os novos dirigentes da Associação Nacional de Médicos de Saúde Pública



António Araújo
Presidente do Conselho Regional do
Norte da Ordem dos Médicos

Mais uma oportunidade perdida?

Caros Colegas,

1. No número anterior mostramos depositar alguma esperança na nova Ministra da Saúde, esperando-se que com o início de um novo ciclo da tutela pudesse haver uma lufada de ar fresco no SNS, que se passasse das meras palavras aos atos concretos, que se ajustasse as expectativas dos profissionais de saúde à realidade possível mas que se reconhecesse a sua dedicação à causa pública e que se tornasse a defesa do SNS um imperativo nacional. Infelizmente, passaram-se 3 meses de governação e pouco ou nada se tem visto fazer. Muito pelo contrário, as suas palavras têm criado um mal-estar desnecessário, que, pela ligeireza e falta de substrato, chegam a ser ofensivas para os profissionais de saúde. Continua a não existir uma política de recursos humanos atenta às necessidades dos serviços e às aspirações dos colegas. Continua a não haver uma política de investimento em estruturas e em equipamentos. Continua a não haver um maior investimento no SNS.

O SNS está em “burnout”, os seus profissionais, as suas estruturas e os seus aparelhos estão esgotados e à beira da ruptura. Infelizmente, ainda não conseguimos entrever o empenho necessário e exigível do governo para se começar a resolver os problemas existentes.

Verifica-se a constatação de sempre, o governo continua a nomear o Ministro da Saúde pela conveniência política da ocasião e não pela existência de um pensamento político coerente acerca do que deve ser a saúde em Portugal e do que deve representar o SNS para a sociedade e os cidadãos. A tutela limita-se a gerir esta área, fulcral para os portugueses, de uma forma atabalhoada, sem um fio condutor e completamente dependente da decisão soberana e obtusa do Ministério das Finanças.

Mas, o que mais nos deve preocupar, é que não se vislumbra uma conceção do futuro. Todos os dirigentes políticos sabem que o SNS tem que ser repensado, quer em termos de estrutura funcional, quer em termos de financiamento, quer no que diz respeito aos serviços que possa vir a prestar aos cidadãos. Por outro lado, muito se fala no envolvimento dos cidadãos nas decisões sobre a sua saúde, no empoderamento destes, mas muito pouco se faz e se projeta fazer para lhes aumentar a literacia e a sua participação.

Parece estarmos perante mais uma oportunidade perdida.

2. Estamos a concretizar mais uma promessa eleitoral. Com a criação do Fundo de Apoio à Formação Médica, pretende-se obviar as restrições que atualmente se verificam no suporte à educação contínua. O Prof. António Sarmento, nomeado responsável pela gestão deste fundo, tem liderado uma equipa que elaborou o regulamento de atribuição de apoios e que selecionou os primeiros projetos que vão ser auxiliados. Pela nossa parte, estamos a desenvolver esforços para afetar verbas de maior dimensão, para que se possa ajudar cada vez mais os colegas na concretização dos seus planos de formação contínua.

3. A desertificação do interior do nosso país, particularmente a nível de cuidados de saúde, é algo que nos preocupa e que nos tem levado a alertar a tutela para a situação potencialmente dramática que pode vir a acontecer dentro de meia dúzia de anos com a reforma quase em simultâneo de um número elevado de colegas. Assim, lançamos o desafio à Prof. Dra. Maria Augusta Branco, do Instituto Politécnico de Bragança e com o apoio desta instituição, para girar um estudo acerca das expectativas que poderão levar os jovens médicos a escolher o interior para se fixarem e aí desenvolverem a sua atividade. Os resultados deste estudo científico são muito interessantes, confirmam algo que já afirmámos por diversas vezes, e poderão servir para que se implementem políticas ajustadas às necessidades dessas zonas carenciadas.

4. António Sousa Pereira foi eleito reitor da Universidade do Porto. Há muito tempo que esta instituição, tão prestigiada aquém e além-fronteiras, não era liderada por um médico. Temos a certeza, até pelas provas já dadas na direcção do ICBAS, que fará um trabalho excepcional. Desejamos-lhe as maiores felicidades para este novo cargo.

5. Também tomaram posse os novos diretores da Faculdade de Medicina e do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Aos Prof. Drs. Altamiro da Costa Pereira e Henrique Cyrne de Carvalho sublinhamos a nossa certeza de que conseguirão elevar ainda mais o prestígio e o desenvolvimento científico das respectivas instituições.

6. O Conselho Regional do Norte continua a visitar as instituições de saúde, para analisar os problemas existentes, para apoiar os colegas, para manter um diálogo construtivo com os conselhos de administração e tentar encontrar soluções para alguns dos problemas. Neste período visitamos o Hospital de Braga e a ULS do Alto Minho.

O SNS está em "burnout", os seus profissionais, as suas estruturas e os seus aparelhos estão esgotados e à beira da ruptura. Infelizmente, ainda não conseguimos entrever o empenho necessário e exigível do governo para se começar a resolver os problemas existentes. Se não se arrear caminho e se não se começar, de uma forma paciente e persistente, a tentar encontrar soluções para o futuro a curto e médio prazo, corremos o risco de nos podermos orgulhar de ser uma geração que viu nascer uma das maiores conquistas da sociedade moderna e de a termos assassinado.

Aos decisores políticos relembro que a saúde é o bem que os cidadãos mais prezam e que os profissionais de saúde apenas pretendem ser reconhecidos, justamente retribuídos e que lhes seja permitido sentirem-se realizados.

ESTUDO

Resultados preliminares do estudo promovido pelo CRNOM foram apresentados publicamente

Determinantes da fixação no espaço laboral

– uma perspetiva dos profissionais de medicina



Promovido pelo CRNOM e realizado por docentes e investigadores do Instituto Politécnico de Bragança, o estudo “Determinantes da fixação dos médicos no espaço laboral – uma perspetiva dos profissionais de medicina” é um estudo que visa avaliar os principais motivos que levam os médicos a se fixarem ou não no interior no país. Os resultados preliminares foram apresentados em duas sessões públicas, a 12 de novembro na SRNOM, no Porto, e a 7 de dezembro em Bragança.

DEMOGRAFIA MÉDICA

Estávamos em Outubro de 2017 quando Maria Augusta Branco recebeu um convite de António Andrade, presidente do Conselho Sub-Regional de Bragança da Ordem dos Médicos, para integrar um painel de discussão pública que tinha como objetivo genérico desenvolver algumas reflexões sobre a demografia médica na região. A desertificação e a falta de financiamento, a rede hospitalar e as carências em recursos humanos, o acesso dos jovens das regiões mais interiores à universidade, a influência da emigração, a natalidade, o papel das autarquias e as condições de fixação foram alguns dos temas abordados. Esta iniciativa acabou por se revelar um momento de reflexão, debate e exposição de ideias por parte de uma motivada amostra de profissionais médicos, que apresentaram as suas problemáticas e os constrangimentos das realidades em vivência. Daqui emergiu então o convite, formulado por António Araújo, em representação do CRNOM, para a professora Maria Augusta Branco, do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), aprofundar o estudo desta problemática. Assim nasceu o estudo “Determinantes da fixação dos médicos no espaço laboral – uma perspetiva dos profissionais de medicina”, coordenado por Maria Augusta Branco e desenvolvido por mais nove investigadores.

Conhecer as variáveis consideradas determinantes para a tomada da decisão de permanecer ou sair do espaço laboral, numa perspetiva dos profissionais de medicina, bem como a relação de causalidade entre as variáveis sociodemográficas, socioeconómicas e institucionais era o objetivo geral. Para o efeito, foi concebido um estudo “quantitativo, observacional, transversal e analítico”, assente num questionário composto por 48 perguntas, enviado por *email* aos médicos inscritos na SRNOM. De carácter anónimo e voluntário, o estudo incidiu depois sobre uma amostra de 1180 respostas, tendo sido comparados – quanto aos determinantes da fixação no espaço laboral – médicos com exercício funcional numa entidade pública ou privada nas zonas do litoral norte e interior norte. A amostra era constituída majorita-



riamente pelo género feminino, sendo a média de idades de 42 anos para as mulheres e 48 anos para os homens. A maior parte dos respondentes residia e trabalhava no Porto, seguido de Braga e Viana do Castelo. As regiões de Bragança e Vila Real tiveram naturalmente uma menor representatividade.

Os resultados do estudo foram apresentados publicamente em duas sessões: a 12 de novembro, na SRNOM, no Porto, e a 7 de dezembro no Conservatório de Música e Dança, em Bragança. Vários membros do CRNOM marcaram presença nestas sessões, bem como Orlando Rodrigues, presidente do IPB, e Paulo Xavier, vice-presidente da Câmara Municipal de Bragança, que deram nota da sua preocupação, reconheceram a relevância do estudo e endossaram alguma responsabilidade à tutela. “A capacidade científica e de investigação e a inovação são condições essenciais para tornar as unidades de saúde atrativas”, salientou o presidente do IPB.

RESULTADOS

A maioria dos respondentes (n=925) eram residentes no Litoral Norte e pouco mais de 20% trabalhava num local distinto do da sua residência. Quem residia e trabalhava no mesmo local tinha “duas vezes mais probabilidade de querer ficar” e, entre os que não residiam no local onde trabalhavam, a probabilidade de ficar se o nível de diferenciação do hospital ou centro de saúde fosse elevado era quatro vezes superior. Os médicos que optaram por fixar-se no Litoral Norte atenderam a ter sido aí o seu local de formação/exercício da especialidade pretendida e valorizaram as boas referências do serviço e o grau de diferenciação da instituição. Por seu lado, os médicos que optaram por fixar-se no Interior Norte valorizaram em especial a expectativa de progressão na carreira. A melhor remuneração não parece ser determinante para os médicos tomarem decisões acerca da fixação do seu local de trabalho.

O problema da não fixação é claramente uma questão multifatorial. Entre as determinantes mais importantes para os médicos não permanecerem no Interior Norte surge destacado o problema do afastamento da família/cônjuge, o receio de não diferenciação – uma vez que os hospitais do interior do país são mais generalistas, quando comparados com os dos grandes centros urbanos. Em terceiro lugar surge a falta de perspectivas de carreira profissional e a falta de diversidade cultural e de lazer.

Quais são, então, as motivações extraprofissionais relevantes para a escolha e fixação do local trabalho por parte dos médicos? No topo da lista surge a existência de condições para manter a família junta, com boas oportunidades educativas para os filhos e de emprego para o cônjuge na região.

No estudo é traçado ainda o perfil do profissional que tende a fixar-se no local de trabalho: é do sexo masculino, casado, assistente graduado sénior, da área dos cuidados hospitalares, natural e a trabalhar no Litoral. Já quem tende a não se fixar é do género feminino, jovem, solteiro, interno de especialidade e da área dos cuidados de saúde de primários.

No ano passado, já a OCDE chamava a atenção para este problema no seu relatório *Health at a Glance 2017*, em que incluía Portugal no grupo de países onde é maior a disparidade entre os médicos a trabalhar em zonas urbanas (5,4 por mil habitantes) e zonas rurais (3,2 por mil habitantes). Entre as possíveis justificações então avançadas pela OCDE para esta disparidade estavam já a preocupação dos médicos com possíveis limitações na evolução na carreira, a falta de massa crítica para construir uma equipa, a menor oferta educacional para os filhos e de oportunidades de trabalho para o cônjuge.

Além dos incentivos, a OCDE sugeria então medidas como a descentralização das escolas médicas, a regulação do local onde os jovens médicos vão exercer e a reorganização dos serviços para melhorar as condições de trabalho, de forma a conseguir reverter este cenário.

«DETERMINANTES DA FIXAÇÃO NO ESPAÇO LABORAL – UMA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE MEDICINA»
SÍNTESE DOS RESULTADOS APRESENTADA POR MARIA AUGUSTA BRANCO

Motivações profissionais mais relevantes, por ordem decrescente:

1. Formação e exercício da especialidade pretendida
2. Boas referências do serviço
3. Exercício no local pretendido
4. Nível de diferenciação da instituição e o nível de organização do serviço

Diferenças entre Interior Norte e Litoral Norte:

| Interior Norte | Litoral Norte |
|---|--|
| Formação e exercício da especialidade pretendida | Formação e exercício da especialidade pretendida |
| Expetativa de progressão na especialidade e na carreira | Boas referências do serviço |
| Exercício no local pretendido | Exercício no local pretendido |
| Boas referências do serviço | Diferenciação da instituição |

Determinantes mais importantes para NÃO permanecerem:

1. Expetativa de não diferenciação
2. Expetativa de não progressão na carreira
3. Afastamento da família
4. Carga horária excessiva
5. Afastamento do cônjuge

Diferenças entre Interior Norte e Litoral Norte:

| Interior Norte | Litoral Norte |
|--|--|
| Afastamento da família | Expetativa de não progressão na carreira |
| Expetativa de não diferenciação | Expetativa de não diferenciação |
| Afastamento do cônjuge | Carga horária excessiva |
| Expetativa de não progressão na carreira | Conflitos institucionais |
| Falta de diversidade cultural e de lazer | |

Motivações que levam os médicos a trocar o local de trabalho por outro:

1. Afastamento da família
2. Expetativa de não diferenciação
3. Expetativa de não progressão na carreira
4. Afastamento do cônjuge
5. Oferta de trabalho no setor público

Apresentam maior probabilidade de se fixarem no espaço laboral os médicos que:

1. Trabalham em instituições privadas e público-privadas
2. Têm oportunidade de contrato a tempo indeterminado
3. São assistentes graduados
4. Estão numa área hospitalar
5. Têm uma segunda atividade paralela
6. Não têm que se mobilizar a nível institucional
7. Têm viatura própria

Motivações extraprofissionais que fazem com que os médicos tomem as suas decisões:

1. Oportunidades educativas para os filhos
2. Proximidade da família
3. Oportunidade para o cônjuge trabalhar na região
4. Proximidade do cônjuge

Perfil de quem tende a fixar-se no seu espaço laboral: homem, casado, acima dos 50 anos, assistente graduado, com local de trabalho no Porto, em instituição público-privada, na área dos cuidados hospitalares

Perfil de quem não se fixa: mulher, jovem, solteira, interna de formação específica, local de trabalho no Interior Norte, numa instituição pública e na área dos cuidados de saúde primários

Equipa de Investigação: Ana Façanha, Alcina Nunes, Ana Catarina Pires, António Andrade, Clara Esteves Jorge, Diana Pedrosa, Filipe Vaz, Luís Cadinha, Romeu Pires.

Coordenação do Projeto: Maria Augusta Romão da Veiga Branco

às Sextas na Ordem

A Vida é a arte do encontro.
(Vinícius de Moraes)

Refletir, ouvir e falar, conviver, aprender...
são encontro, são Vida.

O Ciclo de Conferências «Às Sextas na Ordem»,
é uma iniciativa da Comissão de Atividades
Culturais e de Lazer da SRNOM que lhe
propõe, uma vez por mês, abordar grandes
temas que interessam a todos os médicos e até
à sociedade em geral. Fique atento ao programa
e participe!

29 Mar **Cancro: Doença ou Consequência?**
Prof. Doutor Sobrinho Simões

05 Abr **Novas fronteiras da Sexualidade**
Prof. Doutor Júlio Machado Vaz

31 Mai **Delegação de atos médicos a outros
profissionais: quais os limites do razoável?**
Prof. Doutora Isabel Ramos
Dr. José Fernando Teixeira



ORDEM DOS MÉDICOS
Secção Regional do Norte

As sessões têm início às 18h30, na SRNOM

COMISSÃO ORGANIZADORA:

António Sarmento / Carlos Mota Cardoso / Ana Correia de Oliveira / Diana Mota



facebook.com/nortemedico www.nortemedico.pt

Dia Mundial do Doente 'Particularidades da Relação Doente-Médico'



Luiz Miguel Santiago, Isabel Gonçalves, Catarina Matias e Zulmira Santos

O Dia Mundial do Doente, que decorreu no passado dia 11 de fevereiro, foi a oportunidade para a sociedade refletir sobre as necessidades dos doentes e propor um caminho com respostas capazes de resolver as dificuldades que atravessa o setor da saúde e a sua permanente desumanização.

Para assinalar esta data, a Secção Regional do Centro, através do gabinete de Apoio ao Doente, promoveu um importante debate sobre as "Particularidades da relação Doente-Médico", cuja sessão integrou integra as intervenções de Catarina Matias, vogal da SRCOM, Médica de Família - USF Coimbra Centro e moderadora; Zulmira Santos, Médica Psiquiatra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Isabel Gonçalves, Médica de Família e Presidente da Delegação Centro da Associação Alzheimer Portugal e ainda Luiz Miguel Santiago, Médico de Família - USF Topázio e Professor Associado, com Agregação, FMUC.

Numa relação que foi evoluindo ao longo dos tempos, e apesar dos desafios do século XXI, a relação do médico com o seu doente é sempre baseada na empatia, na lealdade e no conforto para com o outro. Esta a principal mensagem de Zulmira Santos que, através de imagens, enfatizou a ideia de que esta 'relação' é o pilar da Medicina. A seu ver, sejam quais forem as condições para a prestação dos cuidados, a relação do doente e do seu médico está sempre presente, é, pois, a essência. Por seu turno, Isabel Gonçalves lembrou a urgente necessidade de criar o estatuto de Cuidador Informal, fazendo da sua intervenção uma resenha de todos os extraordinários projetos e desafios da Associação Alzheimer Portugal. Luiz Miguel Santiago referiu alguns projetos que estão

a decorrer na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, alguns dos quais tentarão avaliar como os doentes se sentem depois de falar com o médico, ou seja, "o que os médicos têm de modificar para poder falar com as pessoas". Nesta relação, há que demonstrar as capacidades para ser motivador, citando algumas características que o médico deverá ter para saber realizar uma consulta com competência, entre outras, "ter capacidade de comunicação, saber exemplificar, saber ensinar pessoas mais velhas,...". A seu ver, "há que ter em conta que 28 por cento dos alunos de medicina estão em *burnout*. A faculdade quer formar excelentes médicos mas forma excelentes técnicos."

Recorde-se que, no mesmo dia, a Ordem dos Médicos colocou à discussão pública um documento que apresenta os tempos padrão para cada consulta de especialidade. "Este documento reforça um dos pilares dos cuidados de saúde: a ligação que existe entre um profissional de saúde e o seu doente, ou num sentido mais lato e humanista: entre o médico e a Pessoa", aludiu o presidente da SRCOM na sua habitual crónica quinzenal na Rádio regional do Centro, aludindo a este debate.

'Hospitalização ao domicílio: Mito ou Realidade?'

'Hospitalização ao domicílio: Mito ou Realidade?' foi o tema em debate na Ordem dos Médicos, em Coimbra, no dia 16 de janeiro. Temos condições e recursos humanos para avançar com este projeto? Pode o projeto avançar sem uma reorganização dos serviços hospitalares? As dúvidas ainda são muitas.



Carlos Tomás, Carlos Cortes, Delfim Rodrigues



Inês Rosendo (vice-presidente da SRCOM e coordenadora da USF Coimbra-Centro)



Delfim Rodrigues e Rui Nogueira



Andreia Oliveira (Diretora Área de Direitos Humanos e Ética Médica ANEM)

Há sustentabilidade financeira para avançar com a hospitalização dos doentes em casa? Está o SNS preparado para avançar com a hospitalização domiciliária? Perguntas e reflexões várias que estiveram em debate na Ordem dos Médicos numa sessão que contou com a intervenção do Coordenador Responsável pela Implementação e Dinamização das Unidades de Hospitalização Domiciliária do Ministério da Saúde, Delfim Rodrigues. O debate, organizado pela Ordem dos Médicos e Associação Portuguesa de Engenharia e Gestão da Saúde contou ainda com a intervenção do presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes. A seu ver, "este é um dos projetos mais importantes que o Serviço Nacional de Saúde dos últimos anos" pese embora a necessária e urgente necessidade de mais recursos humanos para a sua concretização. "Traz mais valias para a saúde dos doentes, desde logo, evitando o flagelo que é a infecção hospitalar, e queria também salientar um dos pontos mais importantes deste projeto: a humanização".

Na intervenção inicial, ao elencar as vantagens desta medida, o presidente da SRCOM não quis, porém, deixar de apontar a "infeliz desumanização" que grassa o setor da saúde nos últimos anos. Momentos antes, aliás, em declarações aos jornalistas, Carlos Cortes aventou a hospitalização em casa como "um desafio" e também "uma esperança" pois as unidades hospitalares estão sobrelotadas e com falta de condições para os doentes internados. Mas pergunta, de forma categórica: "Se não há hoje recursos humanos, como é que vamos arranjar recursos humanos para este modelo?"

O Coordenador Responsável pela Implementação e Dinamização das Unidades de Hospitalização Domiciliária do Ministério da Saúde, Delfim Rodrigues, destacou de forma elogiosa este evento que resulta, acentuou, "de uma parceria de bom entendimento e de trabalho entre a APEG Saúde e a Ordem dos Médicos".

Sobre o assunto do debate, fez questão de lembrar que Portugal interna 1,6 milhões de doentes nos hospitais, 40 por cento dos quais considera serem candidatos à hospitalização domiciliária. "Esta ideia de que para prestar um serviço temos de confinar uma imensa população num edifício não é uma ideia muito generosa. Mas é lá que está o equipamento, é lá que juntamos os doentes. (...). Os serviços, hoje, são cada vez mais domiciliários. Citando alguns estudos norte-americanos deu conta de que "hoje, em dia, 64 por cento dos idosos estão a abster-se de receber cuidados de saúde precisamente pela organização do acesso às instituições ser muito penosa" e, ainda, muitos saem



Painel de comentadores

muito pior, com a saúde ainda mais debilitada do que antes da hospitalização.

“É o único modelo alternativo à hospitalização clássica. Os resultados já evidenciados mostram uma taxa de mortalidade inferior em 24%, a taxa de infecção hospitalar - que no nosso país ronda os oito ou nove por cento - passa a ser zero e os reinternamentos decrescem perto de 30 por cento. A nossa casa é um ambiente saudável”, havia também afirmado antes aos jornalistas. Os critérios para a hospitalização em casa são claros: “diagnóstico concluído, condições de habitabilidade para poder estar internado em casa e que se possa dispor de um cuidador caso o doente não seja autónomo. A primeira condição é a vontade do doente”, explicou. O debate que reuniu, na Sala Miguel Torga, médicos (a maior parte com cargos de direção), administradores hospitalares, enfermeiros, trouxe para a discussão um tema que já está em prática em diversos países, tais como Dinamarca, Espanha, Holanda e México. O programa português, recorde-se, foi lançado em outubro de 2018 e estabelece, como objetivo para 2019, o envolvimento de 25 hospitais, num total de 210 camas: 100 na região de Lisboa e Vale do Tejo, 60 no Norte, 40 no Centro, 10 no Alentejo e cinco no Algarve. À data do debate,

existiam 75 camas já operacionais. Do Hospital Garcia de Orta, em Almada, veio o exemplo da capacidade de resposta muito positiva a este modelo. Também já funciona no Centro Hospitalar de Médio Tejo e no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga.

Mas a temática continua a levantar muitas questões. Por exemplo, o responsável pelo maior serviço de internamento do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Medicina Interna com 134, no total) lembra que um dos maiores obstáculos que o serviço enfrenta diariamente é precisamente a dificuldade de dar alta aos doentes e/ou a dificuldade de interligação com a rede de cuidados continuados.

Há ainda quem receie o desinvestimento nos hospitais face a este projeto do Ministério da Saúde. Se a ideia é ter equipas médicas para vigiar e dar assistência 24 horas, para casos como infeções urinárias, infeções respiratórias, insuficiência cardíaca e cuidados pós operatórios são algumas das patologias candidatas à hospitalização domiciliária.

O presidente da APEG Saúde, Carlos Tomás, conduziu a sessão que teve como fio condutor a participação de um painel de comentadores, para a fase de debate. Foram intervenientes: Inês Rosendo (vice-presidente da SRCOM e coordenadora da USF Coimbra-Centro); Rui Passadouro (Presidente da Sub-Região de Leiria da Ordem dos Médicos); Armando de Carvalho (Diretor do Serviço de Medicina Interna do CHUC); Andreia Oliveira (Diretora Área de Direitos Humanos e Ética Médica ANEM) Carlos Ordens (Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego); Ana Pais (Diretora Clínica do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.PE); Helena Pinho (Diretora Clínica do Centro Hospitalar Tondela Viseu), Lurdes Sá (Diretora Clínica Hospital de Cantanhede); João Santiago Correia (Diretor do Serviço de Medicina Interna da ULS da Guarda); João Casteleiro (Presidente do Conselho de Administração e Diretor Clínico Centro Hospitalar Cova da Beira); José Robalo (Presidente do Conselho Diretivo da ARS Alentejo); Rui Nogueira (Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar); Nuno Barros (USF As Gândras); Ricardo Ferreira (Hospital Pediátrico, em substituição de Guiomar Oliveira); Recorde-se que a hospitalização domiciliária é uma prática recente em Portugal, tida como alternativa ao internamento convencional. Evitar infeções hospitalares multirresistentes ou reduzir os custos de internamento são, pois, algumas das vantagens deste modelo.

Ordem enaltece esforço dos médicos

Hospital de Leiria

enfrenta problemas de **extrema gravidade**

Pela segunda vez no mês de fevereiro, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos expressou a maior preocupação face à escalada de problemas de extrema gravidade que estão a assolar o Hospital de Santo André, do Centro Hospitalar de Leiria, realidade que, entre outras consequências, tem motivado a saída de médicos.

O Serviço de Urgência do Hospital de Santo André tem sido particularmente visado. Todos os chefes de equipa de Urgência de Medicina Interna apresentaram já a demissão (25 de janeiro), alegando a inexistência de condições essenciais ao desempenho das funções. Sem tempo para a chefia do serviço, sem recursos para cumprir a escala de urgência e por dificuldades na constituição de equipas para o transporte de doentes, entre outros motivos, pediram a demissão do cargo.

O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, que já este mês escreveu uma carta à Ministra da Saúde (com conhecimento para o Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria) exortando por uma solução para este Centro Hospitalar, enfatiza: "é desumano e irresponsável manter este nível de pressão sobre os profissionais de saúde, não lhes dando condições adequadas para poderem prestar cuidados de saúde com o mínimo de qualidade e segurança para os doentes". Os casos são de tal forma graves que continuam a chegar à Ordem dos Médicos declarações de responsabilidade em que os médicos denunciam, com detalhe, as situações de extrema gravidade. Até ao dia 22 de fevereiro momento e desde o início do ano, a Ordem dos Médicos já recebeu 159 declarações de responsabilidade. "Tem de ser implementado um plano de emergência para este hospital. É muito grave o que está a acontecer", destacando sempre todo o esforço dos médicos que trabalham naquela unidade hospitalar.





Guiné-Bissau irá condecorar **Prof. Doutor Norberto Canha**

Norberto Canha, conceituado ortopedista de Coimbra, será distinguido com uma ordem honorífica da Guiné-Bissau, país onde também tem desenvolvido relevante trabalho médico e humanitário. O anúncio foi feito, ontem à noite, pelo diplomata Helder Vaz Lopes, embaixador em Portugal daquele país africano, durante uma homenagem que decorreu na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM).

"Ele merece", afirmou o diplomata, acrescentando que o gesto corresponde a um dever do Estado guineense. Palavras que mereceram forte aplauso de muitos colegas e amigos que lotaram a Sala Miguel Torga. Atento aos problemas dos pacientes que sofrem de filariose linfática (elefantíase), Norberto Canha foi elogiado por Helder Vaz Lopes, que o felicitou pela "marca de altruísmo". Dedicou-se a doenças esquecidas como só um homem com a generosidade de Norberto Canha pode dedicar-se, afirmou o embaixador da Guiné-Bissau em Lisboa. "Todos reconhecemos tratar-se de uma figura ímpar", concluiu o diplomata. O homenageado preconizou, ao seu estilo inconfundível, que se repense o passado e se medite sobre o presente para perspetivar o futuro. Falou, aliás, muito de futuro convocando os presentes a uma reflexão, entre outras noções, sobre a inteligência. O que é inteligência?, perguntou, para de pronto responder: "É repensar o passado, pensar o presente para abrir os caminhos do futuro". Norberto Canha, 89 anos de idade, é professor catedrático jubilado de Medicina e presidiu ao Conselho de Administração dos outrora Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC).

Carlos Cortes, presidente da SRCOM (entidade anfitriã da homenagem), enalteceu "o carinho" que os discípulos

de Norberto Canha (e não só) por ele nutrem. "Não é frequente haver uma homenagem de reconhecimento pelo trabalho e pelo caminho de vida, a alguém que está connosco. Deveríamos homenagear mais as pessoas notáveis que marcam a nossa vida", disse. "Em Medicina não bastam os conhecimentos técnicos, a disponibilidade clínica, é preciso ter coração", dizendo que o homenageado é "uma fonte de inspiração" e uma "voz reconhecida no País, na defesa dos mais necessitados". Sublinhando as inúmeras vezes que o Professor tem vindo à Ordem dos Médicos, dando interessantes contributos em vários debates e sessões, Carlos Cortes disse ainda. "Foi meu mestre, tal como foi mestre de centenas ou milhares de estudantes. Pelo carinho que transmitiu, pela generosidade do seu caráter, só pode fazer parte de um homem que é profundamente bom. Toda a sua vida foi um exemplo perfeito daquilo que é ser médico, com todas as suas vertentes no sentido ético, formativo, de solidariedade, de amor ao próximo e fê-lo sempre sem nunca desistir. Até ao dias de hoje. É uma inspiração para todos nós".

Destacando a "dimensão humana" de Norberto Canha, o presidente do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Fernando Regateiro, louvou-o pela ca-



Norberto Canha e Embaixador. Hélder Vaz Lopes



Paulo Moura, Hélder Vaz Lopes, Carlos Cortes e José Manuel Pavão

pacidade de não se resignar. Por seu turno, Paulo Moura, subdiretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, destacou também a “marca humana” do homenageado enquanto ortopedista e expressou o desejo da sua Escola no sentido de “seguir o exemplo” do mestre. Para Paulo Moura, à vocação de “homem de missões” junta-se também o seu espírito de permanente inconformismo. Recorde-se que o catedrático jubilado reuniu uma equipa de profissionais de saúde, há um ano, para rumar à Guiné-Bissau a fim dele ali serem efetuadas 20 cirurgias e o êxito da missão culminou na realização de 47 intervenções. Entusiasmado, o insigne cirurgião projetou, com a sua equipa, uma segunda ida, em fevereiro.



Professor Poiares Baptista é recordista mundial aos 91 anos



Esta é mais uma faceta da multiplicidade de talentos do prestigiado médico dermatologista, professor Catedrático jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, que, ao longo de décadas, desempenhou inúmeros e relevantes cargos na Ordem dos Médicos: aos 91 anos, o Doutor Poiares Baptista é um dos quatro nadadores do mundo na sua classe (Masters), feito marcante para Portugal e que está plasmado no Ranking da Federação Internacional de Natação (FINA).

“Não é só um exemplo. É uma inspiração. Um enorme obrigado por ser assim!”, destaca o presidente da SRCOM, Carlos Cortes

Oswaldo Francês



Veredicto

do latim: *vere dictum*

“Médicos devem saber como dizer a uma mãe que o filho vai morrer”*

Este título, de relevância inquestionável, faz parte de outro mais abrangente que inclui pessoas com doença incurável que morrerão a breve trecho.

* Título de 1ª página do jornal Público, edição de 28 de fevereiro de 2018

Todos os doentes devem ser informados da sua situação clínica e prognóstico, com o devido cuidado para que o stress “pós-traumático” provocado por uma má notícia do estado de saúde seja o menor possível, tendo o médico que encontrar forma de mitigar a reacção emocional do doente ao tomar conhecimento da sua situação clínica.

É fundamental haver confiança do doente na equipa médica que decide e coordena o tratamento proposto. «Establishing a doctor–patient relationship that facilitates proper management is crucial».¹

Desiderato nem sempre conseguido, em que poderá persistir uma relação de desconfiança doente-médico (*o Dr. não está a dizer tudo o que se passa comigo!*) apesar de todos os esforços.

Pertinente será, então, pôr a questão:

- Quem informa o doente da sua situação clínica, tratamento e prognóstico?

De um modo geral são os especialistas do “fim da linha diagnóstica”, que levam a cabo o tratamento médico ou/e cirúrgico, hoje em dia, cada vez mais, estabelecido por consenso em reunião de decisão terapêutica por equipas multidisciplinares.

A partir deste momento há que gerir a melhor forma

de informar com exatidão o paciente, esclarecendo as suas dúvidas tanto quanto possível.

Eu próprio fui criticado algumas vezes por ter dito a verdade “nua e crua” ao doente.

Pergunto: qual seria a alternativa? Uma meia-verdade? Uma mentira “piedosa”?

Qualquer destas últimas impensáveis hipóteses teriam como resultado a perda de confiança no seu médico quando o doente viesse a saber a verdade.

Por fim põe-se a questão do *consentimento informado* que o doente tem que assinar tendo para isso que ser e estar devidamente esclarecido.

Vou ilustrar esta difícil questão com um caso da minha prática clínica que, longe de ser exemplar, tive gerir da melhor maneira possível.

Só no fim do tratamento de quimioterapia adjuvante e estar seguro que esta doente iria continuar o seu processo de cura, consegui que a relação médico-doente melhorasse.

Certo dia, recebo um telefonema da Isabel, colega de Medicina Geral e Familiar, pedindo-me colaboração para tratamento de um caso de neoplasia maligna do cego que diagnosticara.

Dei indicação do dia em que a doente deveria compa-

recer na consulta de cirurgia com os respectivos exames que tinha feito.

Doente do género feminino com cerca de quarenta anos, bom estado geral e de nutrição.

Olhos azuis, cabelo alourado, extremamente ansiosa, com a suspeita do que iria ouvir da minha boca.

A Isabel não tivera coragem para lhe revelar a situação clínica, mas dera a entender que seria uma doença grave a necessitar de intervenção cirúrgica.

Recebi-a no gabinete de consulta acompanhada do marido e após uma curta conversa expus a situação dizendo-lhe a verdade.

A reação foi tremenda, com muito choro e "ranger" de dentes.

Por fim quando acalmou, informei-a que teria que ser operada e ia ficar boa pois aquele tipo de tumor não era dos piores e tinha sido diagnosticado a tempo e horas. Devia por isso agradecer à Dr.^a Isabel o cuidado que teve com ela.

Assim que saiu do consultório foi ter com a minha colega para carpir a sua dor e, sobretudo, criticar a minha atitude "cruel" em dizer-lhe a verdade nua e crua:

- Veja lá Doutora, que bruto foi o seu colega, a dizer-me de chofre que eu tenho um cancro!

Coitada de mim, que tenho dois filhos pequenos para criar!

Agora o que é que eu faço à minha vida?

A minha colega já previa que a doente iria reagir daquela maneira, tentou acalmá-la dizendo que era melhor saber com o que contava, do que andar a ser enganada com mentirinhas ou meias verdades.

Doente com uma vida familiar complicada por parte do marido, personalidade bipolar que desequilibrava emocionalmente toda a família.

Submetida a hemiclectomia direita fez um pós-ope-

ratório sem complicações e teve alta ao fim de uma semana.

Enviada à consulta de quimioterapia, fez tratamento citostático que até tolerou bem, sem efeitos colaterais significativos.

Passou a ser vigiada em ambulatório na consulta de cirurgia.

Em todo o decurso da doença, e particularmente desde que lhe revelei a patologia, a doente olhava-me sempre com um misto de desconfiança e medo, que por vezes se assemelhava a terror. Toda ela tremia quando lhe dizia D. Lurdes ..., olhando-me em seguida com uma cara que denotava pânico, relaxando após o meu apelo à calma pois estava tudo a correr bem.

Ao fim de algum tempo decidi acabar de vez com esta situação intolerável.

No fim de uma consulta, na presença do marido que a acompanhava, disse-lhe de uma forma inesperada:

- D. Lurdes, agora, que a senhora já está boa, temos que resolver um problema que existe connosco. Por que é que a senhora tem medo de mim? Que mal lhe fiz eu?

A partir daquele momento desfez-se toda a ansiedade, desconfiança e medo que tinha sempre que falava comigo. Agarrou-se a mim a chorar.

Recentemente, a D. Lurdes encontrou-me no hospital. Já se tinham passado alguns anos desde que tinha sido operada e estava bem saúde.

Enviuvava entretanto mas conservava um aspecto jovial apesar dos anos que já tinham passado por todos nós. Foi um reencontro feliz.

Referências:

1- Burklin, Yelena MD; Hunt, Daniel P. MD

South Med J. 2018, May;111(5):268-273. «Management of Emotionally Challenging Responses of Hospitalized Patients with Cancer»

Notícia

Celebração dos 40 anos do curso de Medicina 1979 – Faculdade de Medicina do Porto

Os 40 anos do curso de Medicina de 1979 da Faculdade de Medicina do Porto serão celebrados no dia 15 de junho de 2019 com um jantar comemorativo, no Mosteiro de S. Bento da Vitória, no Porto. O jantar será precedido de uma missa, na Igreja dos Clérigos, que homenageará todos os colegas de curso já falecidos.

O programa das festividades conta com a missa pelas 17h, a receção dos convivas já no Mosteiro pelas 19h e, pelas 20h, o jantar.

Para solicitar informações ou realizar a inscrição, contacte a Comissão de Curso pelo e-mail: medicina1979@gmail.com



Soraia Santos

Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar Espinho; Mestranda em Cuidados Paliativos na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias - Instituto Politécnico de Castelo Branco; Colaboradora do Grupo de Estudos de Paliativos da Associação Portuguesa Medicina Geral e Familiar

O início da formação em Cuidados Paliativos – uma reflexão

Com base em três obras da literatura – “A Morte de Ivan Ilitch”, “As Terças com Morrie” e “Óscar e a Senhora Cor-de-Rosa” – iniciei a minha formação em Cuidados Paliativos com uma reflexão focada nos seus quatro pilares: controlo sintomático, comunicação, família e trabalho em equipa.

“Nada do que é humano é estranho ao médico” - foi a frase que marcou o início da minha formação médica. Posteriormente, optando pela especialidade de Medicina Geral e Familiar, comprometi-me a prestar cuidados longitudinais: desde a preconceção até à morte. Sendo esta inerente à condição humana não nos deveria ser estranha, contudo, o doente sem cura possível é, frequentemente, relegado para último plano porque “já não há nada a fazer”.

E o que sentem os doentes quando vivenciam este afastamento? No livro “Óscar e a Senhora Cor-de-Rosa”,¹ o menino, perante o insucesso da terapêutica instituída, escreve “Quando o Dr. Dusseldorf me examinava pela manhã, já não o faz com o coração, porque o desiludi. Olha-me sem dizer nada, como se eu tivesse feito qualquer coisa de errado.” e chega a afirmar “(...) tenho a impressão que os médicos já não gostam de mim, que os deprimos (...)”.¹ Óscar mostra-nos como a perceção do fracasso provoca desconforto nos profissionais de saúde. E perante isto apazigua-nos: “Não é culpa sua se é obrigado a dar más notícias às pessoas (...) O doutor não é Deus. Não pode mandar na natureza. O seu papel é reparar”.¹

O panorama atual da sociedade, com envelhecimento da população e maior sobrevida dos doentes crónicos, reforça a importância dos cuidados centrados no cuidar e não na cura. Cuidar, conso-

lar, amparar, confortar, reparar: sempre.

Surgem assim os Cuidados Paliativos, que se assumem como universais, para todos os que deles necessitem.² Portanto, se por um lado é um dever médico cuidar até ao fim da vida, por outro é um direito do doente ser cuidado.

O controlo sintomático constitui um dos pilares dos Cuidados Paliativos e, aludindo à pirâmide de Maslow, frequentemente a primeira questão que nos surge é “como controlar os sintomas físicos?”, já que será impossível prestar outro tipo de cuidados sem atender primeiramente às necessidades básicas do doente. Estes sintomas são descritos na obra de Tolstói sobre a morte de Ivan Ilitch: “Dormia cada vez menos.”, “(...) a dor surda, implacável, incessante(...)”.³ Podem até afigurar-se como um medo maior que a própria morte. Morrie, perante um descontrolo da respiração, afirma “Quero morrer em serenidade. Pacificamente. Não da forma que ainda agora aconteceu”.⁴

Contudo, o controlo sintomático não se esgota nos sintomas físicos. É essencial abordar as outras necessidades do doente, nomeadamente sociais, emocionais e espirituais.

O sofrimento emocional/espiritual é complexo e, por vezes, mais intenso que o físico – “(...) as dores morais de Ivan Ilitch eram infinitamente piores do que as físicas”.³ Morrie enfatiza as perdas sofridas: “Foi o fim da

sua condução (...) Foi o fim do seu caminhar livre (...) Foi o fim da sua privacidade.” (...) era, de certo modo, uma completa rendição à doença”.⁴ Para Ivan Ilitch, a análise final do percurso realizado, das escolhas feitas, dos objetivos cumpridos foi motivo de sofrimento - “Talvez eu não tenha vivido como deveria”.³

O desconhecido depois da morte é também uma fonte de sofrimento, como comprovam Ivan Ilitch e Morrie: “Havia luz na minha frente mas agora só há trevas. Eu estava no mundo e vou abandoná-lo! Para onde irei?”,³ “Agora ando a regatear com Ele, lá em cima. Pergunto-Lhe: Posso ser um dos anjos?”.⁴

O caminho para ajudar os nossos doentes a lidar com este sofrimento intenso, complexo e multifatorial passará, indubitavelmente, pela comunicação, o segundo pilar dos Cuidados Paliativos.

A comunicação médica é tanto ou mais vezes discutida na literatura, na imprensa e na sociedade quanto as competências técnicas, mas talvez menos valorizada na prática clínica diária. As descrições das consultas médicas de Ivan Ilitch mantêm-se tão verosímeis quanto aterradoras: “E foi uma chuva de perguntas e respostas, em tom solene, em que a questão da vida ou da morte de Ivan Ilitch não interessava absolutamente nada.”³ - o foco na doença e o esquecimento da dor.

Mas o grande erro de comunicação representado na obra de Tolstói é a conspiração do silêncio, processo tão enraizado na nossa cultura.

Nesta temática o nosso código deontológico é claro: “O diagnóstico e o prognóstico devem, por regra, ser comunicados ao doente, em respeito pela sua dignidade e autonomia. (...) O diagnóstico e prognóstico só podem ser dados a conhecer a terceiros, nomeadamente familiares, com o consentimento do doente”.⁵ Portanto, a conspiração do silêncio constitui uma quebra da Deontologia Médica. Mas esta problemática não se esgota nas questões deontológicas, pode ser geradora de conflitos entre a equipa de saúde e a família e um obstáculo à aproximação ao doente que perante esta “rede de mentiras ou omissões” se sente traído e só - “O que mais fazia Ivan Ilitch sofrer era a mentira, aquela mentira aceite por todos, não sabia por quê, de que ele se encontrava apenas doente e não moribundo, e que seria suficiente repousar e seguir à risca o tratamento para arribar.”.³

A dificuldade é como romper o silêncio e atender às necessidades e escolhas da família sem colocar em risco a relação terapêutica e o bem-estar do

doente. Surge o terceiro pilar: a família, prestadora e alvo de cuidados.

Perante um diagnóstico de uma doença grave e incurável, não só o doente mas também os que o rodeiam entram numa espiral de questões e de dúvidas - “Charlotte tinha um milhão de pensamentos a correr na cabeça: Quanto tempo nos resta? Como vamos lidar com isto? Como vamos pagar as contas?”.⁴ Tendencialmente, o foco passa a ser o doente. As consultas, os sintomas, os medicamentos, a morte – do doente. E a família?

Como ajudar aqueles que prestam cuidados para os quais não têm formação, horário ou remuneração e que quando não o conseguem fazer são assolados pela culpa? Aqueles que se veem perante a necessidade de tomar decisões que impactam a vida dos seus entes queridos, que sofrem com o sofrimento do familiar, com a despedida e com a perda?

Neste percurso de cuidar de um doente extremamente vulnerável e da sua família um só profissional é insuficiente. Embora todos devam praticar ações paliativas, a prática de Cuidados Paliativos assenta num quarto pilar: o trabalho em equipa.

Um fisioterapeuta para aliviar a dispneia de Morrie - “Assim, observei a terapeuta a trabalhar com Morrie na cama (...)”-;⁴ um assistente social para auxiliar na dúvida de Charlotte - “Como vamos pagar as contas?”-;⁴ um nutricionista para elaborar um plano alimentar para Ivan Ilitch - “Uma alimentação especial, que cada dia se tornava para ele mais insossa e nauseante.”-;³ um médico e um enfermeiro para, respetivamente, prescrever e administrar analgésicos a Ivan Ilitch - “(...) a dor surda, implacável, incessante”.³ Apenas alguns exemplos que comprovam o benefício dum trabalho multidisciplinar e articulado entre os vários profissionais.

Com os quatro pilares presentes, início a minha formação em Cuidados Paliativos na esperança de um dia ser capaz de ajudar alguém em fim de vida a sentir o mesmo que Óscar: “(...) dou-me conta de que hoje, afinal, foi um belo dia”.¹

Referências:

1. Schmitt, E.-E. Óscar e a Senhora Cor-de-Rosa. 4a. Barcarena: Marcador Editora; 2016.
2. Lei No 52/2012 de 5 de Setembro. Diário da República nº172/2012, Série I de 2012-09-05.
3. Tolstói, L. A Morte de Ivan Ilitch. Lisboa: Relógio D'Água Editores; 2007.
4. Albom, M. As Terças Com Morrie. 3a. Lisboa: Sinais de Fogo; 2012.
5. Ordem dos Médicos. Regulamento de Deontologia Médica. Diário da República n.º 139/2016, Série II de 2016-07-21.



Odília Godinho

Interna de Formação Específica em
Medicina Geral e Familiar na USF Anta

Humanizar!

Quando se troca a bata por uma cama de hospital

Exercer medicina é exigente. Apesar disso, com relativa facilidade, embarcamos na rotina, atuamos de acordo com a evidência científica mais recente, empenhados, de bata vestida. Sem nos apercebermos, a vertente “humana” da medicina está a ficar para segundo plano. Quando o médico ocupa o lugar do doente surge a consciencialização desta situação.

Raramente estive doente ou me deparei com a necessidade de recorrer aos serviços de saúde. Aos 31 anos, como que uma estreia, fiquei internada pela primeira vez. Não por doença, mas devido ao nascimento da minha filha.

Talvez devido às escassas horas de sono, à tempestade hormonal associada ao período pós parto, às emoções relacionadas com o início do papel de mãe, ou (obviamente) ao conjunto de todos estes e outros fatores, nem todos os momentos que decorreram das 21:00 de sábado às 13:00 de terça são claros para mim. Apesar disso, existem vários momentos que ficaram marcados, bem elucidados na minha memória, uns magníficos, outros não tão bons.

São várias as situações que me proporcionam momentos de felicidade, mas nenhuma se equipara ao momento de termos o nosso bebé nos braços. Porém, senti que nem sempre é proporcionado às recém mães uma envolvimento que potencie esta dádiva. Humanizar (tornar mais adaptado aos seres humanos, tornar compreensivo, bondoso, sociável). Respeitar (ter em conta, atender a, suportar, aceitar). Empatizar (sentir empatia por; Empatia: faculdade de compreender emocionalmente, capacidade de se identificar com outra pessoa, entendimento). Estas palavras, e respetivos significados, que podem ser encontrados em qualquer dicionário da língua portuguesa, surgiram na minha mente

e, apesar da prioridade do momento ser o meu bebé, fizeram-me refletir sobre a minha formação enquanto interna de Medicina Geral e Familiar e sobre a prática dos profissionais de saúde em geral.

Já com contrações vigorosas e com intervalos muito curtos, tive de me deslocar até à sala de expectantes. Apesar de ser dentro do mesmo edifício, a distância era considerável e tive de a percorrer a caminhar, devido à indisponibilidade de cadeiras de rodas no serviço. Houve momentos em que foi incentivada a amamentação, a correção da pega, a evicção do uso de chupetas e tetinas pelo menos enquanto a amamentação não estivesse bem estabelecida; outros em que me foi quase “impingido” um biberão de fórmula. Apesar de ser aconselhada a realizar crioterapia no mínimo 3 vezes por dia, na maioria das ocasiões em que solicitei gelo era-me dada a desculpa de que não estava disponível. Numa das noites, por volta das 2:00, quando finalmente os bebés estavam a dormir e as mães estavam descansar um pouco, entraram no quarto para trocar os sacos do lixo, com todo o ruído associado à tarefa e consequente despertar das mães. Poderia transcrever vários outros episódios, mas penso já serem suficientes para transmitir a minha mensagem. Com certeza, compreendo e aceito, que muitos leitores considerarão que estas situações correspondem a “pormenores” tendo em conta a exigência de cuidados e necessidades a

serem atendidas no período do parto e pós parto, tanto à mãe como ao recém-nascido. Na minha perspetiva, enquanto "doente", são aspetos relevantes, facilmente corrigíveis, e que podem contribuir para um período pós parto mais tranquilo tanto para a mãe como para o bebé, com todos os benefícios a tal associados. Assim, as palavras a que me referi anteriormente, colocadas em prática no momento certo, pintariam um quadro bem diferente (para melhor) do aqui descrito.

Não quero, de forma alguma, com o meu "desabafo", apontar o dedo aos profissionais com os quais me cruzei. Aliás, o balanço é definitivamente positivo e muitas foram as situações em que me senti deveras agradecida pela forma como fomos atendidas. Acredito que cada um estava a contribuir com o seu melhor, empenhado em dar resposta às múltiplas solicitações. E, a meu ver, e particularizando a realidade dos médicos, aqui se constitui um dos pilares do problema: sobreposição de tarefas, sistemas informáticos a transbordar campos de preenchimento obrigatório, cliques consecutivos, comprometimento em cumprir vários indicadores, aceitação

constante de consultas/tarefas extra, relatórios, etc., que impedem que haja tempo suficiente e de qualidade para dedicar aos doentes e às suas necessidades.

Sim, por vezes, de forma mais ou menos consciente, quando tenho a bata vestida, também me deixo absorver por todas estas solicitações que são feitas ao médico e dou-lhes prioridade. Na minha perspetiva, tendo em conta a experiência como interna de MGF, apercebo-me que o médico se encontra afogado em tarefas "extra" que comprometem o estabelecimento de uma boa relação médico-doente e de competências nucleares como a abordagem holística e os cuidados centrados na pessoa.

Não deixa de ser irónico, com este novo paradigma de atuação do médico, estarmos a permitir que o mais importante da nossa profissão não continue a ser uma prioridade. Sei que não será possível "voltar atrás", no entanto fica o apelo para que façamos uma análise crítica à nossa prática quotidiana, pessoal e em equipa, e que identifiquemos pequenos aspetos passíveis de modificação, para assim cuidarmos melhor dos nossos doentes.

PUBLICIDADE

univadis®

Conteúdo médico selecionado independentemente

Uma Referência Médica on-line confiável



Notícias

Mantenha-se atualizado com as últimas notícias médicas e profissionais relevantes para a sua especialidade.



Formação

Aceda a apresentações exclusivas com os melhores médicos especialistas e teste os seus conhecimentos com o nosso Medical Quiz diário.



Recursos

Descubra as nossas ferramentas úteis como o calendário de vacinação que ajudam-lhe a tomar a decisão certa, no momento certo.

É um profissional de saúde?

Registe-se agora. É grátis e sempre será.



univadis.pt



Vítor Rocha

Assistente Graduado de Cirurgia Geral
- Centro Hospitalar de Setúbal

Reconstruir o SNS: é Urgente!

A doença do nosso SNS é grave e já várias pessoas, muitas muito mais entendidas do que eu, o têm dito. E perguntam então porque é que venho ao assunto e eu explico: primeiro porque me custa imenso assistir a esta degradação de um Serviço ao qual dediquei quase em exclusivo a minha vida clínica durante quase 35 anos. E por outro lado por ter uma especialidade, a Cirurgia Geral, que foi ao longo destes últimos tempos desvalorizada apesar de ter um papel imprescindível no Serviço de Urgência.

Tal como muitos outros que têm falado ou escrito, se têm demitido dos cargos que ocupam por terem chegado ao limite mínimo de segurança dos seus doentes, também eu sinto um enorme desconforto e tristeza por aquilo a que assisto diariamente.

Para tentarmos compreender o problema temos que começar por analisar as causas e vou tentar indicar aquelas que penso serem as mais importantes.

1. Quando começaram a surgir as grandes Unidades Hospitalares Privadas, aí pelos anos 90, tiveram que se munir de recursos humanos. Como não tinham (ainda) capacidade formativa foi o SNS a grande fonte destes recursos. Mas não uns recursos quaisquer, antes os mais diferenciados e com mais potencial de desenvolvimento: médicos na casa dos 35-40 anos já com provas dadas tanto a nível assistencial como formativo. O Estado também sinalizou que queria o crescimento do privado e entregou a um dos maiores desses grupos

a assistência aos beneficiários da ADSE. Tudo isto começou a fragilizar o SNS.

2. Depois veio a crise e a Troika. O corte dos salários (mantendo as pessoas os seus encargos!) fez com que muitos, entre os quais me incluí, abandonassem a exclusividade e procurassem fazer alguma medicina privada. E outros saíram mesmo do SNS: ou para o privado ou para a reforma. Segundo golpe no SNS.

3. Ainda durante a Troika veio o corte nas remunerações das horas extra. Ao fazer isto o Estado estava a dizer que deveríamos deixar de fazer algo que durante décadas foi a única forma de aumentarmos o nosso ordenado no SNS. Mas fez pior: decretou que só empresas poderiam prestar estes serviços (aquisição de serviços externos) e nelas não poderiam participar médicos dos quadros dos hospitais para os quais as empresas trabalhavam. Outro mau sinal: "não queremos médicos a trabalhar em períodos extra nos hospitais de origem!"

4. Para compensar a baixa da produção das unidades hospitalares do SNS o Estado recorreu, e recorre, às citadas empresas chegando a pagar entre 50 a 100 euros/hora consoante as especialidades são mais ou menos abundantes no “mercado”. Não se vislumbra onde está a poupança! Para a produção cirúrgica e de MCDTs foi criado o sistema SIGIC adicional, em que se paga a produção feita fora do horário de trabalho, mas em que os Internos não podem participar como executantes e consequentemente os seniores dificilmente conseguem ensinar. E acrescente-se que pode dar-se o caso de hospitais em que a produção adicional poderá ultrapassar a produção convencional com evidente prejuízo para o ensino o que poderá ser perigoso num futuro já não muito longínquo.

5. O Estado ao criar dois grupos de médicos (os públicos e os privados) com remunerações, cargas horárias, urgências e objetivos diferentes, desferiu um rude golpe na já frágil união da classe médica. E contra esta situação as nossas organizações de classe têm tido enorme dificuldade em lidar, talvez porque precisam definitivamente de assumir que quem precisa de ajuda é o SNS e os médicos públicos por serem o elo mais frágil nesta cadeia.

6. E por último as administrações hospitalares. Algumas são excessivamente politizadas, poucos são os médicos, para além dos diretores clínicos, que as compõem e poucas são as que põem a qualidade (não a quantidade!) assistencial, do ensino e a investigação à frente dos números da produção. No entanto tenho por experiência própria, nos serviços em que tenho trabalhado, que sempre que o foco é colocado naquelas premissas a produção sobe e a sua qualidade também.

Estes são os principais diagnósticos da síndrome que afeta o SNS. E então qual a terapêutica?

A primeira medida tem que ser fixar os médicos aos hospitais. Como? Pagando ordenados decentes. Há que compreender que quem faz serviço de urgência com porta aberta ao exterior como a Me-

dicina Interna, a Cirurgia Geral, a Ortopedia, a Pediatria, as vias verdes coronária e AVC, a Obstetrícia, deve ganhar mais como forma de compensar a penosidade. E idealmente deveria haver médicos destas especialidades a constituir um núcleo em exclusivo na urgência e que deveria ganhar no mínimo o dobro dos outros colegas que não fazem SU ou não recebem doentes urgentes da rua! E eu já estou muito à vontade a dizê-lo porquanto estou dispensado do SU por limite de idade. Não sei se o Estado gastaria mais, mas se o fizesse seria com evidente melhoria dos cuidados prestados. E isto o povo contribuinte agradece: a urgência é neste momento (e julgo que o será sempre) aquilo que faz a diferença entre público e privado. Depois, tudo o que é produção adicional (e por que não atividade privada para aqueles que escolherem a exclusividade?) deverá ser feita sem prejuízo da atividade convencional e, em particular, do ensino. O ensino representa a auto-sustentação do SNS (e do sistema privado, há que dizê-lo) e o rejuvenescimento dos quadros, o que caminha sempre a par com progresso e melhoria assistencial. Todos nós médicos somos testemunhas disso! É bom que o Estado e os sucessivos governos comecem a compreender que devem premiar aqueles que escolheram dedicar-se ao SNS e que o manifestem através de medidas que promovam melhores remunerações e melhores condições de trabalho. Talvez até poupem dinheiro e talvez assim o SNS sobreviva!

O Estado ao criar dois grupos de médicos (os públicos e os privados) com remunerações, cargas horárias, urgências e objetivos diferentes, desferiu um rude golpe na já frágil união da classe médica.



António Gentil Martins

O Sistema Nacional de Saúde e a Liberdade de Escolha - Utopia ou realidade?

Qualquer sistema de cuidados de saúde num país que se pretende livre e democrático, obriga ao respeito de alguns princípios fundamentais.

Um é certamente a liberdade de escolha, associada à universalidade de acesso a tudo aquilo que é fundamental, e está dentro dos recursos existentes. Esses princípios não podem deixar de ser a base do sistema, embora saibamos que nenhum é perfeito ou infalível e terá sempre que ser adaptado às condicionantes e circunstâncias concretas de cada sociedade, a nível nacional, regional e até, por vezes, local. Uma das grandes conquistas da nossa civilização, foi o reconhecimento dos Direitos Humanos, consagrados na Declaração de 1948, que todos subscreveram, mas nem todos respeitam... Estes direitos não são, porém, exclusivos do homem são, tornando-se ainda mais importantes para o homem doente, limitado na sua capacidade de defesa e da qual o médico deve ser o principal garante.

Nesta solidariedade médico/doente reside a essência da verdadeira medicina, técnica e humana. E para que essa relação se aproxime da ideal, ela exige que os doentes escolham livremente a quem irão solicitar apoio, seja pessoa ou instituição.

Num Estado com preocupações sociais de equidade e justiça, o objetivo será estender a todos o benefício que só alguns privilegiados têm: a liberdade de cada um ter o "SEU" médico, e não apenas um médico.

A liberdade de escolha traz a confiança e a respon-

sabilidade e permite a aceitação fácil dos conselhos recebidos, assim se evitando incertezas, duplicações e gastos desnecessários e representa o melhor garante da defesa dos doentes contra maus cuidados de saúde, num mercado em que a distinção e a escolha devem ser feitas pela qualidade dos serviços prestados, e não pelo seu custo.

A profissão médica não é mais nobre do que qualquer outra: contudo, tem necessariamente que ser diferente e colocar muitas vezes os interesses dos doentes à frente dos seus próprios interesses. Todos sabem que a saúde custa dinheiro e que é cada vez mais cara. Tem assim de se compreender que não é verdadeiro nem honesto, dizer que se pode dar tudo a todos: isso é cada vez mais difícil e será mesmo impossível, até nos países mais ricos. Há que fazer opções e estabelecer prioridades, procurando obter o maior custo/benefício possível, e cada um compreender que só se pode gastar o que se tem, se não se querem hipotecar, egoistamente, as gerações vindouras, através de empréstimos ruinosos.

A medicina não pode nunca ser considerada como negócio, mas apenas representar a justa compensação do esforço produzido e dos resultados alcançados. Um Seguro Nacional de Saúde terá sempre que tratar por igual os serviços do Estado, os serviços

privados ou os de solidariedade social. A clínica geral é sem dúvida a base de qualquer sistema de saúde, sem esquecermos que a saúde é multi-factorial e o papel da chamada Saúde Pública é também indis-

pensável, com indispensáveis são Carreiras Médicas dignificadas.

Se a clínica privada será sempre um direito inalienável numa sociedade livre, também é verdade que ela não é acessível a todos, mas apenas aqueles com maior capacidade económica, não sendo assim uma solução socialmente válida

e justa. Tem o mérito da liberdade de escolha, da qual decorre confiança e satisfação, e tem em regra um elevado padrão de cuidados, já que a liberdade de escolha permite e facilita a mudança de prestador. A medicina do Estado, com médicos funcionários, com remuneração igual para todos, e independente da qualidade e quantidade do trabalho realizado, sofre da consequente despersonalização, insegurança e muitas vezes insatisfação, além de diluir a responsabilidade perante o doente, que se entrega à instituição e não ao SEU médico.

O grande problema é que exige mesmo a “vontade de mudar”!

Concluindo: penso que a solução mais económica, mais satisfatória e socialmente mais justa, quer para

A liberdade de escolha traz a confiança e a responsabilidade e permite a aceitação fácil dos conselhos recebidos, assim se evitando incertezas, duplicações e gastos desnecessários e representa o melhor garante da defesa dos doentes contra maus cuidados de saúde, num mercado em que a distinção e a escolha devem ser feitas pela qualidade dos serviços prestados, e não pelo seu custo.

peças quer para profissionais, é a existência de um Seguro Nacional de Saúde, único, independente do OGE, dirigido por profissionais competentes e independentes, para o qual todos deverão contribuir, de acordo com as suas posses, (competindo apenas o Estado, com as suas verbas próprias, pagar os prémios desse Seguro Nacional, substituindo-se aqueles que, por manifesta insuficiência económica, não o possam fazer) mas permitindo uma medicina de livre escolha, personalizada e organizada, motivadora de progresso e qualidade

Notícia

Encontro Nacional de Internos de Estomatologia 2019

Nos dias 10 e 11 de maio realiza-se o Encontro Nacional de Internos de Estomatologia 2019, no auditório da sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa. A Comissão Nacional de Internos de Estomatologia pretende reunir nesta iniciativa todos os internos de formação específica em Estomatologia e os respetivos orientadores de formação. O evento estará aberto a todos os restantes especialistas e colegas com interesse na área.

Os objetivos passam por fomentar a investigação e divulgação científica, bem como promover o convívio e a partilha de conhecimento entre pares. O programa e as regras para a submissão de trabalhos científicos serão divulgados em breve, tal como os cursos pré-encontro, previstos para o dia 9 de maio.

Siga a página de Facebook do evento em: www.facebook.com/events/2240586966192458/





Mariana B. C. Saavedra

Interna de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

A propósito das equipas multidisciplinares em saúde

Em Portugal tem-se verificado um retrocesso no âmbito do trabalho em equipas multidisciplinares parecendo política do governo e de vários grupos profissionais destituir o trabalho de equipa em prol de trabalho individualizado considerando a sua atuação isolada como suficiente para suprir todas as necessidades dos doentes com graves consequências que daí advêm.

O conhecimento cada vez maior em saúde tem exigido uma maior especialização de cada profissional. Contudo, quando falamos em qualidade em saúde, vários estudos têm demonstrado consideráveis limitações na abordagem fragmentada dos doentes, salientando a importância de uma visão global no cuidado aos doentes.

A formação de equipas multidisciplinares que sistematizam os conhecimentos das diferentes áreas tem-se verificado indispensável. Estas equipas são compostas por profissionais vindos de diferentes áreas de formação com o objetivo de responder à complexidade e à multidimensionalidade dos problemas que existem em saúde. São constituídas por médicos com diferentes especializações, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, entre muitos outros profissionais de saúde devendo estar em sintonia com as necessidades dos doentes e a complexidade de cada caso.

Incluem, portanto, diferentes profissionais que

trabalham juntos, mantendo as suas atuações específicas devendo trocar informações dentro das suas áreas comuns.

A importância deste tipo de abordagem tem sido documentada cientificamente, demonstrando um melhor cuidado. Os estudos mostram que a introdução de equipas multidisciplinares se associa a menor tempo de internamento quando os doentes são admitidos em unidades hospitalares, a maior índice de satisfação com os serviços de saúde e a menos custos globais (Nogueira, 2004).

Preisler, Borba, Battirola (2001) descrevem inclusivamente quais as competências necessárias para um verdadeiro trabalho multidisciplinar:

- **Cooperar:** participar voluntariamente, apoiar as decisões da equipa, fazer a sua parte do trabalho;
- **Compartilhar informações:** manter as pessoas envolvidas informadas e atualizadas;
- **Expressar expectativas positivas:** esperar o melhor das capacidades dos outros membros do grupo, falando dos membros da equipa com aprovação. Apelar para a racionalidade em situa-

ções de conflito e não assumir posição polêmica nesses casos;

- **Estar disposto a aprender com os restantes profissionais:** valorizar a experiência dos outros, solicitar dados e interagir pedindo e valorizando ideias;
- **Encorajar e motivar os outros profissionais:** dar crédito aos colegas que tiveram bom desempenho tanto dentro como fora da equipa;
- **Construir um espírito de equipa:** tomar atitudes que promovam um clima amigável e cooperação entre os membros; com cumplicidade partilhada de responsabilidades;
- **Resolver conflitos:** encorajar ou facilitar soluções construtivas para a equipa. Não esconder ou evitar problemas, mas tentar resolvê-lo da forma proveitosa.

Assim, antes de mais é fundamental que as pessoas envolvidas saibam a atuar desta forma. Que estejam dispostas a ouvir os colegas, entendendo que ninguém sabe tudo sobre um assunto e que consigam exprimir-se nesse contexto mantendo a mente aberta para perceber as ligações entre a sua área e as dos restantes elementos da equipa.

Mas vários entraves inerentes às equipas multidisciplinares foram identificados, nomeadamente:

- Uma intensa divisão social e técnica do trabalho na área da saúde;
- O processo de alta especialização e compartimentação do saber na formação académica dos profissionais;
- A crença de que a competência de cada profissional isoladamente será suficiente para a complexidade do atendimento e das necessidades do doente e da comunidade;

- A visão reducionista e fragmentada do ser humano;
- Ausência de comunicação entre os elementos integrantes da equipa;
- A alta rotatividade dos profissionais de saúde;
- A falta de supervisão, acompanhamento e formação dos profissionais;
- A hierarquia entre profissões e competição no mercado de trabalho.

De acordo com Pinho (2006), na generalidade das equipas multidisciplinares em saúde, não se configuram apenas trabalhos tecnicamente diferentes, mas também desiguais quanto à sua valorização social.

É comum ocorrerem conflitos em equipas compostas por profissionais com distintas funções, sendo que o potencial conflito se torna amplificado se não existir compreensão das diferentes capacidades dos membros, se o indivíduo visualizar

Os estudos mostram que a introdução de equipas multidisciplinares se associa a menor tempo de internamento quando os doentes são admitidos em unidades hospitalares, a maior índice de satisfação com os serviços de saúde e a menos custos globais.

uma tarefa como invasão de terreno dos outros profissionais, se assumir um comportamento defensivo e se acreditar na ausência de qualificações dos outros membros.

Além da responsabilidade e do saber específico de cada profissão, há um campo de competência e responsabilidade partilhado e, como tal, é necessário desenvolver práticas que contribuam para a qualidade do trabalho diário, para a troca de conhecimento entre os membros da equipa e entre estes e os doentes (Vasconcelos, Gillo e Soares, 2009).

A compreensão e a definição clara dos papéis dos profissionais associados a determinada tarefa é indispensável em saúde. Principalmente porque a indefinição ou a ambiguidade relativa ao papel de cada um pode gerar conflitos na equipa, ao acumularem-se expectativas inadequadas ou mal delimitadas entre os seus membros.

Nas guidelines e recomendações internacionais e nacionais de múltiplas patologias enfatiza-se cada vez mais a necessidade de equipas multidisciplinares, da partilha dos múltiplos saberes com o objetivo de oferecer o melhor tratamento focado no doente. Embora em vários países se caminhe cada vez mais nesse sentido, e se tivesse vindo a assistir a progressos na sua implementação também em Portugal, infelizmente parece-me haver alguma regressão neste campo no nosso país.

Assistimos nos últimos tempos, a uma tentativa cada vez maior de fragmentar o trabalho em equipa, da noção concreta do papel de cada profissional no âmbito da saúde. Parece não haver uma clara perceção dos limites inerentes a cada profissão e a cada área de atuação, sendo que o próprio governo parece não entender a importância individual e coletiva dos diferentes papéis de cada profissional, e que num todo constitui uma

equipa em saúde com o único objetivo de cuidar da melhor forma dos doentes.

A criação de mais e melhores equipas multidisciplinares, com respeito pelo trabalho de cada um e com a definição clara dos seus papéis é essencial! Parece-me extremamente preocupante aquilo que se tem verificado em Portugal no âmbito da saúde e acho que todos os colegas entenderão aquilo a que me refiro.

**Quem me dera conseguir fazê-los entender.
E mais não digo.**

Referências:

- Saraiva D. A importância das equipas multidisciplinares. Atlas da Saúde disponível em <http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/importancia-das-equipas-multidisciplinares> consultado em outubro de 2018.
- Pinho, M. (2006). Trabalho em Equipe de Saúde: limites e possibilidades de actuação eficaz. Revista Ciência e Cognição, (8).
- Preisler, A.; Borba, J.; Battirola, J. (2002) - Os tipos de personalidade humana e o trabalho em equipe. Curitiba: Revista Psicologia, Educação e Cultura, (2) 1.
- Vasconcelos, M.; Gillo, C.; Soares, M. (2009) – Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem do indivíduo, família e comunidade. Brasil: Universidade de Minas Gerais.
- Weick, K E.; Sutcliffe U, Kathleen M. (2001). Managing the Unexpected. s/ed., San Francisco: Jossey Bass.

Cultura

Manual de Saúde Ocupacional em Hospitais

Ema Sacadura Leite
António Sousa Uva
COORDENAÇÃO

**MANUAL
DE
SAÚDE
OCUPACIONAL
EM
HOSPITAIS**

Com a coordenação de Ema Sacadura-Leite (especialista em Pneumologia e em Medicina do Trabalho) e António de Sousa-Uva (especialista em Imunoalergologia e em Medicina do Trabalho), chega-nos um "Manual de Saúde Ocupacional em Hospitais", editado pela "Diário de Bordo Editores". O livro conta com a contribuição de 25 coautores, profissionais da área, e tem o objetivo de abordar alguns aspetos das relações entre o trabalho hospitalar e a saúde/doença, estando sistematizado por grupos de fatores de risco (e riscos) profissionais. O livro pode ser adquirido em algumas livrarias do país (Almedina e Bertrand), bem como por contacto direto com o editor através do email: pauloazevedonogues@gmail.com.

O PRIMEIRO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA COM RECURSO A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL.



O sucesso da reabilitação auditiva assenta na audilogia e na tecnologia. Na Widex orgulhamo-nos de ter, há mais de 30 anos, uma equipa de audiologistas qualificados e experientes. Esta equipa beneficia hoje em dia de uma tecnologia mais evoluída e extremamente inteligente: **O primeiro programa** de reabilitação auditiva com recurso a **inteligência artificial**.

EXPERIMENTE GRATUITAMENTE

- Bateria recarregável
- 24 horas de autonomia
- Maior poupança



CONDIÇÕES EXCLUSIVAS PARA MEMBROS DA **ORDEM DOS MÉDICOS** E RESPETIVOS FAMILIARES:

- OFERTA DE **PILHAS GRÁTIS DURANTE 5 ANOS + SEGURO 4 ANOS***

CONSULTA DE AVALIAÇÃO AUDITIVA GRATUITA

Consulte sempre o seu médico.

* A Oferta de 5 anos de pilhas (no caso de Evoke Z oferta de baterias recarregáveis durante 5 anos) + oferta seguro 4 anos varia consoante o modelo dos aparelhos auditivos. Não acumulável com outras campanhas, acordos e protocolos em vigor. Condições válidas até 30 de Abril de 2019.

Nº verde gratuito

800 200 343

(Dias úteis das 9h00 às 18h00)

www.widex.pt

WIDEX®
CENTROS AUDITIVOS

Quem disse que
com um seguro
casa ou **vida**,
o seu carro não
ganha nada?

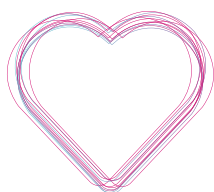


**25€
oferta**

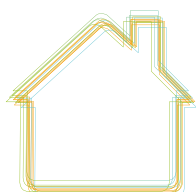
em cartão de combustível
campanha válida
até 31/03/2019

ageas casa ou vida
seguros

Contacte um mediador Ageas Seguros ou acesse
a www.ageas.pt/campanha-casavida
para conhecer mais detalhes da campanha.



ageas vida
seguros



ageas casa
seguros

Contacte-nos:



Mediador Ageas Seguros



Contactos Exclusivos Médicos
217 943 027 | 226 081 627
dias úteis, das 8h30 às 19h00



Saiba mais em
www.ageas.pt/medicos
medicos@ageas.pt

PUB. (01/2019). Não dispensa a consulta da informação pré-contratual
e contratual legalmente exigida e das condições da campanha em www.ageas.pt/campanha-casavida

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 7.500.000 Euros

Ageas Portugal, Companhia de Seguros de Vida, S.A.
Sede: Edifício Ageas, Av. do Mediterrâneo, 1, Parque das Nações, Apart. 8063, 1801-812 Lisboa. Tel. 21 350 6100
Matrícula / Pessoa Coletiva N.º 502 220 473. Conservatória de Registo Comercial de Lisboa. Capital Social 10.000.000 Euros



www.coloradd.net

www.ageas.pt

Ageas Seguros | siga-nos em

