



Revista da Ordem dos Médicos

Reunião geral dos médicos

Os médicos deveriam ter uma carreira, pelo menos, semelhante à dos magistrados- pág. 23



**Relação médico-paciente:
Candidatura a património cultural imaterial da Humanidade - pág. 28**

**Eleições: Colégios
da Especialidade
Voto eletrónico** - pág. 17

**Audiência com o Presidente da República
Investir na Saúde é
uma questão ética e moral**
- pág. 21

Somos uma equipa
sempre ao seu lado.



Agora à distância
de uma videochamada.



ageas
seguros contact
center



linhas de apoio exclusivo a Médicos
217 943 027 | 226 081 627
dias úteis, das 8h30 às 19h00
medicos@ageas.pt
www.ageas.pt/medicos

Os nossos profissionais dedicados têm uma novidade para si:
a videochamada.

Um serviço Ageas Seguros inovador que pretende simplificar o atendimento e melhorar a comunicação a olhos vistos, acrescentando proximidade e interatividade à nossa linha de apoio exclusivo a médicos.

Ao seu dispor em ageas.pt/medicos no ícone **click to vídeo**.

PUB. (08/2017)

Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A.
Sede: Rua Gonçalo Sampaio, 39, Apart. 4076, 4002-001 Porto. Tel. 22 608 1100
Matrícula / Pessoa Coletiva N.º 503 454 109. Conservatória de Registo Comercial do Porto. Capital Social 36.870.805 Euros

Ageas Portugal, Companhia de Seguros de Vida, S.A.
Sede: Edifício Ageas, Av. do Mediterrâneo, 1, Parque das Nações, Apart. 8063, 1058-801 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.ageas.pt

Ageas Portugal | siga-nos em



**Revista da
Ordem dos Médicos**
Ano 33 - N.º 182
SETEMBRO 2017

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

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

Bastonário da Ordem dos Médicos:
Miguel Guimarães

Director:
Miguel Guimarães

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
rom_pub@ordemdosmedicos.pt

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

Capa:
2aocubo

Redacção, Produção
e Serviços de Publicidade:
Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa

Tel.: 218 427 100 – Fax: 218 427 199

Impressão:
MULTITEMA
Partners for Printing and Mobile

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

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

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

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

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



sumário

editorial

- 04 Respeito pela vida:
o valor da justiça e da ética

08 breve revista de Imprensa

informação

- 12 Médicos devem reportar falhas nas equipas multidisciplinares
13 Em defesa da verdade, do SNS e das pessoas
14 Criação dos SAMP pressão produziu finalmente efeitos
15 Ordem dos Médicos recusa proposta do Ministro da Saúde para reter médicos no SNS
16 Código de Ética da Associação Portuguesa de Urologia
17 Voto eletrónico Eleições para os Colégios de especialidades e competências, secções de subespecialidades e CNMI

atualidade

- 18 IV Jornada europeia da OMC Desafios e orientações da profissão médica e do setor da saúde na UE
21 Audiência com o Presidente da República Investir na Saúde é uma questão ética e moral
23 Reunião Geral dos Médicos Os médicos deveriam ter uma carreira, pelo menos, semelhante à dos magistrados
28 Relação médico-paciente: Candidatura a património cultural imaterial da Humanidade
35 Ensaios em Bioética
36 Tomada de posse dos conselhos consultivos da OM
42 Evocação a Mário Saraiva
43 Uma história concisa da alimentação e nutrição nas primeiras idades
44 Educação para a Saúde
45 Fórum Médico: estruturas representativa dos médicos sentem que nada mudou...
48 O futuro do jovem médico



N.º 182 | Setembro 2017 | Maio 124
Revista da Ordem dos Médicos
Reunião geral dos médicos
Os médicos deveriam ter uma carreira, pelo menos, semelhante à dos magistrados - pág. 23



Relação médico-paciente:
Candidatura a património cultural imaterial da Humanidade - pág. 28
Eleições: Colégios da Especialidade Voto eletrónico - pág. 17
Audíencia com o Presidente da República Investir na Saúde é uma questão ética e moral - pág. 21

Região Centro

- 52 Ignorar os profissionais de saúde é ignorar o SNS
54 SRCOM realizou questionário inédito em Portugal
52 Alerta para a falta de condições do edifício da USF CelaSaúde

Região Sul

- 58 Sistemas de informação devem ser focados nos doentes e na medicina
60 Nova casa, mais espaço e melhores condições
62 "Percentagem do PIB para o SNS é mais baixa do que há dois anos"

Região Norte

- 64 Os doentes em segundo lugar
66 SNS – O que ainda falta fazer
68 Prémio Banco Carregosa/SRNOM

opinião

- 70 The Children of Wakefield
71 Informação - Tiago Villanueva é o novo editor-chefe da Acta Médica Portuguesa
72 Brasília, linha recta e linha curva
73 Síndrome de Burnout nos médicos
73 Informação - Cursos em Gestão dos Serviços de Saúde homologados
75 Transplantação hepática em Coimbra 25 anos As memórias de um compromisso
76 Psicoterapia no tratamento da depressão
79 Médicos que a escrever, retratam gente!

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

ANATOMIA PATOLÓGICA: Rui Henrique
ANESTESIOLOGIA: Paulo Ferreira de Lemos
ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR: José Fernandes e Fernandes
CARDIOLOGIA: Mariano Pego
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: António Marinho da Silva
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA: Paulo Pinho
CIRURGIA GERAL: António Menezes da Silva
CIRURGIA MAXILO - FACIAL: Paulo Coelho
CIRURGIA PEDIÁTRICA: Paolo Casella
CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA: Victor Fernandes
DERMATO - VENEREOLOGIA: Manuela Selores
DOENÇAS INFECCIOSAS: Fernando Maltez
ENDOCRINOLOGIA - NUTRIÇÃO: Helena Cardoso
ESTOMATOLOGIA: Rosário Malheiro
FARMACOLOGIA CLÍNICA: José Luís de Almeida
GASTRENTEROLOGIA: Pedro Narra Figueiredo
GENÉTICA MÉDICA: Jorge Pinto Basto
GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA: João Silva Carvalho
HEMATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Abecasis
IMUNOALERGOLOGIA: Helena Falcão
IMUNOHEMOTERAPIA: Helena Alves
MEDICINA DESPORTIVA: Maria João Cascais
MEDICINA FÍSICA E DE REabilitação: Jorge Caldas
MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques
MEDICINA INTENSIVA: José Artur Paiva
MEDICINA INTERNA: Armando Carvalho
MEDICINA LEGAL: Sofia Lalanda Frazão
MEDICINA NUCLEAR: João Pedroso de Lima
MEDICINA DO TRABALHO: Ferreira Leal
MEDICINA TROPICAL: Jaime Nina
NEFROLOGIA: José Diogo Barata
NEUROCIRURGIA: Rui Vaz
NEUROLOGIA: José Vale
NEURORRADIOLOGIA: João Reis
OFTALMOLOGIA: Augusto Magalhães
ONCOLOGIA MÉDICA: Maria Helena Gervásio
ORTOPEDIA: Manuel André Gomes
OTORRINOLARINGOLOGIA: Artur Condé
PATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Cirne Carvalho
PEDIATRIA: José Lopes dos Santos
PNEUMOLOGIA: Fernando José Barata
PSIQUIATRIA: Luiz Gamito
PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA: Pedro Monteiro
RADIOLOGIA: Amélia Estêvão
RADIONCOLOGIA: Margarida Roldão
REUMATOLOGIA: J. A. Melo Gomes
SAÚDE PÚBLICA: Pedro Serrano
UROLOGIA: Avelino Fraga

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: Vasco Ribeiro
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: Augusto Ribeiro
DERMATOPATOLOGIA: Esmeralda Vale
ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão
EEG/NEUROFISIOLOGIA
GASTRENTEROLOGIA PEDIÁTRICA: Jorge Amil Dias
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA: Carlos Freire de Oliveira
HEPATOLOGIA: Luís Tomé
MEDICINA MATERNO-FETAL: Fátima Serrano
MEDICINA DA REPRODUÇÃO: Carlos Calhaz Jorge
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Helena Jardim
NEONATOLOGIA: Daniel Virella
NEUROPEDIATRIA: José Carlos da Costa Ferreira
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
ORTODONCIA: Teresa Alonso

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

ACUPUNTURA MÉDICA: António Encarnação
AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL: Duarte Nuno Vieira
EMERGÊNCIA MÉDICA: Vítor Almeida
GERIATRIA: Manuel Veríssimo
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: Fátima Carvalho
HIDROLOGIA MÉDICA: Luís Cardoso Oliveira
MEDICINA DA DOR: Beatriz Gomes
MEDICINA FARMACÉUTICA: José Aleixo Dias
MEDICINA HIPERBÁRICA E SUBAQUÁTICA: Oscar Camacho
MEDICINA DO SONO: José Moutinho Santos
MEDICINA PALIATIVA: Isabel Galriça Neto
PATOLOGIA EXPERIMENTAL: António Silvério Cabrita
PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIAL: Alberto Costa
SEXOLOGIA CLÍNICA: Nuno Monteiro Pereira

Novo site da Ordem

**Mais informação
mais acessibilidade...mais perto de todos**

www.ordemdosmedicos.pt

www.orderdosmedicos.pt

The image is a collage of screenshots from the website www.orderdosmedicos.pt. It includes:

- Homepage:** Shows the main navigation bar, a banner of the Order's building, and circular highlights for the President's Message, Online Magazine, and Medical Card.
- MENSAGEM DO BASTONÁRIO:** A message from the President.
- LEGISLAÇÃO:** A section for legislation.
- REVISTA OM ONLINE:** Information about the online magazine.
- RENOVAÇÃO DA CÉDULA:** Information about renewing the medical card.
- MÉDICOS:** A section for medical professionals.
- PÚBLICO:** A section for the public.
- BOLSA DE EMPREGO:** A section for employment opportunities.
- COLEGIOS:** Information about professional bodies.
- Notices:** Includes a notice from the President, a notice from the Order's Media, and a notice from the Order's Press Office.
- News:** Includes articles such as "OM apela aos médicos para apoiarem populações vítimas dos incêndios" and "Ordem dos Médicos recusa proposta do Ministro da Saúde para reter médicos no SNS".



Respeito pela vida: o valor da justiça e da ética

Miguel Guimarães
Bastonário da Ordem dos Médicos

Estimados colegas,

Após tomar conhecimento de alguns comentários expressos sobre o protesto de zelo dos enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (SMO), não posso deixar de vos transmitir, de forma objetiva e sem interferências externas, qual a posição que a Ordem dos Médicos (OM) tem defendido nas últimas semanas:

- A OM não se pronuncia sobre greves dos enfermeiros. Nem apoia nem deixa de apoiar. Não o fez, nem tinha que o fazer, nem o vai fazer.

- Num país democrático qualquer greve obede-

ce a um conjunto de regras, que incluem a existência de serviços mínimos, os quais incluem, entre outros, o trabalho em blocos de partos nos serviços de urgência.

- O chamado protesto de zelo promovido pelos enfermeiros especialistas em SMO não é uma greve. Caso contrário teriam que assegurar o trabalho nos blocos de partos. Neste protesto, os enfermeiros decidiram entregar o seu título profissional à sua Ordem, deixando de exercer as suas funções na área da obstetrícia incluindo nos blocos de partos. Deixar de trabalhar no serviço de urgência nos blocos de partos, independentemente da legalidade do processo, levanta outras questões mais complexas rela-

cionadas com o interesse público, com a ética e deontologia da profissão, com o funcionamento das equipas multidisciplinares e com a vida das grávidas e dos nascituros.

- Nesta situação, em que fica em causa o serviço de urgência, a OM foi chamada a pronunciar-se por causa das mulheres grávidas e por causa dos médicos de Ginecologia Obstetrícia.

- Seria mais confortável estar calado, mas a obrigação e o dever de intervir sobrepuja-se a outros interesses por várias razões, estatutárias, éticas e deontológicas, humanísticas e sentido de responsabilidade. Foi o que fizemos.

- Começamos por relevar a justiça da reivindicação dos enfermeiros especialistas, considerando justo um especialista ser melhor remunerado que um generalista. Apelámos ao Ministro da Saúde que rapidamente encontrasse uma solução equilibrada e socialmente adequada chegando a um acordo com os Sindicatos que representam os enfermeiros.

- Perante a ameaça concretizada dos enfermeiros especialistas deixarem de exercer as suas funções nos blocos de partos na urgência e as enfermeiras generalistas serem ameaçadas com processos disciplinares pela Ordem dos Enfermeiros (OE) caso exercessem aquelas funções, decidimos em conjunto com a Direção do Colégio de Ginecologia Obstetrícia emitir um comunicado, onde apelámos ao Ministro da Saúde e aos Conselhos de Administração dos hospitais que reforçassem as equipas dos blocos de partos com mais médicos (no caso de não existirem enfermeiros disponíveis) para que se continuassem a assegurar os partos com segurança e qualidade. E foi difundida uma mensagem pública de confiança e segurança para a sociedade civil e, em especial, para as mulheres grávidas.

- Simultaneamente foi disponibilizada uma minuta de requerimento para os médicos denunciarem as deficiências da composição das equipas multidisciplinares, sem prejuízo do dever de assegurarem os serviços mínimos e nomeadamente o dever de auxílio, ficando assim salvaguardados de potenciais complicações decorrentes das falhas existentes. É que,

nas circunstâncias referidas, são os médicos a assegurar os blocos de partos. Decorre do facto de estarmos a falar de serviço de urgência. Se alguém falta, quem está presente fica com a responsabilidade de assegurar os blocos de partos.

- Saliente-se que, para além do direito à vida e à integridade física das grávidas, estão também em causa os direitos dos nascituros. E, no contexto de urgência/blocos de partos, a OM não deve, em abstrato e de forma apriorística, definir prioridades quanto aos atos que é possível executar pela equipa médica, discernindo entre o que é ou não é da competência do médico; na ótica do dever de auxílio que impende sobre os médicos, estes devem prestar auxílio a uma grávida/parto e como tal, são competentes para a prática dos atos que sejam necessários.

- Os partos podem ser feitos por enfermeiros ou por médicos. Mas são antes de mais atos médicos. E o responsável clínico pela equipa multidisciplinar é sempre um médico. Aliás, no contexto atual não pode ser de outra forma. De resto, as complicações "sobram" sempre para os médicos. Impensável e inaceitável seria alguém incentivar os médicos a entregarem em massa as suas cédulas profissionais durante um determinado período de tempo, ficando aqueles impedidos de exercer medicina em todos os serviços públicos e privados, nomeadamente nos serviços de urgência. Ou seja, replicar a atitude dos enfermeiros especialistas. As consequências seriam catastróficas, colocando em risco a vida das pessoas. Na confrontação pela reivindicação de melhores condições de trabalho não vale tudo!

- Compete-nos defender a qualidade da medicina e da formação médica, e os princípios e valores éticos e deontológicos da nossa profissão. E desta forma defender os doentes, os médicos e o interesse público. Por isso mesmo não podemos validar a posição dos representantes dos enfermeiros quando estimulam os seus associados a entregar os títulos profissionais para não exercerem as suas funções específicas em contexto de blocos de partos no serviço de urgência. De resto, o art.º 100 do código deontológico da OE, na sua alínea c) diz que os enfermeiros devem "proteger e

“Compete-nos defender a qualidade da medicina e da formação médica, e os princípios e valores éticos e deontológicos da nossa profissão. E desta forma defender os doentes, os médicos e o interesse público.

defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional". Palavras para quê? Como é possível alguém estimular a violação do interesse público, a violação do seu próprio Código Deontológico, a violação da Lei? Sem respeito pela vida das grávidas ou dos nascituros. Sem respeito pela equipa multidisciplinar. Sem respeito pelos médicos com quem sempre partilharam o serviço de urgência nos blocos de partos.

- Caros colegas: não contem comigo para violar os princípios subjacentes ao exercício da nossa profissão. Não contem comigo para vos incitar a entregar as cédulas profissionais e deixar os serviços de urgência, nomeadamente blocos de partos, entregues a outros profissionais. Não contem comigo para vos incitar a violar a Lei e, consequentemente, a colocar-vos numa situação de responsabilidade pela adoção de condutas ilegais. Não contem comigo para vos incitar a violar o nosso Código Deontológico. Não contem comigo para vos incitar a violar o interesse público. Não contem comigo para deixar os doentes entregues ao seu destino e morrer. Com todo o respeito que os enfermeiros nos merecem, a única coisa que nos ocorre dizer neste momento é que, neste contexto infeliz, ainda bem que são os enfermeiros a "abandonar" os blocos de partos e não os médicos. Caso contrário seria uma desgraça.

- Finalmente, e dado que a relação com esta matéria não nos parece propriamente desproporcionada aproveitem para ler a proposta de lei de atos em saúde (ainda na Assembleia da República e já contestada por nós), e o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros.

Peço que me desculpem por vos maçar com este texto mas, as circunstâncias excepcionais e o desconhecimento factual por parte de algumas pessoas, assim me obrigam.

De resto, contem com o Bastonário e com o Conselho Nacional para defender a qualidade da medicina nas suas múltiplas vertentes, defender os doentes e o seu direito a cuidados de saúde qualificados e defender os médicos sempre que necessário, seja a nível das condições de exercício profissional e de trabalho, seja a nível do respeito e dignidade que nos é devida. Intervindo, denunciando, negociando e, se necessário, enfrentando o Governo ou o Ministro da Saúde, ou apoiando as justas reivindicações dos Sindicatos Médicos, nomeadamente em situação de greve.

Médicos informados são Leitores Bertrand

até
30%
em cartão

PROMOÇÃO EXCLUSIVA

DE 11 DE SETEMBRO A 22 DE OUTUBRO NÃO PERCA OS DESCONTOS ATÉ 30% EM CARTÃO
EM LIVROS SELECIONADOS DE MEDICINA DA EDITORA LIDEL E DA ORDEM DOS MÉDICOS.

Visite a livraria Bertrand mais perto de si ou aceda a www.bertrand.pt.



BERTRAND
LIVREIROS



Ibreve revista de **m**prensa

11-08-2017

Bastonário diz que médicos são “brutalmente explorados e pressionados”

Em defesa dos médicos — que diz serem "brutalmente explorados e pressionados", de não serem "uma privilegiados" nem sequer "super-homens" —, Miguel Guimarães aponta baterias ao Governo e às propostas que considera não corresponderem às necessidades e exigências daqueles profissionais.

Em entrevista ao *Público*, que o Observador cita, o bastonário da Ordem dos Médicos admite mesmo que possam "apeiar os médicos que façam greve".

Miguel Guimarães, que assumiu funções há cinco meses, acusa mesmo o ministro da Saúde de "não estar a ser sério" - e explica porquê. "Temos que ter memória. Em Março, ele disse na Assembleia da República que estava a pensar aumentar em alguns meses a idade de dispensa dos médicos nas urgências. Na altura, alegou que tinha sido falado com o anterior bastonário, que negou. O ministro explicou então que isto não era uma proposta. Afinal é mesmo uma proposta, que é oferecida para os médicos."

Em causa está, entre várias postas, o limite de idade para os médicos fazerem urgências: o bastonário defende que deixem de fazê-las a 55 anos, o governo considera que demais cedo. Ao Público, Miguel Guimarães explica que "não há



19-09-2017

Acoriano Oriental

Ordem dos Médicos pede “serenidade e ação” na saúde

A Ordem dos Médicos (OdM) considerou ontem que o setor da saúde vive um "momento especialmente complexo" que exige "serenidade e ação" e apelou ao Ministério da Saúde que reconheça o valor dos profissionais.

Em comunicado enviado à agência Lusa, o bastonário, Miguel Guimarães, e o conselho nacional da OdM lamentam que os médicos tenham servido de "bodes expiatórios e armas de arremesso", nos recentes protestos e greve nacional dos enfermeiros, em particular no que toca a comparação de remunerações.

"Em termos gerais, o grupo profissional médico representa, quer em termos nacionais quer no SNS [Serviço Nacional de Saúde], aproximadamente 22% dos recursos

humanos e 45% das despesas remuneratórias", afirma a OdM.

Num braço de ferro com o Ministério da Saúde que se prolonga desde julho, os enfermeiros reivindicam a introdução da categoria de especialista na carreira de enfermagem, com respetivo aumento salarial, bem como a aplicação do regime das 35 horas de trabalho para todos os enfermeiros.

"A situação atual reclama seriedade e ação, capacidade de resposta para os doentes urgentes. (...) Neste momento, especialmente complexo, a Ordem dos Médicos recomenda ao Ministério da Saúde uma gestão baseada na firmeza, justiça, reconhecimento do valor dos profissionais", lê-se no comunicado. *

Dignidade e equidade

Dia 28 de julho é o Dia Mundial de Combate à Hepatite. Pela dignidade dos doentes, não posso deixar de relevar a quase imediata revogação do recente Despacho 101/2017, do Secretário de Estado da Saúde, que iria limitar muito o número efetivo de doentes com Hepatite C crónica a serem tratados anualmente nos hospitais públicos. Este episódio lamentável não esconde a incompetência e obrigação de quem tem de saber que continuam a existir a nível nacional centenas de doentes cujos tratamentos propostos aguardavam até há pouco

**CONTINUA A SER
"ESQUECIDO" O CASO
DOS DOENTES COM
O GENÓTIPO 2**

tempo a necessária autorização da ACSS, sem a qual os doentes não se podem tratar. Continua a ser "esquecido" o caso dos doentes com o genótipo 2. Sendo um subtipo minoritário, os seus portadores não podem ter menos direitos ao tratamento adequado, o que coloca problemas de índole ética e legal insustentáveis que podem ter graves repercussões sobre a sua saúde. Da leitura do Despacho revogado fica -se com a sensação de que o Governo pensa que só existiriam 13000 doentes, quando é sabido que o número é muito superior. Este é apenas um exemplo de como precisamos de uma política do medicamento diferente, que proporcione rápido acesso à verdadeira inovação terapêutica. •

A black and white portrait of a middle-aged man with short hair, wearing glasses, a white shirt, and a dark tie. He is looking slightly to his left with a faint smile. The background is dark and out of focus.

— Líder da ODM diz que médicos serviram de “bodes expiatórios”

Ordem denuncia falta de cirurgiões

8 Setembro | 2017

**CORREIO
DA SAÚDE**Miguel
Guimarães

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Respeito e dignidade

O Governo apresentou uma proposta aos Sindicatos Médicos preconizando que os médicos com mais de 55 anos passem a fazer serviço de urgência. No mesmo documento afirmam que as suas remunerações aumentaram entre 15 e 20% nestes dois anos de legislatura. É falso que os médicos tenham sido aumentados nas suas remunerações. Tal como muitos portugueses que foram espoliados, os aumentos referidos correspondem apenas a uma reposição parcial do valor do trabalho. De resto, o Governo continua a acumular uma dívida de milhões de

É FALSO QUE OS MÉDICOS TENHAM SIDO AUMENTADOS NAS REMUNERAÇÕES

euros aos médicos, continuando congelada a sua progressão na carreira e, consequentemente, prejudicando-os nas suas reformas. É lamentável que o Governo proponha que os médicos com mais de 55 anos passem a fazer urgência. Numa altura em que os médicos são brutalmente pressionados e explorados pelo poder instalado, em que a síndrome de burnout e a responsabilidade não param de aumentar, em que a segurança clínica está mais ameaçada, a proposta é indigna e inaceitável. De resto, na defesa dos doentes deveria ser obrigatório considerar a profissão de médico como de elevado risco e desgaste rápido. Os médicos saberão dar uma resposta adequada a esta ameaça à Saúde. •

**CORREIO
DA SAÚDE**Miguel
Guimarães

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Desigualdades e SNS

O Professor Constantino Sakellariades escreveu, por outras palavras, a propósito do relato de um colega de Madrid sobre a Saúde em Espanha, que a crise, na sua fase crítica, consumiu as gorduras do sistema, envolveu de forma significativa o músculo e atingiu o osso. E na fase de recuperação económica e financeira, o Governo recuperou as gorduras, depois o músculo e finalmente o osso.

Dito de outra forma, investiu prioritariamente no acessório em detrimento do essencial. Aceitou o retrocesso na Saúde. As pessoas já estavam habituadas. No Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Governo português está a seguir o mesmo caminho. As gorduras começam a desaparecer. No músculo e no osso nada mexe por iniciativa própria.

De resto, no discurso do Ministério da Saúde a neutralidade orçamental substitui a sustentabilidade. No músculo não acontecem as reformas necessárias para melhorar a qualidade da nossa Saúde. No osso não estamos a ter coragem para investir e enfrentar os grandes desafios da Saúde nem corrigir as graves insuficiências existentes no SNS. Como resultado, a Saúde em vez de ser o ponto de equilíbrio entre as desigualdades sociais, está a contribuir de forma decisiva para as agravar. •

**CORREIO
DA SAÚDE**Miguel
Guimarães

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Interesse público

Enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica estão a usar como forma de protesto a recusa em executar qualquer ato não previsto na descrição de funções de enfermeiro generalista. E terão decidido entregar o título de especialista na sua Ordem Profissional.

A reivindicação é justa: uma carreira diferenciada e um vencimento adequado às suas funções.

Mas a forma encontrada para o protesto não me parece justa, para além das dúvidas quanto à sua legalidade.

OS MÉDICOS PODEM FICAR OBRIGADOS A AMPLIAR AS SUAS COMPETÊNCIAS

Os blocos de parto (que fazem parte dos serviços de urgência, e constituem serviços mínimos em caso de greve) ficam debilitados, podendo a saúde das grávidas e nascituros serem afetadas.

Numa situação em que a urgência e assistência aos partos deixa de ter o contributo dos enfermeiros especialistas, o que está e fica em causa é o interesse público, o dever de auxílio e a ética e deontologia.

Neste cenário, os médicos podem ficar obrigados a ampliar as suas competências habituais para salvaguardar a vida humana.

E desta forma garantir que as grávidas deste país podem ter confiança e segurança no Serviço Nacional de Saúde e em todos os seus profissionais de saúde. •

**CORREIO
DA SAÚDE**Miguel
Guimarães

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Valorizar as pessoas

Na semana em que o SNS completou 38 anos, vale a pena relevar a dedicação, empenho e qualidade dos seus profissionais. Com eles, o SNS cresceu e tornou-se um orgulho nacional, reconhecido a nível internacional. Nos últimos anos o subfinanciamento crónico da saúde, através do Orçamento do Estado, está a contribuir para descharacterizar o SNS. A consciência direta deste subfinanciamento está à vista de todos: a saúde está cada vez mais concentrada nas grandes unidades de saúde públicas e privadas, as regiões e áreas mais desfav-

É FUNDAMENTAL TRATAR AS PESSOAS COM RESPEITO E DIGNIDADE

recidas estão cada vez mais carenciadas e o número de profissionais de saúde que opta por trabalhar apenas no setor privado ou emigrar é cada vez maior.

Como resultado da economia política instalada, em que a saúde é centrada nas finanças e não no doente, o desencanto, desmotivação e irritação das pessoas aumenta, muitas vezes resultando numa síndrome de burnout que ameaça a segurança clínica. É fundamental não deixar "morrer" o SNS, e tratar as pessoas com respeito e dignidade, melhorar as condições de trabalho, remunerar os profissionais de acordo com o seu nível de responsabilidade e contratar o capital humano necessário ao seu normal funcionamento. •

Médicos devem reportar falhas nas equipas multidisciplinares

Caros colegas,

Como é do vosso conhecimento está em curso, por tempo indeterminado, um processo reivindicativo dos enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, que utiliza como forma de protesto a recusa em executar todo e qualquer ato que não esteja previsto na descrição de funções de um enfermeiro generalista (protesto de zelo).

Adicionalmente, antevê-se que, em face do pré-anúncio de greve para os próximos dias 11 a 15 de setembro de 2017, as equipas multidisciplinares de assistência às grávidas e dos blocos de partos dos hospitais possam ser afetadas na sua composição.

A composição destas equipas, do ponto de vista da qualidade e da segurança dos atos médicos a praticar, deve obedecer às condições mínimas de funcionamento dos blocos de partos, conforme se encontram definidas na Norma Complementar 1/2013 do Colégio de Especialidade de Ginecologia Obstetrícia (homologada pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos em 28.02.2014).

De acordo com a referida Norma Complementar os blocos de partos devem cumprir diversas regras, nelas se incluindo a necessidade da presença de dois enfermeiros, um dos quais obrigatoriamente com a especialidade de enfermagem obstétrica (esta norma pode ser consultada em www.ordemdosmedicos.pt).

Assim, sempre que a composição das equipas não esteja assegurada, os médicos podem e devem apresentar por escrito um requerimento dirigido ao Conselho de Administração do hospital, ao Diretor Clínico, ao Diretor de Serviço de Ginecologia Obstetrícia e com conhecimento do Bastonário da Ordem dos Médicos, salientando que a composição da equipa não obedece às condições mínimas de funcionamento dos blocos de partos como se

encontram definidas na Norma Complementar 1/2013.

Para isso, sugere-se uma minuta de requerimento (que pode ser consultada em www.ordemdosmedicos.pt).

O atendimento das grávidas, muitas vezes, é subservível ao conceito de atendimento urgente/emergente, o que fundamenta o dever de os enfermeiros assegurarem a prestação de serviços mínimos, tal como os médicos, e que, igualmente, se refere no requerimento em anexo.

A Ordem dos Médicos está profundamente preocupada com as grávidas e com a qualidade das condições de trabalho das equipas multidisciplinares.

Já referimos publicamente a justiça subjacente à pretensão dos enfermeiros especialistas em serem melhor remunerados que os enfermeiros generalistas.

No momento adequado, o Bastonário da Ordem dos Médicos, questionado pela LUSA sobre a legalidade do processo em curso, disse ter dúvidas sobre o mesmo, o que levou o Ministro da Saúde a pedir um parecer à Procuradoria-Geral da República.

A Ordem dos Médicos fica inteiramente disponível para ajudar os médicos, contribuir para a qualidade, bem estar e segurança das mulheres grávidas, e defender as pessoas.

O Colégio de Ginecologia Obstetrícia da Ordem dos Médicos

O Conselho Nacional da Ordem dos Médicos
Porto, 3 de setembro de 2017

Nota da redação: o modelo de requerimento para reportar falhas está disponível em:
www.ordemdosmedicos.pt

Em defesa da verdade, do SNS e das pessoas

Na sequência de declarações à comunicação social que davam conta que “os médicos que trabalham no SNS estarão a mais” e que culminaram numa mentira repetida em vários meios - “os médicos não fazem nada sem os enfermeiros” e “os médicos ganham 87% de toda a massa salarial do SNS” - a Ordem dos Médicos emitiu um comunicado onde define esta situação como uma “vergonha nacional” e apresenta uma análise que demonstra objetivamente a falsidade óbvia dessas afirmações.

“Durante a semana em que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) completou 38 anos de existência, surgiram declarações, veiculadas e multiplicadas na comunicação social sem o devido contraditório, que davam conta que os médicos que trabalham no SNS estarão a mais.

Num momento de clara impaciência reivindicativa e para justificar ir o mais longe possível, os médicos serviram de bodes expiatórios e armas de arremesso, que a comunicação social ampliou. As palavras de alguns ativistas, que repetidamente apelidaram os médicos de transgressores, culminaram numa mentira que, repetida e amplificada até ao limite, até poderia passar por verdade: “os médicos não fazem nada sem os enfermeiros” e “os médicos ganham 87% de toda a massa salarial do SNS”.

De forma inexplicável, talvez fruto do entusiasmo do momento, estas afirmações não foram devidamente validadas. A notícia foi-se espalhando. Dos vários responsáveis do Governo, partidos políticos e associativos nem uma palavra! Uma vergonha nacional, que a Ordem dos Médicos, respeitando o período de greve dos enfermeiros, não pode deixar passar em claro. Democracia implica responsabilidade e verdade.

Numa análise objetiva efetuada com base nos

dados da Direção Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP) relativos a empregos e remunerações médias, e da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) relativos a empregos, conclui-se que, em termos gerais, **o grupo profissional médico representa, quer em termos nacionais quer no SNS, aproximadamente 22% dos recursos humanos e 45% das despesas remuneratórias. E este valor inclui os muitos milhares de horas extraordinárias que os médicos são obrigados a fazer por deficiência marcada de capital humano.**

De resto, se 87% da verba estimada como despesas com pessoal do Orçamento do SNS para 2017 fosse repartida pelo grupo médico, isso implicaria que cada um dos restantes profissionais (assistentes operacionais e técnicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, enfermeiros, técnicos superiores de saúde) receberia, em média, 63% do Salário Mínimo Nacional (353€). Um absurdo completo que ninguém quis clarificar!

Sobre as outras afirmações produzidas de forma leviana, não vale a pena sequer comentar. Os doentes deste país conhecem bem os seus médicos e sabem a quem recorrer e em quem confiar quando têm um problema de saúde.

Todos nós reconhecemos a importância primordial

de todas as profissões da Saúde, com responsabilidades distintas e, por vezes, complementares, seja no plano individual consagrado na autonomia de competências específicas adquiridas, seja no trabalho integrado em equipas multidisciplinares, como é fundamental da relação entre os profissionais de saúde e as pessoas/doentes. Sejam assistentes operacionais, assistentes técnicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, médicos ou outros. A Ordem dos Médicos reitera algumas das suas preocupações e manifesta a firme determinação dos médicos na defesa intransigente da saúde das pessoas, particularmente daquelas cujos casos exigem cuidados de urgência.

A situação atual reclama serenidade e ação, capacidade de resposta para os doentes urgentes, que será sempre encarada pelos médicos com a competência habitual que lhes foi dada pela sua formação especializada, ética, deontológica e humanística, de muitos anos em contexto exigente de trabalho, avaliação e concursos públicos.

Os médicos estiveram na génese do SNS desde

muito cedo, como é naturalmente reconhecido por todos. Produziram, ainda nos anos 60, o Relatório das Carreiras Médicas sob a batuta de Miller Guerra, e foi um médico, Mário Mendes, na altura secretário de Estado da Saúde de António Arnaut, que acompanhou o ministro dos Assuntos Sociais de então no lançamento do SNS.

A Saúde precisa dos contributos positivos de todas as pessoas. E particularmente dos responsáveis políticos e dos profissionais de saúde, mas também de todos os portugueses, doentes ou não.

Neste momento, especialmente complexo, a Ordem dos Médicos recomenda ao Ministério da Saúde uma gestão baseada na firmeza, justiça, reconhecimento do valor dos profissionais e na defesa intransigente e permanente da qualidade e segurança da prestação de cuidados a todos os portugueses.

Porto, 18 de setembro de 2017

O Conselho Nacional da Ordem dos Médicos
O Bastonário da Ordem dos Médicos"



Criação dos SAMP pressão produziu finalmente efeitos

A Ordem dos Médicos saúda a criação dos Serviços Clínicos para a Avaliação da Aptidão Física, Mental e Psicológica dos Candidatos e Condutores (SAMP), que são os CAMP há muito reclamados pelos médicos, mesmo que a medida tenha sido tomada com um atraso incompreensível.

O Governo decidiu hoje (10 de agosto), finalmente, cumprir uma promessa que tem mais de meio ano e que a Ordem dos Médicos nunca deixou cair no esquecimento, conseguindo agora obter o efeito devido, talvez pela pressão feita nos últimos dias.

Ainda hoje, numa entrevista ao Público, o Bastonário lamentou que não estivesse cumprido esse compromisso político, com toda a sobrecarga que isso significa para o trabalho dos médicos nos centros de saúde.

Espera-se que, rapidamente, o projeto de Dec-Lei passe ao concreto e o processo legislativo e executivo seja agilizado, de molde a que os médicos passem a dedicar aos doentes o tempo de que estes necessitam.

Ordem dos Médicos recusa proposta do Ministro da Saúde para reter médicos no SNS

O Conselho Nacional da Ordem dos Médicos (CNOM) e o Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI), na sequência das declarações do Ministro da Saúde à Comunicação Social em que defende ser necessário um período de fixidelização após o término da especialidade para todos os médicos formados no Serviço Nacional de Saúde, consideram que:

1. Os médicos que estão em processo de formação especializada correspondem a profissionais altamente qualificados que, após 6 anos de curso e 1 ano de prática médica geral tutelada, têm autonomia para o exercício de medicina de acordo com o Juramento de Hipócrates, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos e a legislação em vigor.

2. Durante o processo de formação especializada os médicos internos cumprem um programa de formação, com duração entre 4 a 6 anos, integrados num Serviço, e contribuemativamente para o trabalho da respetiva especialidade em todas as suas vertentes.

3. No entanto, a realidade dos factos é avassaladora, dado os médicos internos correspondem neste momento a mais de 1/3 dos recursos humanos médicos do Serviço Nacional de Saúde, sendo pois essenciais para o seu funcionamento.

4. Neste sentido, os médicos internos fazem inúmeras horas extraordinárias no Serviço Nacional de Saúde, a maior parte das quais não remuneradas, sendo integradas em "bolsas de horas" que nunca são utilizadas. Muitos dos médicos internos não cumprem descansos compensatórios ou gozam as folgas, a que têm direito por

lei, de forma a garantir a continuidade de cuidados aos seus doentes.

5. A destacar que todas as formações complementares realizadas pelos internos de formação específica, hoje em dia fundamentais para o exercício de uma Medicina atualizada (cursos, congressos...), são financiadas pelos próprios.

6. Se o Sr. Ministro tem interesse em garantir que os recém-especialistas se mantenham no SNS deve sim facilitar e encurtar o tempo para a colocação dos mesmos. Não deve adiar de forma sistemática este processo, que leva a que vários recém-especialistas optem pelo trabalho em instituições privadas, dada a falta de perspetiva sobre o seu próximo local de colocação no SNS. Damos como exemplo os recém-especialistas aprovados em abril deste ano e que, passados quase 6 meses, ainda se encontram a aguardar um concurso para colocação no Serviço Nacional de Saúde.

Se o Sr. Ministro tem interesse em garantir que os recém-especialistas se mantenham no SNS deve facilitar e encurtar o tempo para a colocação dos mesmos.

Deste modo, o CNOM e o CNMI não compreendem a posição do Sr. Ministro da Saúde de escamotear esta realidade dando a entender que existe apenas o benefício de quem é formado, sem qualquer compensação do Serviço Nacional de Saúde.

Sendo o SNS o esmagador formador de médicos especialistas não é pois legítima uma medida desta natureza sem uma ampla discussão sobre o tema.

A Ordem dos Médicos não pode igualmente aceitar que uma medida deste tipo seja aplicada, alterando regras de funcionamento a meio ou no fim do internato.

Consideramos igualmente essencial que seja realizado um estudo socioeconómico sobre o papel que os médicos internos têm no Serviço

Nacional de Saúde, de modo a reconhecer a sua real importância e compreender quem está em dívida com quem.

A Ordem dos Médicos recusa esta proposta do Sr. Ministro da Saúde considerando-a desadequada, criadora de instabilidade, e totalmente injusta para os internos de formação específica revelando um grande desconhecimento da atual situação do SNS e dos seus pilares de sustentabilidade.

Lisboa, 26 de setembro de 2017

O Conselho Nacional do Médico Interno
O Conselho Nacional da Ordem dos Médicos

Código de Ética da Associação Portuguesa de Urologia

Nos últimos anos, a prática da Medicina, incluindo a da Urologia, foi substancialmente alterada com a evolução de novos paradigmas, entre os quais se incluem os atuais contextos sociais e políticos e também as mudanças nas atividades profissionais em centros hospitalares e ambulatórios. Também o enorme desenvolvimento das tecnologias a todos os níveis, a informatização e a globalização, o incremento da investigação científica, as relações da Medicina com a Indústria e os crescentes poderes independentes dos valores tradicionais, são fatores, entre outros, que levantam novos desafios, exigindo uma reflexão e uma visão ética. Por isso se assiste ao desenvolvimento de comissões de ética médica (bioética), que, nos distintos níveis a que correspondam, podem refletir, discutir e elaborar recomendações e códigos que completem e adaptem os valores éticos profundos da Medicina às novas realidades, analisando também situações concretas em contextos práticos do ponto de vista ético. *Estas reflexões e análises são independentes dos aspetos legais. Buscando desenvolver os melhores parâmetros de atuação urológica, em que a vertente ética deve também ser incluída, A Associação Portuguesa de Urologia publicou em março deste ano um Código de Ética que pode ser consultado aqui: <http://www.apurologia.pt/pdfs/codigo-de-etica.pdf>*

A Comissão de Ética da Associação Portuguesa de Urologia, constituída por Manuel Mendes Silva (presidente), Helder Coelho, Alfredo Mota e Arnaldo Lhamas, propõe-se trabalhar constantemente para aperfeiçoar o Código de Ética elaborado por essa comissão, melhorando o seu valor para que se torne num benefício para todos os urologistas que integram a referida Associação.

Voto eletrónico

Eleições para os Colégios de especialidades e competências, secções de subespecialidades e CNMI

Como já anunciámos na edição anterior, no próximo dia 16 de novembro terá lugar a consulta eleitoral para as direções dos Colégios de especialidade, competências, secções de subespecialidade e Conselho Nacional do Médico Interno. Pela primeira vez, a Ordem dos Médicos, irá implementar o sistema de voto eletrónico, meio que permite ao eleitor exercer o seu direito de escolha de forma mais cômoda e ágil, a partir de sua casa ou de qualquer local em que disponha de um computador ou dispositivo móvel (telemóvel, tablet, etc.) ligado à internet. A Ordem dos Médicos escolheu este método não só por se tornar mais cômodo para os eleitores, por facilitar o apuramento dos resultados eleitorais mas também, e primordialmente, por se tratar de um sistema que dá garantias de segurança e confidencialidade que já foi implementado com sucesso noutras Ordens profissionais. Neste artigo explicamos o processo, quer para quem preferir a comodidade do voto eletrónico quer para quem opte pelo voto em papel.

Com a implementação do voto eletrónico, a Ordem dos Médicos espera corresponder às expectativas de modernização dos médicos e que se registe um efeito positivo no envolvimento de todos os Colegas, num processo eleitoral onde a credibilidade e confiança na proteção de dados e confidencialidade foi garantida: a plataforma adotada garante o anonimato do votante e confidencialidade do voto, não sendo tecnicamente possível a sua rastreabilidade. O sistema de votação eletrónica irá simplificar igualmente o apuramento dos resultados eleitorais e melhorar a gestão do processo, garantindo todas as condições de segurança, através do recurso a uma plataforma certificada, com experiência reconhecida no processo eleitoral já implementado noutras Ordens profissionais.

Apesar da rapidez e comodidade do recurso ao voto eletrónico, para quem preferir continuar a exercer o seu direito através de boletim de voto em papel, poderá fazê-lo por votação direta, dia 16 de no-

vembro de 2017, na sede da sua Secção Regional, ou solicitando que seja remetido o boletim de voto por correspondência para a sua morada, através do envio de um **e-mail** para **eleicoes@ordemdosmedicos.pt** ou por **carta** dirigida à **Ordem dos Médicos - Eleições, Av. Almirante Gago Coutinho, 151, 1749-084 Lisboa, até ao próximo dia 22 de outubro de 2017**. Só poderão ser considerados os pedidos que sejam recebidos na Ordem dos Médicos até às 22 horas do dia 22 de outubro 2017.

A plataforma onde os médicos irão votar pretende ser simples e intuitiva mas, caso subsistam dúvidas, a Ordem disponibiliza no site nacional, na área de colégios, resposta às questões mais frequentes. Poderão os médicos ainda telefonar para um dos seguintes números: 21 842 71 00 | 22 70 50 100 | 239 79 29 20 entre as 9h30 e as 18h00.

Voto eletrónico, passo a passo

- Até ao dia **30 de outubro de 2017**, cada médico eleitor receberá um código PIN através de sms (enviado para o número de telemóvel que tem registado na Ordem dos Médicos). Esse código deve ser guardado até à data da eleição.

1.1 - Se não possuirmos o contacto móvel, o PIN será enviado por carta para a morada presente na nossa base de dados.

- Na posse desse código, o médico acederá à plataforma de voto eletrónico que será posteriormente divulgada através do site da Ordem dos Médicos em www.ordemdosmedicos.pt

3. Preencherá os seguintes campos:

*N.º de cédula profissional
PIN*

Data de Nascimento [no formato - DDMMAAAA, ie. se nasceu a 01 de fevereiro de 1973 - 01021973]

- Acederá aos boletins de voto, tantos quantos os cadernos eleitorais de que conste.

- Só se pode votar uma vez em cada Colégio. O sistema não permitirá novas votações ou correção do voto efetuado. O voto eletrónico, por não ser rastreável em todo o processo, não pode ser alterado nem anulado após a votação inicial.

IV Jornada europeia da OMC

Desafios e orientações da profissão médica e do setor da saúde na UE

A Ordem dos Médicos participou nas quatro jornadas europeias promovidas pela sua homóloga espanhola, tendo sido representada pelo bastonário Miguel Guimarães que participou nos trabalhos que decorreram dia 7 de julho na sede da Organización Médica Colegial, defendendo a união das estruturas representativas dos médicos a nível europeu para que a profissão consiga ter uma voz ativa na definição das políticas europeias de saúde.

Serafin Romero, presidente do OMC, moderou a mesa "hoje e amanhã da profissão na União Europeia", tendo comentado temas como a influência da crise na emigração médica, o reconhecimento profissional no contexto europeu, e a importância de não permitir que se venha desregular uma profissão tão regulada como a profissão médica.

Patrick Bouet, presidente da Ordem dos Médicos francesa falou sobre as reformas do setor em França e explicou como no contexto eleitoral que o seu país viveu, a Ordem insistiu em impor no debate político a abordagem às questões da saúde e envolveu-se diretamente na campanha colocando questões aos candidatos a presidente da república.



"A saúde é uma preocupação muito presente nos franceses"; para despertar o interesse da população foi feita uma campanha publicitária para o público. A OM francesa fez também uma consulta alargada aos médicos: "35 mil médicos responderam a um inquérito de cerca de 45 minutos em que lhes perguntávamos sobre tudo...; Depois

elaboramos um livro branco – que foi enviado ao Ministro da Saúde - com dez propostas centradas em 4 princípios, cujo objetivo era implementar uma reforma desejada pelos médicos: simplificar a organização territorial dos serviços de saúde para



criar a desejada democracia da saúde, aligeirar e descompartimentar a atividade clínica; estabelecer um método remuneratório gratificante para todos; ...e, para pensar o futuro, profissionalizar a formação dos médicos; França tem que formar médicos para os doentes e o território; ..." "França não pode ser um país de exclusão; tem que haver igualdade no acesso à saúde", foi o que a Ordem dos Médicos francesa recordou aos candidatos através de uma declaração política pública em defesa dos doentes e dos seus direitos.

Andrew Rowland, representante da British Medical Association, falou das preocupações que afetam o NHS no contexto da saída da União Europeia, referindo que o sistema de saúde inglês não funcionaria sem os médicos estrangeiros, entre os quais espanhóis e portugueses, que têm sido contratados; quanto ao posicionamento das organizações médicas defendeu que o importante é que se mantenham unidas na defesa da medicina e dos médicos, com ou sem brexit, processo que ainda vai demorar muitos anos a concluir; "para que o brexit não possa vir a transformar-se num efeito secundário nocivo para os nossos doentes".

Andras Zsigmond, conselheiro político da União Europeia, falou sobre a mobilidade profissional, o reconhecimento e qualificação profissional na União Europeia e a transposição das normas explicando como a diretiva explica como os candidatos devem comprovar os seus conhecimentos lingüís-

ticos. A formação contínua dos profissionais também foi referida como fundamental por Andras Zsigmond. O conselheiro político falou ainda da proposta em que a Comissão Europeia está a trabalhar

que constitui um olhar diferente para a mobilidade profissional, impondo proporcionalidade e uma análise de impacto a realizar antes da aprovação de nova regulamentação das profissões.

Na sua intervenção, Miguel Guimarães partilhou algumas reflexões sobre o acesso aos medicamentos – um dos temas abordados nas mesas redondas deste encontro – explicando que o preço dos medicamentos e a problemática das patentes corresponde a uma atuação incompetente dos governos defendendo que os Estados "deviam ter linhas de investigação de medicamentos para poderem competir com a própria indústria farmacêutica", especialmente num contexto em que a nova medicina vai revolucionar os medicamentos "que terão que começar a ser pensados para a personalização, ou para pequenos grupos de doentes" e é importante que os Estados encontrem "formas de impedir a natural tendência de aumento do preço dos medicamentos".

Sobre a reestruturação das organizações europeias, Miguel Guimarães falou da proliferação de instituições, cada uma com os seus objetivos, salientando a "falta de coordenação a nível europeu devido a essa multiplicidade de instituições", exemplifican-

Falta uma voz única na Europa para os médicos

- Miguel Guimarães

do com a organização dos médicos especialistas (UEMS) que não inclui os especialistas de Medicina Geral e Familiar que têm uma organização própria. "Falta uma voz única na Europa para os médicos", algo que frisou ser essencial para conseguir ter influência nas questões importantes. Para evitar o enfraquecimento da voz dos médicos junto da União Europeia, Miguel Guimarães defendeu a criação de um fórum entre as várias organizações e que fosse esse fórum a representar os médicos junto da União Europeia, evitando assim a desestruturação, aumentando a representatividade e, consequentemente, a capacidade de influência na política de saúde europeia, através de um interlocutor único. "A reestruturação é uma necessidade. Os médicos mais do que nunca têm que estar unidos, quer em termos nacionais quer internacionais, para dar uma resposta adequada aos problemas que nos afligem". "É preciso definir estratégias, procurando sempre a qualidade da medicina nomeadamente através da redução da variabilidade clínica", sem esquecer os principais desafios dos próximos anos com o envelhecimento populacional, o aumento da esperança de vida, maior necessidade de cuidados de saúde, os constrangimentos económicos que tornam muito complicado reduzir a carga de doenças crónicas por falta de prevenção e promoção da saúde. "É preciso fazer mais, com menos". Miguel Guimarães referiu ainda ser necessário "diferenciar a verdadeira inovação e promovê-la", concluindo a sua intervenção com a defesa da humanização da relação médico/doente. "Essa tem que ser uma bandeira da luta dos médicos", o que em Portugal, conforme explicou, se traduz entre outras medidas na definição dos tempos adequados de consulta, trabalho que a Ordem dos Médicos está a fazer com os seus Colégios da Especialidade. "Médicos e doentes sentem que lhes falta tempo. Temos que garantir tempos adequados".





4^a
DISTINÇÃO DE
MÉRITO EM GESTÃO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
2017

....

ORDEM DOS MÉDICOS

Prof. Doutor Manuel Sobrinho Simões

28 de Outubro de 2017 18h00 Palácio Foz - Lisboa

Com a presença de
 Suas Excelências o Presidente da República Marcelo Rebelo de Sousa
 e o Ministro da Saúde Adalberto Campos Fernandes

ORGANIZAÇÃO:
 Direção da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos | Secção Regional do Norte
 Rua Delfim Maia, 405 - 4250-256 Porto
 Tel: 225 570 180 • Fax: 915 570 107
 antoniu.pinto@ordemdosmedicos.pt



Audiência com o Presidente da República

Investir na Saúde é uma questão ética e moral



A comitiva da Ordem dos Médicos (António Araújo, Jorge Penedo, Carlos Cortes e Miguel Guimarães) com o Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, Ana Paula Bernardo e o médico Mário Pereira Pinto (assessores da Presidência da República para as questões laborais e a área da Saúde, respetivamente)

A Ordem dos Médicos foi recebida em audiência pelo Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, um encontro onde a instituição expressou as suas preocupações com a falta de rumo que se verifica no setor da saúde e as muitas deficiências e insuficiências que estão a degradar o Serviço Nacional de Saúde, consequência da falta de investimento, pondo em causa um bem social de reconhecido valor. No final da audiência o bastonário da OM, Miguel Guimarães, acompanhado por dirigentes das três secções falou aos jornalistas referindo a necessidade de investir no SNS fazendo uma verdadeira aposta na sua sustentabilidade, o que implica fazer as reformas que são necessárias.

O bastonário Miguel Guimarães foi acompanhado nesta audiência por António Araújo, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro da OM, e Jorge Penedo, vice-presidente do Conselho Regional do Sul da OM. Esta comitiva foi recebida em Belém, no dia 11 de setembro, naquela que foi a primeira audiência deste as eleições para a direção da Ordem dos Médicos. Tal como referiria aos jornalistas depois da audiência, a preocupação com o desinvestimento foi transmitida ao Presidente da República. Recusando-se a falar sobre as posições transmitidas por Marcelo Rebelo de Sousa, o bastonário da OM explicou apenas que o Presidente é naturalmente sensível aos problemas do setor da Saúde porque influenciam a qualidade de vida das pessoas e o acesso dos portugueses aos cuidados de que precisam.

É entendimento da Ordem dos Médicos a necessida-

de urgente de trabalhar para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde "para fazer as reformas necessárias desde os Cuidados de Saúde Primários à reforma hospitalar, com o intuito de dar uma resposta mais eficaz e mais global aos problemas". "O investimento na Saúde é uma questão ética e moral" que visa ajudar a combater as desigualdades sociais e com a falta de rumo político que permite as reformas, neste momento "está a ser criado um fosso" entre os que podem recorrer ao setor privado e os que contam exclusivamente com o SNS para suprir a sua necessidade de cuidados de saúde, especialmente num contexto em que o SNS só está a suprir cerca de 60% dessas necessidades e as famílias já têm um investimento direto na saúde de cerca de 38%. "Quem não tem capacidade e não pode recorrer ao privado é quem fica nas listas de espera de cirurgia, por exemplo", situação que a OM não pode aceitar pois será sempre sua exigência que exista equidade no acesso aos cuidados, patamar mais básico – mas essencial - para a análise da qualidade de um sistema de saúde. O momento certo para o planeamento do investimento é, conforme explicou o bastonário da OM, "no orçamento geral do Estado". Criticando a falta de investimento em geral, e nas zonas onde é mais necessário, com particular veemência, Miguel Guimarães frisou que Portugal tem um dos orçamentos para a Saúde mais

baixos da Europa e alertou que "se o senhor ministro da Saúde não conseguir sensibilizar o senhor ministro das finanças para o necessário aumento do orçamento da saúde com certeza que não conseguirá fazer as reformas essenciais", uma necessidade de investimento em saúde que definiu como "uma questão ética e moral".

Quanto à greve dos enfermeiros, que estava a decorrer, o bastonário não quis comentar. De uma forma generalizada reconhece "razões a todos os profissionais da saúde para estarem descontentes com o sistema". Já quanto a uma eventual greve dos médicos, lembrando que a Ordem dos Médicos não tem atividade sindical, Miguel Guimarães explicou o sentir da instituição em como "os médicos têm muitos motivos para poderem aderir a uma greve que seja convocada pelos sindicatos" acrescentando que desde que "a Ordem concorde com as reivindicações, obviamente que apoiará" os colegas que pretendam aderir à paralisação pois, mesmo que as Ordens profissionais que não possam - nem devam - ter funções sindicais, isso não invalida que as estruturas associativas apoiem institucionalmente as justas reivindicações dos médicos



Reunião Geral dos Médicos

Os médicos deveriam ter uma carreira, pelo menos, semelhante à dos magistrados

Realizaram-se no dia 19, 20 e 25 de setembro três reuniões gerais de médicos, nas três secções regionais, nas quais participaram, a convite da Ordem dos Médicos, representantes do SIM, da FNAM e de várias associações, entre as quais a Associação Nacional de Médicos de Saúde Pública. Nas suas intervenções, Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, realçou a importância dos médicos transmitirem as suas preocupações e expectativas às estruturas representativas para que Ordem e Sindicatos possam defender posições fundamentadas no sentir dos médicos. "Neste momento todos nós sentimos que o Ministério da Saúde e o Governo não respeitam o nosso trabalho e dedicação", frisou. Apelando à união dos médicos, Miguel Guimarães explicou que a OM não tem funções sindicais mas preocupa-se e negoceia, como é seu dever estatutário, questões relacionadas com a qualidade da medicina, com a formação e as carreiras, elemento estruturante do nosso Serviço Nacional de Saúde.

Estas reuniões tiveram como objetivo fazer o ponto da situação sobre as negociações entre o Ministério da Saúde e as estruturas representativas dos médicos, identificar e analisar questões prioritárias e perspetivas de soluções a curto prazo, analisar e discutir com os colegas as deficiências e insuficiências sentidas no SNS e definir a estratégia a implementar para alcançar objetivos na defesa do SNS e da saúde dos portugueses.

Da parte dos sindicatos, Roque da Cunha (SIM) e Mário Jorge Neves (FNAM) explicaram a dificuldade em negociar com um Ministério que numa reunião chega a acordo e na seguinte retrocede e, mesmo recusando "estados de alma" otimistas ou pessimistas, os sindicatos não vislumbram que das próximas reuniões com o Ministério possam sair resultados positivos

em reivindicações essenciais como a redução de 200 para 150 horas extraordinárias anuais obrigatórias (à semelhança do que é regra para a restante função pública), a redução de 18 para 12 horas de urgência ou a redução da lista de utentes dos médicos de família. Também nas conversações que a própria Ordem dos Médicos tem desenvolvido com o Ministério da Saúde, onde os temas são naturalmente diferentes e envolvem questões sobre a qualidade da medicina, da formação médica e as carreiras como aspecto fundamental da estruturação do SNS, "o Governo não tem revelado respeito pelos médicos", afirmou o bastonário, que considera que todos os profissionais de saúde, e particularmente os médicos, têm razões para descontentamento e para procurar formas de lutar contra os problemas que os afetam. Nessas formas de



Reunião Geral na sede da Secção Regional do Norte da OM - Porto

Iuta, Miguel Guimarães realçou aos colegas que a OM nunca aceitará que se ponham em causa as normas éticas e deontológicas e as necessidades urgentes dos doentes. "Nós somos médicos e temos deveres para com a sociedade", frisou.

Os sindicatos médicos explicaram como a união é essencial o que se tem traduzido em reuniões assíduas entre SIM e FNAM para concertação de posições – embora nem sempre de acordo, naturalmente – para que o caderno negocial apresentado ao Ministério da Saúde seja sempre consensual e represente o interesse de todos os médicos. "Os Ministérios passam, os sindicatos ficam e as carreiras evoluem", concluiu Roque da Cunha. As carreiras, a progressão por mérito e os concursos públicos são, aliás, um dos pontos em que há desacordo com a tutela embora "o Dr. Adalberto Campos Fernandes tenha dito publicamente concordar com 90% das reivindicações mas...". Com um compromisso assinado desde 2012, os sindicatos

sentem que nada – ou quase nada – avançou, nomeadamente nas três questões estruturantes que encabeçam a lista de reivindicações (horário na urgência, horas extraordinárias e lista de utentes de MGF). "Mesmo quando chegamos a acordo numa reunião sobre três ou quatro pontos, na reunião seguinte voltamos ao início"... Os concursos, essenciais para consolidação da carreira, ou não são lançados ou demoram anos. "O concurso de 2015 esteve cerca de dois anos nas ARSs. Dois anos depois, estão finalmente prontos para avançar". Como foi explicado, do caderno reivindicativo faz igualmente parte a necessi-

dade de criação de incentivos aos orientadores de formação e diversas outras matérias diretamente relacionadas com a qualidade da medicina. Também Mário Jorge Neves lamentou que os médicos estejam há "12 anos com congelamento da progressão na posição remuneratória por falta de avaliação", o que se traduz, neste momento, e cumprindo a lei, que muitos médicos terão pontos suficientes para mudar de posição remuneratória. João de Deus, membro do conselho nacional da

OM que esteve presente na mesa como representante da AEMH - Associação Europeia de Médicos Hospitalares, explicou como a inexistência de concursos está a criar dificuldades porque está a originar falta de assistentes graduados. "Para haver qualidade dos serviços e da formação temos que ter serviços devidamente estruturados", referiu, também defendendo a união dos médicos pois, "a nível europeu, está tudo demasiado compartmentado" o que diminui, naturalmente a força reivindicativa das estruturas.

Miguel Guimarães realçou, já na fase de debate com os colegas presentes, a importância dos médicos internos para o funcionamento do nosso Serviço Nacional de Saúde, no qual estão a trabalhar 10 mil médicos em formação, que asseguram muitos atos médicos e muitas horas de urgência e alertou: "que ninguém diga que os internos não são médicos porque isso é não ter a mínima noção do que esses cole-

gas mais jovens fazem pelo SNS"... Um papel essencial para a manutenção da resposta às necessidades das populações e que, por vezes, chega a ser feito de forma ilegal, por exemplo, com internos a assegurar urgência sem apoio de especialistas, recordou. "Os internos fazem um trabalho de grande valor, em grande quantidade e ganham pouquíssimo", uma disparidade ainda mais flagrante quando recordamos a responsabilidade social, civil e até penal que impende sobre todos os médicos. "Os médicos deveriam ter uma carreira, pelo menos, semelhante à dos magistrados", defende o bastonário considerando, naturalmente, que a dignidade de uma profissão também passa pela remuneração adequada à responsabilidade inerente. No mesmo sentido, Mário Jorge Neves afirmaria já no final do debate, de forma pragmática: "Nenhum de nós se alimenta – nem paga as conta no fim do mês – só com o conforto da alma e o comportamento ético", ou o sentimento de dever cumprido embora essas sejam algumas das motivações de ser Médico.

Os médicos presentes na assistência também partilharam as suas preocupações e referiram diversas situações que os afetam como o congelamento das carreiras, a falta de vaga para especialidade, os problemas na gestão de equipas multidisciplinares, etc.. O oncologista Jorge Espírito Santo, que pertence aos corpos gerentes do Sindicato dos Médicos da Zona Sul, salientou que os médicos estão zangados e desiludidos, com os internos a trabalhar em serviços desorganizados, instituições que tomam decisões arbitrárias e sem pensar no melhor para os doentes e sem garantir a qualidade da formação dos jovens especialistas. "A nossa movimentação enquanto médicos tem que ser unida na defesa do que é realmente importante: os jovens especialistas. (...) Em algumas instituições os internos são escravizados sem pagamento devido das horas extraordinárias", explicou, recordando que "fazer carreira não é só em Lisboa, Porto e Coimbra" e lamentando as indignidades a que os médicos têm sido sujeitos pela tutela. Já o anestesiologista Lucindo Ormonde fez questão de explicar as diferenças entre os médicos e os restantes profissionais de saúde, nomeadamente na responsabilidade perante o doente. "O médico fica, porque é isso que nos diferencia dos outros", frisou no contexto da não funcionalização da profissão e naquilo que defende como sendo o âmago da

Medicina: independentemente de ser necessária uma remuneração digna e adequada às responsabilidades de cada um, com o que concorda, os agradecimentos não são precisos: "Não preciso de um agradecimento quando estou a exercer a minha profissão", concluiu, enaltecedo o médico na sua vertente profissional e ética. Miguel Cabral, médico interno de Saúde Pública nos ACES da Amadora, referiu, entre outros assuntos, a problemática da ausência de representatividade da gestão intermédia que muitas vezes "representa a hierarquia superior para baixo mas não faz a ligação contrária, transmitindo as preocupações de baixo para cima" dificultando os processos de gestão e lamentou que se esteja a perder a cultura dos mestres em medicina, figuras singulares que pela sua representatividade e pela forma como transmitiam o seu conhecimento aos mais jovens, eram distinguidos com a admiração devida aos mestres.

Em resposta a algumas das questões colocadas, Miguel Guimarães falou das lideranças em saúde, do papel do médico enquanto líder da equipa multidisciplinar e da definição do ato médico como essencial nesses processos, explicou ainda a problemática da falta de vagas de especialidade que só acontece porque além dos médicos formados em Portugal há centenas de médicos formados em faculdades de medicina noutras países que também se candidatam, caso contrário existiriam vagas suficientes para todos os candidatos. Aliás, como explicou, o mapa de vagas tem aumentado todos os anos. Alertou ainda que a formação de alguns especialistas já começa a ser deficitária e que é



Reunião Geral na sede da Secção Regional do Centro da OM - Coimbra



João de Deus



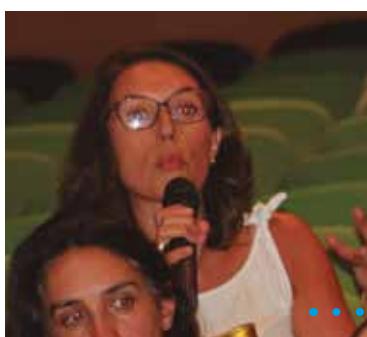
Ricardo Mexia
Ass. Nac. de Saúde Pública



• Esta jovem especialista em MGF falou sobre a falta de tempo para a atividade não assistencial e a sobrecarga dos médicos de família



Roque da Cunha



Sofia Lopes é uma recém especialista que esteve meses à espera de contrato até que optou por rescindir ficando a aguardar abertura de concurso, “Se trabalhamos, por duas pessoas, porque motivo o MS irá contratar médicos necessários?”



Paula Duarte, pneumologista – é assistente graduada há 14 anos



É importante que a OM tenha abertura para as novas formas de consulta em que se recorre a meios informáticos para não ser ultrapassada

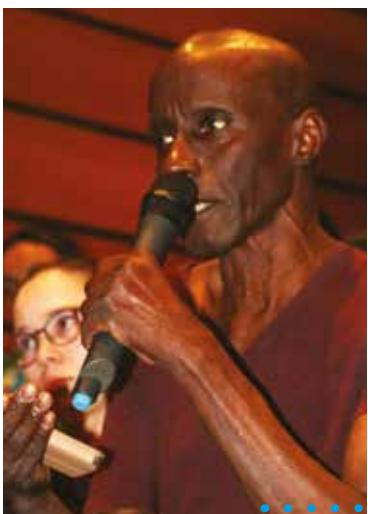




Jorge Espírito Santo



A falta de comunicação entre colegas com prejuízo dos doentes e as preocupações com a colocação, foram temas referidos por esta médica interna de Psiquiatria que também alertou que os grandes centros privados especializados são locais que atraem os jovens médicos por permitirem evoluir na carreira em contraponto a um SNS com cada vez mais deficiências



“Uma das queixas de alguns médicos presentes, como este colega, é o facto de existirem outros profissionais de saúde a denegrir a imagem dos médicos. É preciso valorizarmos os nossos internos e o seu trabalho” - afirmou



O anestesiologista Lucindo Ormonde realçou que o ato médico é essencial para estruturar a hierarquia de uma equipa multidisciplinar

preciso ter em atenção as condições para o ensino ou podemos perder uma das coisas de que Portugal mais se orgulha: a qualidade dos seus profissionais médicos que potencia a sua empregabilidade em qualquer país do mundo.

As reuniões das três secções foram iniciadas pelos respetivos presidentes, Alexandre Valentim Lourenço

(sul), Carlos Cortes (centro) e António Araújo (norte) que também explicaram a importância dos médicos partilharem com a sua Ordem e restantes estruturas representativas os seus principais problemas e dificuldades no atual momento que se vive na saúde em Portugal e particularmente na Medicina.

Todas as estruturas presentes concordaram que a greve é uma forma de luta a que os médicos não gostam de recorrer e foram analisadas diversas propostas de formas de luta complementares. Em relação à possibilidade de greve, os sindicatos não quiseram que houvesse leituras políticas de uma eventual decisão, razão pela qual disseram aos colegas que não existiria greve antes das eleições do dia 1 de outubro. Entretanto, em face da falta de resultados nas rondas negociais com o Ministério da Saúde, os sindicatos fizeram um pré-aviso de greve para o mês de outubro. A greve irá decorrer ao longo dos próximos dois meses da seguinte forma: em outubro, os sindicatos fizeram pré-aviso de greve para um dia por semana - primeiro no norte, a 11 de outubro, depois no centro, a 18, e no sul, a 25. No dia 8 de novembro está prevista uma greve geral.

Reunião Geral na sede da OM em Lisboa



Mário Jorge Neves



Relação médico-paciente: Candidatura a património cultural imaterial da Humanidade



A relação médico/paciente é reconhecida desde há séculos como um elemento chave na saúde das populações. Fundamental em questões tão importantes como a adesão terapêutica e o envolvimento do doente no seu processo de cura, mas também no seu percurso de prevenção, a relação médico/paciente tem sofrido sucessivos ataques. Com o intuito de proteger aquela que é parte do património imaterial de todos – médicos e doentes – foi iniciado um processo de candidatura junto da UNESCO ao qual a Ordem dos Médicos aderiu. Neste artigo abordamos ainda os diversos constrangimentos que têm abalado a relação médico-paciente e publicamos diversos testemunhos sobre a importância desta relação em contexto terapêutico e social.

A frustração crescente dos médicos com os constantes ataques à sua autonomia e as limitações impostas por cortes orçamentais, insuficiências e deficiências galopantes num Serviço Nacional de Saúde (SNS) cada vez mais desatualizado em termos tecnológicos, a par do aumento de tarefas burocráticas consumidoras de tempo, com necessidade premente de corresponder a indicadores desfasados da realidade terapêutica, num sistema de saúde a precisar de mudanças profundas que só poderão ocorrer com a implementação de novas políticas de saúde nas quais o doente seja de facto o centro primordial dos cuidados, a relação médico/paciente tem sido inegavelmente abalada.

A fragmentação dos cuidados, a burocracia galopante e a introdução de sistemas informáticos que deveriam ser facilitadores da relação mas que se tornam – por falta de tempo atribuído para as tarefas não clínicas – obstáculos ao diálogo do médico com a pessoa que está ao seu cuidado, tem despersonalizado esta relação. Médicos e doentes sentem-se exaustos num sistema que não é “user friendly” nomeadamente porque não permite escolhas informadas, não inclui a divulgação de resultados, nem a verdadeira liberdade de escolha. Com o SNS

a cobrir apenas 60% das necessidades de cuidados de saúde dos portugueses, as desigualdades sociais agravam-se.

O tempo de consulta é reduzido por decreto, ordem de serviço ou "simplesmente" porque a quantidade de doentes na sala de espera – e a irrealista marcação de consultas - é tão grande que o médico se sente constrangido a ver os doentes o mais rapidamente possível para tentar corresponder a todas as solicitações. Médicos e doentes apressam-se a percorrer todas as queixas sem que seja humanamente possível dar o devido tempo ao estabelecimento de uma relação de mútuo entendimento, sem que haja tempo para explicar as várias opções terapêuticas e sem que o doente possa sentir-se envolvido na escolha. A Ordem dos Médicos portuguesa, sentindo que a falta de tempo é um dos elementos que degrada a relação médico/paciente, está a definir com os Colégios da Especialidade tempos adequados de consulta, para definição de padrões por especialidade.

Mas entre o doente e o médico ergue-se outra muralha: um ecrã de computador, com o excesso de procedimentos informáticos e burocráticos e a falta de integração das múltiplas aplicações informáticas. Não raras vezes, na azáfama de preencher indicadores, formulários de receitas e outros relatórios, é essa uma das queixas mais frequentes: "o médico nem sequer olhou para mim"... Se nos cuidados de saúde primários a maior dificuldade são as listas de utentes atribuídas a cada médico e que dificultam o devido acompanhamento, nos hospitais a privacidade – elemento essencial de uma relação de confiança como deve ser a que se estabelece entre médico e doente - éposta em causa seja porque a triagem é feita em corredores em que a única divisória é uma cortina, seja porque o desequilíbrio do rácio tutor/internos faz com que cada doente tenha que ser observado perante uma plateia, não raras vezes composta por mais de seis pessoas.

O doente - cujas expectativas naturais incluem esse direito à privacidade, à dignidade e à atenção completa do médico – é visto por um médico desgastado pelo multi-

tasking a que é sujeito (incluindo tarefas administrativas, utilização de meios informáticos lentos, complexos e que não comunicam entre si, o apoio aos internos, etc.).

Em vez de uma relação medico/doente, desenvolvem-se relações com um sistema de saúde que claramente falha por não proporcionar cuidados centrados no doente, em que a compaixão é esquecida e a fragilidade do ser humano doente não é devidamente reconhecida e cuidada. Uma despersonalização que cria um ambiente repleto de inconsistências e onde os doentes confiam menos nos seus médicos, os quais são, hoje, menos os líderes de outrora, e mais os profissionais de saúde, também eles frustrados e cansados. A mudança tem que ser feita através da união dos médicos, naquilo que é a sua convicção: independentemente da especialidade, todos querem o melhor para os seus doentes o que implica tratá-los como pessoas e não como números de uma estatística.

Na atualidade há ainda que ter em conta outros elementos perturbadores da relação médico/paciente e que diminuem a humanização da mesma como seja a interferência nessa relação do terceiro pagador – as seguradoras – ou a tentativa de generalização para além do razoável da telemedicina onde pseudo-soluções informáticas com aplicações para telemóvel, por exemplo, que são (no contexto do auto-diagnóstico) o correspondente virtual à tão prejudicial e desaconselhável auto-medicação. Se num contexto de isolamento geográfico, essa pode ser uma solução útil, a telemedicina como substituto do contacto direto entre médico e doente implica uma grande perda de informação, especialmente se nos estivermos a referir a um doente com múltiplas patologias que implicam especiais cuidados e conhecimentos.

Todos os médicos concordam que é essencial que a relação médico/paciente seja salvaguardada. A destruição deste elo de ligação é fatal para os profissionais, põe em causa a saúde dos doentes, debilita a sociedade como um todo e tem implicações orçamentais negativas: um doente que confia no seu médico, decide em conjunto qual a melhor opção terapêutica. Um doente que não confia no seu médico, recorre ao Dr. Google e exige o

Na medicina, em geral, há três aspetos em que - e por que - se realiza a cura, a saber: o médico, o doente e a própria doença

- Amato Lusitano

recurso a meios de diagnóstico desnecessários, insiste na escolha de um determinado tratamento mesmo contra a opinião do seu médico... Mesmo que fundamentado na melhor evidência científica e de acordo com todas as normas clínicas existentes, nenhum médico consegue aconselhar devidamente um doente que não confia nele.

Médico e doente têm que encontrar o tempo necessário para fazer mais do que o mero tratamento da doença. É preciso tempo e confiança para fazer a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção da doença. É preciso ouvir o doente para saber quais são os seus medos, angústias e ansiedades, subjacentes às dúvidas que de facto coloca na consulta.

Pelo reconhecimento da importância fulcral da relação de confiança

Num cenário de ataques sucessivos e desrespeito constante por essa relação, reconhecendo como a relação médico/paciente é estruturante num percurso de vida que se quer direcionado para a Saúde, a proposta de elevar esta relação a património cultural imaterial da Humanidade pela UNESCO significa a esperança no reconhecimento, por todas as estruturas e entidades, de quanto fundamental tem sido – e deve continuar a ser – essa relação de confiança e parceria para a saúde que se estabelece entre quem precisa de cuidados e quem tem o conhecimento para os prestar. Recordamos que, no dia 2 de junho de 2016, no âmbito do Forum Iberoamericano das Entidades Médicas que se realizou em Coimbra, com organizações de médicos de vários países, entre as quais a Ordem dos Médicos portuguesa, o Foro de la Profesión Médica espanhol anunciou que estava a preparar um projeto de candidatura à classificação pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura), da relação médico/paciente como bem imaterial da Humanidade, uma ideia que foi bem acolhida por todos. Um ano volvido, uma equipa de médicos espanhóis concluiu um dossier e iniciou-se o procedimento formal com o Foro de la Profesión Médica (FPME), presidido por Serafin Romero, a apresentar publicamente o documento oficial que dá início a esse requerimento para que a relação médico-doente seja reconhecida como Património Cultural Imaterial da Humanidade, protegido pela Unesco. O documento que representa o primeiro passo desta candidatura foi apresentado por Serafin Romero, Patricio Martínez, presidente de honra do CESM e coordenador deste projeto e por Miguel Ángel García, secretário de Estudos Profis-

sionais do CESM. Também estiveram na apresentação os representantes das organizações que compõem o FPME (Organización Médica Colegial - OMC, Confederación Estatal de Sindicatos Médicos - CESM, Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas - FACME, Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud - CNECS, Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina - CEEM, y Conferencia Nacional de Decanos de Medicina – CNDM). O documento elaborado pelo grupo de especialistas foi já entregue ao Governo espanhol, com um pedido registado no Senado, para que seja dado seguimento à candidatura à UNESCO.

Apoiente desde o primeiro momento, a Ordem dos Médicos portuguesa já aderiu formalmente à petição de declaração da relação médico/paciente como património da humanidade, na sequência da reunião que teve com o seu homólogo espanhol, o Consejo General de Colegios de Médicos. A reunião onde se deu esta assinatura formal teve lugar em julho, em Madrid, sendo parte dos encontros bilaterais estabelecidos entre as duas instituições para análise da saúde no contexto da península ibérica, da Europa e do mundo. No encontro de Madrid foram abordados diversos temas relacionados com a política de saúde, a deontologia médica e a formação. A reunião bilateral foi presidida por Serafin Romero que recebeu o seu homólogo, Miguel Guimarães, e contou ainda com a presença da delegação espanhola composta por Tomás Cobo e Javier Font (vice presidentes), Juan Manuel Garrote (secretário geral), José María Rodríguez Vicente (vice secretário geral), Jerónimo Fdez. Torrente (tesoureiro), José Ramón Huerta, coordenador para as relações internacionais e Jaime Medrano, diretor do departamento internacional da OMC. E uma delegação portuguesa que incluiu João de Deus, coordenador de Departamento Internacional da OM, Caldas Afonso e João Grenho, membros do departamento internacional da OM.

Fundamentos da candidatura à UNESCO da relação médico/paciente

O propósito desta candidatura, além do reconhecimento do bem cultural e social que esta relação representa, passa por defender a relação médico/paciente das ameaças a que se encontra sujeita, resultantes de "pressões administrativas, tecnológicas, económicas e políticas, entre outras". "É evidente que a relação médico-paciente, em si mesma, traz uma melhoria terapêutica indiscutível, minimizando o sofrimento e aumentando o bem estar, melhorando a orientação diagnóstica e redu-



zindo a necessidade de exames complementares", lê-se no comunicado do FPME.

O comité de especialistas que elaborou a candidatura é constituído por académicos, historiadores e médicos em exercício que documentam a tradição histórica da relação médico-paciente, com o intuito de recolher evidência suficiente para que se considere a sua importância como Património Imaterial da Humanidade. A escolha da designação médico/paciente em vez da formulação mais comum "médico/doente" justifica-se pela abrangência do relacionamento que ultrapassa – ou deve ultrapassar – a doença. No binómio médico/paciente cabe igualmente a procura de caminhos para manter e promover a saúde.

No documento oficial que deu início a este processo, descreve-se o fundamento histórico e as raízes culturais e sociais desta relação: a relação médico/paciente, que tem referências escritas desde o Código de Hammurabi (ano 1728 a.C.), desenvolveu-se na Grécia Antiga com um forte pendor paternalista, traduzido no Juramento Hipocrático (460 – 347 a.C.), aceite como fundamento da profissão por todos os médicos. O compromisso com o paciente, mediante a confiança e a formação contínua com a constante busca de conhecimentos adequados, aparece novamente na chamada Oração de Maimónides (escrita em Córdoba em 1138):

"Faz com que os meus pacientes, tenham confiança em mim e na minha arte, que sigam os meus conselhos e prescrições. Afasta do leito dos meus pacientes os charlatões. Dá-a força, a vontade e a oportunidade para ampliar cada vez mais os meus

conhecimentos..." (Maimónides). Com o Renascimento e o iluminismo dá-se um salto importante para a profissionalização do exercício da Medicina e, em 1803, o tratado de Ética Médica do médico inglês Thomas Percival será a origem do primeiro código institucional moderno, o da Associação Médica Americana. Também o século XX é marcado por vários acontecimentos que fazem evoluir a relação médico-paciente: a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), o caso de Martín Salgo e a obrigatoriedade do consentimento informado (1957), assim como o reconhecimento, pelo Tribunal da Cidade de Los Angeles de que a informação ao doente é um direito desse e não apenas uma obrigação do médico (1969), a publicação da Carta de Direitos do doente (1973), e o relatório Lalonde com o reconhecimento de existirem determinantes sociais que influenciam os índices de doença e que têm que ser tidos em conta se queremos de facto melhorar a saúde das populações. Produz-se uma progressiva humanização da relação clínica procurando que a atividade assistencial abranja o conjunto da vida do individuo e não apenas a sua dimensão de doente.

Não apenas pelas ameaças que sofre mas, especialmente, pelos enormes benefícios que esta relação traz às pessoas individualmente mas também à sociedade como um todo, que podem também estar em perigo com a fragilização da relação médico/paciente, o Foro de la Profesión Médica de Espanha, na reunião da sua Assembleia Geral de dia 15 de junho de 2016, aprovou por unanimidade a necessidade de promover a relação médico-paciente a Património Cultural Imaterial da Humanidade.

O projeto tem estabelecido contactos internacionais para fortalecer a posição desta candidatura, principalmente com a Ordem dos Médicos de Portugal e as homólogas da América Latina, e também com instituições europeias como a Federação Europeia de Médicos Assalariados. Estima-se que o processo de candidatura demore cerca de três anos a concluir, estando a Ordem dos Médicos empenhada em colaborar para que esta candidatura seja bem sucedida e que a relação médico-paciente seja elevada a património cultural imaterial da Humanidade. Nas páginas seguintes publicamos alguns testemunhos sobre a importância desta relação que consubstanciam parte dos fundamentos que justificam a candidatura à Unesco.

Miguel Guimarães,

Bastonário da Ordem dos Médicos:

As boas práticas começam na relação médico-doente

Na relação médico/paciente falta tempo e comunicação: sem tempo é difícil manter uma comunicação eficaz. É preciso tempo para olhar e escutar o doente, para fazer a história clínica e o exame físico, para utilizar o sistema e as aplicações informáticas, esclarecer dúvidas quando existem, partilhar com o doente a nossa avaliação e explicar-lhe devidamente o que lhe vamos ou não fazer. (...) É inaceitável que se continue a promover a deterioração desta relação. A burocratização alarmante, a vários níveis, do trabalho médico, está a prejudicar de forma clara a relação médico-doente com prejuízo para os doentes e para os médicos. É inaceitável que as consultas estejam a ser marcadas em tempos muito reduzidos. Por isso, e porque o Ministro da Saúde não parece motivado para devolver aos doentes e aos médicos a dignidade do ato médico, a Ordem dos Médicos está a avançar com a definição dos tempos padrão para as consultas, estabelecendo por especialidade os tempos adequados (mínimos) de marcação das mesmas. A regulação das boas práticas médicas – que começam na relação médico/doente - é uma função da Ordem. (...) Em suma temos a obrigação de defender a humanização da relação médico-doente.

**Carlos Ribeiro,**

ex-bastonário da Ordem dos Médicos:

A consulta médica e a relação médico/paciente

A Consulta é o Ato Médico mais emblemático, decorrendo num espaço habitualmente bidimensional, onde é possível surgir um ecossistema de saberes e afetos, que permite melhorar a qualidade e a esperança de vida a um dos intervenientes - o doente. Como a saúde das populações é base do progresso e da paz social, temos de considerar o Ato Médico como a ação humana mais notável, merecedora de cuidados adequados, para que não seja desvirtuado o seu desempenho.



(...) Ao longo da história houve sempre um terceiro, que tudo fazia e faz para se intrometer entre o médico e o doente. O poder social, o religioso e agora o financeiro sempre se perfilaram para impedir esse diálogo exclusivo e profícuo criando barreiras, ao exercício profissional livre e humanizado.

A relação médico-doente atingiu, atualmente, um índice de qualidade que não agrada a nenhuma das partes. Verifica-se o crescimento em efetividade estatística, enquanto se diminui a afetividade para com o doente. Para unir efetividade com afetividade, ou seja construir o binómio alta tecnologia-humanismo, torna-se necessário reestruturar o modus faciendi do ato médico. Desde logo dando protagonismo ao diálogo médio-doente, secundarizando os recursos tecnológicos, tão corretamente designados por meios auxiliares ou complementares de diagnóstico.

(...) Como corolário, afirmamos que a saúde dos nossos doentes será tanto mais defendida quanto maior for a liberdade de ação dos médicos e sobretudo se no ato médico for privilegiada a comunicação humanizada, fluida, empática, tecnicamente perfeita, processada num clima de elevação, intimismo e cordialidade, permitindo a coexistência solidária, por respeitar a dignidade humana, sem dificultar a diálide interpessoal. O diálogo livre e bem concebido deve deste modo ser o primado das preocupações dos clínicos e das entidades ministeriais responsáveis pela saúde da população.

Atualmente é obrigação e responsabilidade da sociedade sublinhar a importância da consulta médica, fazendo todo o sentido que seja elevada a Património Cultural Imaterial da Humanidade.



Walter Osswald,
médico e especialista em bioética:
**Encontro entre confiança
e competência**

Património da humanidade, embora imaterial, é-o certamente o diálogo médico-doença, desde que uma figura iátrica se inclinou sobre um sofredor, ouviu respeitosamente as suas queixas, inquiriu das circunstâncias e divisou a maneira de ajudar o "seu" doente. Possessivo que significa apenas a responsabilidade livre e medicamente assumida, o acolher da queixa e do paciente, na sua condição de sofredor. Será sempre assim este encontro entre confiança e competência, por mais artificial e informática inteligência que nele se insira e que só poderá estar ao seu serviço. Por que já é o que há - de ser, este diálogo já é património imaterial da humanidade.

Miguel Cabral,
médico oncologista e padre:

É fundamental que nos tratemos uns aos outros como Pessoas

Esta é a regra de ouro do cristianismo: "O que quiserdes que os outros vos façam, fazei-o também a eles". O mundo seria melhor se todos nos esforçássemos por praticá-la. A medicina é um âmbito privilegiado. Mas se não estivermos atentos, o individualismo e a tecnologia podem levantar barreiras na relação médico-doença.

Com que desgosto se lamentava um catedrático de Medicina que aos 90 anos foi internado no hospital e por muitos era tratado pelo Sr. António. O que um doente pretende dum médico é que lhe cure a doença. Mas não pode ficar esquecida que entre os dois existe acima de tudo uma relação entre pessoas. Por isso é tão importante que os médicos se empenhem em "dar Humanidade". São pequenos gestos, mas imprescindíveis se queremos um mundo melhor: um olhar, um sorriso, uma palavra atenta, o escutar com paciência... Temos isto presente no nosso dia-a-dia como médicos? Estes e outros gestos são sinais de profundo respeito pela pessoa que sofre. Um dia seremos nós. E ficaremos agraciados.

Numa sociedade cada vez mais individualista e tecnológica, é fundamental que nos tratemos uns aos outros como Pessoas. Por isso é bem-vinda a candidatura à UNESCO da relação médico-doença como património imaterial da Humanidade.



Álvaro Carvalho,
médico especialista em Medicina Interna e escritor:

O doente precisa de um médico de proximidade

Numa época não muito distante, o médico valia-se da sua perspicácia clínica para, a partir de sintomas e sinais que o doente apresentava, intuir a sua doença. Este trabalho implicava uma cautelosa colheita de dados e uma cuidadosa observação do doente, sendo que a interação com ele era fundamental para se obter sucesso. Nem sempre se chegava ao diagnóstico, mas os médicos competentes tinham um êxito notável.

Este paradigma alterou-se nas últimas décadas. Para isso contribuiu o progresso técnico e científico, com a introdução de técnicas de diagnóstico, sobretudo de imagem, que conduziram a uma doentia super-especialização.

Com a generalização da sua utilização, o raciocínio clínico foi sendo desvalorizado e o diálogo com os doentes menos cultivado. Vão circulando por consultas de especialidade e máquinas, carregando sacos de medicamentos e exames. Quando aparece alguém com paciência para os ouvir, queixam-se da falta que lhes faz um médico com quem dialogar. Alguns, procuram resposta na Internet para as suas dúvidas!

Algo terá de ser feito para melhorar esta situação. O doente precisa de um médico de proximidade, que o esclareça da gravidade doença e da investigação em curso. Também deve ter conhecimento da prescrição medicamentosa que lhe é feita, dos objetivos a atingir com ela e das ações indesejáveis que possam surgir. Ou seja, o médico assistente é imprescindível!



**Maria de Belém Roseira,**

ex-ministra da Saúde:

A relação médico/paciente é um pilar essencial da prestação de cuidados

Considero que a relação médico/doente é o pilar essencial da prestação de cuidados de saúde assentes na preservação da dignidade de cada pessoa e na construção da relação de confiança indispensável à tomada de decisões partilhadas e com qualidade humana, técnica e científica.

E este princípio não é apenas de hoje. É uma construção milenar, está vertido na ética médica desde que ela existe, por isso está inscrito nos códigos deontológicos da profissão e é uma decorrência clara da ligação entre a saúde e os direitos humanos. Se é certo que, de acordo com a doutrina estabelecida, os direitos humanos são interrelacionados, incindíveis e irrenunciáveis, não há dúvida que a prestação de cuidados de saúde reveste uma especial sensibilidade pois está directamente ligada ao 1º de todos os direitos, o direito à vida. Daí o valor que cada um de nós atribui à sua saúde e daí também a especial vulnerabilidade de quem está doente, que é agravada, normalmente, pela assimetria de saber entre o doente e o médico. Este é, pois, um mundo de relação que, ou é presidido pela assimilação forte de valores, ou pode proporcionar situações de abuso de posição dominante que se manifestam, precisamente, lá onde nunca deveriam ter entrado. Por isso o lugar crescente que a ética deve passar a ocupar no ensino médico e, em minha opinião, o lugar central que a humanização deve ocupar no desenho das políticas de saúde.

Vivemos tempos pouco propícios à criação de ambientes apropriados ao aprofundamento desta relação.

Por um lado, a crescente intensificação tecnológica da intervenção em saúde acompanhada pelo reforço da relação virtual versus a relação presencial. Por outro lado a agressiva utilização de metodologias de medição da produção em saúde que privilegiam, sem critério, a quantidade à qualidade, fazendo tábua rasa da diferença entre caso concreto e cada pessoa em concreto bem como da importância do tempo para a construção de uma relação de confiança.

Sempre disse que a utilização adequada e criteriosa dos recursos em saúde, por serem escassos, constitui um problema ético. Mas também sempre considerei que a padronização excessiva, acéfala e insensível é inimiga da relação humana e que, em saúde, esta é, muitas vezes, a chave da cura ou da minoração do sofrimento.

**Manuel Mendes Silva,**

presidente do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da OM:

Uma relação especial e única

A relação médico-doente é uma relação especial e única, porque, não sendo uma relação familiar, de amizade, de colegialidade, é uma fortíssima relação entre alguém que precisa de ajuda em termos de falta de saúde, ou doença, e alguém que tem os conhecimentos científicos e técnicos, a experiência, os meios, mas também a capacidade ética, cultural e humanística para ajudar, tentando curar e prevenir, ou pelo menos tratar, melhorar, aliviar, acompanhar, confortar. Não é uma relação de superioridade ou de subordinação. É uma relação singular e sigilosa, de diálogo, de empatia, de confiança, de esperança, até de fé, mas também de compaixão. É uma relação de informação e de verdade, embora dita de forma adequada e sensata. É uma relação de palavras, de olhares, de sorrisos, e também de pequenos gestos de carinho e de afago. É uma relação em que alguém, frágil, vulnerável e sensível, doente, se desnuda física e psicologicamente para que outro, médico, em quem confia, o analisa e o ajude, tentando resolver o seu problema, o seu sofrimento, os seus medos, os seus fantasmas. É uma relação que necessita de condições para se estabelecer devidamente, privacidade, tempo, "olhos nos olhos", linguagem acessível, compreensão mútua, bom senso, paciência...

**Sofia Couto da Rocha,**

Médica Interna de Medicina Interna

Uma boa relação tem melhores outcomes

A relação médico-doente até sociologicamente tem características ímpares seja pela confiança estabelecida, pela multilateralidade de responsabilidades, pela ausência de condenação ou julgamento e pelo empenho em ter o melhor *outcome* possível para quem nos visita. O investimento nesta relação, sabe-se pela literatura e pela clínica que envolve a promoção de confiança e a utilização de tempo suficiente e útil. Defender esta relação implica dar-lhe tempo, para que as decisões e o entendimento sejam reais e conjuntos. Como o exemplo dos antibióticos ou dos cuidados paliativos: uma boa relação tem melhores *outcomes*. A introdução de tecnologia deve permitir um aumento do tempo para a relação humana, não como metodologias de substituição mas sim de aproximação.

Realizou-se dia 13 de setembro de 2017 a apresentação pública do livro do "Ensaios em Bioética" da autoria de Rui Nunes. A apresentação esteve a cargo do bastonário da Ordem dos Advogados, Guilherme Figueiredo, da diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Amélia Ferreira, da vereadora da Câmara Municipal do Porto, Guilhermina Rego, e do reitor da Universidade do Porto, Sebastião Fayo de Azevedo. A sessão realizou-se no Salão Nobre da Reitoria da Universidade do Porto e contou com a presença de mais de uma centena de participantes.

Ensaios em Bioética



A obra foi editada pelo Conselho Federal de Medicina do Brasil (CFM) e teve como principais impulsionadores o Carlos Vital, presidente do CFM, e José Hiran Gallo, diretor do CFM. Segundo o autor esta obra é consagrada a temas nucleares e estruturantes de uma bioética plural e secular fundamentais para uma prática profissional consentânea com os valores universais da medicina e da sociedade. A obra debruça-se sobre aspectos como o segredo médico, o consentimento informado, ou a integridade profissional que assumem hoje, mais do que nunca, uma importância crucial numa sociedade global, fortemente tecnológica, mas profundamente desumanizada. São também aflorados temas controversos da

medicina e da biologia como o neo-eugenismo, o melhoramento cognitivo, a edição do genoma, a biologia sintética, o testamento vital, a criogenia de pessoas, ou a seleção de embriões.

Este livro surge no quadro do aprofundamento das relações entre a Medicina Portuguesa e a Brasileira com o objetivo último de construir uma verdadeira Bioética para a Lusofonia, uma bioética e uma ética médica que sejam um referencial de pensamento e de atuação para todos os povos que partilham a mesma língua e a mesma cultura. Está prevista também a apresentação da obra na Ordem dos Médicos em Lisboa e em Coimbra.

Tomada de posse dos conselhos consultivos da OM



Decorreu no dia 24 de julho a tomada de posse dos 14 conselhos consultivos da Ordem dos Médicos, numa cerimónia solene em que o bastonário Miguel Guimarães agradeceu a disponibilidade dos colegas para contribuir para o bem comum da medicina, enaltecendo aquele que poderá vir a ser o seu contributo futuro, nomeadamente na análise e emissão de pareceres em áreas tão disíspares – e complementares – como a ética, a formação pré e pós graduada, as relações com os doentes, a prevenção de erros médicos e eventos adversos graves, a qualidade, no contexto específico das atribuições de cada conselho.

Exceção feita, por razões estatutárias, ao Conselho Nacional do Médico Interno, cada conselho nacional consultivo é constituído por um presidente e oito vogais, designados pelo Conselho Nacional (CN) de entre médicos com reconhecida competência em cada setor. Os conselhos reúnem ou por indicação do seu presidente ou quando seja requerido pelo Conselho Nacional. Passamos a referir, um a um, os conselhos consultivos, as suas atribuições estatutárias e a respetiva constituição..

Nota da redação: nas fotografias da página seguinte não estão todos os elementos nomeados dos conselhos consultivos em virtude de não estarem presentes no momento em que foram feitas as fotografias de grupo.



Conselho nacional de ética e deontologia médica



Conselho nacional de solidariedade social dos médicos



Conselho nacional de exercício da medicina privada e convencionada



Conselho nacional de ensino e educação médica



Conselho nacional para a prevenção do erro médico e eventos adversos graves



Conselho nacional para o serviço nacional de saúde e carreiras médicas



Conselho nacional para a formação profissional contínua



Conselho nacional para a auditoria e qualidade



Conselho nacional da pós-graduação



Conselho nacional da política do medicamento



Conselho nacional dos cuidados continuados



Conselho nacional para as tecnologias de informática na saúde



Conselho nacional de ecologia e promoção da saúde

Conselho nacional de ética e deontologia médica



Compete a este conselho zelar pela observância das normas deontológicas, no que se refere aos deveres para com os doentes, a comunidade e os médicos entre si, emitindo parecer, sempre que lhe for solicitado. O Conselho Nacional nomeou para o Conselho nacional de ética e deontologia médica: Manuel Marçal Fontes Mendes Silva (presidente), Álvaro Eiras Carvalho, João António Frazão Rodrigues Branco, José Manuel de Paiva Jara, Manuel Jesus Falcão Pestana Vasconcelos, Rui Alberto Lomelino Araújo, Ana Maria Félix de Campos Pinto, Joaquim Manuel Vieira da Silva Viana e Isabel Margarida de Figueiredo Silvestre. Conforme referiu Manuel Mendes Silva à ROM, além da resposta às solicitações do Conselho Nacional este Conselho pretende ser proativo: “além da resposta às solicitações, dois temas estão na nossa agenda: juntas médicas e redes sociais”, duas áreas em que consideram fundamental refletir sobre os comportamentos éticos e o respeito pelas normas deontológicas.

Conselho nacional de ensino e educação médica



Compete a este conselho colaborar com o conselho nacional na elaboração do plano científico da Ordem; elaborar relatórios e emitir pareceres sobre o ensino pré-graduado, a apresentar pela Ordem às entidades oficiais; planificar cursos de atualização e aperfeiçoamento, com a colaboração das Universidades, das escolas de ensino médico e de outras instituições; manter um centro de documentação e informação médica nacional e de divulgação bibliográfica científica; emitir parecer sobre bolsas de estudo e prémios científicos a atribuir pela Ordem; colaborar na educação para a saúde das populações; cooperar, através do conselho nacional, no quadro do

regime legal aplicável, com os organismos responsáveis pela orientação, programas ou esquemas de ensino médico pré-graduado e paramédico. O CN nomeou para o Conselho nacional de ensino e educação médica: Noélia Rubina Correia (presidente), Fernando José Pita Pereira da Silva, Filipe Correia Pinheiro, João Eurico Cortez Cabral da Fonseca, João José Fernandes Cardoso de Araújo Cerqueira, Luís António Marques da Costa, Roberto Liberal Fernandes Roncon de Albuquerque, Cláudia Cristiana de Carvalho Vaz Pessoa e José António Pereira da Silva. Conforme nos explicou Rubina Correia, o conselho quer “encontrar soluções para tornar o ensino médico em Portugal equilibrado, de forma a tornar os médicos proficientes face aos avanços tecnológicos e científicos, mantendo o carácter extremamente humano do exercício da Medicina”.

Conselho nacional para a formação profissional contínua



Compete a este conselho, através do conselho nacional, gerir os processos de recertificação dos médicos inscritos e propor o respetivo regulamento e emitir parecer sobre os assuntos relacionados com a formação profissional contínua. O CN nomeou para o Conselho nacional para a formação profissional contínua: António Cândido Vaz Carneiro (presidente), Armando Amílcar Pires de Mancilha Rodrigues de Almeida, Arnaldo José de Castro Figueiredo, Carlos Manuel da Silva Martins, João Miguel Monteiro Grenho, Inês Morgadinho Barros de Mesquita, Diana Tomás Fonseca da Silva, Maria Isabel Ilharco Caldeira de Sousa Ramôa e Manuel Teixeira Marques Veríssimo. António Vaz Carneiro considera que o conselho a que preside “tem como principais objetivos apoiar o desenvolvimento profissional dos médicos portugueses. Para isso, apoiará programas de atualização de conhecimentos, procurando ainda fornecer evidência científica sobre as modalidades de aquisição de conhecimentos mais modernas a nível internacional”.

Conselho nacional para o serviço nacional de saúde e carreiras médicas



Compete a este conselho emitir parecer sobre assuntos relacionados com a organização do Serviço Nacional de Saúde e sobre assuntos relacionados com a qualificação profissional no âmbito das carreiras médicas. O CN nomeou para o Conselho nacional para o serviço nacional de saúde e carreiras médicas:

Jorge Freitas Seabra (presidente), Carlos Aragão Pereira de Athayde, Fernando Júlio Carvalho Príncipe, Francisco José Palma Maio de Matos, Jorge Manuel Martins Ferreira dos Santos, Paulo Cristiano do Nascimento Símões, Víctor Manuel Borges Ramos, Isabel Maria Oliva Teles Gouveia e Cássio e Maria Isabel Guia Estibeira Ventura de Fonseca Soares. **Num contexto em que a política dos sucessivos governos só contribui para a desestruturação e subfinanciamento do SNS, e reconhecendo a Ordem como o mais coerente e firme defensor desse serviço público, este conselho deseja colaborar para o debate, esclarecimento e consequente defesa do SNS e das carreiras médicas, tendo em vista um retorno ao seu espírito universal, democrático e formativo original,** explicou à ROM Jorge Seabra.

Conselho nacional de exercício da medicina privada e convencionada



Compete a este conselho emitir parecer sobre os conflitos nas relações entre médicos e destes com outros profissionais ou com instituições oficiais ou particulares, no exercício da medicina privada e convencionada; emitir parecer sobre os legítimos interesses dos médicos quanto à tributação e quanto a laudos de

honorários; em articulação com os colégios e as sociedades científicas, promover a revisão e atualização regular da tabela dos códigos de nomenclatura e complexidade relativa dos atos médicos e propor a sua aprovação ao conselho nacional. O CN nomeou para o Conselho nacional de exercício da medicina privada e convencionada: Leopoldo Maria Lemos da Cunha Matos (presidente), António Augusto Guerra Massa, Paula Maria Tavares Ramôa, Joaquim Pedro

Ferreira Canas Mendes, Lucindo Palminha do Couto Ormonde, Luís Pedro de Sousa Ferreira e Teixeira, Mário João Baptista Nunes de Mourão Gamelas, Isabel Glória de Abreu Fernandes Martins Guimarães e Carlos Manuel Costa de Almeida. Leopoldo Cunha Matos realça que o trabalho deste conselho será fundamental para “**a dignificação da atividade dos médicos, pelo reconhecimento da complexidade e especificidade da sua profissão, atualizando a tabela de códigos e nomenclatura e complexidade relativa dos atos médicos**”, tema principal da atividade que irão desenvolver.

Conselho nacional de solidariedade social dos médicos



Compete a este conselho propor ao conselho nacional um plano de solidariedade social dos médicos na doença, invalidez e reforma, extensivo aos familiares deles dependentes, sem prejuízo da sua inserção num sistema nacional de segurança social; integrar os organismos responsáveis pela orientação, programas ou esquemas de segurança social, quando tal for legalmente determinado; participar na gestão do Fundo de Solidariedade da Ordem e propor, de forma regular, a revisão e atualização do mesmo Fundo; contribuir, em parceria com os conselhos regionais, para o desenvolvimento de planos regionais de apoio social aos médicos na terceira idade, nomeadamente com a criação das «casas sociais dos médicos». O CN nomeou para o Conselho nacional de solidariedade social dos médicos: Aníbal António Gil de Sousa Justiniano (presidente), António Rui Bomba Pais, José António do Nascimento Alves, Vasco Miguel Mendonça Nogueira, Maria Cecília Aleluia Vaz Pinto, Maria de Fátima Rodrigues Clemente Figueira de Araújo, Maria dos Prazeres Gomes Figueiredo Reis Teixeira Francisco, Maria Marlene Lemos da Silva e Sousa e Paula Cristina Jorge Soares Pinheiro. Aníbal Justiniano explica que o objetivo deste conselho é através das suas propostas conseguir “**envolver os médicos na criação de um plano estável de solidariedade social, que lhes sirva de apoio e aos seus familiares dependentes, na doença, na invalidez e na reforma**”.

Conselho nacional para a prevenção do erro médico e eventos adversos graves



Compete a este conselho elaborar estudos e propor ao conselho nacional a adoção de medidas que visem diminuir ou eliminar erros médicos ou eventos adversos graves, bem como elaborar e proceder a um registo nacional desses erros e eventos adversos. O CN nomeou para o Conselho nacional para a prevenção do erro médico e eventos adversos graves: José Inácio Guerra Fragata (presidente), Adriano José Carvalho Rodrigues, José Gabriel Monteiro de Barros Cabral, Luís Filipe Martins Sousa Magalhães, Rui Miguel Monteiro Ramos, Dorinda Inês Marques Lopes, Dulce Helena Sara-mago Diogo, Maria do Carmo Gama Caldeira e José Manuel Malheiro Holtreman Roquette. José Fragata refere como este conselho se “**justifica plenamente dado que a prevalência destes eventos em Portugal atinge os onze em cada cem internamentos - com enormes consequências materiais, morais, económicas e algumas vezes judiciais**”; a redução destas ocorrências será o objetivo do trabalho desta equipa.

Conselho nacional para atribuição do patrocínio científico



Compete a este conselho emitir pareceres sobre o patrocínio científico da Ordem a eventos científicos e ações de formação, nomeadamente congressos, palestras e cursos de formação, bem como sobre os assuntos relacionados com a formação médica. O CN nomeou para o Conselho nacional para atribuição do patrocínio científico: António José Gonçalves Martins Baptista (presidente), Alberto Manuel Barros da Silva, Carlos Manuel da Silva Robalo Cordeiro, Eu-sébio Manuel Ferreira Gomes Martins Porto, Cláudia Raquel Ferrão de Melo, Isabel Maria Rodrigues do Nascimento, Patrícia Glória Dinis Dias, Carlos Manuel Pires Martins da Silva e José Guilherme Lopes Rodrigues Tralhão. António Martins Baptista frisa que além da avaliação de atribuição de patrocínios com as

regras em vigor, este conselho “está a atualizar os critérios de atribuição de patrocínio científico pela Ordem dos Médicos”, os quais “terão de ser claros, transparentes, consensuais na classe médica e merecedores de respeito por todos os envolvidos.”

Conselho nacional da pós-graduação



Compete a este conselho emitir pareceres no âmbito dos internatos médicos, nomeadamente quanto aos pedidos de equivalência solicitados pelos internos, nos termos da respectiva legislação e sobre os assuntos relacionados com a autonomia médica e a formação específica. O CN nomeou para o Conselho nacional da pós-graduação: Carlos José Faria Diogo Cortes (presidente), André Filipe Monteiro dos Santos Luís, Edson dos Santos Oliveira, José Armando Marques Neves, Nuno Correia Louro Fradinho, Rui Nuno Marques de Queirós Capucho, Serafim Manuel da Rocha Guimarães, Mariana da Rocha Almeida Brandão e Marta Luísa dos Santos Correia. Carlos Cortes refere que “a Ordem dos Médicos tem um papel fundamental na definição e avaliação da formação médica pós-graduada que é ministrada nas Unidades de Saúde. A exigência de Internatos de qualidade só é possível com uma ação conjunta e articulada entre os Colégios, o CNPG, os Conselhos Regionais e o Conselho Nacional”, desiderato para o qual todos os elementos deste conselho desejam contribuir.

Conselho nacional da política do medicamento



Compete a este conselho emitir parecer sobre os assuntos relacionados com a política do medicamento. O CN nomeou para o Conselho nacional da política do medicamento: José Luís de Almeida (presidente), António Luís Miraldo

Ordens Castelo-Branco, Luís Manuel Alfacinha Braz Frade, Manuel do Rosário Caneira da Silva, Manuel Joaquim Lopes Vaz Silva, Roberto Rodrigues Pinto, Serafim Miguel de Sousa Barreto Guimarães, Frederico José Teixeira e Carlos Alberto Fontes Ribeiro. José Luís de Almeida diz-nos que o conselho a que preside irá trabalhar “**por uma política do medicamento que sirva a saúde de todos os portugueses**”.

Conselho nacional dos cuidados continuados



Compete a este conselho emitir parecer sobre os assuntos relacionados com os cuidados continuados. O CN nomeou para o Conselho nacional dos cuidados continuados Albino Alberto Rodrigues

Costa (presidente), Álvaro Manuel Baltazar Ferreira Silva, Armando José de Oliveira Brito Sá, João Filipe Cordeiro Porto, Manuel Veloso de Brito, Pedro Miguel Ribeiro da Fonseca Seabra, Ana Maria Rodrigues Pedro, Maria José Leitão Nabais e Susana Gomes Corte-Real. Alberto Costa refere a total disponibilidade e empenho do conselho a que preside para o “envolvimento na tomada de posição oficial pela Ordem dos Médicos sobre a situação atual e perspetivas futuras dos Cuidados Continuados em Portugal”.

Conselho nacional para as tecnologias de informática na saúde



Compete a este conselho emitir parecer sobre os assuntos relacionados com as tecnologias de informática na saúde. O CN nomeou para o Conselho nacional para as tecnologias de informática na saúde: Jorge Manuel Virtudes dos Santos Penedo (presidente), Diogo Maximiano

Barros Figueiredo Ramos, Frederico Alexandre Moreira Alves do Carmo Reis, Ivo Alexandre Carvalho dos Reis, Pedro Manuel Netto de Almeida Duarte, Ana Bárbara Rosendo Colaço Simões, Alexandre Rainha Silva Campos, Daniela Vasconcelos Ribeiro Santos Seixas e Patrícia Sofia Ferreira Lopes Couto da Rocha. Sobre a relevância e futuro trabalho do conselho a que preside, Jorge Penedo foi perentório: “**as limitações à utilização das Tecnologias de Informação em Saúde, decorrentes de um planeamento incorreto e desajustado da realidade, ao que se associa, com enorme frequência, um paupérímo parque informático, tem levado a que o benefício das mesmas resulte em prejuízo. A Ordem dos Médicos deve ter um pensamento e propostas concretas sobre este constituindo estas as principais missões deste Conselho**”.

Conselho nacional para a auditoria e qualidade



Compete a este conselho emitir parecer sobre os assuntos relacionados com auditoria e qualidade na saúde; participar, com os colégios da especialidade, na elaboração de normas de orientação clínica; participar nas auditorias da qualidade realizadas no território nacional; participar na definição de indicadores de qualidade em saúde; promover a formação na área de auditoria em saúde. O CN nomeou para o Conselho nacional para a auditoria e qualidade: Susana Cristina Moreira Coimbra Garcia de Vargas (presidente), Fernando Alberto da Conceição Ferreira, Francisco Agostinho Rôlo Marques de Oliveira, Ricardo José da Cunha Marques, Ana Clara Nogueira da Silva Vieira Coelho, Ângela Fernanda Santos Neves, Filipa Maria Nogueira Lança Rodrigues, Isabel Maria Teixeira de Carvalho Pedroto e Leonor Teresa de Almeida Manãs. Susana Garcia de Vargas explicou à ROM que este conselho está “**empenhado em promover a qualidade em todas as áreas da Medicina, numa participação ativa sempre em prol do melhor resultado para o Doente, para a Saúde e para o Médico**”.

Conselho nacional de ecologia e promoção da saúde

Compete a este conselho emitir pareceres sobre ecologia e promoção da saúde e promover a realização de estudos e iniciativas na área da sua competência e promover contactos com as instituições de solidariedade social e com as associações de doentes, com vista à promoção da saúde e de práticas de vida saudável. O CN nomeou para o Conselho nacional de ecologia e promoção da saúde: Eduardo Manuel Rodrigues Duarte (presidente), António Manuel Pinto Brochado Moreira de Moraes, Frederico José Machado Costa Salgado de Abreu, Mário Gomes de Abreu Viana, Rui Eugénio Ferreira Lourenço, Rui Gentil de Portugal e Vasconcelos Fernandes, Maria Antonieta Antunes Dias, Maria Guilhermina Batista de Loureiro Pereira e Maria Helena Dias Alves. Eduardo Rodrigues

Duarte sublinha que este conselho "procurará contribuir para uma abordagem abrangente da saúde, com ênfase nos seus determinantes, fornecendo informação que permita à Ordem dos Médicos adovgar pela promoção da saúde e adotar posições que melhorem a qualidade de vida dos portugueses".

Nota da redação: como foi referido no início do texto, existe mais um conselho consultivo de competência específica – o Conselho Nacional do Médico Interno – mas que é eleito no modelo dos colégios de Especialidade, razão pela qual a sua tomada de posse é diferida em relação aos restantes. O Conselho Nacional do Médico Interno é, assim, eleito, pelos médicos internos, de entre estes, por listas e segundo o sistema da maioria simples, aplicando-se as regras eleitorais previstas para os colégios de Especialidades.



Evocação a Mário Saraiva

Biblioteca Nacional,
9 de novembro, às 18h

Irá decorrer no início de novembro uma sessão evocativa de homenagem ao médico Mário Saraiva. Mário António Caldas de Melo Saraiva, natural de Guimarães, foi médico na zona Oeste e residia no Vilar Cadaval onde morreu em 1998. Quando estudante em Coimbra fundou e dirigiu o jornal académico "Paracelso" onde colaboraram colegas e alguns lentes dessa universidade (em 1993 participou nas comemorações do V centenário do nascimento desse médico). Ainda em Coimbra foi convidado para assistente do Prof. Elycio de Moura. Colaborou na feitura do livro da Queima das Fitas 1934 com versos e algumas caricaturas de colegas. Nos princípios dos anos 40 defendeu no Jornal do Médico, com o colega Mário Cardia, a criação de uma assistência nacional de saúde. Deixou uma vasta obra, abrangendo vários temas (história, literatura, medicina, ensaios políticos...), sendo de destacar "O Caso Clínico de Fernando Pessoa" e a "Nosografia de D. Sebastião", com várias edições. Foi pintor e ilusionista, tendo inventado sortes que estão registradas a nível internacional. Com os seus espetáculos de ilusionismo, Mário Saraiva angariava fundos que depois usava para fins de beneficência, ajudando as pessoas desfavorecidas da região. Escreveu sobre diversos temas para a Sociedade de Geografia de Lisboa, onde participava em tertúlias cílicas.

Mário Saraiva foi, para muitos, o último "João Semana" da zona Oeste.

Jornal de Médico

337

O Problema da Assistência Nacional

SA remoção, ou, para melhor dizer, a revolução da assistência médica não é de hoje, que cada vez mais vai levando umas e mais árgeas preçosas a recuar, apesar de todos os esforços, com algumas exceções, para que essas prestações passem na terra fina, cosa o levará a inexistir, se não fôr feita. Nesta transição, entre as muitas outras lacunações, o de uma assistência médica-farmacêutica geralista que seja adequada ao seu concelho, não só a nível profissional, mas também a primária.

O que é por um lado, o anseio do cidadão de poder ter médicos sempre disponíveis, taxados nos partidos

com radicar uma entidade de representação, ou, em campanhas em exercícios violentos, que se arriam a morte a Proletaria podendo defensas que a nossa Raiz que nos engaja!

E é fato, que que se avallou, quando pagavam por uma vacinação, assistência médica, não se pensou que ed. nos move o trânsito. Pode impedi-lhe-nos de ver, jantando, desejando de ver, de recorrer, como era, a umas plazas de recreio, como elas faziam-no, principais, sempre privilegiada um dever essencial e de profundo

à quem costela, seca, o encargo de organizar e aplicar os serviços de assistência. Só assim é que a assistência médica é que a torna actual

as possibilidades da maioria das Casas do Povo. Ora, é preciso melhorar das casas, que é totalidade da sua estrutura, contando-lhes, assim, as possibilidades de desempenharem as relações aquelas para que sejam operacionais; terreno, por exemplo, em verdade, que o Povo organizações oficiais, só, todavia, evidentemente nas suas dimensões, exercendo, por si, dimensões que, por si, exercem, indissociavelmente, da sua actividade.

Designadas as Casas do Povo, os serviços de saúde devem ser-lhes ainda um grande campo de actividade, que é o de se expandirem para possibilidades de fazer uma coisa tão larga e provisória como é a assistência.

A Povo deve exercer este

é de procurar a desenvolver a antigas instituições dos partidos, modernizá-las adaptando-as a novas realidades e a torná-las actual



Uma história concisa da alimentação e nutrição nas primeiras idades

Após apresentação em evento científico no âmbito da Sociedade Portuguesa de Neonatologia, entrou recentemente nas livrarias o livro intitulado "Uma História Concisa da Alimentação e Nutrição nas Primeiras Idades", lançado pela editora PARTENON/Sítio do Livro. Trata-se de um ensaio da autoria de João M. Videira Amaral, pediatra e professor catedrático jubilado da Universidade Nova de Lisboa. O objetivo fundamental foi relatar factos históricos relacionados com a alimentação e nutrição da criança abrangendo vários séculos.

A História da Alimentação é tão antiga como a da Humanidade. A descrição e a compreensão dos fenómenos que integram o conceito atual de nutrição surgiram em meados do século XIX, com o desenvolvimento da medicina experimental e da aplicação das leis da física e da química aos fenómenos vitais. Claude Bernard, um dos grandes pioneiros da Medicina Científica, afirmando em 1877 que "o importante é mudar as ideias à medida que a ciência progride", ajuda-nos a compreender a evolução do tópico em análise, em que o empirismo inicial com a forte influência da cultura dos povos, foi cedendo lugar à racionalidade, com avanços e rebaixos. Efetivamente, a noção de que não há verdades imutáveis, persistindo dúvidas e controvérsias, aplica-se ainda hoje. Não devendo esperar-se desta obra um ensaio exaustivo - pois duma visão parcelar praticamente confinada à Europa se trata, obviamente incluindo Portugal - o objetivo fundamental foi relatar factos históricos relacionados com a alimentação e nutrição da criança abrangendo vários séculos. Reconhecendo-se que alguns tópicos abordados incorporam linguagem técnica, e pretendendo-se que a obra seja "amiga do leitor" – explica João Videira Amaral – e seja inclusiva para um leque o mais alargado possível de pessoas interessadas em História da Medicina, foi incluído um glossário. Com o mesmo objetivo, anexou-se uma versão resumida em língua inglesa considerando as realidades do "mundo global" em que vivemos e do qual fazem parte estudantes realizando estágios no nosso país, ligados a várias universidades estrangeiras. Com prefácio e apresentação da autoria de Paulo Magalhães Ramalho e Carla Rêgo, também pediatras e professores das Universidades de Lisboa e do Porto, respectivamente, a obra divide-se em três grandes partes: alimentação láctea, alimentação complementar e o impacto da alimentação na saúde e no estado de nutrição.

Esta obra foi elaborada sem fins lucrativos e o produto da venda em livrarias reverte a favor de uma instituição de solidariedade social.

João M. Videira Amaral

Uma História Concisa da Alimentação e Nutrição nas Primeiras Idades

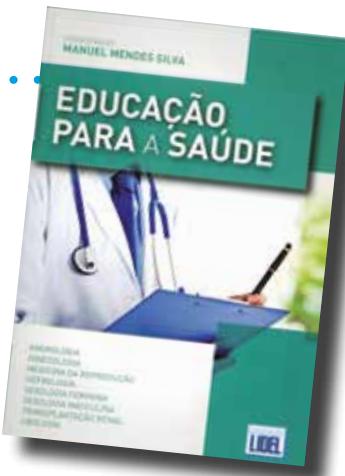
2.ª Edição



O autor

João M. Videira Amaral, é o autor deste ensaio. Médico-pediatra e professor catedrático jubilado da Faculdade de Ciências Médicas/Nova Medical School, da Universidade Nova de Lisboa, fez toda a sua carreira hospitalar e académica nos antigos Hospitais Civis de Lisboa. Até Outubro de 2007 foi diretor da Clínica Universitária de Pediatria no Hospital de Dona Estefânia, Lisboa e regente das disciplinas de Pediatria e de Clínica Pediátrica da mesma Universidade. É autor ou co-autor de cerca de 250 artigos em revistas científicas e em livros de texto, sobretudo nas áreas da Pediatria Neonatal/Neonatologia e da Educação Médica, assim como coordenador e editor de um "Tratado de Clínica Pediátrica" cuja 3.ª edição, contando com uma pléiade de colaboradores, está no prelo. Interessando-se pela História da Medicina, em 2004 publicou uma monografia intitulada "A Neonatologia no Mundo e em Portugal – Factos históricos". Tendo integrado a direção da Sociedade Portuguesa de Pediatria entre 1981 e 1992, sucessivamente como secretário geral, vice-presidente e presidente, foi diretor da respetiva revista (Acta Pediátrica Portuguesa) entre 2005 e 2014.

Educação para a Saúde



Decorreu no dia 13 de setembro, na Ordem dos Médicos, em Lisboa, a apresentação da obra "Educação para a Saúde", coordenada pelo urologista Manuel Mendes Silva e editada pela LIDEL. Este livro representa um contributo dos autores para melhorar a qualidade e a quantidade de vida dos portugueses através do aumento da sua literacia em diversas patologias.

Como se lê na própria obra, "uma das vertentes em que os médicos se devem empenhar nas sociedades atuais, assim como as suas associações científicas e profissionais, é na transmissão à população de conhecimentos, comportamentos, hábitos, atitudes, recomendações e exemplos relacionados com a promoção da saúde e a prevenção das doenças, informando também sobre a sua história natural e os seus efeitos, promovendo diagnósticos precoces e tratamentos adequados, melhorando a qualidade e a quantidade de vida". É neste desígnio que se enquadra a obra que inclui textos da autoria de Manuel Mendes Silva, Ana Gomes da Costa, Luís Mendes da Graça, Nuno Monteiro Pereira, Alfredo Mota, António Pereira Coelho, Pedro Ponce e Maria do Céu Santo. Arnaldo Figueiredo, presidente da Associação Portuguesa de Urologia, entidade que apoiou esta edição, foi o apresentador da obra, começando por referir o interesse e dedicação do coordenador à transmissão de conhecimento, estabelecendo a distinção entre os conceitos de educação vs mera informação. "O conhecimento não ocupa lugar mas ocupa certamente tempo", sublinhou, realçando a importância da educação para a saúde num contexto em que se verifica uma acentuada redução da mortalidade mas em que o declínio da ausência de doença é mais moderado. Este livro é "uma excelente contribuição" para a melhoria da saúde das populações.

Na sua intervenção, o coordenador da obra, Manuel Mendes Silva, referiu os objetivos que nortearam o trabalho desenvolvido – partilha de conhecimento, promoção da saúde e prevenção da doença - num livro que tem como destinatários "os Médicos de Família, outros médicos especialistas ou não, estudantes de medicina, profissionais não médicos (enfermeiros, farmacêuticos, técnicos), e, através dos Médicos de Família, público, utentes dos serviços de saúde, doentes e cuidadores". O livro "Educação para a saúde" nasce precisamente da "necessidade sentida diariamente" por Manuel Mendes Silva na sua consulta de informar e ajudar doentes e familiares não apenas a combater a doença mas também e essencial a promover hábitos mais saudáveis, potenciadores da saúde. Aquela que se pretende que seja o primeiro volume de uma "Coleção Educação para a Saúde", aborda as seguintes áreas: Urologia, Andrologia, Ginecologia, Medicina da Reprodução, Nefrologia, transplantação renal, sexologia feminina e masculina.

Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, encerrou a sessão, salientando que "este livro foi escrito por especialistas de exceção, que souberam comunicar de forma acessível a todos", como se deseja num livro cuja finalidade é promover a "educação para a Saúde" incluída no amplo conceito de "literacia em Saúde" e enaltecendo o coordenador "pelo seu carinho quanto à partilha de conhecimento" bem como pela sua capacidade em coordenar equipas multidisciplinares, num agradecimento público a um médico com "uma dimensão humana e ética invulgares, que tem contribuído não só para a medicina mas também para tornar a sociedade civil melhor e mais justa", facto que se traduz em múltiplas atitudes, mas também no facto de todas as obras em que é autor o médico Manuel Mendes Silva, os seus direitos de autor serem doados à "Acreditar", Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro. A cerimónia de lançamento incluiu um momento musical emotivo proporcionado pelo médico António Levy "que canta maravilhosamente, com uma voz excepcional", referiu Manuel Mendes Silva na apresentação dessa pequena surpresa.

Fórum Médico: estruturas representativas dos médicos sentem que nada mudou...



No final da reunião do Fórum Médico que se realizou no dia 4 de setembro de 2017, com o intuito de analisar a evolução das negociações entre o Ministério da Saúde e as estruturas representativas dos médicos, bem como avaliar o estado da Saúde e estratégias de intervenção para recuperar o Serviço Nacional de Saúde, as estruturas presentes fizeram uma avaliação claramente negativa desses pontos. Os representantes do SIM e da FNAM falaram aos jornalistas e traduziram a posição de todas as estruturas participantes neste fórum ao afirmar que a única coisa que mudou foi o decorrer do tempo pois não existe nenhum avanço significativo no processo negocial com o Ministério da Saúde.

Este Fórum Médico, contou com a participação de Miguel Guimarães, bastonário da OM, Alexandre Lourenço, presidente da Secção Regional do Sul, Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro, Rui Capucho, vogal do Conselho Regional do Norte da OM, Roque da Cunha, Secretário Geral do Sindicato Independente dos Médicos, Mário Jorge das Neves, presidente da FNAM, Rui Nogueira, presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Família, Rita Ramalho, presidente da Associação Nacional dos Estudantes de Medicina, Ricardo Mexia, presidente da Associação Nacional de Médicos de Saúde Pública, Guida da Ponte e Jorge Espírito Santo, ambos da FNAM. Todas as estruturas lamentaram que os graves problemas que afetam o SNS - em resultado da falta de investimento - continuem por resolver, com o agravamento das condições de trabalho, a degradação do acesso aos cuidados de saúde, e intoleráveis injustiças e desigualdades entre os grandes centros urbanos e as regiões mais periféricas, mais carenciadas e mais desfavorecidas. Ricardo Mexia analisou especificamente os problemas da Saúde Pública, lamentando as dificuldades decorrentes de lidar com um Governo que "diz até na comunicação social que faz mas em que a



execução é, na verdade, nula". Rita Ramalho frisou a necessidade de um melhor planeamento de recursos em saúde e lamentou que desde 2015, ano

em que a ACSS participou numa reunião a nível europeu em que o caso português foi usado como caso de estudo quanto ao planeamento dos recursos humanos em saúde, "nunca foram mostrados os resultados dessa análise". Os intervenientes nesta reunião reafirmaram a necessidade de se fazerem mais reuniões do Fórum Médico.

Já à margem da reunião, em declarações aos jornalistas, foi explicado que os médicos não querem fazer greve mas estão a sentir que o Ministério da Saúde - com a falta de resposta ou constantes promessas quebradas - os quer obrigar a escolher essa forma de luta. "Estão a empurrar-nos para uma greve, um conflito que a ninguém satisfaz", afirmaram os dirigentes sindicais, na sequência de um processo negocial que devia acontecer até ao final do mês de setembro mas que em diversas rondas negociais retrocedeu quase ao ponto de partida. Também em declarações aos jornalistas, Jorge Roque da Cunha garantiu que, mesmo que o Ministério insinue que sim, não estão em causa "melhores salários" mas sim o cumprimento de compromissos já assumidos pela tutela em sede de concertação social.

Miguel Guimarães questionado sobre os efeitos de uma eventual greve dos médicos tendo como contraponto as medidas assumidas pelos enfermeiros, explicou aos jornalistas que o bloco de partos e o serviço de urgência estão incluídos nos serviços mínimos, mesmo quando há greve. "Os médicos têm uma responsabilidade perante os portugueses", sublinhou, esclarecendo que, embora as perguntas da comunicação social se centrassem numa eventual greve ou outras formas de luta, essa não é a essência do Fórum Médico. "Estas reuniões

pretendem analisar a saúde no país, além da partilha quanto às negociações que OM, sindicatos e associações representadas no fórum possam levar a cabo em assuntos do interesse geral dos médicos e da medicina". "Da análise de hoje resulta que o país continua a necessitar de um investimento na área da saúde superior ao que tem sido feito pois os nossos jovens continuam a deixar o SNS e o Ministério ainda não encontrou forma de os captar e fixar onde nas regiões e serviços onde são precisos; As desigualdades entre os grandes centros urbanos e a periferia têm-se acentuado. As condições de trabalho degradam-se com excesso de trabalho e uma pressão assistencial muito elevada sobre os médicos". Questionado sobre negociações da OM, explicou que "desde o início do mandato que se têm desenhado alguns compromissos em diversas áreas entre a Ordem e o Ministério da Saúde, o que é naturalmente de natureza diferente dos compromissos que se têm que fazer com os sindicatos médicos", o que justifica o maior desencanto dos sindicatos por não se avançar em "matérias que consideramos todos essenciais nomeadamente os tempos de trabalho no serviço de urgência e a diminuição das listas de utentes dos médicos de família porque são questões que se prendem diretamente com a qualidade e a segurança". Essas são, aliás, as matérias que movem a Ordem dos Médicos: "qualidade dos cuidados de saúde e qualidade da formação para que tenhamos um Serviço Nacional de Saúde de excelência", concluiu. Desde sempre que a Ordem dos Médicos afirmou que estaria solidária com os médicos e com os seus sindicatos se chegassem à conclusão que iam avançar para uma greve em que a instituição concordasse com o caderno reivindicativo. Perante o pré-aviso de greve que os sindicatos fizeram no final de setembro por não ter sido possível chegar a acordo em matérias essenciais como são a redução do trabalho de urgência das 18 para as 12 horas semanais e a redução da lista de utentes por médico de família, a OM irá apoiar os médicos que optarem por aderir a esse protesto.

Acta Médica Portuguesa

Setembro/2017

data de publicação online: 29 de setembro

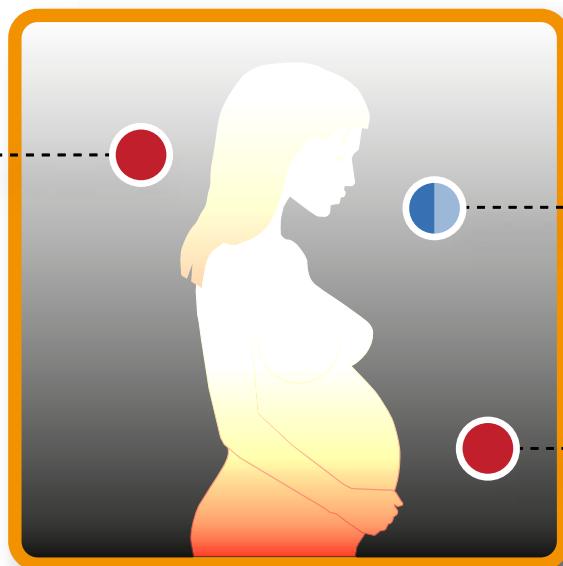
EM DESTAQUE

ARTIGO ORIGINAL:

Ser mãe depois dos 35 anos. Será diferente? Estudo caso controlo

ARTIGO DE REVISÃO - AMP STUDENT:

Gravidez após o cancro da mama: Estado da arte



ARTIGO ORIGINAL:

Morbilidade neonatal na diabetes gestacional:
Coincidência ou consequência do consenso de 2011

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



O futuro do jovem médico

O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães esteve presente na sessão de abertura do 4º Congresso do Internato Médico em Vila Franca de Xira, tendo proferido em seguida a conferência inaugural, subordinada ao tema do "futuro do jovem médico", na qual salientou alguns dos desafios que os recém-especialistas vão ter que enfrentar, ao longo da sua carreira, entre os quais as novas realidades da empregabilidade num contexto global e a responsabilidade do médico nas suas várias vertentes.

A sessão inaugural deste 4º Congresso do Internato Médico além do bastonário da OM, contou com a presença de Salvador de Mello, presidente do conselho de administração da José de Mello Saúde e João Paço, presidente do conselho médico dessa mesma instituição. A moderar a mesa, Nuno Araújo Bentes, responsável pela comissão de internos do Hospital de Vila Franca de Xira, que também pertence à comissão organizadora do congresso. Salvador de Mello explicou no início da sessão que este foi o primeiro ano em que o congresso foi aberto a internos de todo o país, havendo 50 inscritos oriundos de unidades externa ao grupo, incluindo das regiões autónomas. Este orador enalteceu ainda a visão e empenho do médico João Paço na transmissão de conhecimentos com o objetivo de ajudar os mais jovens a adquirir competências clínicas e também organizacionais que lhes permitam atingir níveis de excelência. Os hospitais do grupo (Cuf Descobertas, Cuf Infante Santo, hospital de Braga e de Vila Franca de Xira) começaram a





Desafios para (jovens) especialistas

Na conferência que proferiu, Miguel Guimarães escolheu abordar alguns dos desafios sobre os quais os jovens médicos devem refletir desde cedo para estarem preparados para o futuro: necessidade de humanização da relação médico/doente (com melhoria da capacidade de comunicação dos médicos para tornar o doente parte verdadeiramente ativa e responsável nos seus processos quer de cura da doença quer de prevenção e promoção de estilos de vida saudáveis), formação (pré e pós graduada, contínua, como fator impulsionador da qualidade assistencial), globalização e emprego ("a nível europeu calcula-se

que faltam cerca de 230 mil médicos" o que corresponde a uma oportunidade de empregabilidade global; "o desafio não será a falta de emprego mas a escolha do local onde trabalhar"), responsabilidade (englobando a responsabilidade disciplinar, civil e penal mas também a responsabilidade ética e deontológica no acompanhamento dos seus doentes), qualidade (elemento transversal) e task shifting (a transferência de competências dos médicos para outros profissionais de saúde, que já começa a traduzir-se em maus indicadores na saúde materno-infantil, em países como os EUA, a Inglaterra ou a Holanda, é uma realidade que os médicos mais jovens não podem ignorar para poderem acautelar).

"A remuneração dos médicos deve ter em conta a responsabilidade que têm pois o médico é, e continuará a ser, o responsável clínico último pelas equipas multidisciplinares que coordena. As remunerações deviam ser calculadas em função da responsabilidade que temos na sociedade civil e com base na jurisprudência já existente sobre o elevado valor das indemnizações que os médicos têm sido obrigados a pagar seja por um erro cometido, seja por uma complicação prevista num determinado procedimento", referiu Miguel Guimarães defendendo que a responsabilidade tem que corresponder ao reconhecimento e a remunerações dignas.

Sobre a forma de fazer evoluir o sistema de saúde, como



desenvolver as suas idoneidades e capacidades formativas com a atribuição das primeiras em 2012 e recebem em 2017 mais de 400 internos, demonstrando "a qualidade clínica e a capacidade formativa" para "assegurar a excelência do futuro dos cuidados de saúde". Também João Paço falou do futuro, sublinhando que "um hospital faz-se com pessoas novas; é nossa obrigação ética transmitir o que sabemos aos mais novos", desde as competências mais complexas "aos pequenos gestos do dia a dia". Frisando que a formação tem que ser de excelência e sempre com o enquadramento da Ordem dos Médicos, João Paço concluiu, dirigindo-se aos internos presentes na sala: "lutem por melhores condições e exijam mais dos tutores porque é um gosto tê-los nas nossas unidades". "Se tivéssemos que eleger a principal virtude do nosso Serviço Nacional de Saúde, que vai agora fazer 38 anos, esse fator isolado teriam que ser as pessoas, os profissionais de saúde", afirmou Miguel Guimarães, ainda durante a sessão inaugural. Agradecendo ao grupo a apostar na formação porque sem ela não há inovação, Miguel Guimarães recordou que o rigor imposto na avaliação de idoneidades e capacidades formativas é um fator com reflexos positivos na qualidade da formação e consequente empregabilidade dos nossos especialistas.



um todo, considerou ser "essencial que se publiquem os resultados clínicos das unidades de saúde para que todos possamos ter acesso a informação como: opções terapêuticas, qualidade de vida pós-tratamento, % de cura ou de complicações mais comuns, etc. O doente poderia assim ter a acesso a informação objectiva e auditável que lhe permitisse tomar uma decisão consciente.

**Os novos especialistas
não podem ficar todos nas
grandes cidades.**

**Os bons especialistas
têm sempre colocação,
em qualquer lugar do
mundo.**

**A política de saúde está
desatualizada e terá que
mudar para que possamos
permitir acesso – primeira
dimensão da qualidade - com
equidade sem aumentar as
desigualdades sociais.**

"Muito terá que mudar: não adianta dizer aos doentes que têm que saber distinguir situações urgentes, agudas e não agudas e quando devem recorrer ao médico de família, se não criarmos condições de acesso rápido aos ACES, com horários alargados em algumas unidades, por exemplo".

Em conclusão, o bastonário da Ordem dos Médicos elencou ainda outros desafios para a evolução do sistema de saúde, e, consequentemente, para o futuro dos jovens médicos: o ineficiente uso da informação, a fragmentação dos cuidados de saúde (em vez da desejável integração), o desperdício que continua a existir, o atraso na inovação, a variabilidade na prática clínica, as questões de acesso, custo e alterações demográficas. As últimas palavras desta conferência foram para as muitas dezenas de internos presentes na sala. "O vosso futuro é o futuro do país. É essencial apostar nas pessoas", concluiu.

**Temos que abrir as vagas
necessárias para os
médicos mas sempre com
respeito pela capacidade
do próprio SNS, que
ainda é o principal local
de formação do país.**

**Se Portugal quer ficar
com os seus melhores pro-
fissionais no SNS, tem
que conseguir ser mais
competitivo.**



AQUI

A MÉDICOS DO MUNDO ESTÁ AQUI.

Em Lisboa, no Porto e em Viseu, lutamos contra todas as doenças, até a injustiça.

Conheça o nosso trabalho em www.medicosdomundo.pt | Siga-nos no facebook



Carlos Cortes
Presidente da Secção Regional do
Centro da Ordem dos Médicos

Ignorar os profissionais de saúde é ignorar o SNS

Há precisamente 38 anos, a 15 de setembro de 1979, era publicada a Lei 56/79 que criava o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal. Este sistema público de saúde foi inspirado no modelo inglês, originalmente idealizado pelo economista William Beveridge. Com base no relatório que elaborou em 1942, em plena II Guerra Mundial, foram lançadas as bases do *National Health Service*, sistema segundo o qual todos os ingleses participariam financeiramente na construção de um modelo social de cuidados de saúde para socorrer os mais desfavorecidos e os mais vulneráveis.



Carlos Cortes, Isabel de Carvalho Garcia e António Manuel Arnaut

O SNS veio mudar profundamente não só a forma da prestação e organização dos cuidados de saúde mas, também, introduzir conceitos de solidariedade e justiça através da universalidade e equidade no seu acesso.

"O acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social..."
art.º 4 da Lei 56/79.

Na génesis deste sistema de saúde, como em muitos outros feitos na área da Saúde, estiveram médicos engajados e altruístas.

Como representação do SNS e da necessidade de cuidar, apoiar e acarinhar, uma oliveira plantada no Parque Verde em Coimbra, junto ao rio Mondego, é, anualmente, regada a 15 de Setembro, precisamente o dia em que se assinala o aniversário da criação do SNS.

Este ritual de um profundo significado simbólico, iniciado em 2009, conta com a presença do Dr. António Arnaut, da Dra. Isabel de Carvalho Garcia, do Dr. Armando Gonsalves (em representação das Ligas dos Amigos dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do Hospital dos Covões, respetivamente) entre outras individualidades e representantes de entidades locais. A Ordem dos Médicos tem estado associada ativamente a este evento que, este ano, contou ainda com a presença de outras Ordens profissionais do setor da Saúde. Esta "equipa de regantes" simboliza as várias forças que têm alimentado o serviço público de saúde desde a sua criação, infalivelmente até nos momentos mais conturbados.

Num discurso lúcido e clarividente, o Dr. António Arnaut

elegeu os profissionais de saúde como o principal pilar do SNS: "Estou a trabalhar, há cerca de um ano, numa nova Lei para o Serviço Nacional de Saúde que tem como pedra basilar as carreiras profissionais. Porque as carreiras profissionais são a trave mestra do Serviço Nacional de Saúde".

O SNS, desde a sua criação em 1979, tem atravessado fases periclitantes. Tanto por dificuldades originadas em más decisões políticas, como por um subfinanciamento crónico e perigoso que se tem acentuado desde o início da crise global de 2011. Além de pineladas de circunstância, não têm existido quaisquer reformas indispensáveis, nem nos cuidados de saúde primários nem hospitalares. As unidades de saúde estão no seu limite, com falta de meios materiais, técnicos e humanos. É um quadro sombrio, embora real e à vista de todos há demasiado tempo.

O principal fator de estabilidade tem sido alcançado graças aos profissionais que trabalham no SNS e que lhe dão vida. Os médicos têm desempenhado um papel central neste processo.

É, precisamente, essa parte do SNS que também é preciso "regar" e não desvalorizar.

Os médicos têm sido incansáveis a garantir condições mínimas de prestação de cuidados de saúde nos centros de saúde e nos hospitais, apesar das insuficiências e de todas as barreiras que têm sido criadas e que se têm acumulado anos a fio.

Pior: os médicos estão esgotados, tal como revelou um estudo divulgado pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, em Julho de 2016, em que ficou evidenciado que 40,5 % dos médicos estão em exaustão emocional, uma das dimensões de Burnout.

A resposta do SNS deve ser melhorada.

Melhorada para os doentes que recorrem aos hospitais e centros de saúde. Mas melhorada, também, para os

profissionais de saúde que andam há demasiado tempo a ser sacrificados em nome de argumentos falaciosos e demagógicos e que acabam por nunca se concretizar.

Estamos a atravessar mais um momento turbulento durante o qual os profissionais de saúde têm expressado as suas preocupações perante um sistema público de saúde à deriva.

O Ministério da Saúde ignora o importante papel dos médicos.

Ignorar os profissionais de saúde é ignorar o SNS.

www.omcentro.com

CHUC
CENTRO HOSPITALAR
E UNIVERSITÁRIO
DE COIMBRA

A SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO DA
ORDEM DOS MÉDICOS E A UNIDADE DE TRANSPLANTAÇÃO
HEPÁTICA PEDIÁTRICA E DE ADULTOS DO CENTRO
HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA
A P R E S E N T A M

transplantação hepática em coimbra

25 anos

exposição.

23 set a 23 out
coimbra
clube médico
INAUGURAÇÃO · 18h

26 out a 28 dez
coimbra
átrio polo huc-chuc
INAUGURAÇÃO · 12h

Ciclo de conferências
'Transplantação'
23 setembro a 21 outubro 2017
na Ordem dos Médicos

COM O APOIO:

CLUBE MEDICO
Coimbra SHOCM

"Estaremos atentos à criação dos serviços para avaliação clínica dos condutores", declara Carlos Cortes

SRCOM realizou questionário inédito em Portugal

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) congratula-se com a aprovação do decreto-lei que cria os Serviços Clínicos para a avaliação de aptidão física, mental e psicológica para os candidatos e condutores, uma vez que, tal como havia alertado, os médicos de família estavam a comprometer a qualidade de atendimento aos seus utentes. A medida - aprovada e anunciada pelo Conselho de Ministros a 10 de agosto - visa a "avaliação específica e diferenciada das aptidões definidas no perfil destes condutores, tendo em consideração a garantia da segurança rodoviária", de acordo com o comunicado emitido pela tutela.

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) congratula-se com a aprovação do decreto-lei que cria os Serviços Clínicos para a avaliação de aptidão física, mental e psicológica para os candidatos e condutores, uma vez que, tal como havia alertado, os médicos de família estavam a comprometer a qualidade de atendimento aos seus utentes. A medida - aprovada e anunciada pelo Conselho de Ministros a 10 de agosto - visa a "avaliação específica e diferenciada das aptidões definidas no perfil destes condutores, tendo em consideração a garantia da segurança rodoviária", de acordo com o comunicado emitido pela tutela.

"Saudamos o reconhecimento por parte dos titulares do Ministério da Saúde aos alertas lançados pela Ordem dos Médicos", sublinha o presidente da SRCOM, Carlos Cortes, enaltecendo o trabalho do Gabinete de Informação e Tecnologia da SRCOM que levou a cabo um inquérito inédito para avaliação de satisfação da aplicação informática dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde para a emissão de atestados para renovação e obtenção da carta de condução.

Neste questionário - recorde-se - 96 por cento dos médicos de família assumiram não ter os meios necessários para emitir atestado para carta de condução. Este questionário revela ainda que 73,4% dos médicos reportava erros informáticos em mais de 25% dos atestados que estavam a emitir.

Perante o impasse - e porque a desmaterialização obrigatória dos atestados entrou em vigor a 15 de maio - a SRCOM tornou públicas as críticas, exigindo o cumprimento da promessa do Ministério da Saúde no sentido de criação dos Centros de Avaliação Médica e Psicológica (CAMP), sustentando que os utentes dos serviços de saúde estavam a ser prejudicados no atendimento, devido à burocracia e ao tempo necessário para os médicos de família emitirem eletronicamente os atestados necessários para a carta de condução.

Ora, o supracitado questionário de avaliação de satisfação realizado pelo Gabinete de Informação e Tecnologia da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (506 médicos) revelara ainda que 95,8% destes profissionais não têm todos os meios de que necessitam para a

avaliação pormenorizada do utente. Como consequência desta situação, 87,9% dos médicos inquiridos afirmaram que seria necessária mais do que uma consulta para emitir este atestado e 93,3% dos médicos consideraram que a relação médico-doente seria posta em causa.

Estas conclusões levaram o presidente da Secção Regional do Centro, Carlos Cortes, a assumir, ainda em julho, a urgência de uma intervenção do Ministério da Saúde a fim de estancar estes problemas, designadamente na gestão dos tempos de atendimentos dos utentes. "É preciso ter consciência de que em média um médico de família gasta cerca de 30-45 minutos com a aplicação informática para a emissão de atestados médicos e que são precisas 2 ou 3 consultas para fechar este processo. Isto significa que em média entre 6 a 9 utentes saem prejudicados e sem atendimento médico devido a este processo tão moroso", reportava Carlos Cortes.

Atente-se, aliás, a mais resultados das respostas dos colegas de Medicina Geral e Familiar da Região Centro ao questionário realizado pelo Gabinete de Informação e Tecnologia. Os resultados divulgados a 13 de julho são reveladores: 73,4% dos médicos reportava erros informáticos em mais de 25% dos atestados que

e Tecnologia. Os resultados divulgados a 13 de julho são reveladores: 73,4% dos médicos reportava erros informáticos em mais de 25% dos atestados que

emitia e 76.8% dos inquiridos acredita que a consulta após a referenciação necessária não ocorrerá em menos de 6 meses. Aliás, foi face à grande preocupação com o novo modelo eletrónico com a aplicação dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde que surgiu este questionário de avaliação de satisfação.

Face aos números, Ivo Reis, médico especialista em Medicina Geral e Familiar e coordenador do Gabinete de Informação e Tecnologia da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, era também uma voz a pedir uma solução urgente. Números e preocupações que tiveram eco na comunicação social regional e nacional.

Com o anúncio divulgado a 10 de agosto, após a reunião do Conselho de Ministros, que visa a criação de Serviços Clínicos para a Avaliação da Aptidão Física, Mental e Psicológica dos Candidatos e Condutores (substituindo a promessa de criação dos centros de avaliação), o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos emitiu - precisamente nesse dia - uma nota onde se demanda rapidez no processo legislativo no sentido em que "os médicos passem a dedicar aos doentes o tempo de que estes necessitam".



Alerta para a falta de condições do edifício da USF CelaSaúde



SRCOM Sociedade Regional da Ordem dos Médicos

Mudar telhado e janelas já não chega para resolver a gravidade da situação

«Mudar telhado e janelas já não chega para resolver a gravidade da situação» em unidade de saúde familiar da centro de Coimbra.

ARSC garante CelaSaúde

Para além dos esgotos, «as janelas estão podres, há fissuras no teto de vários gabinetes e infiltrações no pavimento. É desfeitoria a verificá-lo, tornando o ar insuportável nalgumas salas», enumera a Ordem, em comunicado enviado à agência Lusa.

Público

Para além dos esgotos, «as janelas estão podres, há fissuras no teto de vários gabinetes e infiltrações no pavimento. É desfeitoria a verificá-lo, tornando o ar insuportável nalgumas salas», enumera a Ordem, em comunicado enviado à agência Lusa.

Ministério da Saúde

Escrever ao Ministro da Saúde

Lusa

Médicos denunciam degradação em unidade de saúde no centro de Coimbra

A Ordem dos Médicos do Centro denunciou hoje que o edifício onde funciona a Unidade de Saúde Familiar (USF) CelaSaúde, no centro de Coimbra, se encontra degradado e que coloca em risco a saúde dos profissionais e dos utentes.

«Os esgotos escorrem pelas paredes exteriores, as janelas estão podres, há fissuras no teto de vários gabinetes e infiltrações no pavimento. É desfeitoria a verificá-lo, tornando o ar insuportável nalgumas salas», enumera a Ordem, em comunicado enviado à agência Lusa.

O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, refere ainda que se registaram «elevados valores de concentração de CO₂ que excedem os limites a partir dos quais já são nocivos para a saúde humana» e que até já houve incidentes, tendo caído «uma armadura elétrica em cima de um médico durante uma consulta».

Atendendo à gravidade, Carlos Cortes avisou o Ministério da Saúde desta situação, encetado fotografias «para exemplificar o estado de degradação do imóvel».

«As condições são de tal modo adversas e com tal gravidade que é urgente realizar as obras há muito prometidas pela Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) que, sistematicamente, não cumpre o que promete. Estamos perante uma ARSC desapreciada, opaca e insensível», lamenta.

Wi Zink

Precisões de mais?

Wi Zink Anuidade gratuita

Rewards

Oferece-lhe recompensas por cada compra realizada. Para saber mais sobre as recompensas, visite o site [www.wizink.com/rewards](#).

Na sequência do plano de atividades do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos esta USF recebeu a visita de Carlos Cortes e Inês Rosendo, respetivamente, o presidente e vogal daquele órgão. Ficaram a conhecer em detalhe os constrangimentos do bloco A do edifício do Centro de Saúde de Celas e a excelência dos cuidados prestados à população.

São notórias as péssimas condições em que se encontram as atuais instalações da Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde, bem no centro da cidade de Coimbra. No dia da denúncia pública, foi anunciado o deferimento do projeto de arquitetura para a remodelação. Os alertas, documentados com imagens, já chegaram ao Ministério da Saúde através de uma missiva enviada pelo presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Entretanto, foi efetuada a denúncia pública do estado de degradação do imóvel, com ampla divulgação pela comunicação social.

Na nota oficial enviada à imprensa, Carlos Cortes responsabilizou e teceu duras críticas à Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) perante a ausência de condições condignas: "A ARSC tem demonstrado estar completamente paralisada na resolução dos graves problemas que atingem os cuidados de saúde primários, o que espelha uma profunda insensibilidade pelas condições de trabalho dos profissionais de saúde e pelos problemas dos doentes", aponta.

Apesar dos insistentes alertas da coordenação desta USF, sempre preocupada com as condições de trabalho dos profissionais e a forma como os utentes são atendidos, o rol dos problemas é vasto, no que ao edifício da USF CelaSaúde diz respeito: os esgotos escorrem pelas paredes exteriores, as janelas estão podres, há fissuras no tecto de vários gabinetes e infiltrações no pavimento, é deficitária a ventilação tornando o ar irrespirável nalgumas salas. A USF CelaSaúde regista, até, elevados valores de concentração de CO₂! No mesmo documen-

to enviado às redações, o presidente da SRCOM repudia o atraso do início de obras para este e outros edifícios degradados, como é o caso do Centro de Saúde Fernão de Magalhães. Tudo isto sem esquecer a lista de equipamento em falta.

A USF CelaSaúde, atualmente sob coordenação de Maria Teresa Tomé, situa-se na Rua Dr. Augusto Rocha, número 6, em Coimbra, com 33 profissionais. Abrange mais de 16 500 utentes no centro de Coimbra. Recorde-se que foi na sequência do plano de atividades do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos que esta USF recebeu a visita de Carlos Cortes e Inês Rosendo, respetivamente, o presidente e vogal daquele órgão. Ficaram a conhecer em detalhe os constrangimentos do bloco A do edifício do Centro de Saúde de Celas e a excelência dos cuidados prestados à população. Apesar das parcias condições do edifício que alberga a USF de Celas, esta unidade foi a vencedora em 2016, a nível nacional, da 5.^a edição do Prémio Sustentável de saúde atribuído Sanofi negócios.

Ora, curiosamente, no mesmo dia em que foi efetuado o alerta público para a degradação do imóvel, o vereador com o pelouro do Urbanismo da Câmara Municipal de Coimbra, Carlos Cidade, deferiu os projetos de arquitetura para a construção do Centro de Saúde Fernão Magalhães (entre a Av. Fernão de Magalhães e a Rua Padre Estêvão Cabral) e melhorias funcionais no edifício do Centro de Saúde de Celas. A Secção Regional do Centro continuará atenta ao desenrolar deste processo.

Abertura oficial da consulta multidisciplinar de OncoSexologia do IPO de Coimbra

Devido à melhoria das condições de diagnóstico precoce e terapêuticas médico-cirúrgicas, tem-se verificado um aumento da sobrevida da população com sequelas devidas aos tratamentos agressivos- cirúrgicos, QT e RT. Assim, surgiu a necessidade de criar um grupo multidisciplinar que tem como objetivo dar resposta aos problemas quer resultantes da própria doença quer provocados pelos tratamentos. Este grupo propõe-se a diagnosticar, minimizar e tratar sinais e sintomas referentes à infertilidade, menopausa precoce, depressão, disfunções sexuais e outros problemas inerentes ao doente oncológico. Abertura oficial da consulta multidisciplinar de OncoSexologia do IPO de Coimbra contou com apoio do grupo do IPO Lisboa.

O grupo: Ricardo Godinho, Paula Alves, Elizabeth Ordens Castelo Branco, Carlos Santos; Emília Albuquerque, Allen Gomes).



O 1º simpósio realizou-se no dia 26 de Junho de 2017, no auditório do Instituto Português de Oncologia de Coimbra.

Sistemas de informação devem ser focados nos doentes e na medicina



O Presidente do Conselho Regional do Sul defende que "os sistemas de informação e tecnologia aplicados à saúde devem também ser focados na medicina" e só assim podem ajudar os médicos e os doentes.

Alexandre Valentim Lourenço disse-o numa conferência que proferiu em Lisboa e perante dezenas de especialistas da área do e-health que vieram de todo o mundo para se reunirem na Multi Conference on Computer Science and Information Systems, que decorreu entre 20 e 23 de julho.

O dirigente admitiu que se colocou muita tecnologia de informação ao serviço da saúde, o que foi positivo, mas que os doentes estão a perder. Na verdade, defendeu, "temos de regressar do computador para o tratamento centrado no paciente; temos muita informação e muita tecnologia, colocámos os computadores nos hospitais, fizemos muitas coisas boas, mas estamos sempre a falar, e cada vez mais, sobre centrar o nosso tratamento no paciente e eu penso que a e-health deve ser centrada no paciente".

"O mundo e os doentes estão a mudar. Sou um médico, sou um obstetra, hoje vou estar nas urgências a fazer partos. As minhas pacientes são sempre diferentes. A próxima geração vai utilizar os sistemas de informação de uma forma diferente, para melhor."

Alexandre Valentim Lourenço
Multi Conference on Computer Science and Information Systems
Lisboa, 20 de julho de 2017

Especialista em Obstetrícia e particularmente interessado em sistemas de informação, o Presidente do CRS apresentou-se, na sua conferência, no dia 20 de julho, como "um médico" e advertiu os presentes que qualquer médico poderia dizer o que iria ser dito por ele próprio, reconhecendo a vantagem de o poder fazer dadas as suas funções na Ordem dos Médicos.

Para Alexandre Valentim Lourenço, "e-health é todo o género de tecnologia que possa ajudar a servir e a providenciar uma melhor saúde aos doentes". Na verdade, quando se aborda este tipo de sistemas ligados à saúde, "estamos a falar sobre meios da tecnologia eletrónica para oferecer melhores cuidados de saúde aos nossos pacientes".

Considerando que este é "um dos assuntos do momento – a utilização de tecnologias na medicina, nos nossos doentes e aplicada ao nosso serviço para o doente" –, o obstetra e dirigente da Ordem reconheceu que "os médicos têm formas diferentes de fazer as coisas e o processo médico é muito complexo".

Para explicar aos especialistas presentes como se desenvolve o método de trabalho dos médicos, Alexandre Valentim Lourenço estabeleceu uma comparação entre o computador e o pensamento médico: "O nosso cére-

bro é como um computador gigante e tenta organizar informação para alcançar o tratamento. O nosso objetivo principal é conseguir a recuperação da doença, evitar a doença, restaurar a saúde e alcançar o tratamento. E, devido a este enorme conjunto de informação, se não a recolhermos em conjunto e processarmos a informação em conjunto, podemos ter um tratamento longo porque não temos um diagnóstico correto".

Para o Presidente do CRS, um dos primeiros problemas com que os médicos se deparam quando usam as tecnologias informáticas é a qualidade da informação. "Quanto melhor for a informação que temos, melhor é o resultado que obtemos; e isso é também um dos principais problemas que enfrentamos com a informação tecnológica nos sistemas de saúde", explicou.

Assim, os registos médicos devem incluir "sintomas, sinais, exames, mas também as coisas que o médico pensa acerca de determinado paciente, depois de ter conversado com ele várias vezes". E assim se passa para os doentes, com informações para cada um, que são apenas necessárias para os médicos, o que exige "a recolha de pequenas informações", sob pena de serem esquecidas, advertiu Alexandre Lourenço.

Quando se começou "a falar de eletrónica e informática na saúde todos diziam que seria melhor, porque com menos erros somos mais eficazes e é mais seguro", recordou o Presidente do CRS, que considera de facto positivo "ter um computador que ajuda muito o médico a resolver problemas".

Mas na verdade, continuou, "o computador coloca muitos problemas na relação entre médicos e doentes, agora os médicos não recolhem tanta informação porque estão em frente ao computador e fazem tudo por lá, pedem exames para compreender o que o doente tem mas não veem o doente".

O dirigente da Ordem ressalvou, contudo, que no seu caso gosta de usar os registos de saúde eletrónicos, mas sublinhou que têm de ser bem utilizados para se atingirem "melhores registos de episódios médicos, ter um registo médico integrado, ter todos os exames no mesmo local e não saltar, esquecer ou perder nenhum tipo de informação".

"O episódio" ou como passar de registos para *medical data*

Alexandre Valentim Lourenço, que manifestou várias vezes a sua crença no contributo dos sistemas de informação para a atividade médica, apresentou aos especialistas presentes na *Multi Conference on Computer Science and Information Systems* também o que considerou "os principais problemas".

"Como podemos ajudar este sistema, como podemos mudar de registos médicos para "medical data"? ", perguntou o Presidente do CRS, referindo a seguir que "os computadores funcionam com dados, números, sistemas binários e os registos médicos não são assim".

Prosseguindo o seu raciocínio, disse: "O principal bloqueio que temos no processo de saúde é que, por exemplo, quando alguém vai ao médico, está 20 minutos com ele e dá-lhe informação, ele recolhe informação, faz um registo médico, onde estão por exemplo raio-x, análises, uma admissão, uma cirurgia, uma medicação, tudo isto são episódios e estes episódios são diferentes uns dos outros e podemos recolher informação diferente mas, tudo junto, é o que nós fazemos aos nossos pacientes para resolver um problema. Um problema de um paciente que pode ter tido vários episódios, de diferentes níveis, e nós temos que recolher e relacionar informação e, por causa disso, alguns registos eletrónicos de dados médicos, processos, programas e aplicações funcionam melhor com episódios, é melhor e é mais fácil de fazer".

Segundo Alexandre Valentim Lourenço, "um episódio tem dois géneros de informação. Uma genérica, clássica – por exemplo quando se refere que uma dor do peito pode durar 5 horas, pode durar 4 ou 5 dias, é como uma faca, é muito intensa, é dor de nível 6 em 10 –, mas tem uma categoria que devemos classificar se é uma doença, quais os tratamentos, que tipo de doença e de sintomas".

Portanto, continuou, "precisamos de informação para tratar os nossos doentes e para construir a aplicação para eles eu quero classificações diferentes".





João Grenho
Secretário do Conselho
Regional do Sul



Nova casa, mais espaço e melhores condições

As novas instalações

– uma nova casa – da Ordem dos Médicos nasceram da necessidade de espaço já identificada há algum tempo. Temos uma sede com enorme dignidade, mas cujo espaço, apesar de todos os melhoramentos que foram sendo feitos nos últimos anos, começou a escassear para albergar a totalidade dos serviços da Ordem dos Médicos.

As obrigações crescentes ao longo dos anos exigiram que os serviços fossem ampliados, com mais pessoal, mais funcionalidades e mais equipamentos, tendo o Conselho Regional do Sul, no mandato anterior, decidido levar para diante a aquisição de uma nova casa, de forma a albergar, com outro tipo de condições, todos os serviços e respetivos funcionários e para receber os médicos que aqui se deslocam.

Na altura da aquisição a casa foi pensada para ser a nova sede do Conselho Regional do Sul e dos serviços da Região do Sul. No entanto, após as eleições, com a entrada em funções da nova equipa do Conselho

e do novo Bastonário, foi decidido reforçar os laços que nos unem, mantendo e ampliando a coabitação, na esperança que esta relação de proximidade se reflita na otimização do papel da Ordem dos Médicos enquanto garante de uma medicina de qualidade em Portugal.

Ao contrário da sede da Ordem, cujo caráter mais representativo, simbólico e histórico da Ordem é inequívoco, o novo edifício tem características objetivamente direcionadas para a qualidade dos serviços e do atendimento aos médicos.

Os serviços de atendimento funcionam já no novo edifício desde o dia 3 de julho e este período de tempo tem revelado que se trata de uma boa opção, que permite mais comodidade aos médicos que a eles precisam de recorrer.

Os restantes serviços a instalar, quer do Conselho Regional do Sul quer do Conselho Nacional, serão transferidos, de forma faseada, para as novas instalações, de forma a não criar disruptões nocivas no funcionamento da Ordem dos Médicos.

Atualmente, no que diz respeito aos serviços, para além do atendimento, estão já na nova sede a área de eventos e o departamento internacional. O Conselho Regional do Sul definiu que na sede se manteriam funcionários do staff de apoio direto aos dirigentes,



A receção do novo serviço de atendimento, no nº 145 da Av. Almirante Gago Coutinho

como o secretariado e o gabinete de comunicação, o que naturalmente se deve a razões orgânicas e de proximidade.

Esperamos que, a breve prazo, outros serviços ligados ao Conselho Nacional, como o departamento de colégios, possam também proceder à mudança para o novo edifício. Com esta mudança esperamos que serviços tão importantes possam usufruir de melhores condições de trabalho que se venham a refletir-se na satisfação e bem-estar dos funcionários, otimizando o funcionamento de um departamento crucial para a Ordem dos Médicos, fornecendo-lhe espaço e condições físicas adequadas à sua função.

O novo edifício apresenta condições de elevada qualidade, otimizadas e apetrechadas com as últimas tendências de segurança e higiene no trabalho, permitindo que funcionários e dirigentes da Ordem dos Médicos exerçam as suas funções de forma efetiva e centrada nos médicos.

Numa perspetiva de melhoria das condições postas ao serviço dos médicos, salienta-se a existência de um parque de estacionamento gratuito. São 11 lugares de estacionamento que esperamos que venham facilitar e tornar mais agradável a deslocação dos médicos às novas instalações.

Os médicos podem aceder ao estacionamento pelo portão de acesso, que, por enquanto, está aberto em permanência nas horas de expediente. Contudo, está em processo de adjudicação a instalação de uma cancela, que num futuro próximo permitirá efetuar a gestão adequada dos espaços de estacionamento.

Com o novo edifício, a Ordem dos Médicos apresenta uma gama mais ampla de soluções para as reuniões dos órgãos executivos e consultivos, os quais, devido ao grande número de médicos que envolvem representavam um enorme desafio de gestão de espaço. A dificuldade de resposta aos pedidos de marcação

de reuniões obrigava à necessidade de deferir no tempo a marcação dessas reuniões de forma a que todos pudessem ter espaço para o fazerem. Essa dificuldade está neste momento ultrapassada com a existência de salas amplas, com excelentes condições de ergonomia.

Fora do novo edifício principal, a Ordem dos Médicos ganha também uma sala polivalente, envidraçada na totalidade e com características especiais, que servirá para reuniões um pouco mais alargadas e que permite uma relação imediata com o exterior.

Os novos espaços que as novas instalações oferecem permitem também que a Ordem possa corresponder melhor às necessidades dos médicos, mesmo quando falamos de órgãos de médicos externos à organização.

Já anteriormente, grupos de médicos, noutros contextos que não de atividades da Ordem, podiam solicitar espaços para se reunirem, mas, estes pedidos, depavam-se com sérias limitações na cedência desses espaços. Agora a oferta disponível foi praticamente duplicada, permitindo que estas reuniões possam ser agendadas e efetuadas sem os constrangimentos do passado.

Os médicos que queiram usar esses espaços podem dirigir-se aos serviços da região Sul, por mail ou diretamente, e solicitar a cedência do espaço para reunião, devendo indicar a data, hora e o número de participantes estimado. Após análise do pedido e consoante o tipo de atividade poderá haver lugar à cobrança de um montante, montante esse que apenas serve para cobrir as despesas operacionais da sala que for disponibilizada.

Em síntese, as novas instalações são uma mais-valia para o funcionamento da Ordem, permitindo que a organização disponibilize melhores condições para o trabalho aos seus funcionários, ao mesmo tempo que oferecem, aos médicos, soluções mais cómodas para as suas vindas à Ordem e para as suas reuniões.

Presidente do Conselho Regional do Sul
no programa Opinião Pública da SIC Notícias

"Percentagem do PIB para o SNS é mais baixa do que há dois anos"

O Presidente
do Conselho Regional

do Sul aponta a baixa percentagem do PIB que o orçamento dedica à Saúde como razão para os problemas que grassam no setor e que já levaram este ano a greves dos médicos e a protestos e greves de outras classes profissionais da saúde, designadamente de enfermeiros.

Alexandre Valentim Lourenço defendeu este e outros pontos de vista no programa Opinião Pública, da SIC Notícias, emitido no dia 19 de julho, quando se iniciava com repercussão pública o protesto dos enfermeiros especialistas, que culminou com a greve de 11 a 15 de setembro.

"A percentagem de produto interno bruto dedicada ao sistema de saúde está mais baixa do que estava há dois anos; este ano, segundo os números do Governo, em 4,8%. E sem 6 ou 7% não é possível colmatar algumas das necessidades básicas. Isto é um problema transversal a toda a saúde, não só aos enfermeiros, mas a todos os profissionais", disse o Presidente do CRS a determinada altura do programa.

Esta circunstância tem sido a base de todos os problemas que os profissionais têm levantado, defendeu o Presidente do CRS, que, um pouco mais à frente recorreu à adaptação de um dito popular para explicar o que acontece muitas vezes no nosso sistema de saúde. "É que em casa em que não há pão, todos ralham... e todos têm razão".

Assim, Alexandre Valentim Lourenço, considerou que as respostas cabem não só ao Ministério da Saúde, mas ao Governo no seu todo, particularmente ao Ministério das Finanças, que deve "colmatar o sistema contra as falhas de financiamento que têm surgido nos últimos anos".

Quanto ao protesto dos enfermeiros, o Presidente do CRS, que é especialista em Ginecologia Obstetrícia, disse: "É importante perceber que na base da reivindicação dos enfermeiros há uma legitimidade. Qualquer profissional que investe tempo, dinheiro e muita da sua atenção na sua diferenciação profissional, deve ser recompensado por esse esforço. E um enfermeiro especialista é um enfermeiro especialista e deve ser remunerado como um especialista e não como um indiferenciado".

Alexandre Valentim Lourenço continuou recordando que o problema é mais vasto do que de enfermeiros apenas: "Isso não acontece só nos enfermeiros, acontece também nos médicos e nas outras profissões. Quanto melhor a especialização, quanto melhor o incentivo e a apostar na qualidade da sua própria formação, melhor o seu serviço, melhor o sistema de saúde. E por isso é legítima a recompensa dos profissionais de qualquer área que melhoraram e que progrediram na sua carreira. Por isso, no que respeita à substância, toda a reivindicação dos enfermeiros é legítima".

Porém, "a insuficiência a que os enfermeiros se referem também se repercute nas carreiras médicas; os médicos também estão há muito tempo sem ter uma remuneração justa pelo seu trabalho e mantêm as suas formas de protesto", recordou, ressalvando contudo que "normalmente a ética médica faz com que, nas situações de urgência e nestas fases complexas", os médicos "deem o seu melhor para colmatar algumas das deficiências".

Tranquilizar as grávidas

Ainda assim, o protesto levantou alguns problemas no dia-a-dia das unidades hospitalares, particularmente nos blocos de partos. Por isso, o obstetra focou um aspeto importante, o de "tranquilizar as grávidas deste país que num momento importante como o parto sentem preo-

cupação” por saberem que eventualmente a equipa não está completa. “É preciso perceber que muito do que faz um enfermeiro especialista em obstetrícia nos serviços de urgência ou nos serviços hospitalares é colmatado e é feito em conjugação com uma equipa de médicos especialistas em obstetrícia”, explicou, sublinhando que “as gravidezes de alto risco são todas asseguradas pelas equipas de obstetrícia, de médicos obstetras especialistas, e as gravidezes de baixo risco serão feitas em parceria com esses médicos”.

Alexandre Valentim Lourenço defendeu então que o caso deve ser visto com serenidade e “é preciso não instaurar um alarmismo, que muitas vezes se vê na comunicação social”.

Porém, o Presidente do CRS admitiu que “há relatos de problemas, mas não devem ser confundidos” com os efeitos do protesto. Na verdade, o que se passa com o protesto dos enfermeiros juntou-se a outros fatores, como a época de férias e a falta de especialistas, o que “acaba por comprometer a resposta dada aos utentes pelos serviços”. Naturalmente, “este tipo de protesto nesta fase do ano tem sempre repercussões”, reforçou, recorrendo ao seu próprio exemplo de obstetra, chefe de equipa no Hospital de Santa Maria, onde também recebe todas as grávidas que não são assistidas na Maternidade Alfredo da Costa.

Em suma, se existe uma deficiência de atendimento de uma maternidade em Lisboa – há três dentro da cidade – “isso repercutse na assistência das outras duas porque as grávidas são desviadas, as não grávidas também são desviadas e acaba por haver sempre alguma repercussão”, explicou.

Contudo, Alexandre Valentim Lourenço sublinhou que o mais importante é que “os médicos estão presentes e são capazes de resolver todas as situações, quer do parto normal, quer das complicações do parto”. Desta forma, o sistema responde no seu conjunto.

Número de cesarianas não aumentou

O Presidente do Conselho Regional do Sul referiu-se ainda a uma questão que tem levantado dúvidas, a do aumento do número de cesarianas ou de uso de fórceps. “Ao contrário do que tem sido dito na comunicação social, não há um aumento da taxa de fórceps ou de

cesarianas pelo facto de os enfermeiros não estarem na sala de partos. Não são eles que decidem quem faz as cesarianas ou os fórceps. A intervenção é feita quando é necessária”, explicou.

Alexandre Valentim Lourenço referiu que “a equipa de saúde que está preparada para receber as grávidas nos hospitais é composta por auxiliares de ação médica, enfermeiros não especialistas e enfermeiros especialistas e médicos da especialidade de obstetrícia, que, no seu conjunto, consegue articular-se bem muitas vezes em momentos de crise e de grande afluência, e prestar assistência com bons indicadores”.

O especialista sublinhou que “Portugal tem dos melhores indicadores de saúde materna da OCDE e de saúde neonatal”. E reforçou: “As nossas crianças são das que melhor nascem, com melhores condições e com melhor prognóstico; melhor do que no Reino Unido, por exemplo, e isso é preciso deixar muito claro”. O Presidente do CRS explicou “que grande parte dos partos são de baixo risco, 50 a 70% das mães podem ter partos sem intervenção médica embora tenham vigilância médica”. Em síntese, nas equipas, “há sempre a supervisão de um chefe de equipa obstetra, certificado, membro especialista da Ordem dos Médicos, que avalia a globalidade dos cuidados e é responsável na sala de partos por toda a assistência”.

Na última das suas intervenções no programa Opinião Pública, Alexandre Valentim Lourenço disse ainda que, mesmo durante o protesto, “os enfermeiros especialistas estão lá, não estão ausentes do bloco de partos, apenas não fazem atos da sua especialidade, mas fazem os atos que eles entendem ser de enfermeiro não especialista”. Na prática, estas circunstância conduzem a que na sua ligação direta, permanente e humana com os doentes, os médicos vão ter que se revezar pelos partos de risco e pelos partos de baixo risco”, disse.

E concluiu: “O nosso permanente apoio à gravidez normal, em termos de humanidade, exigirá que estejamos repartidos por mais grávidas, mas a assistência, a qualidade e segurança da grávida e do feto estão garantidas. Mal de nós, como equipas e como sistema, se houver repercussão na taxa de maternidade ou neonatal”. De resto, rematou, “transferências entre hospitais continuam a existir, haja ou não protestos, porque estão dependentes das capacidades dos hospitais receberem grávidas nos picos de afluência”.



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

Os doentes em segundo lugar

Calma, por favor não me atirem já pedras que eu passo a explicar. Actualmente, quando se aborda o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é politicamente correcto e moda afirmar-se que o doente está em primeiro lugar, que devemos centrar a prestação dos cuidados de saúde no doente e que este deve ser o foco, quase exclusivo, do sistema de saúde. Pois... isto até devia ser verdade, mas o facto é que não se verifica porque não se reúnem as condições de base para que se atinja este desiderato.

Numa empresa, com uma cadeia de produção semi-automatizada, importa apenas colocar nos locais correctos os materiais devidos e esperar que o funcionário, independentemente do seu humor, de se sentir mais ou menos realizado profissionalmente, cumpra o seu dever de carregar no botão certo, aparafusar ou colar os materiais na medida e no tempo que lhe foi destinado/programado fazer. O acto do profissional é, praticamente e também ele, semi-automatizado e dá pouco espaço a inovação ou a falhas.

Na Medicina o panorama é completamente inverso. "A Medicina é uma arte", porque depende do estabelecimento de uma relação de confiança e de empatia entre o doente e o seu médico. Cada acto médico requer um tempo que é, por vezes, difícil contabilizar porque depende de pessoas situadas em ambos os extremos da relação e está, assim, sujeito a variações grandes condicionadas pelas expectativas que cada um tem, pela forma como se interrelacionam e comunicam, pela necessidade de se recorrer a meios complementares de diagnóstico e da sua disponibilidade, pela obrigação de se buscar uma solução para cada problema apresentado, mesmo que não exista uma solução ideal, pela necessidade de se buscar consensos nas melhores soluções para esses problemas, e por mais uma série infinidável de variáveis que encheriam várias páginas de escrita.

Por todos estes motivos, é fundamental ter profissionais de saúde motivados para o trabalho, que encarem cada dia como um desafio que vale a pena ser vivido, que sintam que estão a realizar-se profissionalmente, que sintam que a profissão que exercem corresponde, dentro do que é possível, aos sonhos que tinham quando a escolheram, que tenham a garantia de que o seu trabalho faz a diferença e que é reconhecido pelo doente, pela tutela e pela sociedade. Só com profissionais de saúde motivados e profissionalmente satisfeitos se conseguem obter os melhores resultados e, consequentemente, nessa altura, colocar o doente no lugar cimeiro das preocupações.

Por outro lado, é forçoso fornecer os instrumentos necessários, sejam medicamentos ou dispositivos médicos, aos profissionais de saúde para que possam adequar, da melhor forma, os actos a praticar à situação patológica. Não é possível esperar que se obtenham bons resultados quando se cativam sistematicamente verbas para lá do razoável, subfinanciando um sistema já de si caren-



17-08-2017

Os doentes em segundo lugar

António Araújo

Calma, por favor não me atrem já pedras, que eu passo a explicar. Actualmente, quando se aborda o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), é politicamente correcto e moda afirmar-se que o doente está em primeiro lugar, que devemos centrar a prestação dos cuidados de saúde no doente e que este deve ser o foco, quase exclusivo, do sistema de saúde. Pois... isto até devia ser verdade, mas o facto é que não se verifica, porque não se reúnem as condições de base para que se atinja este desiderado.

Numa empresa, com uma cadeia de produção semiautomatizada, importa apenas colocar nos locais correctos os materiais devidos e esperar que o funcionário, independentemente do seu humor, de se sentir mais ou menos realizado, cumpra o dever de carregar no botão certo, aparafusar ou colar os materiais na medida e no tempo que lhe foi destinado/programado fazer. O acto do profissional é, praticamente e também ele, semiautomatizado e dá pouco espaço a inovação ou a falhas.

Na medicina o panorama é completamente inverso. "A medicina é uma arte", porque depende do estabelecimento de uma relação de confiança e de empatia entre o doente e o médico. Cada acto médico requer um tempo que é, por vezes, difícil de contabilizar, porque depende de pessoas situadas em ambos os extremos da relação e está, assim, sujeito a variações condicionadas pelas expectativas de cada um, pela forma como se interrelacionam e comunicam, pela necessidade de se recorrer a meios complementares de diagnóstico e da sua disponibilidade, pela obrigação de se buscar uma solução para cada problema, mesmo que não exista uma solução ideal, pela necessidade de se buscar consensos nas melhores soluções para esses problemas, e por mais uma série infinidável de variáveis que encheriam várias páginas de escrita.

Por todos estes motivos, é fundamental ter profissionais de saúde motivados para o trabalho, que encarem cada dia como um desafio que vale a pena ser vivido, que sintam que estão a realizar-se profissionalmente, que sintam que a profissão que exercem corresponde, dentro do que é possível, aos sonhos que tinham quando a escolheram, que tenham a garantia de que o seu trabalho faz a diferença e que é reconhecido pelo doente, pela tutela e pela sociedade. Só com profissionais de saúde motivados e profissionalmente satisfeitos se conseguem obter os melhores resultados e, nesse contexto, nessa altura, colocar o

doente no lugar cimeiro das preocupações. Por outro lado, é forçoso fornecer os instrumentos necessários, sejam medicamentos ou dispositivos médicos, aos profissionais para que possam adequar, da melhor forma, os actos a praticar à situação patológica. Não é possível esperar que se obtenham bons resultados quando se cativam verbas para lá do razoável, subfinanciando um sistema já carenciado. Se não se consegue fornecer matéria-prima aos profissionais, não é expectável que o resultado final seja bom. Se não se financia adequadamente as unidades de saúde e se, a este subfinanciamento, ainda acresce a retirada da sua autonomia para que elas possam, por exemplo e dentro da legalidade, contratar os profissionais que necessitam, negociar contratos de aquisição de bens e serviços pelos preços mais baixos, negociar contratos de leasing para a compra de material pesado que se torna obsoleto num tempo relativamente curto, não se está a colocar o doente em primeiro lugar.

66
Só se coloca o doente em primeiro lugar se tivermos profissionais motivados e realizados



ou imagiológico, no desenvolvimento estratégico de serviços que venham responder às diferentes necessidades dos seus utentes. Assim, também neste aspecto, os doentes virão depois.

Portugal precisa de honestidade, precisa que se fale claro – só se coloca o doente em primeiro lugar se tivermos profissionais de saúde motivados e realizados, em unidades de saúde com orçamentos adequados aos cuidados que têm que prestar. Até lá, os doentes vão estar sempre em segundo lugar.

ciado. Se não se consegue fornecer matéria-prima aos profissionais, não é expectável que o resultado final seja bom. Se não se financia adequadamente as unidades de saúde e se, a este subfinanciamento, ainda acresce a retirada de toda e qualquer da sua autonomia para que elas possam, por exemplo e dentro da legalidade, contratar os profissionais que necessitam, negociar contratos de aquisição de bens e serviços pelos preços mais baixos, negociar contratos de leasing para a compra de material pesado que se torna obsoleto num tempo relativamente curto, não se está a colocar o doente em primeiro lugar. Estamos a criar todas as condições para que os conselhos de administração ou direcções dos estabelecimentos do SNS estejam sobretudo preocupados em subsistir, zelando principalmente pelo pagamento dos ordenados dos seus funcionários, das contas da água, da luz e do telefone, em vez de se preocuparem com investimentos no desenvolvimento das suas unidades de saúde, na remodelação do seu parque informático ou imagiológico, no desenvolvimento estratégico de serviços que venham responder às diferentes necessidades dos seus utentes. Assim, também neste aspecto, os doentes virão depois.

Portugal precisa de honestidade, precisa que se fale claro – só se coloca o doente em primeiro lugar, se tivermos profissionais de saúde motivados e realizados, em unidades de saúde com orçamentos adequados aos cuidados que têm que prestar. Até lá, os doentes vão estar sempre em segundo lugar.

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

SNS – O que ainda falta fazer

Artigo de Opinião - Expresso
09/SET/2017

O SNS vai cumprir mais um ano ao serviço da solidariedade e justiça social. Solidariedade real, anónima, entre todos os cidadãos e justiça social na equidade do acesso a (bons) cuidados de saúde. É por estes motivos que o SNS é um pilar da coesão social e tem sido responsável pelo incremento nos indicadores de saúde verificado nos últimos 38 anos. Mas acreditar que o seu futuro está linearmente assegurado é um erro.

O SNS precisa de novos rumos para que seja sustentável financeiramente, evolua com a modificação das necessidades dos cidadãos e cumpra todos os desígnios para os quais foi criado. Mas a reforma tem de ser global, tem que envolver e responsabilizar todos os que nele, directa ou indirectamente, participam, ter razoabilidade e aplicabilidade nos objectivos e nos prazos e, fundamentalmente, ser pensada a médio/longo prazo.

É forçoso iniciar este movimento com um incremento sensível e persistente da literacia em saúde, nos programas escolares e com estratégias de informação, de modo a capacitar o cidadão/utente para que possa tomar as melhores decisões acerca da sua saúde e integrar-se da forma mais adequada na organização e funcionamento dos serviços. A promoção da saúde e a prevenção da doença deverão ser um desiderato primordial.

Outra vertente que vai necessitar de atenção prende-se com a restruturação da rede de cuidados de saúde. Sublinhando-se as mais valias da centralização nos cuidados primários da orientação dos doentes, será fundamental incrementar a ligação destes aos hospitais. Acresce, ainda, que é urgente realizar uma restruturação da rede hospitalar, onde cada um saiba que doentes deve tratar ou para onde os tem que referenciar. Será, também, necessário investir na modernização de alguns centros de saúde e construir/restrukturar várias unidades de média/grande dimensão. A curto prazo terá que haver um investimento importante em equipamentos pesados, como aparelhos de TAC ou de RMN,

e terá que se actualizar rapidamente a rede informática. Serão necessárias medidas para ajuste progressivo e adequado dos quadros de pessoal às necessidades da população, para os fixar no SNS, em particular, mesmo que em colaboração com o poder local, nas zonas mais carenciadas do país. Deverá ser dada a devida importância ao grau de satisfação pessoal e de realização profissional que os profissionais de saúde conseguirão obter com o seu trabalho, melhorando-se as condições em que exercem e atribuindo-lhes uma remuneração justa e diferenciada de acordo com o trabalho realizado e a qualidade deste.

Expresso

09-09-2017

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos
O que ainda falta fazer no SNS

António Araújo

OSNS vai cumprir mais um ano ao serviço da solidariedade e justiça social. Solidariedade real, anónima, entre todos os cidadãos e justiça social na equidade do acesso a (bons) cuidados de saúde. É por estes motivos que o SNS é um pilar da coesa social e tem sido responsável pelo incremento nos indicadores de saúde verificado nos últimos 38 anos. Mas acreditar que o seu futuro está linearmente assegurado é um erro.

O SNS precisa de novos rumos para que seja sustentável financeiramente, evolua com a modificação das necessidades dos cidadãos e cumpra todos os desígnios para os quais foi criado. Mas a reforma tem de ser global, tem que envolver e responsabilizar todos os que nele, direta ou indiretamente, participam, ter razoabilidade e aplicabilidade nos objetivos e nos prazos e, fundamentalmente, ser pensada a médio/longo prazo.

É forçoso iniciar este movimento com um incremento sensível e persistente da literacia em saúde, nos programas escolares e com estratégias de informação, de modo a capacitar o cidadão/utente para que possa tomar as melhores decisões acerca da sua saúde e integrar-se da forma mais adequada na organização e funcionamento dos serviços.

A promoção da saúde e a prevenção da doença deverão ser um desiderado primordial.

Outra vertente que vai necessitar de atenção prende-se com a restauração da rede de cuidados de saúde. Sublinhando-se as mais-valias da centralização nos cuidados primários da orientação dos doentes, será fundamental incrementar a ligação destes aos hospitais. Acerca, ainda, que é urgente realizar uma restruturação da rede hospitalar, onde cada um saiba que doentes deve tratar ou para onde os tem que referenciar. Será, também, necessário investir na modernização de alguns centros de saúde e construir/restrukturar várias unidades de média/grande dimensão. A curto prazo terá que haver um investimento importante em equipamentos pesados, como aparelhos de TAC ou de RMN, e terá que se atualizar rapidamente a rede informática. Serão necessárias medidas para ajuste progressivo e adequado dos quadros de pessoal às necessidades da população, para os fixar no SNS, em particular, mesmo que em colaboração com o poder local, nas zonas mais carenciadas do país. Deverá ser dada a devida importância ao grau de satisfação pessoal e de realização profissional que os profissionais de saúde conseguirão obter com o seu trabalho, melhorando-se as condições em que exercem e atribuindo-lhes uma remuneração justa

Por fim, mas da maior importância, terá que haver uma dotação orçamental, para o SNS e suas unidades de saúde, racional, ajustada à realidade e aos encargos financeiros dos diversos estabelecimentos, ao número e à complexidade de actos em saúde aí praticados, aos investimentos em instalações e equipamentos previstos, ao aumento do custo da saúde. Mais do que falarmos de um pacto para a saúde entre os diversos partidos, importante mas não fundamental, será necessário encontrar entendimentos para o estabelecimento de orçamentos plurianuais, de modo a que se contemple o financiamento a curto/médio prazo mas também o investimento que vai ser necessário efectuar. As

unidades de

saúde têm o dever de estabelecer qual o incremento em profissionais de saúde que necessitam, quais as obras que vão ser necessárias, qual a maquinaria que esgotará o seu prazo de validade e qual deve ser disponibilizada aos seus utentes, de modo a permitir exigir ao Ministério da Saúde e aos partidos que estabeleçam um orçamento, para a saúde, para um período alargado.

Ainda há muito a fazer pelo SNS. Este é um projeto que diz respeito a todos os portugueses e que, por este motivo, deve contar com o empenho de todos.

e diferenciada de acordo com o trabalho realizado e a qualidade deste.

Por fim, mas da maior importância, terá que haver uma dotação orçamental, para o SNS e suas unidades de saúde, racional, ajustada à realidade e aos encargos financeiros dos diversos estabelecimentos, ao número e à complexidade de atos em saúde aí praticados, aos investimentos em instalações e equipamentos previstos, ao aumento do custo da saúde. Mais do que falarmos de um pacto para a saúde entre os diversos partidos, importante mas não fundamental, será necessário encontrar entendimentos para o estabelecimento de orçamentos plurianuais, de modo a que se contemple o financiamento a curto/médio prazo mas também o investimento que vai ser necessário efectuar. As unidades de saúde têm o dever de estabelecer qual o incremento em profissionais de saúde que necessitam, quais as obras que vão ser necessárias, qual a maquinaria que esgotará o seu prazo de validade e qual deve ser disponibilizada aos seus utentes, de modo a permitir exigir ao Ministério da Saúde e aos partidos que estabeleçam um orçamento, para a saúde, para um período alargado.

Ainda há muito a fazer pelo SNS. Este é um projeto que diz respeito a todos os portugueses e que, por este motivo, deve contar com o empenho de todos.

Texto:
Maria Martins

25000 euros para fomentar
a investigação médica



Prémio Banco Carregosa/SRNOM

No dia 20 de Junho foi assinado o Regulamento da 2.ª edição do Prémio Banco Carregosa/SRNOM. O sucesso desta iniciativa, que nasceu no ano passado e se destina a apoiar e incentivar a investigação clínica de excelência em Portugal, motivou uma segunda edição, em 2017. A SRNOM e o Banco Carregosa convidam desde já todos os investigadores a apresentarem os seus projectos.



No dia 20 de Junho, os representantes do CRNOM e do Banco Carregosa procederam à assinatura do Regulamento do Prémio Banco Carregosa/SRNOM, edição de 2017. António Araújo, presidente do CRNOM, Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, e Maria Cândida Rocha, presidente do Conselho de Administração do Banco Carregosa, mostraram-se optimistas em relação ao número de trabalhos que esperam ver apresentados nesta edição e à qualidade dos mesmos. Maria Cândida Rocha salientou a importância de ajudar a "desenvolver a investigação em Portugal", sendo esse o principal objectivo do suporte financeiro do banco a este prémio: "Quisemos dar um contributo para que

haja mais investigação clínica no país", garantiu a presidente do Conselho de Administração.

O sucesso da edição anterior foi surpreendente, tendo o número de projectos apresentados rondado uma centena. As expectativas para 2017 são altas. Segundo Maria Cândida Rocha, esperam-se mais trabalhos e a mesma elevada qualidade da investigação clínica candidatada ao prémio.

António Araújo não quis perder a oportunidade de agradecer ao Banco Carregosa, destacando o carácter único desta parceria em todo o país: "Este prémio insere-se no objectivo de tentarmos ter alternativas de financiamento para a investigação clínica em Portugal, algo que se tornou possível graças a esta parceria com o Banco Carregosa", afirmou o presidente do CRNOM. Visando em termo gerais promover a investigação clínica, o prémio tem como objectivo específico incentivar os jovens médicos a participar activamente nestes processos. António Araújo acredita que a população mais jovem está "mais sensibilizada para este tipo de questões" e que a área da investigação pode "constituir-se como uma saída profissional para um número razoável de médicos".

Miguel Guimarães salientou o papel "essencial" da Ordem dos Médicos no incentivo à investigação e defendeu que este tipo de prémios deve ser "replicado a nível nacional": "Um dos meus objectivos é promover através da Secção Regional do Centro e do Sul prémios destes tipo, que actualmente só existem na SRNOM", reforçou. O prémio Banco Carregosa/SRNOM irá distinguir os três melhores projectos de investigação clínica com um prémio no valor total de 25 mil euros.

O prazo para apresentação das candidaturas termina em 6 de Outubro. Toda a informação está disponível em www.nortemedico.pt



Norte 2017 da Saúde

**Ciclo de conferências
Secção Regional do Norte**

“O Futuro dos Jovens Médicos”

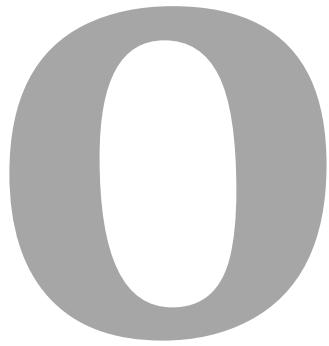
A Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos em colaboração com os Conselhos Sub-Regionais de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real vão organizar o ciclo de conferências “O Norte da Saúde”.

Nesta primeira edição, o tema a abordar não poderia ser mais atual e premente – “Que Futuro para os Jovens Médicos?”, sublinhando duas prioridades da Ordem dos Médicos: a preocupação em apoiar os novos médicos e o aumento do número de médicos com idade avançada.

	Data	Local	Convidado
Braga	15/09	Biblioteca Lúcio Craveiro	Prof. Doutor Nuno Sousa Escola de Medicina da Universidade do Minho
Vila Real	21/09	Sede da Sub-Região de Vila Real	Dr. Fernando Próspero Luís Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro
Bragança	12/10	Auditório Paulo Quintela	Prof. Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco Escola Superior de Saúde / Instituto Politécnico de Bragança
Viana do Castelo	19/10	Sede da Sub-Região de Viana do Castelo	Dra. Paula Felgueiras Unidade Local de Saúde do Alto Minho
Porto	23/11	SRNOM	Prof. Doutora Amélia Ferreira Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

* Todas as sessões têm início às 21H00





o p i n i ã o



Acácio Gouveia
Especialista em MGF

To paraphrase Edmund Burke, the only thing necessary for fraudsters to triumph is for honest doctors and scientists to do nothing.

Ara Darzi

The Children of Wakefield

"Sarampo, sarampelo, sete vezes vem ao pelo". O adágio popular, errado do ponto de vista imunológico e biológico, revelou-se inesperadamente verdadeiro na perspetiva antropológica ou sociológica. O surto da sarampo, em países onde era suposto estar erradicado, veio demonstrar que o conceito de irradicação precisa ser revisto e reavaliada a estratégia de promoção da saúde.

Na guerra entre os vírus e a humanidade a estocada veio donde menos se esperava: de entre os próprios humanos.

Estamos perante uma realidade sociológica diferente: a resistência às vacinas não vem de camadas com baixo nível de literacia. Pelo contrário: os seguidores destas teses são pessoas com níveis educacionais moderados a elevados. O obscurantismo mudou de tom: agora temos o obscurantismo dos iluminados. Por isso, a promoção da vacinação, ou seja, a luta pela exirradicação das doenças preveníveis por vacinação terá de ser ter em conta este novo desafio. Para além de imunologistas, microbiologistas, farmacêuticos, enfermeiros e toda uma panóplia de gente dedicada ao apoio logístico, precisamos do reforço de sociólogos, antropólogos e de especialistas em *marketing*.

Os novos opositores às vacinas começam por dizer que estão informados, embora na realidade estejam desinformados, porque todo o seu "saber" é adquirido em sites anti-vacinas. Para os céticos as doenças visadas são benignas, as vacinas são pouco ou nada eficazes e perigosíssimas.

Promover a vacinação fazendo apelo à moda antiga, usando figuras de prestígio apregoando que é importante vacinar para proteger, parece-me um erro de *casting*: é pregar a convertidos, não convence os céticos e, pior, soa a mantra que não dá resposta às dúvidas levantadas pela pseudociência. A promoção da vacinação passa por sofisticar a informação, desmascarar a desinformação e legislar.

1. Sofisticar a informação. O cidadão comum de hoje é diferente do de há meio século atrás, quando se lançou o Programa Nacional de Vacinação. A literacia mais elevada e o ambiente democrático não se coadunam com adeptos minimalistas. Por outro lado, não devemos esquecer que as epidemias são coisas do passado e, tendo desaparecido do dia-a-dia, o imaginário popular perdeu a noção da devastação que estas doenças provocaram em pretéritas épocas, ainda que não muito recuadas. Uma população mais exigente e mais culta merece mais cuidado no tratamento da informação: não basta dizer que a vacina protege, é imperativo demonstrá-lo.

2. Desmascarar A informação deve ir mais longe do que mostrar os benefícios da vacinação. Parece-me imprescindível que para demonstrar o elevadíssimo grau de segurança das vacinas se desmascare a pseudociência do movimento anti-vacinas, nomeadamente a vacina contra o sarampo. E aqui os epítetos (hippies e bizarros) que o diretor geral da saúde usou, referindo-se aos céticos, são um bom começo para contra-atacar. A gênese deste mo-

Referências Bibliográficas:

1. Brian Deer The Sunday Times, February 22 2004 Revealed: MMR research scandal
2. BMJ 2011;342:c745

vimento encontra-se num celebre artigo publicado na Lancet, em 1998, pelo então Dr. Wakefield, em que se associava a vacina contra o sarampo ao autismo. Na sequência duma investigação jornalística (1, 2) foi revelado que o autor (i) recebera a módica quantia de quase meio milhão de euros dum escritório de advogados, empenhado em processar a indústria farmacêutica, (ii) fez uso de meios de diagnóstico invasivos, nas crianças que participaram no estudo, à revelia das mais básicas normas éticas e (iii) - o cacho de uvas no topo do pastel - os resultados apresentados não correspondiam aos achados da investigação. Enfim, uma das maiores fraudes da história da ciéncia. Como consequéncia foi expulso da ordem dos médicos britânica e optou por se refugiar nos EUA, país dos mais espantosos contrastes. Os states deram guarda a génios com Einstein, Godel ou Fritz Lang, fugidos ao obscurantismo nazi-fascista, mas também acolhem as formas de obscurantismo pseudocientífico mais grotescas, como o criacionismo e até elegeram um presidente que nega a intervenção humana nas alterações climáticas. Nos EUA, Wakefield, o ex-médico, viceja e promove a sua burla. Estes factos deviam ser amplamente divulgados junto do público. O movimento contra a vacina do sarampo é herdeiro desta fraude e os seus simpatizantes são os seguidores de Wakefield, mesmo aqueles que nunca tenham ouvido falar dele.

3. Legislar. Se dos dois passos precedentes se pode esperar que venham a resultar na defecção de amplas franjas de aderentes ao movimento anti-vacinas, serão seguramente insuficientes para o extinguir. Por dois motivos: primeiro, os mais fieis acólitos de Wakefield pautam-se pelos preceitos da pseudociéncia, que são irredutíveis à racionalidade, por mais sólida que esta seja. Possuem um corpo de crenças emaranhado, que não abdica de nenhuma em particular,

por temer o desmembramento do todo o conjunto. Para eles, a esmagadora maioria dos técnicos de saúde, os diversos governos, a OMS e os tribunais estão todos comprados pela indústria farmacêutica!

Em segundo lugar, há indícios que a causa se está a organizar e quando tal acontece a organização passa a ter tendência para se autonomizar e sobreviver à própria causa que lhe deu origem. A organização deixa de ser um meio de lutar por uma causa e passa a ser um fim em si mesmo. A sobrevivéncia da organização passa a ser motivo suficiente para continuar a defender a causa que lhe justifica a existéncia. Ora, para sobreviver a organização precisa de se expandir e o proselitismo passa a estar na ordem do dia. Para evitar o êxito desta aliança entre fanáticos e pragmáticos não me parece que se possa prescindir da força duma lei que torne obrigatório o cumprimento do PNV.

Quanto aos médicos que vieram publicamente fazer eco das teses de *Wakefield* e se tornaram seus discípulos façamos votos para que o conselho disciplinar da OM aja exemplarmente contra tamanha falta de ética. Espera-se da OM um lugar de destaque no combate à pseudociéncia.

Os novos opositores às vacinas começam por dizer que estão informados, embora na realidade estejam desinformados, porque todo o seu "saber" é adquirido em sites anti-vacinas. Para os célicos as doenças visadas são benignas, as vacinas são pouco ou nada eficazes e perigosíssimas.

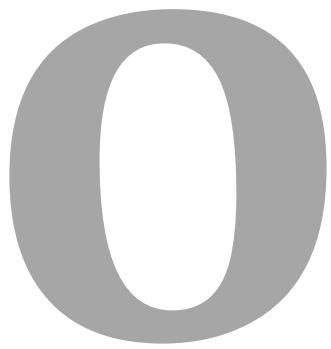


ACTA MÉDICA
PORTUGUESA

Tiago Villanueva é o novo editor-chefe da Acta Médica Portuguesa

A partir de Setembro de 2017, a AMP - Acta Médica Portuguesa, revista científica da Ordem dos Médicos, conta com um novo editor-chefe: Tiago Villanueva, um médico jovem mas já com uma vasta experiência no que à edição e publicação médica concerne. Tiago Villanueva trabalhou e colabora com o "BMJ", desde 2004, sendo atualmente editor associado dessa prestigiada publicação.

É especialista em Medicina Geral e Familiar e exerce funções na Unidade de Saúde Familiar Reynaldo dos Santos, na Póvoa de Santa Iria. O novo editor da AMP pretende desenvolver a estrutura da revista e, com a colaboração e dedicação de uma equipa de editores muito motivada, propiciar o crescimento da AMP, assegurando sempre elevados standards de qualidade. A comunicação é uma das áreas em que Tiago Villanueva está a apostar para alcançar um número cada vez maior de leitores e autores.



o p i n i ã o

Brasília, linha recta e linha curva



José Manuel Pavão

Em representação do Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos de Portugal estive há dias em Brasília para participar no XI Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, que reuniu os oito países que têm como idioma oficial a língua de Camões.

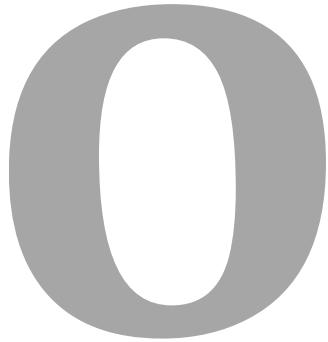
Trata-se de uma reunião que pelos seus estatutos deve realizar-se anualmente e onde são apresentadas, genericamente, o panorama das políticas de saúde de cada país luso falante, as dificuldades com que se debatem, tendo em vista a ajuda de terceiros e ainda e sobretudo, os critérios da formação das diferentes especialidades médico cirúrgicas, bem como, a defesa da qualidade dos serviços prestados a nível hospitalar ou em ambiente rural.

Por ter sido a primeira vez, registe-se com notório agrado a participação do Dr. Juan Alberto Marques, representante da Associação dos Médicos de Língua Portuguesa na martirizada Venezuela e também a presença do Dr. António Guterres, representante do longínquo Timor que dá os primeiros passos para a construção da sua Ordem dos Médicos até agora inexistente.

Para além deste breve registo que interessa certamente aos nossos colegas envolvidos na apaixonante prática da cooperação, deixo uma rápida visão sobre esta ainda jovem cidade capital do país irmão onde a cada passo nos confrontamos com o talento criativo do inesquecível arquitecto Oscar Nyemeier tão bem plasmado nos numerosos monumentos dos quais destaco desde logo a belíssima catedral de Nossa Senhora da Aparecida, com as suas colunas dirigidas ao alto quais mãos abertas suplicando uma prece, o Palácio do Planalto de linhas horizontais anunciando frescura e transparência onde trabalha o Presidente da República virado para a Praça dos 3 Poderes e donde se observam as duas bacias invertidas numa alusão ao espírito democrático e o Congresso Federal com as duas torres em forma de H. Faz ainda parte deste belíssimo conjunto de edifícios do estado brasileiro o Museu Nacional tão característico pela sua forma de caracol.

Embora a minha memória de adolescente me remeta para a figura do Presidente Juscelino Kubischk, como mentor da construção de Brasília, era assim que a revista "cruzeiro" então muito popular entre nós nos anuncava, a verdade da história veio ao de cima com o testemunho documental de que fora o nosso Marquês de Pombal ainda em pleno século XVIII, a decidir a construção de uma cidade no planalto do interior brasileiro como forma expedita do desenvolvimento futuro deste grande país irmão.

Julgo que nenhum visitante ficará indiferente à beleza única desta cidade em forma de avião projectada por Lúcio Costa, mas embelezada pelas linhas do arquitecto Nyemeier que detestava a linha recta, dura e inflexível, criada pelo homem mas se deliciava com a beleza única da linha curva que lhe lembrava o traçado sinuoso dos rios do seu país, o recorte das montanhas no horizonte e a beleza infinda do corpo de uma mulher ou não fosse uma obra de Deus, o que para um ateu, não está nada mal!



Síndrome de Burnout nos médicos

opinião

Segundo Caramelo, citando Albert Camus, "Sem trabalho a vida é pobre, mas quando o trabalho é sem alma, a vida asfixia".¹



A profissão médica é uma atividade muito exigente quer ao nível da sua prática, quer nos conhecimentos científicos que o clínico deve possuir e ainda nas exigências deontológicas a que está sujeito.

O médico no exercício da sua profissão tem que lidar muitas vezes com o sofrimento e a morte dos seus doentes, tendo por isso que arranjar mecanismos para enfrentar estas situações. Por outro lado, é-lhe exigido que possua conhecimentos científicos globais e sempre atualizados, o que nem sempre é fácil tendo em conta a evolução da ciência em que diariamente existem atualizações e novidades na área da medicina e saúde.

A própria formação médica é bastante exigente, pois para além da formação pré-graduada, o médico tem depois ainda uma longa jornada durante a especialização médica.

E a sociedade vê os médicos como seres humanos sem necessidades e limites, omnipresentes, sempre disponíveis e bem dispostos qualquer que seja o grau de exaustão. O bom profissional é aquele que se dedica inteiramente aos outros e não falha. Isto pode levar a uma situação de stresse ocupacional com consequências negativas a nível individual, familiar, profissional e social, o chamado burnout.¹

Mas afinal que fenómeno é este do burnout?

A Síndrome de Burnout constitui uma reação disfuncional ao stresse profissional cumulativo e prolongado. É uma síndrome que envolve exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional.² Esta exaustão pode existir em vários tipos de profissões, mas é mais frequente naquelas que, como a medicina, combinam grande responsabilidade, pressão elevada com horários prolongados, contato constante com dor e sofrimento físico dos doentes e por vezes com a morte. Como tal, o desempenho dos profissionais de saúde envolve uma série de atividades que exigem um controle mental e emocional muito maior que em outras profissões.

A própria natureza do trabalho do médico que é inter e multidisciplinar, remete-o para um constante relacionamento com colegas de trabalho, o que pode levar a conflitos e consequentemente criar uma oportunidade para o burnout. Por outro lado, os médicos trabalham cada vez mais tendo como base indicadores económicos, objetivos e compromissos estratégicos que levam a uma maior pressão no exercício da sua prática profissional.

Marisa Gomes

Interna de Medicina Geral e Familiar do 1º ano da USF S. Miguel-o-Anjo, ACeS do Ave-Famalicão

Susana Rebelo

Interna de Medicina Geral e Familiar do 4º ano da USF S. Miguel-o-Anjo, ACeS do Ave-Famalicão

Referências Bibliográficas:

1. Caramelo R. Síndrome de Burnout e a sua relação com o trabalho dos Médicos. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2010.
2. Vala J et al. Burnout na Classe Médica: estudo nacional. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. 2016.
3. Costa M. Burnout nos médicos: Perfil e enquadramento destes doentes. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2009.
4. Frasquilho M. medicina, Médicos e pessoas: Compreender o stresse para prevenir o burnout. Acta Med Port. 2005;18: 433-444.

Segundo o Estudo Nacional do *Burnout* na Classe Médica, realizado em 2016, sessenta e seis por cento dos médicos apresentam um nível elevado de exaustão emocional, trinta e nove por cento um nível elevado de despersonalização e trinta por cento um elevado nível de diminuição da realização profissional. Este estudo concluiu que são os fatores de natureza organizacional, nomeadamente a percepção de baixos recursos, elevadas exigências em termos de horários e relação com o doente, que estão associados de forma mais consistente ao fenómeno de *Burnout*. Por outro lado, as principais consequências da síndrome de *Burnout* são a ansiedade, depressão, baixa saúde física, falta de equilíbrio na relação trabalho/ família e o erro médico.²

Assim, alguns médicos recorrem a substâncias aditivas para aliviarem o sofrimento emocional com relativa frequência e cerca de doze a catorze por cento apresentam dependência de substâncias. Os próprios internos de especialidade utilizam substâncias psicotrópicas para superar longas horas de trabalho e para relaxar.³ Por outro lado, ao contrário de outros profissionais, os médicos perante o sofrimento físico ou emocional, muitas vezes não procuram ajuda, automedicam-se e frequentemente negligenciam as suas necessidades de saúde. Cerca de setenta por cento dos médicos não fazem avaliações de rotina e sessenta por cento dos especialistas de Medicina Geral e Familiar não são acompanhados por um médico.¹ Por outro lado, a adesão dos médicos aos tratamentos prescritos por colegas é extremamente pobre, recusam, ignoram e depreciam o seu próprio tratamento.⁴

Todos nós devemos preocupar-nos com este fenômeno, já que ele se pode refletir na qualidade da

nossa prática clínica e consequentemente nos resultados em saúde.

A solução pode passar por programas de suporte psicológico aos médicos com dificuldades, ensinando-os a adaptar-se ao stresse da profissão e ajudando-os a ter noção de que têm um problema e que por isso precisam de ajuda.

Por outro lado, as transformações a nível técnico do local de trabalho devem ser feitas envolvendo os profissionais, de modo a que eles ajudem a que a prática se torne menos burocrática e mais humanizada. Todos nós já passámos por problemas com os processos clínicos eletrónicos, uma ferramenta bastante útil na continuidade de cuidados mas que quando estão disfuncionais podem obrigar a longas esperas e consequentemente a grande frustração.

Na maioria das vezes estas transformações e atualizações informáticas são feitas sem consulta prévia dos médicos, que são aqueles que vão usar estas ferramentas no dia-a-dia. Estas são muitas vezes inadaptadas às necessidades dos profissionais.

É fundamental que o próprio Serviço Nacional de Saúde crie condições para que os profissionais cresçam individualmente, possibilite o sucesso individual e respeite a sua identidade.

A síndrome do *burnout* médico é um problema de todos nós, na medida em que nos pode atingir direta ou indiretamente em qualquer etapa da vida.

Assim, devemos todos preocupar-nos em desenvolver estratégias para eliminar este fenómeno. Ter profissionais equilibrados e felizes, que se sintam realizados na sua atividade profissional, possibilita uma melhor prestação de cuidados de saúde e consequentemente o aumento da satisfação dos doentes.

Informação

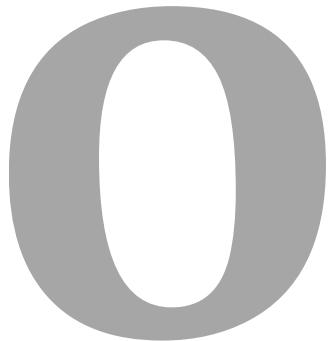
Cursos em Gestão dos Serviços de Saúde homologados

Informamos a lista de entidades que lecionam o Curso em Gestão dos Serviços de Saúde que, até esta data, foram homologadas pela Direção da Competência em Gestão de Serviços de Saúde e pelo Conselho Nacional da Ordem dos Médicos. Apenas os cursos devidamente homologados é que permitem aos médicos candidatar-se a esta Competência, ao abrigo do ponto nº 3 dos critérios de admissão.

Lista de Faculdades com curso homologado:

- Universidade Católica do Porto ("Executive Master - Gestão na Saúde")
- Universidade Fernando Pessoa do Porto ("MBA em Organizações e Serviços de Saúde")
- ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa ("Gestão de Serviço de Saúde I Health Services Management")
- Porto Business School da Faculdade de Economia do Porto ("Gestão e Direção dos Serviços de Saúde")
- Parceria das Três Faculdades de Economia, Farmácia e Medicina da Universidade de Coimbra ("Gestão e Direção em Saúde")
- Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa ("Administração e Gestão da Saúde")

Deverão os candidatos confirmar previamente a homologação do curso que pretendem frequentar pois as entidades referidas lecionam diversas formações com temas sobreponíveis mas que nem todas são homologadas.



Transplantação hepática em Coimbra 25 anos

As memórias de um compromisso

Quem tem vinte e cinco anos de memórias?

Contam-se pelos dedos de uma mão os que resistem e persistem desde o início do programa de transplantação hepática em Coimbra.

Era eu aluna na Faculdade de Medicina quando ouvi falar pela primeira vez do tema médico do momento em Coimbra: transplante hepático dominó. *Não sabes o que é?* Alguém me explicou. Fui arrebatada pelo conceito e pela imagem mental da complexidade cirúrgica, para mim, a anos luz da técnica da moda, *moderna e extraordinária*, a laparoscopia.

Pareceu-me uma ideia de génio.

Vinte e seis de outubro de 1992 é a data que marca oficialmente o início do programa de transplantação hepática em Coimbra, chefiado pelo Prof. Alexandre Linhares Furtado. Este procedimento já tinha sido efetuado sem sucesso quatro anos antes e culminou com a morte do doente na mesa operatória na fase final da intervenção cirúrgica. Apesar do insucesso, para alguns, este é o justo merecedor das homenagens de *primeiro transplante hepático*.

O programa foi precedido pela preparação teórica e prática de uma equipa através de estágios noutras centros fora do país e de treino cirúrgico no animal. Importou um conceito, na altura, ainda pouco explorado no âmbito do exercício da medicina em Portugal: a equipa multidisciplinar.

A projeção e construção do Bloco Operatório Central dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) foi condicionada pela previsão do advento da implementação do programa de transplantação hepática, que no final dos anos 80 do século passado se adivinhava próxima.

A precariedade nas deslocações dos doentes candidatos a transplante a centros estrangeiros e os custos inerentes suportados pelo Estado Português foram a alavanca para a criação de um programa nacional de transplantação hepática.

O projeto-lei que regulamenta a doação, colheita e transplante de órgãos humanos foi aprovado na Assembleia da República a 14 de Maio de 1992 e concretizado em DL nº 12/93, de 22 de abril. Neste processo de regimentação legal, foi fundamental o papel desempenhado pelo Secretário de Estado da Saúde à época, médico nos HUC e conhecido aliado desta causa.

Durante 25 anos, em vários espaços, entre sucessos, insucessos e questões controversas mais ou menos públicas e mediáticas, os resultados desta equipa tornaram-se sólidos e Coimbra aproximou-se a passos largos dos melhores centros internacionais.

opinião



Dulce Diogo

Assistente Hospitalar Graduada de Cirurgia Geral
Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica e de Adultos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Destaco as seguintes datas:

- 1988 – transplante hepático em adulto (insucesso)
- 1992 – transplante hepático em adulto com sucesso
- 1994 – transplante hepático pediátrico
- 1995 – transplante hepático dominó (primeiro do mundo)
- 1996 – *split* e transplante duplo
- 2001 – transplante com dador vivo em pediatria
- 2004 – transplante de dador vivo em adulto
- 2016 – *split* e transplante duplo pediátrico
- 2016 – auto transplante/ressecção ex-vivo (com sucesso em Portugal)

Quem tem vinte e cinco anos de memórias?

O

o p i n i ã o



Daniela de Andrade Maia
IFE Medicina Geral e Familiar
4º ano

Em Portugal, estima-se que as perturbações mentais afetem mais de um quinto da população, com maior destaque para as perturbações de ansiedade (16,5%) seguidas das perturbações depressivas com uma prevalência de 7,9%.¹

Psicoterapia no tratamento da depressão

– constrangimentos ao nível dos Cuidados de Saúde Primários

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), a saúde mental apresenta cinco patologias no *top ten* das entidades responsáveis pela maior incapacidade para a atividade produtiva e psicossocial, ocupando a depressão maior o lugar cimeiro.²

A depressão tem diversos tratamentos disponíveis que contribuem para o alívio sintomático e para a manutenção da saúde mental a longo prazo.

Existem orientações para o tratamento da patologia depressiva em vários países com o objetivo de auxiliar os clínicos na tomada de decisão. Segundo a Sociedade Europeia de Psiquiatria, as principais entidades responsáveis por produzir estas orientações são o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), o *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP) e a *American Psychiatric Association* (APA).³

As linhas orientadoras do NICE definem uma intervenção de acordo com degraus, consoante a gravidade da depressão.⁴ Perante uma suspeita clínica de depressão (degrau 1), deve manter-se uma atitude vigilante, pesquisando ativamente sintomatologia depressiva. Após confirmação do diagnóstico, deve ser realizada a intervenção definida no degrau seguinte.

No degrau 2 (presença de sintomas subclínicos persistentes ou depressão ligeira a moderada) devem ser recomendadas medidas de higiene do sono e a prática regular de atividade física.⁴ A abordagem terapêutica inicial deve incluir também uma intervenção psicológica de baixa intensidade (métodos de auto-ajuda ou integração num programa de atividade física) ou terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo, de acordo com as preferências individuais e recursos disponíveis.⁴ No tratamento de sintomas subclínicos ou depressão ligeira a terapêutica farmacológica não está indicada porque não existe evidência de resposta superior ao placebo, sendo a relação risco benefício desfavorável à sua recomendação.⁴ As exceções a esta recomendação são a presença de antecedentes de depressão moderada a severa, sintomas depressivos subclínicos há pelo menos dois anos ou resistência às intervenções propostas anteriormente.⁴

Nas pessoas com sintomatologia depressiva subclínica ou depressão ligeira a moderada que não responderam a abordagem psicossocial de baixa intensidade/ TCC em grupo (degrau 3) estão recomendadas abordagens farmacológicas ou intervenção psicológica de elevada intensidade.⁴ A escolha da intervenção deve ser orientada pela duração e curso dos sintomas, resposta a tratamentos anteriores, probabilidade de adesão, risco de efeitos adversos

e preferências do doente. Nos doentes com patologia mais grave (depressão moderada a severa - degrau 3) estão recomendadas abordagens farmacológicas e psicoterapêuticas de elevada intensidade, por ser a opção que demonstra maior eficácia.⁴ A abordagem psicoterapêutica de elevada intensidade para depressão inclui diversos tipos de psicoterapia.⁷ Segundo o NICE, a TCC e a terapia interpessoal são as que possuem maior evidência de eficácia.⁴ O último degrau (degrau 4) inclui doentes com depressão grave complexa (sintomas psicóticos, resistência à terapêutica, com relevante comorbilidade psiquiátrica ou fatores psicossociais).⁴ O processo de tratamento nestes doentes deve incluir uma equipa multidisciplinar que permita uma prestação de cuidados mais adequados à gravidade do quadro.⁵ Após falência das intervenções descritas anteriormente existe um conjunto de outras terapêuticas, nomeadamente a eletroconvulsivoterapia e a estimulação magnética transcraneana.⁴

Como se pode constatar pela descrição anterior, o NICE preconiza que as intervenções não farmacológicas devam ser o tratamento de primeira escolha em muitos doentes, devendo reservar-se o tratamento farmacológico para os casos mais graves e para os que não responderam às primeiras.⁴ Nestes casos, a terapia combinada parece ser a mais eficaz.^{4,8} Ao contrário do NICE⁴, da DGS⁶ e do RANZC⁷ que não recomendam a farmacoterapia nos casos menos graves, a APA⁸ preconiza a terapêutica farmacológica em todos os graus de depressão.

Tendo em conta a prevalência crescente da depressão e o facto de apenas 30% dos doentes tratados com antidepressivos atingir remissão com o tratamento inicial⁹, assiste-se, atualmente, a um crescente interesse em avaliar a eficácia da psicoterapia *versus* terapia farmacológica, com o intuito de perceber qual a melhor estratégia para o tratamento da perturbação depressiva.

Em 2015, foi publicada uma revisão sistemática com o objetivo de comparar a eficácia e segurança dos antidepressivos de 2^a geração com outros tratamentos (psicoterapia, medicina alternativa, exercício físico) usados na depressão major. Os autores concluíram que a TCC é equiparada à terapêutica farmacológica como tratamento de primeira linha no alívio dos sintomas nos doentes com depressão moderada a severa. Constataram ainda que os doentes tratados com antidepressivos têm maior risco de experienciar efeitos adversos ou descontinuar a terapêutica por efeitos adversos do que os doentes tratados com TCC, acupuntura ou erva-de-são-joão.¹⁰

No mesmo ano, foi publicada uma revisão sistemática com meta-análises de ensaios controlados, publicados entre 1990 e 2015, comparando antidepressivos de 2^a geração *versus* TCC ou a combinação das mesmas *versus* monoterapia como tratamento inicial na depressão major. A maioria dos doentes incluídos no estudo apresentava depressão moderada a severa e não foram incluídas distimias, depressões perinatais, doentes com comorbilidades médicas ou com ideação suicida. Neste estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções analisadas em termos de resposta ao tratamento, remissão e alteração do score da escala de Hamilton (taxas inferiores a 50% dos doentes), assim como na descontinuidade do tratamento por qualquer causa ou por falta de eficácia. Verificou-se uma tendência ainda que não significativa para a suspensão do tratamento por efeitos adversos no caso dos antidepressivos de 2^a geração. Não foram encontrados estudos referentes à prevenção de recaídas.¹¹

De acordo com os estudos referidos, a TCC parece ser pelo menos tão eficaz como os antidepressivos no tratamento da depressão major e apresenta-se como uma terapêutica válida no episódio inicial de depressão em muitos doentes, tal como recomendado por algumas normas de orientação clínica.

Referências Bibliográficas:

1. Caldas de Almeida JM, Xavier M. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2013.
2. Programa Nacional para a Saúde Mental. Portugal. Saúde Mental em números – 2013. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2014.
3. Hallgren M et al. Treatment guidelines for depression: greater emphasis on physical activity is needed. European Psychiatry. 2017; Vol 40 (1-3).
4. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: recognition and management. Clinical Guideline CG90. 2009: URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG90>. [acessed 25.04.2017]
5. Figueira ML, Sampaio D, Afonso P. Manual de Psiquiatria Clínica. Lisboa: Lidel; 2014.
6. Direcção-Geral da Saúde. Prescrição de antidepressivos. Norma de orientação da Direcção-Geral da Saúde nº 041/2011 de 23/12/2011.
7. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2015; Vol 49 (12)1-185.
8. American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA); 2010.
9. Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, et al. Second-Generation Antidepressants in the Pharmacologic Treatment of Adult Depression: An Update of the 2007 Comparative Effectiveness Review. (Prepared by the RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-2007-10056-I) AHRQ Publication No. 12-EHC012-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; December 2011: URL: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm. PMID: 22299185. [acessed 25.04.2017]
10. Gartlehner G et al. Nonpharmacology versus pharmacological treatment for patients with major depressive disorder. Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2015.
11. Amick HR et al. Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2015; 351:h6019.
12. Twomey Conal, O'Reilly, Byrne M. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: a meta-analysis. Fam Pract. 2015; 32 (1): 3-15.
13. Special Eurobarometer 345 Mental Health EU, DG SANCO, TNS Opinion & Social, Belgium, 2010. URL: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_345_en.pdf [acessed 25.04.2017]
14. Programa Nacional para a Saúde Mental. Portugal. Saúde Mental em números – 2015. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2016.
15. Jay Lebow. Overview of psychotherapies. UpToDate. 2015: URL: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-psychotherapies>. [acessed 25.04.2017]

A TCC também parece ser uma alternativa eficaz ao nível dos CSP. Em 2015, foi publicada uma meta-análise cujo objetivo era avaliar a eficácia da TCC no tratamento da patologia depressiva ao nível dos CSP. Nesta meta-análise foram incluídos 29 ensaios clínicos, tendo-se verificado que a TCC é mais eficaz quando comparada com o tratamento habitual (consultas regulares, suporte emocional, aconselhamento, medicação, entre outros). Além disso, constatou-se que a TCC associada ao tratamento habitual em CSP mostrou ainda ser mais eficaz que o tratamento habitual isoladamente.¹²

De acordo com os estudos referidos, a TCC parece ser pelo menos tão eficaz como os antidepressivos no tratamento da depressão maior e apresenta-se como uma terapêutica válida no episódio inicial de depressão em muitos doentes, tal como recomendado por algumas normas de orientação clínica.

De acordo com o 1º relatório do estudo epidemiológico nacional de Saúde Mental¹ e a avaliação do EUROBARÓMETRO n.345 de 2010¹³, a escolha maioritária dos doentes que recorrem a profissionais de saúde por problemas emocionais recai nos CSP.

Contudo, há que reconhecer que ao nível dos CSP existem, atualmente, algumas barreiras que inviabilizam, em muitos casos, a abordagem recomendada em primeira linha nas normas de orientação clínica para uma grande parte das pessoas com depressão – a psicoterapia.

Em primeiro lugar, o médico de família não dispõe de tempo nem formação necessária para exercer uma psicoterapia eficaz e sustentada a longo prazo, acabando por recorrer à terapêutica farmacológica. Além disso, o número de psicólogos clínicos ao nível dos CSP é claramente insuficiente, o que impossibilita a abordagem psicoterapêutica. Saliente-se ainda o facto de escassearem psicólogos com formação e treino específico em TCC. Por outro lado, apesar da articulação com os serviços de psiquiatria, não há um acesso fácil a cuidados sustentados de saúde mental. Estes serão alguns dos motivos para que Portugal se mantenha como o país da Europa com maior consumo de benzodiazepinas.¹⁴

Neste contexto, é urgente a definição de estratégias com o intuito de melhorar a capacitação diagnóstica e terapêutica da patologia depressiva pelos profissionais dos CSP, de forma a potenciar a utilização de alternativas terapêuticas eficazes numa patologia tão prevalente.

Com vista a colmatar algumas barreiras no tratamento da depressão ao nível dos CSP, em 2015, a EUTIMIA (Aliança Europeia Contra a Depressão em Portugal) implementou o projeto PrimeDep em Portugal (www.primedep.eutimia.pt). Este projeto consistiu numa ação de capacitação, dirigida aos profissionais dos CSP, com o propósito de melhorar os conhecimentos e atitudes no tratamento da depressão e prevenção do suicídio.

A elevada prevalência da depressão e o facto do recurso habitual dos utentes com perturbação depressiva serem os CSP, torna imprescindível que neste nível de cuidados existam profissionais com formação adequada e atualizada, reservando os cuidados de saúde secundários para os casos em que não haja resposta ao tratamento instituído, existam dúvidas diagnósticas ou ideação suicida.

Os médicos de família podem ter um papel fundamental no tratamento não farmacológico da depressão, através de uma boa comunicação e recorrendo a técnicas de intervenção breve (psicoterapia de apoio, psicoterapia integrativa).¹⁵ As psicoterapias mais estruturadas e com maior evidência de eficácia (TCC, TIP) podem ser aplicadas por médicos com formação específica ou psicólogos clínicos.¹⁵ A formação de enfermeiros e psicólogos pode ainda contribuir para a criação de “grupos psicoeducacionais”, onde é transmitida informação sobre a depressão e forma de gestão da doença, que podem constituir uma grande mais-valia no seguimento destes doentes.

O

Médicos que a escrever, retratam gente!

opinião

Aquilo que escrevemos é dotado de muito poder e por vezes nem nós próprios temos essa noção. Pode delimitar tetos terapêuticos ou mesmo a decisão de suporte avançado de órgãos ou não, abrindo ou fechando portas para unidades mais diferenciadas e consequentemente para medidas mais invasivas. Se somos aquilo que escrevemos, também é verdade que o que não está escrito nunca existiu. Assim, aquilo que registamos pode ter o mesmo efeito que lápis de cera nas mãos de uma criança de bibe numa parede perdida de um casa (pinturas aleatórias e por vezes sem sentido aos olhos do mundo), uma lata de tinta nas mãos de um artista de rua (algo rebelde mas por vezes pouco definido e de difícil interpretação, mas não menos bonito) ou um pincel na mão do mais ousado e capaz pintor da Renascença (em que todo o detalhe importa e cada traço, cada cor faz sentido por si e na globalidade da obra). E a questão é... quem é que nós somos? Somos todos em diferentes contextos da nossa vida profissional. Assim, tudo aquilo que registamos leva à criação e emissão de uma mensagem, que irá chegar a um recetor, através de um canal de comunicação (mais ou menos ruidoso) e que irá criar uma imagem mental de um doente ladeado por circunstâncias espaço-temporais bem definidas e que servirá de comparação face ao que estamos a observar (o doente X está melhor? Está pior? Está sobreponível?). E é um processo dinâmico em que claramente somos tanto recetores como emissores.

Ao fazer a revisão de alguns processos clínicos e registos eletrónicos ao longo da minha formação apercebi-me do quanto precioso ou o quanto penoso pode ser um registo médico. E a introdução de escalas nos nossos registos diários pode ser uma mais-valia, porque é através delas que aquilo que observamos pode ser quantificado e reproduzido quantas vezes for necessário, nos mais distintos cenários da nossa atividade profissional. E a avaliação geriátrica global (AGG) não é exceção. A filosofia subjacente à AGG já não é nova, tendo surgido nos princípios do século passado. E, mesmo em 2017, numa época em que a medicina personalizada é essencial e a excelência de cuidados deve ser a nossa força motriz, não deve ser esquecida. Quando pensamos em escalas, pensamos em listas intermináveis de questões enfadonhas e maçadoras a serem feitas aos doentes, contudo isso não é totalmente verdade. Na sua grande maioria em 5-10 minutos conseguimos pintar o retrato daquele doente através de perguntas muito simples e dirigidas. Salvaguardo alguns grupos particulares, como os doentes afásicos e em fim de vida onde a co-lheita pode ser muito pobre dadas as circunstâncias clínico-patológicas. E aí os cuidadores assumem um papel de protagonistas nesta história.

Acredito que face ao que foi dito até aqui várias questões estejam a bor-



Ricardo Fernandes
Interno de Formação Específica
do 5º ano, CHVNGE

bulhar...mas há uma que pode ser de particular interesse. Deverão as escalas substituir a avaliação clínica do nosso doente? Jamais! As escalas são essenciais à avaliação clínica do doente, porque:

- Permitem que haja uniformidade de linguagem entre todos os profissionais de saúde (quando dizemos que o doente tem um *mRankin* de 0, todos devemos saber que se trata de um indivíduo independente);
- Permitem conhecer o indivíduo nas suas várias

dimensões - clínicas, funcionais, nutricionais, sociais;

- São simples e, regra geral, facilmente reproduutíveis;
- Aumentam a precisão do diagnóstico e auxiliam na adequação do prognóstico;
- Reduzem o nível de iatrogenia;
- Maximizam medidas preventivas e auxiliam a decisão racional de intervenções/mensagens assistenciais;

- Facilitam o acompanhamento nas várias vertentes de prestação de cuidados – internamento, consulta externa, serviço de urgência e apoio domiciliário.

Quando estamos a falar em escalas, de que escalas falamos? De várias, que serão direcionadas para aquilo que pretendemos avaliar. Assim se queremos avaliar:

- **Funcionalidade**

- **Actividades da vida diária básicas** (isto é, aquelas que permitem a sobrevivência da pessoa) – exemplos: Barthel e Índice de Katz.

- **Actividades da vida diária instrumentais** (isto é, aquelas que me permitem interagir em sociedade), posso utilizar escala de Lawton & Brody

- **Escalas de Avaliação Cognitiva** – Escala de deterioração global (GDS) de Reisberg , Escala de Pfeiffer, 4T score, Escala de Depressão de Yesavage

- **Escalas de Avaliação da Marcha** - Classificação Funcional da Marcha de Holden, escala de equilíbrio e marcha de Tinetti.

- **Escalas de avaliação nutricional** - *Minimal Nutritional Scale (MNS)*

- **Avaliação de risco para úlceras de pressão** - Escala de Braden ou **estratificação de úlceras** - categoria das úlceras (I a IV).

De ressalvar a exaustão do cuidador, que deve ser logo avaliada no primeiro contacto com o cuidador do nosso doente. Existem escalas validadas em Portugal para isso, nomeadamente a escala de Zarit, onde são feitas 22 perguntas dirigidas ao grau de satisfação e capacidade de prestação de cuidados. Só assim é que conseguimos organizar a alta deste doente com segurança. Caso contrário o que vamos observar são vários eventos sentinela e vários internamentos.

Estas avaliações dirigidas ao idoso e cuidador auxiliam a orientar o nosso plano de cuidados, quer no intra-hospitalar, quer no ambulatório, podendo ser mais ou menos estruturados. O planeamento avançado de cuidados também deve fazer, à semelhança de outros países da Europa (como Espanha) e do mundo (como os Estados Unidos da América e Austrália), parte da nossa rotina porque é através dele que com o nosso doente e respetivos cuidadores se vão delinear os objetivos de cuidados a curto, médio e longo prazo. Na sua implementação podem ser barreiras importantes:

- A ausência de comunicação franca e adequada;
- A discussão destes objectivos tardiamente, por exemplo, quando o doente já se encontra em agonia;
- Esperar que a família aceite todos os objectivos num período de tempo muito curto (não candidato a medidas de suporte avançado de vida, não candidato a novo ciclo de antibioterapia,...);
- Transmitir demasiada informação numa entrevista/conferência familiar;
- Impedir a ventilação emocional e dúvidas do doente e cuidadores,
- Excluir o doente (desde que consciente) do processo de tomada de decisão;
- Pré-conceito de que estes cuidados só se restringem a medidas de suporte avançado de vida.

E numa altura em que os ventos são de mudança em todos os sentidos, chegou a altura de nós, medicina hospitalar, descermos das torres dos nossos castelos (que são as nossas enfermarias) para as planícies e chegar aos nossos doentes no cenário que lhes é mais familiar, o seu lar tal e qual como já acontece (e muito bem) com a medicina geral e Familiar. Projectos como hospitalização domiciliária, mais do que um tema quente da Medicina Contemporânea é uma necessidade porque é imperativo devolver os doentes às suas origens e deixar de institucionalizar tudo e todos, inclusive a própria morte.

Mas o caminho faz-se caminhando...e ainda agora começamos!

Se somos aquilo que escrevemos, também é verdade que o que não está escrito nunca existiu



A Relação Médico-Doente

PATRIMÓNIO DO SER — HUMANO

20º congresso
nacional
de medicina

11º congresso
nacional do
médico interno

18 · 19 nov 2017

Coimbra, Auditório da Fundação Bissaya Barreto

Somos uma equipa sempre ao seu lado.



Agora à distância de uma videochamada.



ageas[®] contact center



linhas de apoio exclusivo a Médicos
217 943 027 | 226 081 627
dias úteis, das 8h30 às 19h00
medicos@ageas.pt
www.ageas.pt/medicos

Os nossos profissionais dedicados têm uma novidade para si:
a videochamada.

Um serviço Ageas Seguros inovador que pretende simplificar o atendimento e melhorar a comunicação a olhos vistos, acrescentando proximidade e interatividade à nossa linha de apoio exclusivo a médicos.

Ao seu dispor em ageas.pt/medicos no ícone **click to vídeo**.

PUB. (08/2017)

Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A.
Sede: Rua Gonçalo Sampaio, 39, Apart. 4076, 4002-001 Porto. Tel. 22 608 1100
Matrícula / Pessoa Coletiva N.º 503 454 109. Conservatória de Registo Comercial do Porto. Capital Social 36.870.805 Euros

Ageas Portugal, Companhia de Seguros de Vida, S.A.
Sede: Edifício Ageas, Av. do Mediterrâneo, 1, Parque das Nações, Apart. 8063, 1058-801 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.ageas.pt

Ageas Portugal | siga-nos em

