

**Redes de
Referenciação
Hospitalares**

pág. 64

**Regulamento sobre
internato médico
e serviço de urgência**

pág. 12

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 32
N.º 166
Janeiro-Fevereiro 2015

PROPRIEDADE:
Conselho Nacional Executivo
da Ordem dos Médicos

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

Directores Adjuntos:
Jaime Teixeira Mendes, Carlos
Cortes e Miguel Guimarães

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

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:
Lidergraf - Sustainable Printing,
Artes Gráficas, SA
Rua do Galhano, 15
4480-089 Vila do Conde

Depósito Legal: 7421/85
Preço Avulso: 2 Euros
Periodicidade: Mensal
Tiragem: 48.500 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



S

umário

editorial

05 Conhecermo-nos e dar-mo-nos
a conhecer

informação

08 Condenação disciplinar
de cirurgião de prevenção

09 CIT em situação de parecer
negativo de junta médica

10 Acesso do doente ao ficheiro
clínico

12 Regulamento sobre internato
médico e serviço de urgência

14 Organização dos serviços de
anestesiologia nos hospitais
portugueses

16 Perícias médico-legais
- solicitação dos tribunais

50 Parecer sobre segredo
profissional

actualidade

19 Resumo da actividade do
CNDisciplina em 2015

20 Situação assistencial,
económica e financeira
dos Centros Hospitalares
Grupo E

23 Protocolo OM/CEISUC
Temos que nos conhecer melhor!

25 Estudo sobre *burnout* nos
médicos em Portugal

27 Prémio Egas Moniz
em Neurorradiologia

31 Encontro de médicos internos
de Saúde Pública

32 Olhos e óculos no tempo
de Camões

SRC - informação

34 O Martelo das Bruxas

36 Centro de Saúde de Oliveira
do Hospital: Carlos Cortes alerta
para 'rutura' por falta de médicos
de família

38 Visita a Centro de
Preservação de Fertilidade

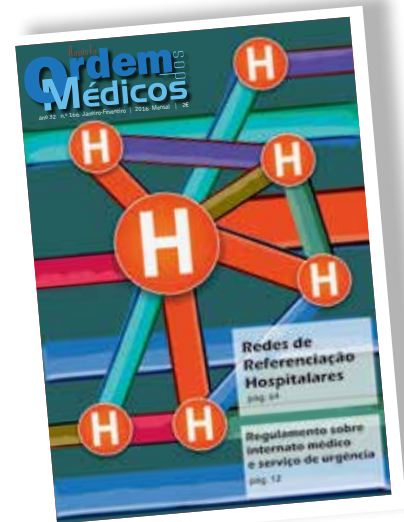
39 Ordem dos Médicos do Centro
aplaude manutenção da
Urgência Polivalente do 'Hospital
dos Covões'

SRN - informação

40 Falta de médicos: mito ou realidade?

42 Médicos sem especialidade

44 CRN tomou posição sobre a
formação pós-graduada



SRS - informação

46 Morrer e nascer em Santa Maria

47 Centro de Estudos Manuel
Machado Macedo distinguiu
melhores alunos das faculdades

48 Falta de planeamento de
recursos no SNS vai conduzir
a excesso desnecessário

opinião

52 *Mindfulness*:
prevenção para o burnout?

53 Rui Nunes convidado
a criar a Cátedra de Bioética
da UNESCO

54 Problemas? Quais problemas?
Alguém viu algum problema?

56 Recertificação
A premência do contraditório I

58 Kant, o meu amigo
e a subespecialização

59 Juro e Jurarei ...
Mesmo em dias assim!!

60 Aureliano da Fonseca
um daqueles homens que
nunca morrerão!

62 Desmotivação... é um facto!

64 Redes de Referência
Hospitalares

67 Centros de Referência

70 A eutanásia e o papel do médico

76 Estágios de cuidados paliativos
no internato de medicina interna

78 Carta a jovens colegas, e não só

81 Saúde Pública em Taiwan

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 repre-
sentam 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.

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

ANATOMIA PATOLÓGICA: Helena Garcia
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: Pedro Coito
CIRURGIA MAXILO - FACIAL: Paulo Coelho
CIRURGIA PEDIÁTRICA: Paulo Casella
CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA: Vítor Fernandes
DERMATO - VENERELOGIA: Manuela Selores
DOENÇAS INFECCIOSAS: Fernando Maltez
ENDOCRINOLOGIA - NUTRIÇÃO: Helena Cardoso
ESTOMATOLOGIA: Rosário Malheiro
FARMACOLOGIA CLÍNICA: José Luís de Almeida
GASTROENTEROLOGIA: Pedro Narra Figueiredo
GENÉTICA MÉDICA: Jorge Pinto Basto
GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA: João Silva Carvalho
HEMATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Abecasis
IMUNOALERGOLOGIA: Helena Falcão
IMUNOHEMOTERAPIA: Fernando Araújo
MEDICINA DESPORTIVA: Maria João Cascais
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO: Cecília Vaz Pinto
MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques
MEDICINA INTERNA: Armando Carvalho
MEDICINA LEGAL: Sofia Lalanda Frazão
MEDICINA NUCLEAR: João Manuel Carvalho Pedroso de Lima
MEDICINA DO TRABALHO: José Eduardo Ferreira Leal
MEDICINA TROPICAL: José Lopes Martins
NEFROLOGIA: José Diogo Barata
NEUROCIROURGIA: Rui Vaz
NEUROLOGIA: José Fernando da Rocha Barros
NEURORRADIOLOGIA: João Lopes dos 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 Carlos Viegas Gamito
PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA: Pedro Monteiro
RADIOLOGIA: Maria Amélia Ferreira Estevão
RADIONCOLOGIA: Margarida Roldão
REUMATOLOGIA: José António de Melo Gomes
SAÚDE PÚBLICA: Pedro Serrano
UROLOGIA: Avelino Fraga Ferreira

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: Vasco Ribeiro
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: José Filipe Farela Neves
DERMATOPATOLOGIA: Esmeralda Vale
ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão
EEG/NEUROFISIOLOGIA: Maria Regina Brito
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA: Jorge Amil Dias
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA: Carlos Freire de Oliveira
HEPATOLOGIA: Luís Tomé
MEDICINA INTENSIVA: José Artur Paiva
MEDICINA MATERNO-FETAL
MEDICINA DA REPRODUÇÃO: Carlos Calhaz Jorge
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Helena Jardim
NEONATOLOGIA: Daniel Virella
NEUROPEDIATRIA: José Carlos da Costa Ferreira
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: Nuno Reis Farinha
ORTODONCIA: Teresa Alonso
PSIQUIATRIA FORENSE

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

ACUPUNCTURA MÉDICA: António Encarnação
AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL: Duarte Nuno Vieira
CODIFICAÇÃO CLÍNICA: Fernando Oliveira Lopes
EMERGÊNCIA MÉDICA: Vítor Almeida
GERIATRIA: Manuel Veríssimo
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: José Pedro Moreira da Silva
HIDROLOGIA MÉDICA: Luís Cardoso Oliveira
MEDICINA DA DOR: Beatriz Gomes
MEDICINA FARMACÊUTICA: José Augusto Aleixo Dias
MEDICINA HIPERBÁRICA: Oscar Camacho
MEDICINA PALIATIVA: Isabel Galriça Neto
MEDICINA DO SONO: Teresa Paiva
NEUROFISIOPATOLOGIA
PATOLOGIA EXPERIMENTAL: António Silvério Cabrita
PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIAL: Alberto Costa
SEXOLOGIA CLÍNICA: Pedro Freitas



Conhecermo-nos e darmo-nos a conhecer

“Celui qui se sera étudié lui-même sera bien avancé dans la connaissance des autres.” - Denis Diderot

Quero lançar um forte apelo a todos os médicos para que, respondendo com rigor aos inquéritos que serão disponibilizados no futuro próximo, colaborem massiva e activamente na boa concretização destes dois protocolos de estudo dos médicos, finalmente concluídos e assinados, conforme reportagem nesta Revista, depois de um muito longo processo de debate e decisão interna.

A imagem que a sociedade tem dos médicos e a imagem que os médicos têm de si mesmos certamente não corresponde à realidade. O que nos prejudica.

Resumidamente, eu diria que somos muito mais humanos...

José Saramago afirmou que *“O conhecimento une cada um consigo mesmo e todos com todos”*. É exactamente o que precisamos, de nos conhecermos melhor como pessoas e como grupo e de nos darmos a conhecer à sociedade como realmente somos, para incrementar a união de todos com todos. É o caminho para reduzirmos a evidente tendência de, como classe, não obstante o reconhecimento social e individual do médico, sermos olhados com desconfiança e considerados como ‘os

culpados do costume’ de todos os males, erros e insuficiências do Sistema de Saúde.

O protocolo de colaboração assinado com o CEISUC visa, na sua primeira realização, avaliar e monitorizar as perspectivas que os médicos portugueses têm sobre a qualidade das suas experiências no trabalho e na sua organização, a sua visão e expectativa de carreira, as atitudes relativamente à sua profissão, os factores e estado de motivação no exercício profissional e a análise que fazem do papel da Ordem dos Médicos. O protocolo assinado com o

ICS-UL para o estudo do *Burnout* dos médicos portugueses, a nível nacional, é de inquestionável importância. Não vou aqui repetir dados e argumentos que explanei em anterior editorial sobre o *Burnout*. Temos a convicção que, entre os médicos, são em percentagem muito elevada as perturbações nas várias dimensões do *Burnout*. Vamos estudar a realidade actual do trabalho médico, apresentar evidência científica dos níveis de *Burnout* médico e propor eventuais soluções de correção e mitigação. Obviamente, só com a participação de (quase) todos os médicos os resultados deste estudo serão fidedignos e consequentes. Não podemos falhar.

Depois do estudo da Demografia Médica, que em breve terá de ser repetido, são mais dois grandes estudos sobre os médicos que vão ser efectuados. Espero que a Ordem dos Médicos e os próprios médicos compreendam a importância que tem para todos nós a prossecução desta via de investigação científica sobre a nossa classe.

Regulamento sobre trabalho do Médico Interno no Serviço de Urgência

A assinatura deste regulamento, depois de alguns meses de negociações francas e construtivas, representa um marco histórico a três níveis: no estreitar da boa colaboração entre a OM e o CNIM na organização do Internato Médico, na regulamentação do trabalho dos Médicos Internos no Serviço de Urgência, sujeitos que estavam, em algumas instituições hospitalares, a inacreditáveis abusos

e pressões, e na protecção da saúde física e mental dos jovens médicos.

Com a publicação deste Regulamento na ROM, o mesmo entra legalmente em vigor e ficam formalmente notificados todos os Directores Clínicos e Directores de Serviço para a obrigatoriedade do seu cumprimento integral.

O desrespeito por este Regulamento será considerado como uma violação das regras da Ordem dos Médicos, sendo instituídos os competentes processos disciplinares aos responsáveis pelo incumprimento. A Ordem dos Médicos não pactuará com quaisquer falhas ou abusos.

Esperemos que nenhuma instituição, à boa maneira portuguesa, procure formas de contornar a letra e o espírito deste Regulamento, pois as consequências para os prevaricadores seriam intensas.

Alguns Colegas referiram que o regulamento devia ser extensível aos médicos especialistas. Tal não é necessário, para já, pois ninguém pode obrigar ninguém a trabalhar mais de 12 horas seguidas. Os especialistas que o entendem fazer, fazem-no porque o aceitam e por sua conta e risco; todos aqueles que consintam em estar de presença física a trabalhar durante 24 seguidas, devem cumprir a sua vontade voluntária e não abandonar os Médicos Internos...

Auditorias ao sector privado e social

Os Colégios da Ordem dos Médicos definem critérios mínimos para a constituição de equipas médicas, cirúrgicas e anestésicas, nomeadamente em

serviço de urgência e nas intervenções cirúrgicas, com vista a garantir a qualidade do trabalho e a máxima segurança dos doentes.

Normalmente as instituições públicas são avaliadas quanto ao cumprimento destas regras aquando da realização de visitas de idoneidade e, quando estas determinações não são cumpridas, os Colegas têm por hábito informar a Ordem para que esta desencadeie mecanismos de reposição da legalidade. O que habitualmente acontece. Porém, não há memória de ter sido comunicado à Ordem dos Médicos algum eventual incumprimento por parte de instituições do sector privado ou social.

Esta ausência de notificações leva-nos a acreditar que tudo corre de acordo com a *leges artis* e as determinações da Ordem dos Médicos nas respectivas instituições de Saúde, pois estamos crentes que os médicos nunca aceitariam no sector privado e social o que não aceitam no sector público.

Por conseguinte, é com tranquilidade, tendo já a anuência e colaboração dos respectivos Colégios, que iremos propor às instituições competentes, nomeadamente à ERS, a realização de auditorias conjuntas para verificar o cumprimento das regras técnicas de segurança das equipas cirúrgicas e anestésicas, competentemente definidas pela Ordem dos Médicos.

Com esta comunicação na ROM, ficam os Directores Clínicos e todos os Médicos formalmente informados e notificados desta intenção e futura iniciativa. Logicamente, não serão tolerados eventuais incumprimentos.

Finalmente todos os portugueses vão ter um Médico de Família?

Acompanhamos com expectativa positiva a actuação da nova equipa do Ministério da Saúde, composta por profissionais de reconhecida competência no sector e, sobretudo, experientes e com provas dadas na gestão concreta e com conhecimento efectivo dos verdadeiros problemas diários do Sistema de Saúde e das pessoas. Queremos aqui sublinhar o facto de, pela primeira vez, assistirmos a uma preocupação real e não apenas retórico-demagógica em dar no imediato um Médico de Família a todos os portugueses, recorrendo à justa e transitória contratação de médicos

reformados, e em acelerar a reforma dos CSP.

Reformaram-se 1500 médicos de família nos últimos cinco anos, a esmagadora maioria com reforma antecipada, mas legal.

Faltam cerca de 600 médicos de família nos CSP e há quase 2000 jovens a fazer a especialidade de MGF, pelo que é fácil concluir que, no curto-médio prazo, as necessidades do país e dos utentes estão completamente garantidas, até em excesso.

Porém, no momento presente temos uma grave disfuncionalidade no SNS, devido ao facto de um milhão de cidadãos não ter médico de família, o que os prejudica tremendamente, colide com a aposta essencial na prevenção e impõe a necessidade de recurso

às urgências hospitalares.

Saudamos o facto do actual Ministério da Saúde ter mais do que duplicado a remuneração oferecida aos médicos reformados que se disponibilizarem a regressar temporariamente ao trabalho no SNS, passando estes a acumular com a reforma não apenas um terço do vencimento do trabalho, mas sim 75%.

É um esforço significativo no contexto actual, que elogiamos e que estamos crentes que permitirá e estimulará o regresso de muitos e a resolução do maior problema de Saúde do país e do SNS: os cidadãos sem médico de família.

No dia em que este desiderato se concretizar, poderemos abrir uma garrafa de espumante!



CICLO DE CONFERÊNCIAS: “ – QUE FUTURO?”

Tema:
“Património Cultural, Educação,
Ciência e Memória – que desafio?”

Conferencista: **Guilherme d’Oliveira Martins**

17 de Março - 21h
Auditório da OM - Lisboa

Marque na sua agenda!
Entrada livre

Condenação disciplinar de cirurgião de prevenção

Publicamos um breve resumo referente ao relatório do Conselho Nacional de Disciplina (Proc. nº 76/2014 CND) referente a recurso interposto do Acórdão do Conselho Disciplinar Regional do Sul da Ordem dos Médicos de 27 de Maio de 2014, que, no âmbito do processo disciplinar que aí correu termos sob o nº 74/2012, condenou a Exma. Senhora Dra. (...) na pena disciplinar de advertência. O relatório completo com toda a fundamentação pode ser lido no site nacional.

Os fundamentos do Acórdão recorrido constam do Relatório completo que publicamos no site (www.ordemdosmedicos.pt) e que aqui apenas resumimos:

“Em 11/11/2011, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) reenca-minhou para a Ordem dos Médicos uma participação subscrita pela Senhora D. (...), na qual se dizia o seguinte — e passamos a transcrever:

Gostaria de levar ao conhecimento da vossa entidade o incidente muito grave, ocorrido nas urgências do Hospital de (...) entre as 11,30h 00,20 de 1 para 2 de Dezembro.

O meu filho, menor de 16 anos de idade, (...), queixava-se de dores abdominais, náusea, dor de cabeça, foi visto pelo Dr. (...), foram feitas análises e RX abdominal, o que segundo o Dr. (...) não era conclusivo.

Após aguardarmos na sala de espera o Doutor comunicou-nos que contactou a médica cirurgia de ser-

viço, por telefone, ao que a médica disse para lhe ministrarem Primperan e Nolotil.

Após esta medicação e continuando sem informação do diagnóstico foi-me dito pelo Dr. (...) que ‘pronto já estava, já tinha feito o que a cirurgia tinha mandado’, nada mais havia afazer. Às 2,30h, ou seja 2h depois de ter estado no Hospital do (...), o meu filho deu entrada no Hospital (...) onde foi operado de imediato com apendicite aguda gangrenada e perfurada. Segundo informação do médico do Hospital (...), as análises feitas no (...) e RX eram concludentes do estado do meu filho”.

Os esclarecimentos do médico Dr. (...), que constam do relatório publicado online incluem a seguinte informação: “O Signatário é Médico a frequentar, actualmente, o 5º ano do Internato Complementar de Medicina Interna no Hospital (...). Contudo, detém um contrato de prestação de serviços Médicos, como Clínico Geral com Hospital

(...)”.

Enquadramento da organização do Serviço de Atendimento Permanente no Hospital: “o atendimento permanente no Serviço de Urgência da Instituição acima referida é realizado, em princípio, pela presença de dois elementos de medicina interna, de forma permanente e continuada, segundo uma escala de rotação pré-estabelecida. E um dos elementos escalado que corresponde, geralmente, a um Assistente Graduado de Medicina Interna, está encarregado de prestar assistência aos doentes internados nas diferentes enfermarias de medicina e de assistir os doentes internados em outras ou por outras especialidades que no entender do Colega dessas especialidades o requeiram. O outro elemento está encarregado da assistência aos doentes do Serviço de Observação de doentes urgentes.

Sendo certo que é o superior hierárquico (Assistente Graduado), durante o período de trabalho noc-

turno, quem uma vez analisado cada caso, decide o internamento de doentes na área de medicina, além disto presta apoio ao médico que se encontra no balcão de atendimento permanente. (...) E tratando-se de um Serviço de Urgência geral, a partir das 20 horas não dispõe de forma presencial de Colegas da especialidade de Ortopedia e Cirurgia Geral, os quais se encontram sobre o regime de prevenção no domicílio seguindo uma escala de rotação previamente conhecida e afixada no início de cada mês.(...)"

Transcrevemos em seguida parte relevante das conclusões:

"Consideramos ainda que, perante a clínica e o estudo analítico registados no processo clínico do Hospital (...), a observação pela especialidade de cirurgia geral era obrigatória, facto que não ocorreu. Por conseguinte em face dos factos acima referidos, concluímos

que não houve falha na observação do doente (...) no Hospital (...) a 01.12.2010 pelo Sr. Dr. (...), e que a conduta do cirurgião de serviço em regime de prevenção, a Sra. Dra. (...), foi negligente." - (excerto do Parecer do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral).

"A condenação da Recorrente teve por fundamento o facto de não ter decidido observar o doente quando foi contactada telefonicamente pelo Senhor Dr. (...). Com efeito, as queixas e a sintomatologia do doente, transmitidas por aquele Médico à Recorrente eram sugestivas de um quadro cirúrgico.

Perante tais queixas e sintomatologia, era mandatório que a Recorrente, Médica Cirurgiã que se encontrava de prevenção, se tivesse deslocado ao Hospital e avaliado o doente. Note-se que o Senhor Dr. (...), testemunha arrolada pela Re-

corrente, no depoimento que prestou afirmou expressamente o seguinte: 'Apenas há um contacto telefónico entre o Dr. (...) e a Dra. (...), nesta situação clínica e analiticamente mal definida, mas eventualmente cirúrgica'.

A Recorrente, perante uma situação em que a existência de um quadro cirúrgico não era de excluir, limitou-se a prescrever terapêutica pelo telefone em vez de, de imediato, ir observar o doente.

Com tal omissão, a Recorrente não prestou ao doente os melhores cuidados ao seu alcance, o que constitui violação do artº 31º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos. (...)"

Conclui o relatório do CND, cujo relator é o Dr. Manuel Rodrigues e Rodrigues, que a decisão recorrida não é merecedora de qualquer reparo.

CIT em situação de parecer negativo de junta médica

Publicamos o parecer da Competência de Peritagem Médica e Segurança Social sobre a manutenção ou não de CIT em situação de parecer negativo por junta médica da Segurança Social.

A Direcção desta Competência emite o seguinte parecer:

"O Doente que não receba qualquer subsídio da Segurança Social, por não lhe ter sido atribuída a Incapacidade Permanente (Reforma) ou por não subsistir a Incapacidade Temporária em situação de doença, de acordo com decisão da Comissão de Avaliação, pode necessitar de "Atestado Médico" – CIT (Certificado de Incapacidade Temporária) para justificar a ausência do trabalho perante a Entidade Patronal, sob pena das suas faltas não serem justificadas, com a consequente penalização laboral.

Compete ao Clínico do SNS, de acordo com a Ética e a Leges Artis, decidir se deve ou não manter/renovar os pressupostos clínicos de Incapacidade Temporária para o exercício da sua actividade.

Nestas circunstâncias, se considerada a manutenção da situação de Incapacidade Temporária para o trabalho por doença, justifica-se e é legítima a emissão de novo Certificado de Incapacidade Temporária (CIT) emitido pelo Clínico do SNS".

O Coordenador CT Peritagem Médica S Social, Alberto Costa

Acesso do doente ao ficheiro clínico

Foi solicitado ao departamento jurídico o esclarecimento sobre os direitos do doente no que diz respeito ao acesso integral deste ao seu processo clínico, nomeadamente para pedir uma segunda opinião médica. Na sequência desse pedido, o departamento jurídico emitiu a informação que passamos a transcrever.

No caso em apreço, o consulente pretende saber se os doentes têm direito a ter na sua posse a sua própria informação clínica e a utilizá-la livremente, designadamente para pedir uma segunda opinião sobre o seu caso.

A abordagem deontológica quanto à informação clínica e ao acesso por parte do doente

Nos termos do nº 1 do art.º 100º do Código Deontológico o “médico, seja qual for o enquadramento da sua acção profissional, deve registar cuidadosamente os resultados que considere relevantes das observações clínicas dos doentes a seu cargo, conservando-os ao abrigo de qualquer indiscrição, de acordo com as normas do segredo médico. Isto deve-se, essencialmente, ao facto de, como explica o nº 2 do mesmo artigo, a ficha clínica ser “o registo dos dados clínicos do doente” e ter “como finalidade a memória futura e a comunicação entre os profissionais que tratam ou virão a tratar o doente. Deve, por isso, ser suficientemente clara e detalhada para cumprir a sua finalidade”.

Ora, apesar de aqueles registos se encontrarem sob sigilo/segredo médico, o nº 3 do artigo 100º, dispõe que o “médico é o detentor da propriedade intelectual dos registos que elabora, sem prejuízo dos legítimos interesses dos doentes”, fazendo, ainda, o nº 4 referências ao facto de o doente ter “direito a conhecer a informação registada no seu processo clínico, a qual lhe será transmitida, se requerida, pelo próprio médico assistente”. E o mesmo se apli-

ca aos exames complementares de diagnóstico e terapêutica, que deverão ser facultados ao doente quando este os solicite (nº 5).

A perspectiva legal do acesso à informação clínica

Nos termos do artigo 3.º, nº 1 “a informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei.”

Refere ainda o nº 2 do mesmo artigo que “O titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial, ou de o fazer comunicar a quem seja por si indicado”

Como se retira do número transcrito o acesso a toda a informação clínica só está limitado por situações de privilégio terapêutico, quando o médico possa demonstrar que a informação pode ser prejudicial à saúde e à vida do doente.

Da informação clínica pode/deve o médico retirar, quando possível, as notas pessoais e a informação sigilosa relativa a terceiros.

Atentos estes considerandos o doente pode utilizar a sua informação clí-

nica livremente já que são dados de que é titular.

Sempre que a depositária da informação clínica seja uma unidade privada de saúde o acesso ao processo clínico tem de ser intermediado por médico, nos termos do artigo 3.º, n.º 3 da Lei 12/2005, de 26.01¹.

Em conclusão:

Há obrigação deontológica e legal de fornecer os elementos clínicos ao doente sempre que este os solicite, salvo os casos excepcionais acima referidos.

O doente, sendo titular dos dados, poderá utilizar os seus próprios dados como bem entender.

O doente tem o direito, com base na informação clínica que lhe seja fornecida pela sua actual equipa médica, a pedir uma segunda opinião como, aliás, o consagra o artigo 45º nº 3 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos

Nas unidades privadas de saúde o acesso é intermediado por médico.

O Consultor Jurídico

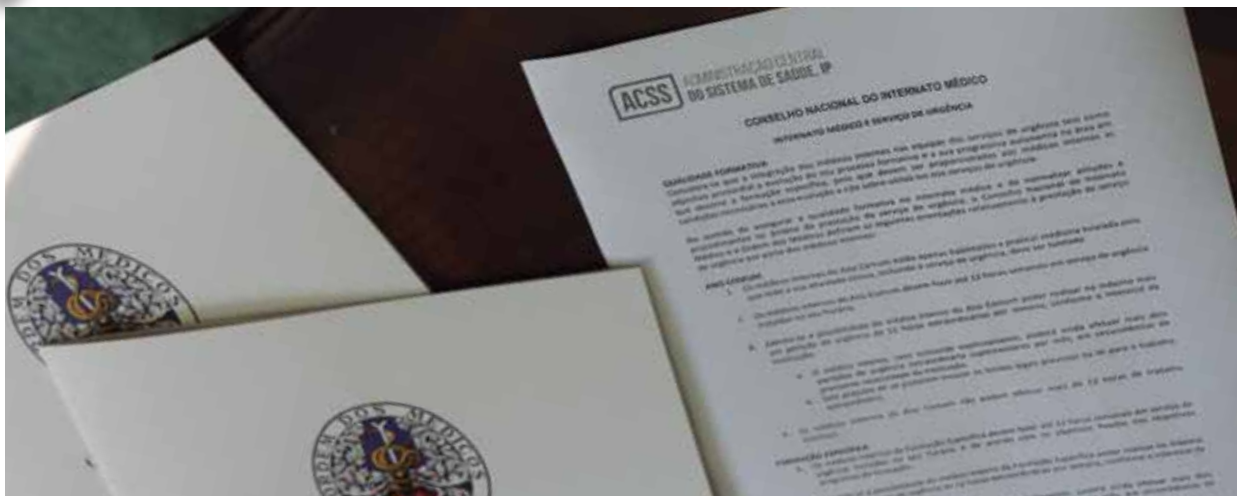
Paulo Sancho

2015-12-14

¹- Artigo 3.º

Propriedade da informação de saúde (...)

3 — O acesso à informação de saúde por parte do seu titular, ou de terceiros com o seu consentimento, é feito através de médico, com habilitação própria, escolhido pelo titular da informação.



Regulamento sobre internato médico e serviço de urgência

OM e CNIM definiram um regulamento sobre o internato médico e o serviço de urgência, o qual publicamos em seguida. A assinatura oficial deste Regulamento foi no dia 1 de Fevereiro de 2016.

“Considera-se que a integração dos médicos internos nas equipas dos serviços de urgência tem como objectivo primordial a evolução do seu processo formativo e a sua progressiva autonomia na área em que decorre a formação específica, pelo que devem ser proporcionadas aos médicos internos as condições necessárias a essa evolução e não sobreutilizá-los nos serviços de urgência.

No sentido de assegurar a qualidade formativa no internato médico e de normalizar atitudes e procedimentos no âmbito da prestação do serviço de urgência, o Conselho Nacional do Internato Médico e a Ordem dos Médicos definem as seguintes orientações relativamente à prestação de serviço de urgência por parte dos médicos internos:

Ano comum

1. Os médicos internos do Ano Comum estão apenas habilitados a praticar medicina tutelada pelo que todo a sua atividade clínica,

incluindo o serviço de urgência, deve ser tutelada.

2. Os médicos internos do Ano Comum devem fazer até 12 horas semanais em serviço de urgência incluídas no seu horário.

3. Admite-se a possibilidade do médico interno do Ano Comum poder realizar no máximo mais um período de urgência de 12 horas extraordinárias por semana, conforme o interesse da instituição.

a - O médico interno, caso concorde explicitamente, poderá ainda efetuar mais dois períodos de urgência extraordinária suplementares por mês, em circunstâncias de premente necessidade da instituição.

b - Sem prejuízo de se poderem invocar os limites legais previstos na lei para o trabalho extraordinário.

4. Os médicos internos do Ano Comum não podem efetuar mais de 12 horas de trabalho contínuo.

Formação específica

1. Os médicos internos da Formação Específica devem fazer até 12 horas semanais em serviço de urgência incluídas no seu horário e de acordo com os objetivos fixados nos respetivos programas de formação.

2. Admite-se a possibilidade do médico interno da Formação Específica poder realizar no máximo mais um período de urgência de 12 horas extraordinárias por semana, conforme o interesse da instituição.

a - O médico interno, caso concorde explicitamente, poderá ainda efetuar mais dois períodos de urgência extraordinária suplementares por mês, em circunstâncias de premente necessidade da instituição.

b - Sem prejuízo de se poderem invocar os limites legais previstos na lei para o trabalho extraordinário.

3. Os médicos internos da For-

mação Específica não podem efetuar mais de 12 horas de trabalho contínuo.

4. O serviço de urgência, durante a Formação Específica, deve ser cumprido em presença física.

5. Os médicos internos da Formação Específica a fazer um estágio em Serviço diferente do Serviço de colocação deverão prestar as 12 horas semanais de serviço de urgência integrados numa equipa do Serviço onde estão a realizar estágio, de modo equivalente ao dos médicos internos do Serviço onde decorre o estágio, sempre que este Serviço tenha urgência organizada.
a - Exceptuam-se os casos em que o Serviço onde estão a realizar o estágio considere que a realização do serviço de urgência não tem interesse formativo, situação em que se aplica o previsto no ponto 6.

6. Os médicos internos da Formação Específica a fazer um estágio em Serviço diferente do seu Serviço de colocação que não tenha urgência organizada:

a - Devem cumprir as 12 horas semanais de serviço de urgência no

seu Serviço de colocação, se este distar menos de 50Km.

b - Devem integrar o tempo semanal de serviço de urgência no horário de funcionamento normal do Serviço onde estão a realizar o estágio, se este distar mais de 50 km.

7. Os médicos internos da Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, nos estágios obrigatórios hospitalares, deverão cumprir 12 horas semanais de serviço de urgência integrados numa equipa hospitalar, de acordo com o designado no programa de formação.

8. Os médicos internos da Formação Específica não devem ser escalados em serviço de urgência efetuado no âmbito do seu programa de formação sem que sejam tutelados por um médico especialista em presença física.

9. Como regra, os médicos internos da Formação Específica não deverão ser escalados em presença física sozinhos antes do último ano do Internato.

10. Admite-se que excepcionalmente e com a concordância dos respe-

tivos Colégios da Especialidade da Ordem dos Médicos, os médicos internos da Formação Específica possam ser escalados em presença física sozinhos na segunda metade da formação específica.

11. Em ambos os pontos anteriores, devem ser cumpridas, obrigatória e cumulativamente, as seguintes condições:

a - O Diretor de Serviço assume a responsabilidade dessa decisão

b - Existência de um médico especialista da mesma especialidade, responsável pela urgência, oficialmente escalado de prevenção

c - Existência de concordância expressa do médico interno

12. Todos os casos não contemplados especificamente neste regulamento deverão ser submetidos à Ordem dos Médicos e ao Conselho Nacional do Internato Médico

13. Deverá ser realizado acompanhamento da aplicação do documento por comissão paritária Ordem dos Médicos/Conselho Nacional do Internato Médico. A sua aplicação total será previsivelmente a 6 meses.”



Assinatura oficial do Regulamento em que o Conselho Nacional do Internato Médico é representado pelo seu presidente, João Paulo Farias, e a Ordem dos Médicos pelo seu bastonário, José Manuel Silva



Organização dos serviços de anestesiologia nos hospitais portugueses

Publicamos o parecer do Colégio de Anestesiologia sobre organização dos serviços dessa especialidade nos hospitais portugueses.

Pressupostos:

1 – A existência de Serviços Hospitalares autónomos constitui um elemento essencial para a manutenção de elevados padrões de qualidade no exercício clínico, não só por permitirem a aprendizagem recíproca e a formação ao longo da vida, como também por serem a forma privilegiada de se estabelecerem programas de avaliação e melhoria clínica baseados numa colaboração e confiança inter-pares.

2 – Os Serviços Hospitalares são um elemento essencial não só para a transmissão de aspetos técnicos, mas também de valores éticos e de profissionalismo, ou seja, para a criação, transmissão e manutenção de uma *Cultura de Excelência*. Os comportamentos que caracterizam este tipo de *Cultura* não são suscetíveis de serem impostos de fora a profissionais não motivados ou implementados através de programas externos que apenas meçam o objectivável, pois nem tudo o que é relevante, numa atividade tão complexa como a Medicina, é mensurável. Ou seja, um exer-

cício de excelência pressupõem uma predisposição subjetiva de cada um dos profissionais envolvidos - por isso falamos numa *Cultura* - e essa predisposição apenas se adquire pelo exemplo inter-pares.

3 – A existência de Serviços Hospitalares autónomos constitui um elemento sem o qual não é possível uma adequada formação das gerações futuras e, em particular, dos internos de Especialidade.

4 - A Anestesiologia moderna não é mais uma especialidade de apoio à cirurgia, como noutros tempos foi considerada. Constitui uma especialidade clínica de saber médico e não cirúrgico, de natureza polivalente. Tem uma base de conhecimentos e competências técnicas que, para além da produção de atos anestésicos no sentido estrito, a colocam com particular utilidade em: Medicina Peri-Operatória e Cuidados Pós-anestésicos, Medicina de Urgência, Medicina de Emergência, Trauma, Medicina de Cuidados Intensivos, Medicina da Dor, Cuidados Paliativos e Transporte

Intra-hospitalar de doentes.

5 – Mesmo no que respeita apenas ao ato de anestésiar, no sentido estrito e literal da palavra, este já não é feito apenas para atos produzidos por cirurgiões, nem apenas nos blocos operatórios cirúrgicos. A sofisticação dos meios complementares de diagnóstico e a evolução da Medicina, que substituiu muitas cirurgias por atos realizados por especialidades tradicionalmente denominadas como *Médicas*, ou por imagiologistas, conduziu a que uma percentagem significativa das anestésias sejam hoje para intervenções que não são produzidas para Serviços denominados como *Cirúrgicos*.

6 – A produtividade de um Serviço de Anestesiologia é nuclear para o bom funcionamento de uma instituição hospitalar, nomeadamente para que possam ser estabelecidos satisfatórios contratos-programa e para que os compromissos possam ser respeitados. Essa produtividade também não pode ser conseguida sem motivação dos anestésistas, fator para o qual a dinâmica

de Serviço é também um fator essencial.

7 – Para além da produtividade absoluta, a justiça na forma como os recursos anestésicos - frequentemente escassos para as necessidades - são distribuídos entre os diversos pretendentes, constitui um elemento essencial para que Serviços hospitalares individuais possam ter bons desempenhos e um crescimento para áreas de inovação – consequentemente para que um Hospital possa prosperar e se afirmar.

8 – A organização hospitalar assente em estruturas intermédias de gestão, com a consequente agregação de Serviços e de áreas funcionais e orgânicas, traz inegáveis vantagens em termos da racionalização do conjunto de recursos envolvidos, com notórias repercussões do ponto de vista económico. Contudo, esta organização, no que respeita à inserção da Anestesiologia, não pode ser feita de forma a enviesar a justa distribuição de Anestesiologistas pelas solicitações dos diversos Serviços Hospitalares - médicos, cirúrgicos ou exclusivamente de exames complementares de diagnóstico. Assim, os Serviços de Anestesiologia, em termos de gestão intermédia, não devem estar agregados a Serviços que sejam utilizadores de atos anestésicos, por esta agregação poder criar *ad initium* ou degenerar em vínculos hierárquicos que favoreçam uns em detrimento de outros.

9 – A independência dos Serviços de Anestesiologia e a sua proteção face a *lobbies* e fatores de pressão é igualmente um fator essencial para impedir o desvio para a Medicina privada de doentes do Sector público, desvio esse que não raro se fundamenta no criar sistemático de dificuldades às di-

versas solicitações hospitalares de Anestesiologistas.

10 – Anestesiologistas a trabalhar de forma independente em Serviços cirúrgicos não permitem formação de internos, aprendizagem ao longo da vida, controlo de uma excelência técnica, justiça distributiva face às necessidades do conjunto do Hospital ou independência face a *lobbies* de pressão privados e não aportam qualquer vantagem à gestão da causa pública.

11 - Anestesiologistas contratados a empresas também não permitem a formação dos internos, aprendizagem ao longo da vida, uma Cultura de excelência técnica e profissional, ou sequer o mais básico estabelecimento de rotinas hospitalares, importantes para efeitos de produtividade. Quando muito, poderão ser aceites de forma temporária como solução de recurso para colmatar défices de Anestesiologistas não supríveis de outra forma.

O Colégio de Especialidade de Anestesiologia considera que:

1 – Todos os anestesistas hospitalares devem estar organizados num Serviço de Anestesiologia autónomo, independente e único por hospital.

2 – Esse Serviço de Anestesiologia, para ser efetivamente independente, não deve estar agregado, em termos de gestão intermédia, a qualquer Serviço utilizador de atos anestésicos, nomeadamente Serviços Cirúrgicos, de forma a poder-se estabelecer uma relação de privilégio na distribuição de recursos.

3 – As únicas formas de garantir a independência de um Serviço de Anestesiologia face aos Serviços utilizadores dos seus atos anestésicos e a sua completa adesão aos objetivos anuais e estratégicos de

uma instituição hospitalar serão uma das duas seguintes:

– O Serviço de Anestesiologia estar fora de estruturas de gestão intermédia e diretamente dependente da Direção Clínica;

– O Serviço de Anestesiologia, mantendo a sua independência orgânica, estar inserido em estruturas de gestão intermédia apenas com Serviços cuja produtividade não esteja diretamente dependente da disponibilidade dos anestesistas para a execução de anestésias (como é exemplo a Medicina Intensiva).

4 – Deve existir particular cuidado e transparência no sentido de garantir a independência das hierarquias dos Serviços de Anestesiologia face a *lobbies* privados ou quaisquer outros interesses que visem o desvio de doentes do sector público.

5 – Cuidados anestésicos prestados por empresas devem sempre ser considerados como uma solução temporária, destinada apenas a resolver situações em que não haja candidatos a um vínculo persistente com o hospital ou situações pontuais de carácter extraordinário, e nunca como uma opção política tomada em desfavor da constituição de equipas estáveis. Consequentemente, cuidados anestésicos prestados por empresas apenas devem ser observados em associação com um plano de médio prazo para a contratação de Anestesiologistas que vise o término a esse recurso.

6 - Para além disso, que os cuidados anestésicos prestados por empresas devem pressupor sempre uma submissão hierárquica do prestador face à Direção do Serviço de Anestesiologia.



Perícias médico-legais - solicitação dos tribunais

Foi solicitada a análise e parecer sobre situação exposta pelo diretor do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar . . . Na exposição é explícita a abrangência territorial, institucional e populacional do CH. . . , a estrutura do serviço de psiquiatria de adultos constituída por dois médicos e ainda todo o trabalho clínico inerente ao já mencionado serviço. Por fim e centrando o problema que pretende ver resolvido, descreve todo o trabalho complementar que o mesmo serviço tem de fazer no cumprimento do dever de colaboração com os tribunais e que consiste na elaboração de relatórios, exames periciais e comparência em diligências que se consubstancia numa actividade cada vez mais reiterada e urgente. Tendo em atenção que o serviço de psiquiatria não consegue cumprir atempadamente com as obrigações que lhe são impostas vem pedir esclarecimento sobre a obrigatoriedade de resposta às solicitações feitas pelos tribunais quando estas assumem um número significativo de pedidos e, tendo de responder aos mesmos, se existe algum limite a partir do qual o serviço possa escusar-se a responder por incapacidade logística.

Atento o exposto, vejamos o que se nos oferece dizer:

Das Perícias Médico Legais

A Lei 45/2004, de 19 de Agosto veio regular a realização de perícias médico-legais e forenses, atribuindo-lhes um regime específico, nomeadamente, quanto à aptidão técnica para a realização das mesmas e legitimidade para nomeação dos médicos peritos. O referido regime prevê, expressamente, que os exames e perícias de clínica médico-legal e forense são realizados, obrigatoriamente, nas delegações e nos gabinetes médico-legais do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (doravante Instituto), nos termos dos respectivos Estatutos (n.º 1 do

artigo 2.º), por um médico perito (art. 21.º). Só perante circunstâncias excepcionais, que a seguir se elencarão, é que a lei admite que as perícias médico-legais e forenses sejam realizadas fora das instalações das delegações e dos gabinetes médico-legais por entidades terceiras indicadas pelo Instituto (serviços públicos ou integrados no Serviço Nacional de Saúde ou em serviço universitário) e/ou por médicos a contratar pelo Instituto¹, nomeadamente, devido a:

- i) manifesta impossibilidade dos serviços (n.º 2);
- ii) comarcas dos tribunais competentes não compreendidas na área de actuação das delegações e dos gabinetes médico-legais em

funcionamento (n.º3);

iii) necessidade de formação médica especializada noutros domínios e que não possam ser realizadas nas delegações do Instituto ou nos gabinetes médico-legais, por aí não existirem peritos com a formação requerida ou condições materiais para a sua realização;

iv) casos em que a delegação não disponha de especialistas nestas áreas em número suficiente para assegurar a resposta às solicitações.

Concretamente, quanto às perícias de natureza psiquiátrica e forense, determina o artigo 24.º que as mesmas são solicitadas pela entidade competente à delegação do Instituto da área territorial do

Tribunal que os requer. Só nos casos em que a delegação não disponha de especialistas nestas áreas em número suficiente para assegurar a resposta às solicitações pode deferir os exames e perícias a serviços especializados do Serviço Nacional de Saúde, tomando em consideração as possibilidades de resposta desses serviços e, sempre que possível, a sua área assistencial e o local de residência habitual dos examinandos.

Ao caso concreto:

As perícias médico-legais, quer no âmbito do processo civil quer no processo penal, são feitas pelo Instituto, por via de um despacho judicial que as requirite², através das suas delegações e dos Gabinetes Médico-Legais e excepcionalmente, perante manifesta impossibilidade dos serviços, as perícias referidas podem ser realizadas por entidades terceiras, públicas ou privadas, contratadas ou indicadas para o efeito pelo INMLCF.

Nos casos, em que a entidade designada não disponha de especialistas nestas áreas em número suficiente para assegurar a resposta às solicitações, atenta a sua estrutura de recursos humanos, as funções e situação específica do serviço, os exames e perícias devem ser deferidos a outros serviços de psiquiatria do Serviço Nacional de Saúde, **tomando em consideração as possibilidades de resposta desses serviços e, sempre que possível, a sua área assistencial e o local de residência habitual dos examinandos.**

Assim, o médico consulente e o seu colega de serviço estão obrigados a responder ao Tribunal requisitante³, quando para tal forem solicitados, devendo, previamente à realização da perícia,

esclarecer a dimensão do quadro de pessoal, as incumbências próprias do atendimento à população em sede de internamento, urgência, consulta e hospital de dia e demais funções inerentes aos cargos, justificando, assim, a dificuldade para cumprimento de prazos e sempre que seja comprovável a impossibilidade de efectuar mais perícias. O limite para a realização de perícias é o que resultar da não afectação significativa da prestação de cuidados de saúde à população.

Atingido o limite cabe ao Director do Serviço informar com a maior brevidade o tribunal e os Serviços do Ministério Público de que as perícias devem ser solicitadas a outros serviços de psiquiatria.

Este procedimento que pode ser feito casuisticamente aquando das solicitações que sejam apresentadas deverá contudo ser precedido de um ofício do Serviço e do CA do CH... devidamente fundamentado dirigido ao Conselho Superior da Magistratura, à Procuradoria-Geral da República e ao INMLCF, onde se explicita a realidade do serviço no atendimento normal de doentes, a ocupação temporal de cada um dos seus dois médicos e ainda o número de pedidos de perícias e presenças em Tribunal nos últimos dois anos e consequentemente a necessidade de ser encontrada uma solução alternativa à presente por forma a dar satisfação à realização da justiça sem que seja prejudicada a prestação de cuidados de saúde psiquiátricos à população.

O Consultor Jurídico
Paulo Sancho
2015.09.14

¹- Desde que não tenham qualquer interesse em relação ao objecto da causa nem ligação com as partes (568.º/4 CPC).

²-1 - A perícia é requisitada pelo Tribunal a estabelecimento, laboratório ou serviço oficial apropriado ou, quando tal não seja possível ou conveniente, realizada por um único perito, nomeado pelo juiz de entre pessoas de reconhecida idoneidade e competência na matéria em causa.

2 — As perícias e pareceres solicitados a médicos contratados para o exercício de funções periciais em comarcas não compreendidas na área de actuação das delegações ou dos gabinetes médico-legais em funcionamento são realizadas pelos médicos constantes da lista referida no n.º 2 do artigo 28.º, nomeados por despacho da autoridade judiciária ou judicial.

3 — A nomeação dos médicos referidos no número anterior é feita pela forma que mais convier ao movimento pericial da comarca e deve respeitar uma equitativa distribuição do serviço.

³- Em consonância com o art.º 153º do C.P.P. o perito é obrigado a desempenhar a função para que tiver sido competentemente nomeado podendo, todavia, pedir escusa com base na falta de condições indispensáveis para a realização da perícia. Seguindo a mais recente doutrina “ *as condições indispensáveis, cuja falta justifica a recusa e a escusa do perito, são as que determinaram a sua nomeação: o conhecimento técnico especial e a imparcialidade em relação a todos os sujeitos processuais, isto é, os magistrados, o arguido, o assistente e as partes civis. As dificuldades materiais relacionadas com o exercício da função e, designadamente, as dificuldades de localização das pessoas e objectos sujeitos a perícia não constituem motivo de escusa.*”

Neste sentido e de uma forma geral constitui fundamento para a recusa da função de perito o facto da pessoa designada como tal ter já prestado serviços ao arguido, assistente ou partes civis; ou tenha tido ou tenha relação familiar ou amorosa com algum dos sujeitos processuais. Significa isto que, face aos dispositivos legais, os peritos que tenham aceite o desempenho da função pericial e não estejam em qualquer das condições supra indicadas apenas podem cessar as suas funções se forem substituídos por iniciativa do Tribunal. Contudo, para que exista substituição do perito torna-se necessário que este não apresente o relatório no prazo fixado ou que desempenhe as suas funções de forma negligente.

Com efeito, a substituição do perito constitui um processo sancionatório pois o seu fundamento é o incumprimento do encargo que lhe foi cometido. (in “Comentário do Código de Processo Penal à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem” (págs. 438) de Paulo Pinto de Albuquerque – 4ª Edição – Universidade Católica Editora.)

Parecer sobre segredo profissional

Publicamos em seguida o parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica sobre a partilha de informação clínica entre dois ou mais médicos envolvidos no processo assistencial a um doente.

Relativamente ao pedido de parecer do Ex.mo Senhor Dr. ... sobre segredo profissional entende o CNEDM que a mesma se resume à questão da não partilha de informação clínica entre dois ou mais médicos envolvidos no processo assistencial a um doente.

1-Sendo o segredo profissional um elemento fundamental da relação médico-doente a sua preservação não é um fim em si mesmo. O segredo destina-se, essencialmente, a proteger a vida e a qualidade de vida de um doente. Ora, fácil é concluir-se que o bloqueio de informação clínica que impeça a continuidade assistencial a um doente (coartando a possibilidade de um médico aceder à informação produzida por outro colega sobre o mesmo doente) constitui uma violação dos interesses do doente. São exatamente os interesses do doente que constituem motivo de escusa de segredo, conforme resulta da alínea b) do artigo 88 do Código Deontológico “O que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do médico ou do doente, não podendo em qualquer

destes casos o médico revelar mais do que o necessário, nem o podendo fazer sem prévia autorização do Presidente da Ordem”.

2-Acresce, como decorre da exposição em apreço, que se trata de circulação de informação entre médicos, todos igualmente sujeitos a segredo.

3-Considera assim o CNEDM que um médico que impeça o acesso a informação clínica relativa a um doente, não permitindo deste modo a continuidade do processo assistencial, está a cometer violação do Código Deontológico, nomeadamente dos preceitos constantes do artigo 31º do mesmo Código que se cita: *O médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga -se à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo sempre com correção e delicadeza, no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde, conservar a vida e a sua qualidade, suavizar os sofrimentos, nomeadamente nos doentes sem esperança de cura ou em fase terminal, no pleno respeito pela dignidade do ser humano.*

Poderão excetuar-se os casos em

que, previamente e sob a forma de declaração expressa e escrita, o doente manifesta a sua vontade, impedindo, mesmo nos casos de necessidade de continuidade assistencial, que os registos que lhe dizem respeito sejam acedidos por quaisquer médicos terceiros.

4-Exceptuam-se os casos legalmente previstos, nomeadamente os constantes da Lei 12/2005 de 26 de Janeiro (Lei de Informação Genética e de Saúde) que se citam: *Artigo 12.*

Testes genéticos e seguros

1 — *As companhias de seguros não podem pedir nem utilizar qualquer tipo de informação genética para recusar um seguro de vida ou estabelecer prémios mais elevados.*

2 — *As companhias de seguros não podem pedir a realização de testes genéticos aos seus potenciais segurados para efeitos de seguros de vida ou de saúde ou para outros efeitos.*

3 — *As companhias de seguros não podem utilizar a informação genética obtida de testes genéticos previamente realizados nos seus clientes atuais ou potenciais para efeitos de seguros de vida e de saúde ou para outros efeitos.*

4 — As seguradoras não podem exigir nem podem utilizar a informação genética resultante da colheita e registo dos antecedentes familiares para recusar um seguro ou estabelecer prémios aumentados ou para outros efeitos.

Artigo 13.

Testes genéticos no emprego

1 — A contratação de novos trabalhadores não pode depender de seleção assente no pedido, realização ou resultados prévios de testes genéticos.

2 — Às empresas e outras entidades patronais não é permitido exigir aos seus trabalhadores, mesmo que com o seu consentimento, a realização de testes genéticos ou a divulgação de resultados previamente obtidos.

3 — Nos casos em que o ambiente de trabalho possa colocar riscos específicos para um trabalhador com uma dada doença ou suscetibilidade, ou afetar a sua capacidade de desempenhar com segurança uma dada tarefa, pode ser usada a informação genética relevante para benefício do trabalhador e nunca em seu prejuízo, desde que tenha em vista a proteção da saúde da pessoa, a sua segurança e a dos restantes trabalhadores, que o teste genético seja efetuado após consentimento informado e no seguimento do aconselhamento genético apropriado, que os resultados sejam entregues exclusivamente ao próprio e ainda desde que não seja nunca posta em causa a sua situação laboral.

4 — As situações particulares que impliquem riscos graves para a segu-

rança ou a saúde pública podem constituir uma exceção ao anteriormente estipulado, observando-se no entanto a restrição imposta no número seguinte.

5 — Nas situações previstas nos números anteriores os testes genéticos, dirigidos apenas a riscos muito graves e se relevantes para a saúde atual do trabalhador, devem ser selecionados, oferecidos e supervisionados por uma agência ou entidade independente e não pelo empregador.

6 — Os encargos da realização de testes genéticos a pedido ou por interesse direto de entidades patronais são por estas suportados.

Com os melhores cumprimentos
O Coordenador do CNEDM,
Miguel Leão

actualidade

Resumo da actividade do Conselho Nacional de Disciplina em 2015

Em 2015 o Conselho Nacional de Disciplina (CND) emitiu 95 acórdãos: 7 enquanto primeira instância e 88 como instância de recurso, tendo-se registado um elevado número de confirmações de acórdãos (dos 88 pedidos de recurso apenas 13 foram julgados procedentes, resultando numa alteração da decisão do Conselho Disciplinar).

Em termos qualitativos o CND proferiu 68 decisões de arquivamento e 19 de condenação, tendo mandado baixar os autos em 8 processos.

O CND aplicou as seguintes penas disciplinares: 9 de advertência, 8 de censura e 2 de suspensão (de 10 dias e de 9 meses, respetivamente).

Em 2015 não foi aplicada qualquer pena de expulsão, mas foram punidos dois médicos em primeira instância. Por fim, nos 13 casos em que não confirmou a decisão do Conselho Disciplinar Regional, registaram-se as seguintes alterações relativamente à decisão recorrida:

- o 8 arquivamentos (CDRS) ► baixa dos autos à 1ª instância;
- o 1 arquivamento (CDRN) ► pena de suspensão de 9 meses;
- o 1 pena de advertência (CDRC) ► pena de censura;
- o 2 penas de censura (CDRS) ► arquivamento;
- o 1 pena de advertência (CDRS) ► arquivamento.

O relatório completo pode ser lido em www.ordemdosmedicos.pt.



Armando Fernandes
 Consultor para a área económica e gestão do Conselho Nacional
 Executivo da Ordem dos Médicos

Situação assistencial, económica e financeira dos Centros Hospitalares *Grupo E*

A presente análise pretende fornecer uma “fotografia” atual da atividade assistencial, recursos humanos, resultados económicos e situação financeira dos Centros Hospitalares (CH's) do *Grupo E*, definido pela ACSS para efeitos de financiamento: S. João, Porto; Coimbra, Lisboa Norte, Lisboa Central e Lisboa Ocidental. As fontes principais utilizadas foram os Relatórios e Contas mais recentes, ano 2014 para S.João, Porto, Lisboa Ocidental e Lisboa Central, ano 2013 para Coimbra e Lisboa Norte e o Inventário de recursos humanos 2014 da ACSS.

Área de influência dos CH's *Grupo E*

Os CH's do *Grupo E* são constituídos por hospitais centrais, altamente diferenciados e com forte ligação às Universidades. Pelas suas características assistenciais são entidades com áreas de influência que vão muito para além da sua localização geográfica. Nesta análise e dado que a informação disponível apresenta uma área de influência com muitas sobreposições entre hospitais, considero como população alvo de cada CH a que resulta diretamente do peso relativo da atividade realizada no total do continente. Assim, podemos considerar que este Grupo está dimensionado para cobrir as necessidades de aprox. 31% da população nacional do continente: 3, 1 milhões de pessoas.

Atividade assistencial e Recursos Humanos

Os CH's do *Grupo E* prestam 31% da atividade assistencial no Continente. As atividades de hospital de dia, 40%, consulta externa, 35% e cirurgias, 34%, têm um peso relativo mais relevante neste

Grupo que nos restantes hospitais do SNS que apresentam, por seu lado, um forte peso na prestação de serviços de urgência, 79%.

No que respeita à atividade interna dos CH's *Grupo E*, verifica-se que 65% da produção é relativa a consultas externas e 20% a urgências.

CH's Grupo E - ACSS	população abrangida	% população
CH de São João	579.891	6%
CH do Porto	460.976	5%
CH e Universitário de Coimbra	645.499	7%
CH Lisboa Central	559.122	6%
CH Lisboa Norte	516.734	5%
CH Lisboa Ocidental	334.600	3%
Total CH's grupo E	3.096.821	31%
Restantes hospitais SNS	6.821.727	69%
Total hospitais SNS - continente	9.918.548	100%



CH do Porto, que apresentam resultados operacionais e EBITDA positivos, ou seja, o financiamento da sua atividade assistencial supera os custos operacionais os restantes CH's estão a funcionar, de forma contínua, com um financiamento aquém dos seus custos efetivos.

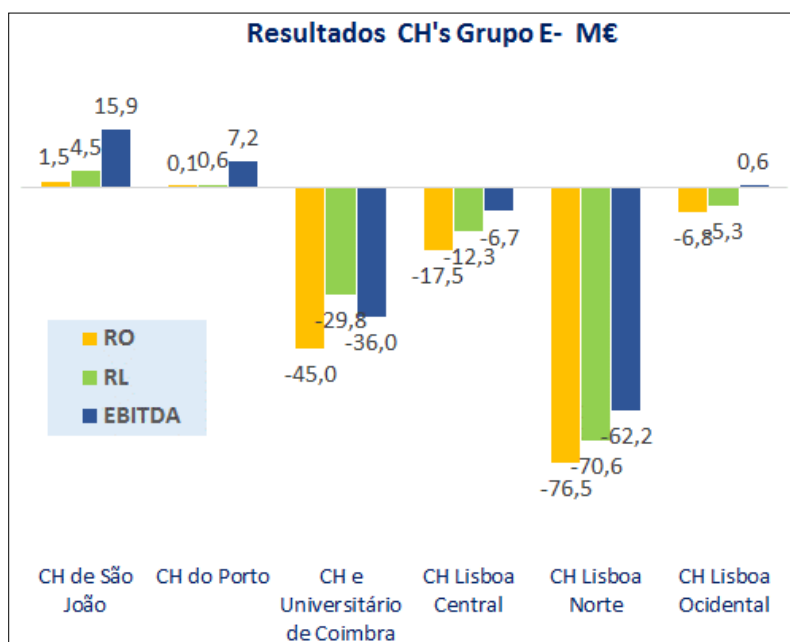
cia prestada a uma estrutura de custos com RH não alinhada com o peso da atividade realizada passando pelo consumo de tecnologias de saúde mais dispendiosas. No CH Coimbra, por ex., os custos com RH consomem 55% dos proveitos, acima dos 50% registados em todo o Grupo, e no CH Lisboa Norte os CMVMC (principalmente produtos farmacêuticos) representam 45% dos proveitos vs 37% do indicador do Grupo. A situação patrimonial de to-

CH's Grupo E - ACSS	% população	% médicos /total	% enf. / total	% RH / total	médicos /1000 hab	enf. /1000 hab
CH de São João	6%	7%	7%	5%	2,4	3,5
CH do Porto	5%	5%	4%	4%	2,2	2,7
CH e Universitário de Coimbra	7%	8%	9%	7%	2,5	4,0
CH Lisboa Central	6%	8%	7%	7%	2,8	4,0
CH Lisboa Norte	5%	7%	6%	6%	2,8	3,5
CH Lisboa Ocidental	3%	4%	4%	4%	2,6	3,7
Total CH's grupo E	31%	39%	36%	33%	2,6	3,6
Restantes hospitais SNS	69%	61%	64%	67%	1,8	2,8
Total hospitais SNS - continente	100%	100%	100%	100%	2,0	3,1

Cerca de 33% dos Recursos humanos adstritos ao SNS trabalham nestas instituições. Reflexo da sua diferenciação e maior complexidade dos serviços médicos prestados, estão aqui colocados 39% dos médicos, 7929, e 36% dos enfermeiros, 11118, a prestar serviço no SNS, garantindo um rácio por 1000 hab., acima do verificado nos restantes hospitais SNS. De realçar que 45% dos médicos internos do Continente estão colocados nestas instituições.

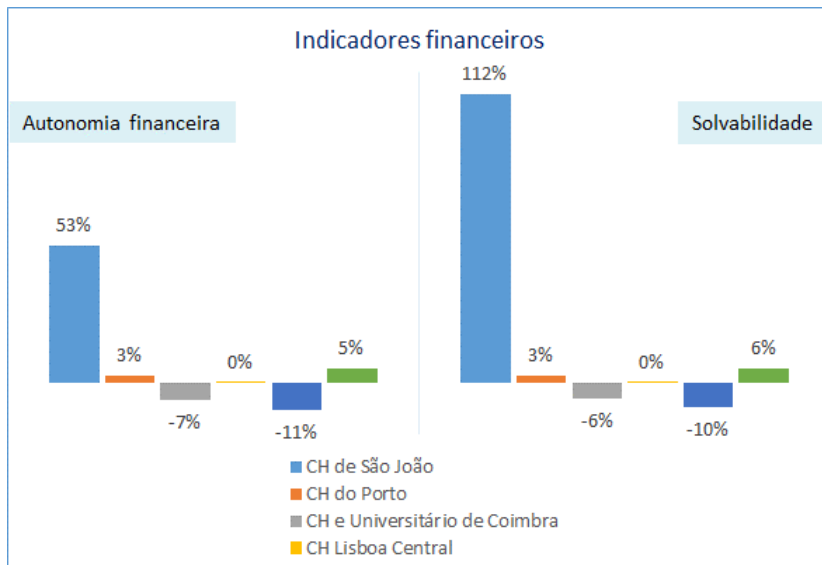
Resultados económicos e indicadores financeiros

Cerca de 41% do financiamento hospitalar do SNS é canalizado para o Grupo E. No entanto, com exceção dos CH S. João e



Serão diversas as razões para estes desvios crónicos desde um financiamento não adequado à complexidade da assistên-

dos os CH's com exceção do CH S. João que está económica e financeiramente equilibrado, é de extrema debilidade econó-



Conclusão

Os Centros hospitalares *Grupo E* têm um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde pela sua diversidade de valências, equipamentos, recursos humanos, diferenciação clínica e apoio universitário. Representam 31% da atividade assistencial prestada pelo SNS e recebem, dada a maior complexidade dos doentes que assistem, 42% do financiamento público. Todavia, e na globalidade, verifica-se que o financiamento não está adequado às necessidades de funcionamento das instituições o que conduz a um crónico desequilíbrio orçamental que pode vir a comprometer a qualidade assistencial. É fundamental a revisão/adequação do financiamento às reais necessidades de cada CH, afinando os critérios de cálculo do índice casemix e de valorização de cada atividade, otimizando a alocação de recursos humanos e materiais tendo em conta as melhores práticas nacionais e internacionais e assegurando a motivação e empenho de todos os profissionais para o alcance dos objetivos estabelecidos.

mico-financeira como podemos observar pela análise dos indicadores de autonomia financeira (fundos próprios/ativo líquido) e solvabilidade (fundos próprios/passivo).

Temos dois CH's, Universitário de Coimbra e Lisboa Norte, com uma situação patrimonial negativa resultante de um histórico acumulado de resultados líquidos negativos que foram absorvendo o património e aumentando as necessidades de recurso a capital alheio (em-

préstimos e/ou aumento PMP). A crescente fragilidade económico-financeira exige um financiamento adequado aos custos reais e a urgente recapitalização das instituições para garantir a manutenção da qualidade assistencial, reduzir encargos financeiros e renovar/melhorar os equipamentos e instalações. No global, para se atingir um grau de autonomia financeira de 33% (situação de equilíbrio) seria necessário uma injeção de capital 650M€.

informação

Declaración de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe frente al asesinato del Dr. Hélder Dias da Costa Tomé

Desde la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, vemos con inmensa preocupación el clima creciente de violencia en el cual los Médicos Latinoiberoamericanos ejercemos nuestra profesión, que se manifiesta en un creciente número de agresiones a profesionales sanitarios, y en esta oportunidad con el asesinato en Río de Janeiro del Dr. Hélder Dias da Costa Tomé, el pasado 8 de enero. En primer lugar quisiéramos solidarizarnos con su familia, amistades y con el colectivo Médico de Brasil y manifestar nuestro más enérgico repudio ante tan lamentable hecho. Así mismo quisiéramos manifestar nuestro compromiso de trabajar incansablemente a fin de solucionar tan compleja problemática y convocar a los gobiernos nacionales, regionales, a las Organizaciones no gubernamentales vinculadas al área de la salud, y particularmente aquellas que forman parte de nuestra Confederación, a trabajar colectivamente en pro de este objetivo.



Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe



Protocolo OM/CEISUC Temos que nos conhecer melhor!

Foi formalizada no dia 5 de Janeiro de 2016, por protocolo, a colaboração do CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra com a Ordem dos Médicos através do qual se criam condições para a realização de estudos, nomeadamente um estudo sobre as atitudes dos médicos portugueses face ao trabalho, organização, carreira e à própria Ordem.

Presentes nesta assinatura estiveram, em representação da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, bastonário, Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul, e em representação do CEISUC, Pedro Lopes Ferreira, investigador e membro da direção do CEISUC, e os investigadores que vão liderar o estudo: Teresa Carla de Oliveira (membro da Assembleia Geral do CEISUC) e Ricardo Rodrigues (Kingston University, London). A investigação conta ainda com a colaboração do Professor David Guest do King's College, London, que não esteve presente nesta cerimónia.

Como explicou José Manuel Silva, a propósito desta iniciativa:

“a Ordem dos Médicos decidiu formalizar este protocolo porque entende ser muito importante que as políticas, nomeadamente a política de saúde, assentem em dados reais da situação portuguesa, salientando que há, no País, uma enorme necessidade de nos conhecermos e nos darmos a conhecer. Só através da correta noção do que somos e das nossas reais perceções do que pensamos e queremos ser, poderemos traçar os caminhos que devemos percorrer. A Ordem dos Médicos, ao associar-se a diversas instituições da área do saber pretender ajudar a apontar esses caminhos”.

Especificamente sobre o estudo que irá ser elaborado pelo CEI-

SUC, referiu: “depois de anos sob o domínio da austeridade que desestruturou o nosso Serviço Nacional de Saúde, importa conhecer as opiniões dos médicos, em contexto profissional – na sua relação interpessoal, com a Ordem ou com o SNS – para avaliar como se sentem e quais as suas expectativas. Gostaríamos de apelar à mobilização de todos, uma vez que este estudo, por ser longitudinal, só terá resultados se os médicos participarem continuamente. cremos que o resultado final, de que só teremos notícia daqui a 2 anos – embora exista um relatório parcelar no final do primeiro ano – pode ser da maior importância para definir caminhos no futuro. É preciso



Jaime Teixeira Mendes, José Manuel Silva, Pedro Lopes Ferreira, Teresa Carla de Oliveira e Ricardo Rodrigues

plantar hoje, para ter frutos no futuro. Para melhorarmos, precisamos primeiro de nos conhecer melhor”.

Pedro Lopes Ferreira, investigador e membro da direção do CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra referiu a “grande satisfação com que, em nome do CEISUC, assinei este protocolo e o seu primeiro anexo”. Um protocolo que “veio formalizar uma relação de colaboração que o CEISUC tem mantido com a Ordem dos Médicos desde há vários anos. Esta assinatura é extremamente importante para o nosso Centro de Investigação e criará condições para se encetarem novos estudos que, estou certo, poderão ser úteis às diversas decisões de política de saúde e de regulação, formação e qualidade da profissão médica que a Ordem tem vindo a tomar”. Exemplo disso é o estudo que já foi acordado por anexo ao protocolo agora assinado entre as duas instituições: “trata-se

de um estudo sobre as atitudes dos médicos portugueses face ao trabalho, organização, carreira e a própria Ordem”, explicou Pedro Lopes Ferreira, expressando a convicção e desejo que “outros estudos venham a seguir”.

O investigador Ricardo Rodrigues enquadró a necessidade deste estudo: “Em Portugal, tal como em outros países, o efetivo funcionamento do exercício da profissão de medicina, e muito em particular o que está associado ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), tem vindo a ser posto em causa. O excessivo aumento da carga de trabalho associado à redução de recursos é uma constante. O anúncio e implementação de reformas no sistema de saúde, sem o suficiente envolvimento dos clínicos, potencializa implicações prejudiciais para a satisfação dos médicos e bem-estar dos utentes e doentes. Neste contexto, a Ordem dos Médicos, ao apoiar um projeto que envolve uma equipa de acadé-

micos experientes, visa conhecer as perceções dos médicos acerca da situação atual de forma a abordar aspetos relativos aos recursos e exigências das organizações que influenciam, no presente e no futuro, aspirações de carreira, satisfação com as atuais responsabilidades e comprometimento com a profissão. O objetivo é identificar caminhos para melhorar o papel dos profissionais, incluindo recursos e formas de organização do trabalho, que facilitem e promovam o bem-estar dos médicos, assim como a qualidade dos serviços prestados”.



Estudo sobre *burnout* nos médicos em Portugal

Realizou-se no dia 1 de Fevereiro a cerimónia de assinatura do contrato para a realização de um estudo sociodemográfico e de incidência de síndrome de *burnout* nos médicos em Portugal. Na cerimónia intervieram José Manuel Silva, na qualidade de bastonário da Ordem dos Médicos e José Luís Miranda Cardoso, na qualidade de diretor do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-ULisboa).

A assinatura do protocolo entre a OM e o ICS-UL é, como foi sublinhado por José Manuel Silva, bastonário da OM, o culminar de anos de trabalho preparatório. “Agradecemos a todos os que se empenharam nos últimos anos para a preparação deste estudo”, o qual designou como “pioneiro”. A Ordem dos Médicos ao contratar os serviços de realização de Estudo Sociodemográfico e Incidência de Síndrome de *Burnout* nos Médicos em Portugal procurou uma entidade especializada para esse efeito, tendo tal escolha recaído sobre o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Com este trabalho pretende-se pesquisar, descrever e compreender o fenómeno do *burnout* no contexto do exercício profissional da medicina em Portugal, visando-se, ainda, a recolha de informação credível que permita sensibili-

zar os próprios e responsáveis afins à organização do trabalho médico em relação à necessidade de medidas preventivas e terapêuticas para a Síndrome de *Burnout*. “Acreditamos que o panorama entre os médicos em termos de *burnout* não é muito animador mas precisamos conhecer a realidade nacional. Os profissionais de saúde são encarados como pessoas capazes de trabalhar inesgotavelmente e ininterruptamente. Mas tal não é verdade! São seres humanos que têm uma profissão com grande espírito de missão e elevado sentido de ética mas de enorme *stress* e responsabilidade, que dificilmente se encontrará noutras profissões, o que tem necessariamente consequências em quem exerce”, realçou José Manuel Silva. “...Independentemente da sua grande capacidade de trabalho são pessoas com necessidades e problemas tal como os

outros cidadãos”, uma verdade óbvia mas que parece ser esquecida por muitos, o que torna ainda mais importante conhecer a realidade vivenciada pelos médicos num contexto atual em que “a sobrecarga de trabalho, as dificuldades informáticas e o contexto organizacional” são algumas das circunstâncias que fazem com que “a profissão médica esteja sobre uma enormíssima pressão”. “Saber quais são os índices de desmotivação, exaustão e despersonalização é essencial para percebermos o que é preciso fazer para melhorar as condições do exercício da medicina para benefício dos doentes”, pois “sem conhecer a realidade não é possível desenhar estratégias e políticas para o futuro”, explicou, afirmando a grande expectativa com que aguarda os resultados deste estudo e aproveitando para enaltecer “a ligação com o Instituto de Ciências

Na assistência estavam vários membros das equipas técnicas da OM e do ICS



José Luís Cardoso e José Manuel Silva

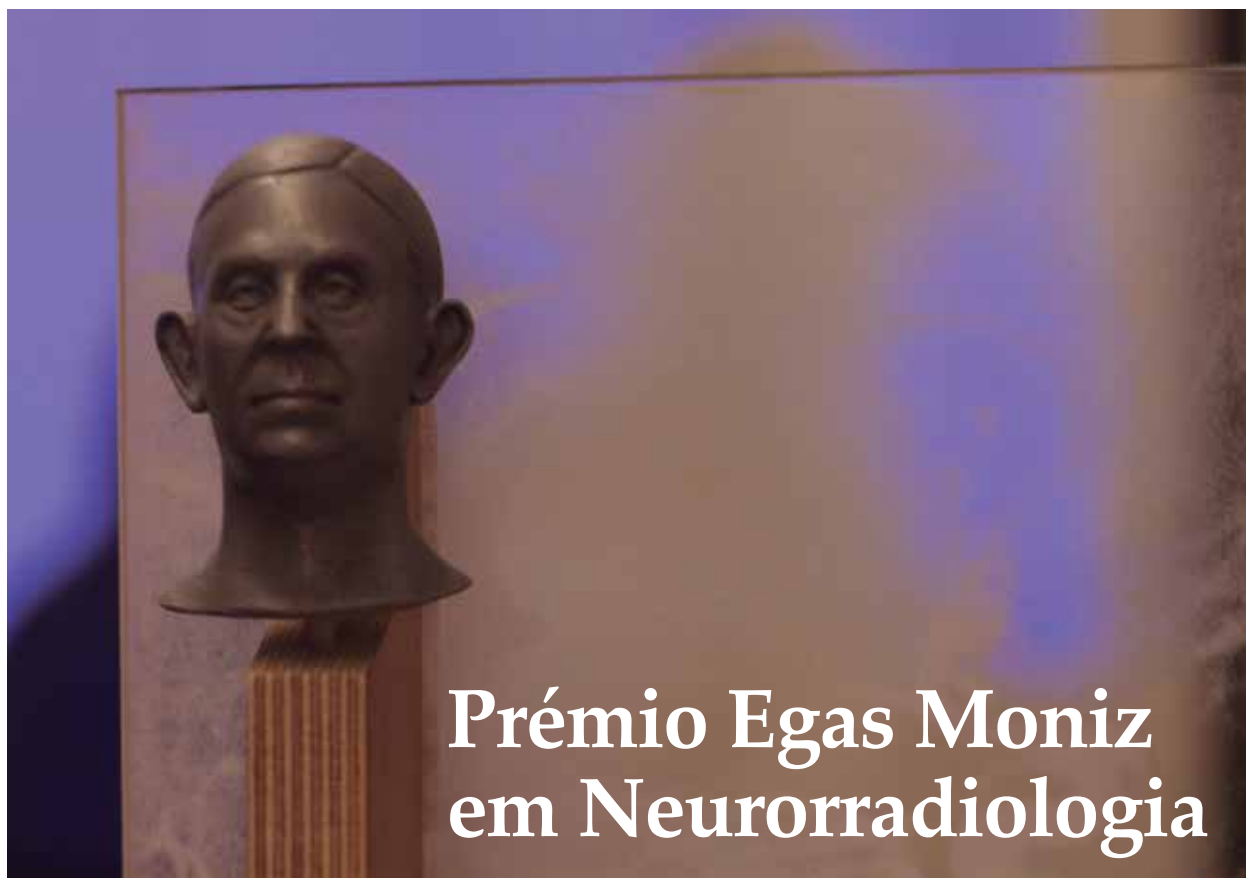
Sociais da Universidade de Lisboa que implica a garantia de validade técnica do estudo, da correção e adequação dos seus resultados”.

Na cerimónia de assinatura deste protocolo, em que também esteve presente o presidente do Conselho Regional do Sul da OM, Jaime Teixeira Mendes, foi dada a palavra a Jorge Vala, um dos elementos do ICS que realçou o trabalho

da equipa técnica designada pela Ordem dos Médicos que ajudou na preparação deste trabalho (Nídia Zózimo, Maria António Frasquilho, Sílvia Oukinin, David Barreiros e José Magalhães) e referiu também a restante equipa do Instituto de Ciências Sociais (Alexandra Marques Pinto, Rui Costa Lopes e Sérgio Pereira), “uma equipa especialista em questões de psicologia da saúde, psicolo-

gia social, amostragem e análise de dados” o que permite ter “os melhores meios para levar a bom termo” uma tarefa tão trabalhosa como a que se apresenta com a elaboração do estudo de incidência de Síndrome de *Burnout* nos médicos em Portugal.

José Luís M. Cardoso, diretor do ICS-ULisboa, reiterou o empenho em coproduzir conhecimento relevante para o estudo da sociedade portuguesa e realçou também a importância de poder colaborar com a OM para a realização de estudos que possam contribuir para minimizar os problemas específicos da classe médica. Além da importância da produção de ciência, o director do Instituto de Ciências Sociais realçou a importância de “fazer ciência com utilidade e sentido de responsabilidade social, com o objetivo de melhorar as situações em que a sociedade portuguesa carece de políticas públicas adequadas”.



Prémio Egas Moniz em Neurroradiologia

Divulgamos o lançamento do Prémio Egas Moniz em Neurroradiologia (uma iniciativa conjunta da Sociedade Portuguesa de Neurroradiologia, da Ordem dos Médicos e do Município de Estarreja/ Casa Museu Egas Moniz), cuja atribuição inaugural ocorreu em 2015, a propósito da comemoração dos 25 anos da SPNR e 70º Aniversário do Prémio de Oslo (Angiografia Cerebral, 1945).

Aveiro, durante os dias do XI Congresso Nacional de Neurroradiologia – 25º Aniversário SPNR (22-25 de Outubro), foi a capital das Neurociências aplicadas à Imagem Médica.

O Congresso dos 25 Anos da Sociedade Portuguesa de Neurroradiologia, simbólico marco da história societária, foi também dignificado pela presença de prestígio personalidades e instituições da Neurroradiologia actual, quer a nível nacional, quer internacional (presença do presidente da Federação Mundial – WFITN, *World Federation of Interventional and Therapeutic Neuroradiology*, de representantes da Sociedade



Assinatura protocolo do prémio (OM, SPNR e CME) na Casa Museu

Europeia de Neurroradiologia – *ESNR, European Society of Neurroradiology*, da Sociedade Ibero-Latino Americana – SILAN, e da Sociedade Paulista de Radiologia – SPR, Brasil). Este evento, em que se elegeu como bandeira a

muito actual “Intervenção Diagnóstica e Terapêutica na Fase Aguda do AVC”, decorreu numa altura também ela histórica pelo reconhecimento científico incontestável do papel da Neurroradiologia no tratamento do AVC agudo e das malformações vasculares (ex. aneurismas).

Ocorreram alguns momentos simbólicos durante o XI Congresso, fruto das comemorações do quarto de século SPNR, mas também da associação a uma figura de proa mundial na história das neurociências, umbilicalmente ligada à região de Aveiro – o professor Egas Moniz. Egas Moniz constitui uma referência



José Manuel Silva, Diamantino Sabina (Presidente Câmara de Estarreja) e Pedro de Melo Freitas (Presidente do XI Congresso SPNR)



Entrega do prémio a Francisco Martins - NPNR (póstumo - filho José Martins)



Mesa de Galardoados 2015: Eduardo Medina, Paulo Mendo e Costa Reis



Assinatura simbólica do Prémio Paulo Mendo na Secretária do Prémio Nobel Egas Moniz - Presidente da SPNR Pedro Vilela



Entrega Prémio Paulo Mendo 2015 (Luís Teixeira- SPINE MATTERS, Pedro de Melo Freitas e Daniela Pereira, CHUC - uma galardoada)

Prémio Egas Moniz em Neurroradiologia, uma parceria bienal protocolada recentemente (Outubro 2015) entre a SPNR (Pedro de Melo Freitas, direção da SPNR e presidente do XI Congresso), a Ordem dos Médicos (José Manuel Silva, bastonário) e o Município de Estarreja/ Casa Museu Egas Moniz (Diamantino Sabina, presidente da CME). Este prémio, de carreira e de tributo à Neurroradiologia portuguesa, funcionará, doravante, como um meritório reconhecimento aos que se evidenciaram e contribuíram activamente para o desenvolvimento da neurociência imagiológica, mas também será certamente um dinamismo para os especialistas, colegas em formação e neurocientistas de gerações futuras, sempre com o objetivo último e primordial da excelência na assistência ao doente, nas vertentes Neurroradiologia Diagnóstica e, cada vez mais, de Intervenção Vascular e Raquidiana. Os premiados, neste ano inaugural 2015, foram: Fundadores do Núcleo Português Neurroradiologia (NPNR – fundado em 1980; a constar: Eduardo Medina, Joaquim Cruz, Francisco Faria Pais, Paulo Mendo, José Rocha Melo, António

obrigatória quando se fala dos vultos do século XX, bem como da História da Medicina, dadas as suas descobertas no domínio da Angiografia Cerebral (1ª angiografia cerebral efectuada, pelo próprio, a 28 de Junho de 1927), pela qual lhe foi atribuído o Prémio de Oslo, em 1945.

Assim, para além das actividades de sensibilização para a saúde, em formato para-congresso e relacionadas com a campanha nacional STOP AVC - SPNR 25 Anos (Exposição Neur'Arte, Trail e Caminhada dos Canais), destacou-se, no Museu de Aveiro, a entrega inaugural do Prémio



Viúva do premiado
José Sousa Fernandes NPNR
(a título póstumo)



Augusto Goulão
(ex- presidente SPNR)



Eduardo Medina (NPNR)

Virgílio Salgado, Fernando Costa Reis, Moreira Maia (atribuição póstuma), José Sousa Fernandes (atribuição póstuma), Francisco Felipe Martins (atribuição póstuma), Vasco Câmara Pires, António Firmo, Almeida Pinto, Cruz Maurício, Luís Sousa) e o Prof. Dr. Augusto Goulão (director do Serviço de Neurorradiolo-

gia do Hospital Garcia d'Orta). A 2ª edição do Prémio Bial está já agendada para Maio de 2017, ocorrendo durante o XII Congresso Nacional de Neurorradiologia (Estarreja), conjuntamente com uma publicação científica editorial e multimédia, que celebrará o 90º Aniversário da 1ª Angiografia Cerebral.

Refira-se também o lançamento, na Casa Museu em Avanca, de um livro de separatas científicas, "Egas Moniz, Pioneiro da Neurorradiologia", comemorativo conjunto dos nossos 25 Anos societários e dos 70 anos da premiação internacional da Angiografia Cerebral, na Noruega (Prémio de Oslo, 1945).

A obra (escultura) representativa do PRÉMIO "EGAS MONIZ EM NEURORRADIOLOGIA" prémio carreira/ tributo à neurociência, não-monetário (texto descritivo da obra cedido à SPNR a propósito da concepção da mesma - escultor Albano Martins)

Manzini refere-se ao sonho, como "uma criação autónoma e subjetiva da própria mente".

Hoje, entre o sonho subjetivo e a realidade objetiva, experienciam-se outros ambientes. Ambientes simulados, virtuais, potenciados por uma tecnologia que contrasta com as vivências da realidade física.

Esta escultura é concebida numa abordagem que dilui as fronteiras tradicionais e integra os benefícios dos "modos digital e manual". Tudo surge num fluxo multidirecional entre um estado predominantemente virtual e predominantemente físico.

A figura está presente e descreve uma semelhança. Representa o homem, o médico, o amante das artes, representa a serenidade. Projeta-se numa linha vertical de ascensão e faz a ligação à terra através dum elemento natural.

A Neurorradiologia espelhada na primeira angiografia é gravada na matéria translúcida e revela o cérebro, fazendo lembrar as imagens latentes de outros tempos e o principio analógico do negativo/positivo.

O conjunto nomeia os homens de referência, aqueles que pelas suas criações e sentido inventivo modificaram o rumo da História. Concentra os momentos experienciados naquele lugar, no Museu.

Carrega ciência, saber e simplicidade. Carrega emoções.

Albano Martins 2015



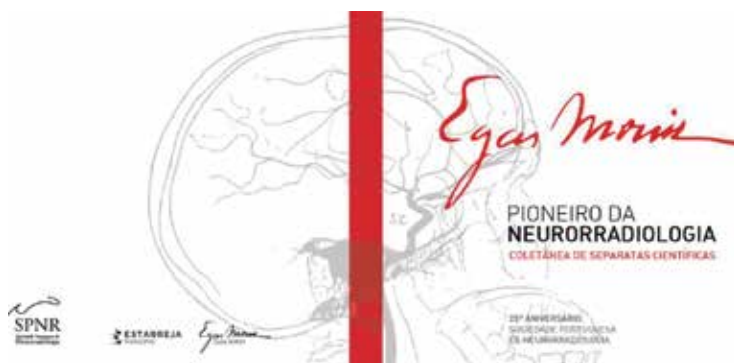
Galardão do "Prémio Egas Moniz em Neurorradiologia"

Edição do Livro

“Egas Moniz, Pioneiro da Neurorradiologia”

Com prefácio de Paulo Mendo (1º neurorradiologista português), de Pedro Vilela (presidente da SPNR), de Pedro de Melo Freitas (presidente do XI Congresso - 25 anos SPNR) e de Diamantino Sabina (presidente do Município de Estarreja), a SPNR em parceria com a Casa Museu Egas Moniz, efectuou o lançamento, a 24 de Outubro, de uma edição limitada e inédita, de **separatas científicas e documentos históricos relacionados com Egas Moniz**/ primórdios da Neurorradiologia e com a Neurorradiologia actual. Inclui artigos científicos em 5 línguas diferentes, desde a publicação dos estudos referentes à **1ª angiografia (1927)**, até à década de 50, com documentos inéditos da história da Neurorradiologia portuguesa e fundação do Núcleo Português de Neurorradiologia (1980) e da Sociedade Portuguesa de Neurorradiologia (1990).

O lançamento do livro ocorreu na Casa Museu Egas Moniz, tendo sido precedido por uma introdução efectuada pelo sobrinho-neto do Prof. Egas Moniz, o médico cardiologista Eduardo Macieira Coelho. Durante o evento, atribuiu-se também o Prémio de distinção científica “Paulo Mendo 2015”, sob a égide este ano da Spine Matters e de Luís Teixeira (Spine Center – Coimbra).



Eduardo Macieira Coelho (sobrinho neto de Egas Moniz), a propósito do lançamento do Livro Egas Moniz

Exposição

“Neur’Arte –25 Anos de SPNR”

a propósito da “Campanha Nacional STOP AVC”, uma iniciativa da Sociedade Portuguesa de Neurorradiologia.



Júri Nacional da Exposição Neur’Arte



Encontro de médicos internos de Saúde Pública

Decorreu no passado dia 11 de Novembro o 7º Encontro Nacional de Médicos Internos de Saúde Pública (7º ENMISP), em Braga. O programa do 7º ENMISP pretendeu acompanhar as últimas inovações em Saúde Pública, trazendo oradores especialistas de várias áreas de intervenção, bem como um momento prático de formação. Participaram vários profissionais de saúde, maioritariamente médicos internos de Saúde Pública, mas também especialistas, internos do ano comum, enfermeiros e técnicos de saúde ambiental.

Quanto às palestras, teve a Comissão Organizadora o cuidado de trazer temas nas áreas de excelência da especialidade, como a Qualidade e Ferramentas de Avaliação e a Investigação em Saúde Pública, não esquecendo a actualidade e o futuro da Saúde Pública hospitalar com a criação dos Serviços de Investigação, Epidemiologia Clínica e Saúde Pública.

Os *workshops* tiveram uma elevada participação e este ano incidiram sob os temas de Epidemiologia de campo; Auditoria em Saúde Pública; Sistemas de Informação Geográfica; e Análise prática em planeamento.

A realização destas reuniões, aliado a um espaço de convívio social e “networking”, promove

o conceito, actualiza e destaca a especialidade. Por este motivo, é intenção dos médicos internos de saúde pública continuarem a realizar anualmente este encontro, certos de que este será procurado por todos os colegas que não sendo internos de formação específica na área da saúde pública, a desenvolvem ou têm interesse no seu conhecimento.

Gostaríamos ainda de expressar o nosso agradecimento ao Município de Braga, que gentilmente nos recebeu e nos au-



xiliou, cedendo o espaço GN-Ration para a realização deste evento.

Rita Sá Machado,
Hugo Monteiro,
Francisco Pavão.

Comissão de Médicos Internos de Saúde Pública da Zona Norte



Olhos e óculos no tempo de Camões

No âmbito do ciclo de conferências organizadas pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, divulgamos o resumo da conferência (enviado pelo palestrante o especialista da história da medicina, Alfredo Rasteiro). Este encontro teve lugar no dia 13 de Janeiro de 2016, em Lisboa.

Nada sabemos dos olhos de Luís de Camões (c.1524-c.1580).

André Falcão de Resende (1527-1599) recorda Camões na "Sátira II", como "o triste" que se dizia "bacharel latino", "que mal dorme", que "compõe sonetos por seu passatempo", que "foge(s) da luz, como morcego,/ Torce(s) a vista ao sol com a oftalmia,/ E em trevas busca(s) sempre o vão sossego" e Diogo de Sousa acusa-o de vesgo, e de "poeta torto" em "As Cortes do Parnaso", c. 1625.

Manuel de Faria, y Sousa (1590-1649) sugere que Camões "**perdió el ojo derecho, aviendole dado en él una centella de un cañonazo**" no mar de Ceuta mas logo adianta, num comentário à Canção X (Vinde cá meu tão certo Secretário), que o Poeta "salió" de "una batalla naval en aquel mar de Ceuta" "**con el ojo izquierdo perdido, por averlo llevado una centella resurtida de un cañon que se disparò cerca de donde èl andava, o estava peleando; y dicen algunas memorias que al lado de su Padre que alli servia tambien**". "Fogo

amigo" de "cañon" que dispara ao lado é como acidente a que assisti na Guerra de Angola. No tiroteio da madrugada de 1 de Junho de 1961 o comandante do Batalhão nº 88 acorda estremunhado, bate com a cabeça na porta, arranha o sobrolho, diz "Não digam que estou ferido, estão aí Jornalistas" e foi condecorado!

O retrato de Camões atribuído a Fernando Gomes (1548-1612) parece representar caso de Ptose palpebral cicatricial em abcesso de necessidade de sinusite frontal que fistulizou.

A oftalmia e a fotofobia recordadas por Falcão de Resende sugerem atrofia postraumatica do globo ocular, *Phtisis bulbi*, eventualmente desinserção da iris e duplicação da pupila (*menina do olho*).

Contemporâneo de Camões, o Doutor Amado Lusitano, João Rodrigues de Castelo Branco (c.1511-c.1568) valorizou a importância prognóstica do reflexo foto-motor nas diminuições da visão por

opacificações da córnea, catarata e aumento da dureza do olho, na Memória 77 da "Quinta centúria", 1561, assunto retomado por Charles de Saint-Yves (1667 – 1731) no "Nouveau Traité des Maladies des Yeux", 1722, p. 339 ao qual Marcus Gunn deu forma definitiva, em 27 de Julho de 1904 (*Sinal de Marcus Gunn*).

Na desinserção traumática da iris, a nova abertura da pupila induz funcionamento de sistema óptico excedentário com mácula anómala e descentrada, causa de duplicação de imagens, deslumbramento, fotofobia e ptose palpebral defensiva, razões pelas quais a iridectomia cirurgica, inicialmente inferior, se executa na área protegida pela pálpebra.

O estudo da visão dupla pode utilizar como modelo o *Anableps anableps*, Linnaeus, 1758. Peixe de águas brasileiras, com duas pupilas em cada olho, sugeriu a expressão "*coatro olhos*" utilizada por Luis Frois S.J. (1532-1597) em 1571,

em Guifu, no Japão, em relação aos olhos e às lentes côncavas de que se socorreu o Padre Francisco Cabral S.J. (1528-1609), que era míope.

Por 1627 Frei Cristovam de Lisboa (c.1583-1652) fez desenhar o "peixe de quatro olhos" e o Padre António Vieira (1608-1697) descreveu-o, em 1654.

Referências

- Alfredo Rasteiro: "Quatro olhos", Bol. Inf. Ordem dos Médicos, Sec. Reg. Centro, série III, nº 33, Março-Abril, 2008
- António Vieira: "Sermão de Santo António aos peixes pregado em São Luís do Maranhão", 1654
- Cristovão de Lisboa: "Historia dos Animais e Arvores do Maranhão", edição Jaime Walter, Arquivo Histórico Ultramarino, 1967
- Giiti Hukushima: "Oldest spectacles in Japan", Am. J. Ophthalmol., 1963, 55 (3) 612-613
- Ivan R. Schwab: "Duble vision", British Journal of Ophthalmology, 2002, 86, 950
- José Hermano Saraiva: "Vida ignorada de Camões", 3ª ed., 1993
- Luis Frois: "Historia de Japan", edição José Wicki, Bibl. Nac., Lisboa, Vol. II, 1983, p. 363
- Manuel de Faria e Sousa: "Rimas várias de Luís de Camões", Vol. I e II, INCM, 1972
- Stewart Duke-Elder: "The Eye in Evolution", 1958, pp. 324-326

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2016

12 de Março, sábado às 15h - Lisboa

Sessão temática "Notas sobre as primeiras médicas e farmacêuticas portuguesas"

As primeiras médicas portuguesas - Anabela Leitão

Carolina Beatriz Angelo:

a prática da medicina e a luta pelos direitos das mulheres - Maria do Sameiro Barroso

Laura Campos, uma das primeiras farmacêuticas portuguesas - Fernando Real

13 de Abril, quarta-feira, 21h - Lisboa

Anastácio Gonçalves, um príncipe solitário na Medicina e na Arte - Carlos Vieira Reis

4 de Maio, quarta-feira, 21h - Lisboa

Egas Moniz, o homem e a obra - Victor Oliveira

26 de Maio, quarta-feira, 21h - Lisboa

Os Lusíadas: da narrativa à perspectiva de um Médico da Armada - José Filipe Moreira Braga

Junho, (data a definir)

Sessão temática em Coimbra (a confirmar) - Organização: Manuel Antunes

13 de Julho, quarta-feira, 21h - Lisboa

Endemias durante o cerco do Porto (1832-1833) - Armando Moreno

Setembro, (data a definir)

Sessão temática no Porto (a confirmar) - Organização: Amélia Ricon Ferraz

29 de Outubro, sábado

Seminário sobre o espólio médico do Palácio Nacional de Mafra, em parceria com o Palácio Nacional e Mafra - (Programa a divulgar) - Organização: Maria do Sameiro Barroso

26 de Novembro, sábado, 14h30 - Lisboa

Seminário: "O Museu de Anestesia do Dr. Avelino Espinheira" - (Programa a divulgar)

- Organização: Joaquim Figueiredo Lima

Para mais informações: nhmom@omcne.pt

História da
Medicina



Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

O Martelo das Bruxas

A notícia revela que o médico adormeceu (fazendo fé no proprietário do telemóvel que filmou a cena) às 4 horas da madrugada. As imagens, filmadas através de uma porta entreaberta, não são enganadoras e revelam um homem sentado no seu gabinete, frente a uma secretária.

Em finais do século XV, foi publicado na Alemanha, um livro que atravessaria toda a Europa cristã: “O Martelo das Bruxas”. Era um tratado exaustivo que permitia reconhecer traços de feiticeira e assim identificar as bruxas malvadas. Este guia tornou num poderoso instrumento de perseguição, inquirição e julgamento de muitos inocentes.

Sabemos bem, hoje, quais foram as consequências desta perseguição cega, levando à tortura e execução de dezenas ou centenas de milhares de vítimas.

Bem longe deste terrível período da nossa história e com consequências tão diferentes, não deixa de ser interessante estabele-

lecer uma analogia com uma surpreendente notícia de primeira página de um jornal de grande tiragem: “Médico filmado a dormir na urgência”.

O destaque e as letras garrafais eram as mesmas da notícia da prisão de um ex-primeiro-ministro ou da eleição recente para a Presidência da República.

Confesso ter ficado, inicialmente, chocado com a notícia. Tal destaque refletia, com toda a certeza, um ato altamente abusivo de um hábito que assola a Humanidade deste o início da criação: dormir. Dormir quando se deveria estar acordado, não é um pecado capital, mas lá andarás perto.

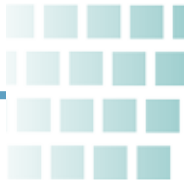
Decidi investigar o sucedido e

com desdém ler a escandalosa notícia. A curiosidade foi tanta que até decidi visionar o filme que, entretanto, circula pelas redes sociais.

O médico estaria a dormir uma sesta pós-prandial numa cama confortável? Teria decidido fazê-lo num quarto, abandonando o seu posto de trabalho? Tantas outras questões atravessaram a minha mente curiosa e disposta a crucificar o médico de consciência tão pesada e de delito tão vergonhoso.

A notícia revela que o médico adormeceu (fazendo fé no proprietário do telemóvel que filmou a cena) às 4 horas da madrugada. As imagens, filmadas através de uma porta entreaberta, não são enganadoras e revelam um homem sentado no seu gabinete, frente a uma secretária. A imagem é de má qualidade mas a imobilidade do corpo denuncia a inatividade criminosa. Questionei-me então: por que motivo um médico adormeceria sentado no seu gabinete de um serviço de urgência de um hospital português durante um turno de 24 horas e às 4 horas da madrugada???

Questionei-me, também, que



motivo levaria um utente (provavelmente doente para recorrer ao serviço de urgência a essa hora) para, habilidosamente, filmar a cena e enviar o ficheiro para os órgãos de comunicação social e não bater simplesmente à porta do consultório. Rapidamente, preferi ignorar a resposta...

O Conselho de Administração do Hospital de Santarém prontificou-se logo a castigar o dorminhoco, incentivando o operador de câmara que, cuidadosamente, manteve o anonimato, a apresentar queixa. Esta não terá sido apresentada já que o utente-voyeur confessou temer represálias.

O que, verdadeiramente, me parece escandaloso é a insensibilidade com que este acontecimento foi tratado.

Ninguém se lembrou de questionar as horas seguidas de trabalho a que este profissional foi submetido. Ninguém se lembrou de denunciar a enorme sobrecarga de trabalho a que são sujeitos os profissionais no serviço de urgência com condições muito aquém das adequadas. Ninguém se lembrou que estes pro-

fissionais de saúde trabalham com enorme sacrifício da sua vida pessoal e da sua própria saúde - tal como passar sucessivas noites em branco. Ninguém se lembrou de perceber qual o grau de exaustão que os profissionais de saúde estão a sofrer. Só se lembraram de apontar a câmara/telemóvel acusador contra o homem imóvel sentado frente a uma secretária, sem tentar entender o que leva uma pessoa a adormecer às 4 da madrugada.

Repugna-me esta notória demonstração de desumanidade. Repugna-me o julgamento popular baseado em imagens de má qualidade captadas ilegalmente e no testemunho anónimo de um utente presumivelmente descontente.

Mesmo numa sociedade moderna ainda há valores que temos a obrigação de preservar. Esta não foi uma forma correta de proceder. Traduz uma postura cobarde e despudorada.

Ter batido à porta e, talvez, sugerido um café teria sido o ato mais coerente e mais civilizado. Teria sido um gesto Humano,

Mesmo numa sociedade moderna ainda há valores que temos a obrigação de preservar. Esta não foi uma forma correta de proceder. Traduz uma postura cobarde e despudorada. Ter batido à porta e, talvez, sugerido um café teria sido o ato mais coerente e mais civilizado. Teria sido um gesto Humano, uma atitude normal de quem vive em sociedade.

uma atitude normal de quem vive em sociedade.

Mas ainda há quem prefira os "martelos" de outros tempos.

Há quem prefira, de telemóvel em punho, denunciar e acusar sem saber e sem se importar com as consequências.

Ainda vivemos numa sociedade civilizada e os profissionais de saúde continuam a ser seres humanos.



Centro de Saúde de Oliveira do Hospital: Carlos Cortes alerta para 'rutura' por falta de médicos de família

A falta de médicos de família no Centro de Saúde de Oliveira do Hospital é uma "situação muito gravosa", assumiu o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), na sequência de uma visita que efetuou à sede desta unidade de saúde que integra o Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte.

Carlos Cortes, que preconiza uma aposta séria nos cuidados de saúde primários, está preocupado com as condições técnicas e físicas dos centros de saúde em particular com a escassez dos recursos humanos. No caso de Oliveira do Hospital, segundo indicadores recentes, dos 22 284 utentes, 8396 não têm médico de família.

No final da visita que efetuou com Marília Dias Pereira (Conselho Distrital de Coimbra da Ordem dos Médicos) e Ana Paula Cordeiro (membro do Conselho Regional do Centro

da Ordem dos Médicos), Carlos Cortes prestou declarações aos jornalistas no âmbito das quais expressou a necessidade urgente de "mais oito médicos" para suprir as necessidades. Caso contrário, poderá estar em causa a 'rutura' da unidade.

A situação não é nova mas tem-se agudizado ultimamente, devido a situações de incumprimento por parte de uma empresa de subcontratação de médicos. Integrado no Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Norte, o Centro de Saúde de Oliveira do Hospital com-

preende ainda oito extensões de saúde dispersas pelo concelho e está a mais de uma hora de viagem e a cerca de 80 quilómetros da capital de distrito, onde está localizado o hospital de referência da região, isto é, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. O alerta para esta situação mesmo à Assembleia da República.

Nos primeiros dias de Janeiro e face às notícias vindas a público - que davam conta da gravidade da situação no Serviço de Atendimento Permanente da Unidade de Cuidados de Saú-

de Personalizados de Oliveira do Hospital, e perante as falhas "inaceitáveis" de preenchimento de escala por parte de uma empresa de subcontratação - Carlos Cortes insurgiu-se, de forma veemente, e chegou mesmo a exigir penalização para as empresas incumpridoras. Face à situação de Oliveira do Hospital, Carlos Cortes considerou lamentável as "graves deficiências" uma vez que "a população de Oliveira do Hospital merece ter acesso aos cuidados de saúde tal como os utentes em qualquer outra zona do País".

O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos enaltece o esforço e abnegação dos médicos daquela unidade de saúde do distrito de Coimbra. Aliás, Carlos Cortes assumiu, em nota enviada à imprensa, que "os médicos que têm feito turnos seguidos, por incumprimento da empresa, merecem a solidariedade da



Ordem dos Médicos, perante este momento tão difícil e exigente do seu desempenho profissional".

Ordem dos Médicos, perante este momento tão difícil e exigente do seu desempenho profissional".

DIÁRIO DA SAÚDE



2 | 17 DEZ 2015 | QUINTA-FEIRA

Diário de Coimbra

Caminhada na freguesia de Alvares
O município de Góis promove mais uma caminhada, desta feita na freguesia de Alvares. O evento está marcado, com início previsto para as 10h00. A autarquia garante o transporte para Alvares, com partida de Góis às 9h00, junto à Casa da Cultura de Góis.



região das Beiras
NOTÍCIAS DE COIMBRA

"Falta gritante de médicos" diagnosticada em Oliveira

Oliveira do Hospital preocupado com falta de recursos humanos no Centro de Saúde da sede do concelho



Margarida Prata

O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos comparou ontem o Hospital a uma «caixa vazia», onde se «oferecem» instalações à população, mas, lá dentro, não tem recursos humanos médicos. Carlos Cortes falou no final de uma deslocação a esta unidade de saúde, que apresenta cada vez mais dificuldades em se manter em funcionamento 24 sobre 24 horas, devido à escassez de médicos ao serviço.

«Há aqui uma falta gritante de recursos humanos, sabendo nós que além do serviço de consultas este centro de saúde tem também um serviço de atendimento permanente (SAP), constatou aquele responsável, lembrando que esta unidade de saúde está a funcionar com metade do número de médicos que seria necessário. «Este centro tem oito mé-



«Não basta só termos des, temos conselhos pessoas se dirigirem tros de saúde, quando pois não têm recursos nos para podermos responder» advertiu o presidente, dando conta queixas dos profissionais locais, relata falta de material e medicação.

«Os médicos não podem fazer o seu trabalho» lamentou o presidente da Ordem dos Médicos do distrito de Coimbra, Carlos Cortes, apertando o pulso ao estado da saúde de Oliveira do Hospital.

«Dos oito médicos que estão ao serviço, dois estão de baixa e só quatro é que asseguram a urgência e, portanto, era importante haver aqui um reforço», entende o dirigente, fazendo notar que há um ano atrás, em pleno pico da gripe, o centro de saúde oliveirense registou uma afluência média de 90 utentes por dia. «Isto é muito e não há divisão nenhuma que há aqui

ias, na e a ex-termino es nota-



Carlos Cortes visita Centro de Preservação de Fertilidade

O Centro de Preservação de Fertilidade do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra é o único no âmbito do Serviço Nacional de Saúde que dispõe de instalações dedicadas exclusivamente para este efeito e que tem tecido ovárico criopreservado de doentes oncológicas desde 2010 (sendo também o único a disponibilizar esta técnica). Merecedor de destaque, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, visitou a unidade tendo como cicerone a Diretora do Serviço de Medicina da Reprodução do Centro Hospitalar de Coimbra, Teresa Almeida Santos.

Integrado no Serviço de Medicina da Reprodução, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. sito no Edifício S. Jerónimo, piso 2, o Centro de Preservação da Fertilidade dispõe de instalações autónomas no piso 1 do Hospital Pediátrico.

Este Centro resultou possível pela reforma hospitalar de Coimbra com a fusão de várias unidades hospitalares e surgiu na sequência da necessidade de criar, em Portugal, um centro público que pudes-

se responder às necessidades reprodutivas de doentes que iam realizar tratamentos possivelmente comprometedores da sua função reprodutiva futura. Apesar da recolha, preservação e colheita de gâmetas masculinos já ser realizada em Portugal desde os anos 90, a preservação da fertilidade feminina, mais complexa, não era disponibilizada no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

O Centro de Preservação da Fertilidade iniciou a sua atividade em junho de 2010 e tem





disponibilizado, desde então, aconselhamento reprodutivo a doentes de várias instituições do país que prestam cuidados oncológicos. De notar que em relação à preservação da fertilidade feminina, este é o único centro público, em que é disponibilizada a técnica de criopreservação de tecido ovárico.

Carlos Cortes visitou o serviço inserido na Unidade de Gestão Integrada – Saúde Materna, Fetal e Neonatal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., que é constituído por mais de 20 salas, com áreas de secretariado, de consultas, de enfermagem e de internamento e áreas de labora-

tórios de Biologia da Reprodução. Deste modo, assinala-se, tem as condições adequadas às exigências do Centro Nacional de Procriação Medicamente Assistida (a entidade reguladora da Procriação Medicamente Assistida em Portugal) e uma unidade modelo em termos internacionais.



Ordem dos Médicos do Centro aplaude manutenção da Urgência Polivalente do 'Hospital dos Covões'

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) congratula-se com a manutenção do Serviço de Urgência Polivalente do pólo do Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

"A Ordem dos Médicos pugnará sempre para que este serviço integre a Rede de Referenciação de Urgência /Emergência na cidade de Coimbra, uma vez que é um serviço absolutamente essencial do Serviço Nacional de Saúde", assume o presidente da SRCOM, Carlos Cortes.

A garantia, assumida pelo Ministério da Saúde à Assembleia da República, vem ao encontro dos apelos efetuados pela SRCOM no final de novembro do ano passado, quando se colocavam as hipóteses de diminuição do horário de funcionamento ou mesmo o encerramento do Serviço de Urgência do pólo do Hospital Geral, vulgarmente designado por 'Hospital dos Covões'.

Recorde-se que, um despacho assinado a três dias do fim do mandato do anterior governo tentou pôr fim a este Serviço de Urgência, decisão baseada no Relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência produzido quase quatro anos antes. Porém, na mesma semana, a tutela recuou e publicou novo despacho que validava o Serviço de Urgência do 'Hospital dos Covões', deixando a Administração Regional de Saúde do Centro com a competência de definir os horários e a tipologia deste serviço. Tal indefinição foi alvo de duras críticas por parte do presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

"Estamos, finalmente, perante uma excelente medida que faz jus ao empenho de todos os profissionais de saúde daquela unidade hospitalar. A Ordem dos Médicos, na defesa da Saúde e dos doentes, aplaude esta decisão da tutela", conclui Carlos Cortes.

22 de janeiro de 2016

Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional
do Norte da Ordem dos Médicos

Falta de médicos: mito ou realidade?



Artigo de opinião do presidente do CRN, Miguel Guimarães, publicado no semanário Expresso a 9 de Janeiro de 2016.

“O numerus clausus para acesso ao curso de medicina entre 1995 e 2014 aumentou 396%, situando-se desde 2010 acima de 1800 estudantes de medicina por ano. Número muito superior à capacidade formativa das escolas médicas e à capacidade das várias unidades de saúde para formar especialistas”

Com frequência é noticiado nos órgãos de comunicação social que faltam médicos de várias especialidades no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Quem não se recorda do milhão de portugueses sem médico de família. E a percepção dos portugueses aponta no mesmo sentido.

Por outro lado, no seu último relatório de 2015 a OCDE diz que Portugal tem 4.3 médicos por mil habitantes (46739 médicos), sendo o 4º país com maior número relativo de médicos. Número muito superior à média de 3.3 dos países da OCDE. Falta ou excesso de médicos? Vamos aos factos.

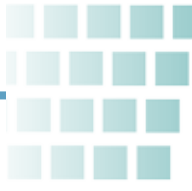
Primeiro, o número da OCDE refere-se a todos os médicos habilitados para a prática médica, independentemente de exercerem medicina, estarem aposentados (desde que inscritos na Ordem dos Médicos) ou trabalharem no sector público, social ou privado.

Segundo, quando se fala em falta de médicos, estamos sempre a referir o SNS. Nunca o sector social ou privado. E quantos médicos trabalham no SNS? De acordo com os dados mais recentes publicados pela ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) trabalham no

SNS 26960 médicos (isto é, 2.6 médicos por mil habitantes). E este número inclui mais de 8000 médicos que neste momento se encontram a realizar o internato médico e, como tal, não são especialistas, com todas as limitações práticas daí decorrentes. Com 2.6 médicos por mil habitantes, Portugal estaria na cauda da Europa e dos países da OCDE.

Terceiro, os estudos universitários de evolução prospectiva de médicos no nosso sistema de saúde, indicam que, para as necessidades previsíveis de acordo com as variáveis conhecidas, são precisos formar cerca de 1200 a 1300 especialistas por ano. A nossa capacidade formativa situa-se actualmente nos 1500 a 1600 médicos especialistas por ano, o que é claramente superior às necessidades previstas.

Quarto, o *numerus clausus* para acesso ao curso de medicina en-



tre 1995 e 2014 aumentou 396%, situando-se desde 2010 acima de 1800 estudantes de medicina por ano. Número muito superior à capacidade formativa das escolas médicas e à capacidade das várias unidades de saúde para formar especialistas, o que pode resultar num número elevado de médicos indiferenciados.

Quinto, nos últimos quatro anos, e de forma invulgar, emigraram centenas de médicos e milhares aposentaram-se de forma antecipada.

Finalmente, a resposta à ques-

tão enunciada como já todos entendemos é muito simples. Faltam médicos no SNS. E o país tem no geral mais médicos que os necessários, embora exista desequilíbrio por falta de planeamento e organização do trabalho em algumas especialidades e regiões. E faltam condições dignas de trabalho e respeito por quem todos os dias dá o seu melhor pela saúde e na defesa dos doentes. Haja vontade e bom senso e o SNS pode ter os médicos de que necessita. Eles existem.

“Faltam médicos no SNS. E o país tem no geral mais médicos que os necessários, embora exista desequilíbrio por falta de planeamento e organização do trabalho em algumas especialidades e regiões”

Presidente da Ordem dos Médicos do Norte diz como mudar a atual situação Falta de médicos: mito ou realidade?

Miguel Guimarães

Com frequência é noticiado nos órgãos de comunicação social que faltam médicos de várias especialidades no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Quem não se recorda do milhão de portugueses sem médico de família. E a perceção dos portugueses aponta no mesmo sentido.

Por outro lado, no seu último relatório de 2015 a OCDE diz que Portugal tem 4.3 médicos por mil habitantes (46.739 médicos), sendo o 4º país com maior número relativo de médicos. Número muito superior à média de 3,3 dos países da OCDE.

Falta ou excesso de médicos? Vamos aos factos.

Primeiro, o número da OCDE refere-se a todos os médicos habilitados para a prática médica, independentemente de exercerem medicina, estarem aposentados (desde que inscritos na Ordem dos Médicos) ou trabalharem no sector público, social ou privado.

Segundo, quando se fala em falta de

médicos, estamos sempre a referir o SNS. Nunca o sector social ou privado. E quantos médicos trabalham no SNS? De acordo com os dados mais recentes publicados pela ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) trabalham no SNS 26.960 médicos (isto é, 2,6 médicos por mil habitantes). E este número inclui mais de 8000 médicos que neste momento se encontram a realizar o internato médico e, como tal, não são especialistas, com todas as limitações práticas daí decorrentes. Com 2,6 médicos por mil habitantes, Portugal estaria na cauda da Europa e dos países da OCDE.

Terceiro, os estudos universitários de evolução prospetiva de médicos no nosso sistema de saúde, indicam que, para as necessidades previsíveis de acordo com as variáveis conhecidas, são precisos formar cerca de 1200 a 1300 especialistas por ano. A nossa capacidade formativa situa-se atualmente nos 1500 a 1600 médicos especializados por ano, o que é claramente superior às necessidades previstas.

Quarto, o numerus clausus para acesso

ao curso de Medicina entre 1995 e 2014 aumentou 396%, situando-se desde 2010 acima de 1800 estudantes de Medicina por ano. Número muito superior à capacidade formativa das escolas médicas e à capacidade das várias unidades de saúde para formar especialistas, o que pode resultar num número elevado de médicos indiferenciados.

Quinto, nos últimos quatro anos, forma invulgar, emigraram centenas de médicos e milhares aposentaram-se de forma antecipada.

Finalmente, a resposta à questão enunciada como já todos entendemos é muito simples. Faltam médicos no SNS. E o país tem no geral mais médicos que os necessários, embora exista desequilíbrio por falta de planeamento e organização do trabalho em algumas especialidades e regiões. E faltam condições dignas de trabalho e respeito por quem todos os dias dá o seu melhor pela saúde e na defesa dos doentes. Haja vontade e bom senso e o SNS pode ter os médicos de que necessita. Eles existem.



Artigo de opinião do presidente do CRN, publicado a 15 Dezembro de 2015 no Porto 24.

Ao longo dos últimos anos, e devido ao aumento insustentável do *numerus clausus*, a Ordem dos Médicos alertou por diversas vezes e em diferentes circunstâncias, para a dificuldade crescente em existirem vagas na formação médica especializada para todos os jovens portugueses que terminavam os cursos de medicina em Portugal e no estrangeiro.

Este ano, como se temia, mais de uma centena de médicos ficou sem acesso a uma especialidade. Não por opção própria, mas por não existirem vagas para todos os potenciais candidatos.

Tão importante como analisar o comportamento dos responsáveis políticos, que “empurram”

um grupo de médicos para o exercício de uma medicina indiferenciada e, como tal, sem garantia de qualidade para os doentes, é entender a quem interessa a existência de médicos sem especialidade.

Desde logo, a existência de médicos sem especialidade não interessa nem aos próprios nem aos doentes. A sociedade civil quer ter acesso a médicos qualificados, especialistas ou a cursar uma especialidade, que possam orientar e tratar devidamente a sua doença. Também não interessa à medicina que, nos padrões actuais, fruto de um desenvolvimento sem paralelo nos últimos anos, “obriga” à especialização para que possam ser mantidos níveis de qua-

lidade elevados. Não interessa à Ordem dos Médicos, a principal responsável pela qualidade da formação dos médicos em Portugal. Não interessa aos Sindicatos Médicos, não interessa às Associações e Sociedades Científicas. Não interessa às Associações de Doentes.

E também não deveria interessar aos responsáveis políticos. Ou será que existem outros interesses que justifiquem a indiferença dos sucessivos Governos por esta matéria. Na realidade, ao longo dos anos, os Ministérios da Educação e da Saúde, foram aumentando de forma incompreensível o número de vagas para acesso ao curso de Medicina. E sem se importarem com o impacto das medidas to-



madas. Entre 1995 e 2014 o *numerus clausus* aumentou 396%, situando-se, desde 2010, acima dos 1800 novos estudantes de medicina por ano. O resultado final está à vista e tende-se a agravar durante os próximos anos.

Alguns destes médicos irão provavelmente emigrar, optando por realizar formação especializada fora do país. De resto, nos últimos quatro anos, e de forma invulgar, emigraram centenas de médicos, milhares aposentaram-se de forma antecipada e muitos optaram apenas pelo sector privado. O que, apesar de Portugal ser o 4º país da OCDE com mais médicos por mil habitantes (4.3), gera uma percepção real de falta de médicos no SNS (2.6 por mil habitantes), que o poder político tem deliberadamente sido impotente para resolver. Isto é, não contrata, em condições normais, uma parte significativa dos milhares de médicos que se vão formando, e estes vão optando por outras soluções, dentro ou fora do país. Um círculo vicioso que urge quebrar.

E entretanto, o país continua a deitar pela janela fora milhões de euros gastos na formação e, sobretudo, a prescindir do valor insubstituível dos jovens médicos. E porquê? Com que base ou fundamentação?

Quando, se sabe que todos os estudos universitários independentes sobre a evolução prospectiva de médicos no nosso sistema de saúde indicam que, para as necessidades previsíveis face às variáveis conhecidas, é necessário formar cerca de 1200 a 1300 especialistas por ano, e a nossa capacidade formativa anual situa-se actualmente nos 1500 a 1600 médicos especialis-

tas, o que é claramente superior às necessidades previstas, mesmo no pior dos cenários.

As Escolas Médicas estão completamente sobrelotadas, num *overbooking* impossível de manter. Não têm lugar para todos os estudantes de medicina que lhes são impostos pelo Ministério da Educação. Nem nos anfiteatros onde são ministradas as aulas teóricas, nem nas enfermarias e consultórios, onde não conseguem ter lugar. E como pressão adicional, os responsáveis políticos fazem-se valer do financiamento *per capita* sobreposto a uma austeridade sem limites. Uma vergonha sem fim à vista. Nunca as Universidades foram tão mal tratadas.

O que leva o poder político a manter uma decisão que é aparentemente lesiva para o interesse público?

A quem interessa que se continue a formar muitos mais médicos do que os necessários? A quem interessa formar médicos que não têm acesso a uma especialidade? Quero acreditar que ao Ministério da Saúde não será, já que é sua missão trabalhar para que seja proporcionado aos cidadãos os melhores cuidados de saúde possíveis face às regras da arte.

Interessará ao poder político manter medidas populares que permitam obter mais valias em resultados eleitorais, em prejuízo do planeamento e organização, que deveriam estar subjacentes a uma gestão cuidada dos recursos financeiros e humanos para melhor servir os doentes?

Interessará ao poder político continuar a beneficiar as empresas de recrutamento de médicos e os grandes grupos económicos da Saúde, com médicos sem

especialidade, que poderão ser contratados a um preço hora escandalosamente mais barato?

Interessará ao poder político desvalorizar a essência da medicina para à semelhança do Governo Cubano montar um sistema de “escravatura branca”?

Estou em crer que a resposta a estas questões é negativa. E as motivações residem noutros factores relacionados com conhecimento, competência e responsabilidade.

Em 2014 a contratação de médicos à hora através de empresas prestadoras de serviços, custou aos cofres do Estado mais de 70 milhões de euros. Um valor muito superior ao que seria gasto, se os médicos fossem contratados directamente.

É urgente tomar medidas no sentido de adequar o *numerus clausus* às reais necessidades do país, analisando a evolução prospectiva de médicos no nosso sistema de saúde. Só planeando a médio e longo prazo poderemos evitar que, ano após ano, aumente o contingente de médicos sem especialidade. E evitar que a qualidade dos cuidados de saúde entre em regressão profunda.

Haverá vontade política para o fazer?

CRN tomou posição sobre a formação pós-graduada



O Conselho Regional do Norte (CRN) da Ordem dos Médicos acompanhou a situação dos jovens médicos que ficaram excluídos do concurso de acesso ao internato e publicou um comunicado, a 23 de Dezembro, que sublinhava a importância de se manterem em funções no Serviço Nacional de Saúde. A 4 de Janeiro, o CRN dirigiu-se a todos os colegas que iniciaram formação pós-graduada em 2016, apelando à exigência em defesa da qualidade.

“É da mais elementar justiça que os 114 jovens médicos que ficaram sem acesso a uma vaga na formação especializada possam continuar a trabalhar em equipa no Serviço Nacional de Saúde (SNS) até se voltarem a candidatar a um futuro concurso”. Foi desta forma que o presidente do CRN comentou publicamente as declarações do presidente da ACSS durante a audição na Comissão Parlamentar da Saúde.

Em nota enviada à imprensa no dia 23 de Dezembro, Miguel Guimarães considerou que “estes jovens tinham a justa expectativa de aceder a uma especialidade médica e, por isso, é natural que face a essa impossibilidade seja criada esta janela de oportunidade para que continuem no SNS, quando o seu contrato acabava no próximo dia 31 de Dezembro”.

O dirigente recordou que “esta

era precisamente a solução que a Ordem dos Médicos preconizava e defendera junto do ministro da Saúde, face à impossibilidade de encontrar mais vagas para estes 114 médicos”. “Depois do investimento feito pelo País na formação pré-graduada destes jovens, é importante que se tomem medidas para que não sejam obrigados a emigrar ou a optar por uma solução laboral precária”, reforçava.

Não obstante esta alternativa agora encontrada, Miguel Guimarães entende que “é urgente que Ordem, ACSS e demais instituições colaborem no sentido de potenciar o máximo de vagas para formação específica nas diferentes especialidades no concurso de 2016, ou corremos o risco de ficarem ainda mais médicos impedidos de continuar a sua formação específica”. De resto, recorda o presidente do CR-

NOM, “a Ordem dos Médicos do Norte já começou a visitar também unidades de saúde privadas, para avaliar as condições e regimes de trabalho, incluindo a análise da existência potencial de condições de formação semelhantes às que existem no sector público, sem esquecer o pilar fundamental da formação, as carreiras médicas”. Miguel Guimarães considera “essencial maximizar as capacidades formativas respeitando todas as normas relativas à qualidade da formação”.

Comunicado aos médicos que iniciaram internato em 2016

“Formação pós-graduada de qualidade é um pilar fulcral para a sustentabilidade do SNS”. Este foi o título de um comunicado do CRN, publicado a 4 de Janeiro,



dirigido aos jovens colegas que iniciaram o internato médico em 2016, e que a seguir se transcreve na íntegra:

«Estimados colegas,
Mais de 3600 jovens médicos iniciam hoje a sua formação pós-graduada, uns no Internato do Ano Comum, outros na Formação Especializada. Este é um momento determinante na vossa Carreira, que vos permitirá adquirir competências específicas numa determinada área da Medicina. É com enorme satisfação e orgulho, que o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) vos acolhe e saúda no início desta nova etapa profissional.

É reconhecido internacionalmente que Portugal forma médicos de elevada qualidade, graças a uma formação exigente e continuada. Não é por acaso que muitos países da Europa e do Resto do Mundo procuram contratar médicos no nosso país.

O actual momento complexo que se vive ao nível da formação médica especializada, tem as suas raízes na falta endémica de planeamento e organização, que resultou nos últimos anos num excessivo *numerus clausus* que, somado ao elevado número de jovens que regressam a Portugal para realizar o internato médico, não garante a universalidade da formação médica especializada em Portugal. Mais de 1800 jovens inscrevem-se anualmente nos cursos de Medicina no nosso país. Um *numerus clausus*, muito acima dos valores que vários estudos universitários apontam como adequados a uma formação pré-graduada de qualidade. Um número que torna mais difícil o cumprimento daquela que deve ser a missão primordial das Universidades: transmitir conhe-

cimento envolvido num manto de qualidade inquestionável.

Todos nós conhecemos histórias de enfermarias a rebentar pelas costuras ou de consultas que os estudantes de medicina não podem acompanhar. É impraticável que todos possam treinar histórias clínicas com doentes ou acompanhar de perto procedimentos cirúrgicos. Desde há vários anos, que a Ordem dos Médicos alerta, o poder político e a sociedade civil, para os riscos do exagerado *numerus clausus*. Não é possível manter uma elevada qualidade na formação pré e pós-graduada sem adequar os potenciais candidatos às capacidades formativas das escolas médicas e das unidades de saúde para formar especialistas. Que actualmente, e desde há alguns anos, se situam entre os 1500 e 1600 especialistas por ano. Um número que ultrapassa largamente as necessidades médicas do país, que se situam entre os 1200 a 1300.

Aos médicos que agora vão iniciar o seu Internato do Ano Comum e o seu Internato de Formação Específica deixo alguns desafios.

Sejam exigentes na defesa da qualidade da formação médica e procurem adquirir o máximo de conhecimentos e competências técnicas durante a formação. Um médico com boa formação académica e especializada tem emprego em qualquer parte do mundo. Sejam exigentes e responsáveis na aplicação prática da ética e deontologia.

Sejam exigentes na defesa e aplicação das boas práticas e das regras da arte e não hesitem em denunciar às instituições competentes as insuficiências ou deficiências, que condicionem negativamente a prática médica.

Sejam intransigentes na defesa e promoção da relação médico-doente e da dignidade e humanização do acto médico.

Sejam firmes na defesa das carreiras médicas e dos princípios fundadores do SNS.

Não esqueçam, nunca, o vosso papel como pessoas e cidadãos, e defendam sempre uma sociedade mais justa e plural e um mundo sem medo. O vosso papel na sociedade civil vai muito para além de ser médico pelo que é crucial que não deixem que sejam outros a decidir por vocês.

A qualidade e evolução permanente da medicina portuguesa necessita do contributo activo dos jovens médicos, do vosso contributo.

O Conselho Regional do Norte, a que tenho a honra de presidir, não deixará nunca de defender a qualidade da formação médica e, no limite das suas próprias competências, honrando o compromisso da qualidade da Medicina, continuará a defender, em cada ano, a abertura de todas as capacidades formativas para as diferentes especialidades.

Só assim, estaremos a defender os doentes e a qualidade da Saúde em Portugal.

O CRNOM estará sempre disponível para vos apoiar e ajudar a defender a qualidade no presente e futuro da Medicina. O vosso futuro, que é o futuro de todos nós".



Jaime Teixeira Mendes

Presidente do Conselho Regional do Sul

Morrer e nascer em Santa Maria

O jornal "Expresso", de 16 de Janeiro passado, publica um artigo de Maria M. D. Guilherme, investigadora em Ciências Sociais, que traça um retrato aterrador do Hospital de Santa Maria, agora integrado no Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Trabalhei mais de 36 anos neste hospital e aposentei-me há seis anos. Embora saiba que venho da área da Pediatria, que sempre teve um cariz de maior humanidade que as especialidades de adultos, não me revejo neste texto que descreve um ambiente dan-tesco do tratamento aos idosos, comparado aos campos nazis.

Assisti, durante os meus 36 anos de actividade, a situações de algum desespero em que muitos profissionais choraram (médicos, enfermeiros e auxiliares), por não terem conseguido vencer Tânató. Erradamente, talvez, a Escola Médica formou-nos para curar doentes e não para cuidar deles.

Vi cirurgiões terem acidentes graves à saída do hospital, alguns não resistiram aos ferimentos, por terem estado a operar durante toda a noite.

É fácil, demagógico e populista acusar os médicos de corporativismo e de negarem um dos postulados do Juramento de Hipó-

crates: "A Saúde do meu Doente será a minha primeira preocupação".

A Ordem dos Médicos, nomeadamente o Conselho Regional do Sul, não ficou indiferente, em muitas ocasiões, quando esteve em causa o mau funcionamento dos serviços. Denunciou todos os casos, de que teve conhecimento, de abuso de poder por parte de médicos, o que provam o número de condenações, 38 na região sul, e de 268 queixas apresentadas em 2015 no Gabinete do Doente.

O boletim da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos (Medicom) tem relatado várias denúncias, com provas de má prática médica, e testemunhos de colegas que tiveram que recorrer aos serviços hospitalares e foram vítimas de um mau tratamento.

É verdade que a assistência hospitalar piorou neste últimos anos, mas também é verdade que o diagnóstico já foi feito: desorganização dos serviços de urgência

hospitalar, desmotivação dos profissionais de saúde, má gestão.

A Ordem dos Médicos criticou vivamente as decisões restritivas da última equipa ministerial. Nas suas posições nunca se vislumbrou excesso de corporativismo. Ao defender melhores condições de trabalho para os médicos esteve sempre a defender os direitos dos cidadãos de poderem beneficiar de serviços de saúde competentes.

Apesar de considerar exagerado, reconheço no artigo de Maria Guilherme vários aspectos preocupantes no funcionamento de alguns grandes hospitais e com maior incidência nos serviços de urgência. Todos os estabelecimentos de saúde têm uma Comissão de Ética, composta por médicos, aprovada pelos Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos.

Estas comissões têm demonstrado as suas preocupações na matéria, nomeadamente com ajuda à redacção de cartas, criação de



grupos e espaços de discussão. Contudo, é cada vez mais necessário e importante, sem negligenciar o trabalho anterior, lembrar que a ética dentro de um serviço de saúde não se pode limitar ao enunciado de alguns princípios.

Temos de enquadrar as questões éticas dos cuidados de saúde a prestar, num contexto organizacional e empresarial que necessita um olhar crítico, pois o sistema organizacional e o enquadramento influenciam no quotidiano o bom desenvolvimento das práticas de cada um, assim como as práticas de equipas multidisciplinares.

A missão do hospital evoluiu através dos séculos. O hospital está caracterizado hoje como um sistema burocrático, pesado, rígido e simultaneamente refém da introdução de métodos de produção importados do sector privado. As reformas sucederam-se a um ritmo acelerado sem ter em atenção o capital humano. O

controlo rígido dos horários, o aumento constante da produção e a contenção de gastos criaram medos e resistências e conduziram à exaustão dos profissionais, a insatisfações e sofrimento no trabalho que culminaram com a saída de muitos destes dos serviços públicos.

O hospital, lugar de nascimento e de morte, é um lugar onde se acolhe pessoas numa situação de vulnerabilidade extrema: fragilidade e sofrimento físico e psíquico. É também uma instituição especial em que os valores humanos não podem ser negligenciados.

Devemos restaurar a confiança entre os profissionais de saúde que foi posta à prova pela má governação dos hospitais. Os médicos e enfermeiros deverão ser capazes de assegurar cuidados de qualidade dentro das normas instituídas, preservando uma relação de empatia com o doente,

pois é esta a aproximação humanista que os doentes esperam deles.

A empatia entre o cuidador e o sofredor é um passo para a humanização dos cuidados de saúde e muito desta capacidade deve também ser ensinada nas escolas médicas. Aprendi, na cadeira de Fisiologia, que um doente febril tem uma noção do tempo alterada e assim se justifica a sua impaciência pelas horas de espera.

Investigadores e cientistas chegaram à conclusão que os leitores de obras de ficção têm maior capacidade de compreender os estados mentais de outrem. Não vou propor que à entrada do anfiteatro de Anatomia os alunos estejam a ler romances de ficção, mas talvez fosse bom que lessem a “Montanha Mágica,” de Thomas Mann, e verão como vão passar a tratar melhor os seus doentes.

Centro de Estudos Manuel Machado Macedo distinguiu melhores alunos das faculdades de Lisboa

Joana Filipa de Azevedo Carvalho, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, e Tiago Filipe Martins Rodrigues, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, foram distinguidos pelo Centro de Estudos Manuel Machado Macedo como os melhores alunos de Medicina de cada uma destas escolas.

A atribuição destas distinções foi divulgada no dia 24 de Novembro de 2015, durante a sessão do Juramento de Hipócrates dos novos médicos registados na Secção Regional do Sul.

A apresentação desta iniciativa do Centro de Estudos Manuel Machado Macedo foi feita pelo seu presidente, Marcelo Rebelo de Sousa, que fez a entrega simbólica das bolsas associadas à distinção, com o apoio do secretário-geral da instituição, Luís Novais, e acompanhado pelo bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, e pelo presidente do Conselho Regional do Sul, Jaime Teixeira Mendes.





Correia da Cunha apresentou dados de demografia médica Falta de planeamento de recursos no SNS vai conduzir a excesso desnecessário

“Uma reflexão” é como João Álvaro Correia da Cunha designa um exercício que fez que visou apurar a situação da entrada na carreira médica e na especialidade e as necessidades de médicos para o futuro, tendo em conta os actuais níveis de saída das faculdades e de entrada na especialidade. Concluiu que neste capítulo está tudo por fazer, não há planeamento do Governo e o mais certo é haver excesso de médicos dentro de poucos anos.

Correia da Cunha lamenta que em Portugal não se pense muito em planeamento. “Provavelmente, há 19 anos, caso se pensasse no assunto, poucos diriam que iríamos ter o cenário que temos agora e, portanto, o planeamento quer dizer que precisamos de preparar não o triénio seguinte ou o quadriénio seguinte mas os 8, 12, 16, 20 anos que se seguem. Isso obtém-se com planeamento e obviamente através da acção e interacção entre as entidades responsáveis e aqui a OM tem um papel muito importante”. Esta é a mais relevante ilação que poderia ser retirada dos dados que o presidente da Assembleia Regional do Sul coligiu e apresentou no dia 21 de Janeiro, na Ordem dos Médicos.

Ao apresentar os resultados do

seu exercício que cruzou dados da Ordem dos Médicos e do Ministério da Saúde, Correia da Cunha explicou por que o fez: “É o resultado de uma reflexão que já tem algum tempo e que decorreu da verificação repetitiva de vermos escrito ou ouvirmos nos meios de comunicação social, televisão e rádio, que ou há médicos a mais ou há falta de médicos, consoante o emissor ou o autor da afirmação. E isso causa, necessariamente, perplexidade.” A divulgação dos dados e conclusões decorreu numa sessão que o Conselho Regional do Sul promoveu no auditório da OM, sob o tema «O que fazer de tantos médicos?». O objectivo do trabalho, segundo o conferencista, é contribuir para “ultrapassar a fase do laxismo que há entre

nós”, no que se refere à falta de planeamento.

João Álvaro Correia da Cunha explicou no início da conferência que usou fontes da Ordem dos Médicos, “estatísticas nacionais que estão no site e são públicas e que se reportam a 19 anos, de 1996 a 2014”, também inventários do pessoal do sector de saúde da ACSS e dos concursos do Internato Médico em vagas providas. Outras fontes foram o estudo de Paula Santana, da Universidade de Coimbra, e dados do Instituto Nacional de Estatística, nomeadamente das estatísticas anuais da população residente. “Também achei interessantes dois trabalhos da ANEM, um sobre *numerus clausus* em Medicina e outro sobre a formação médica pós-graduada, o primeiro de



2011 e o segundo de 2013”, por menorizou o conferencista.

O trabalho de Correia da Cunha enfrentou dificuldades práticas. “Estas reflexões têm limitações. Primeiro, não é possível avaliar a distribuição regional por especialidades. Segundo, não há elementos fidedignos sobre a discriminação entre a actividade pública e privada. Terceiro, e isto considero muito sério e muito importante, não há informação sobre a discriminação de lugares da carreira médica e nomeadamente nas estatísticas do Ministério da Saúde e da ACSS”, alertou o presidente da Mesa da Assembleia Regional do Sul.

O presidente da Mesa da AR Sul chamou ainda a atenção para um aspecto: “Há um ponto muito particular e muito relevante que é uma discrepância entre os dados da OM e do Ministério da Saúde quanto ao número de especialistas em MGF. Ao contrário de todas as outras especialidades, a MGF tem mais médicos no SNS registados na ACSS do que inscritos no respectivo colégio da OM”.

O conferencista apresentou então um conjunto de slides que ilustram a evolução do número de médicos em Portugal, quer em número absoluto quer relativamente ao número de habitantes, com a base de partida em 1969, mas com dados anuais a partir de 1997.

Dos quadros apresentados conclui-se facilmente que “houve um aumento exponencial, tão exponencial que de um conjunto de países europeus onde Portugal estava no último lugar em médicos por 100 mil habitantes passámos para um nível médio”, assinalou Correia da Cunha.

Os dados apresentados revelam também que, nos quatro anos

mais recentes, a distribuição do número de médicos internos e especialistas tem um pronunciado aumento dos primeiros e traduz uma nova realidade que se vinha acentuando. A partir de 2011, passa a haver um maior número de médicas, um facto que não surpreende.

Redução drástica do número de médicos disponíveis para todas as tarefas

Já a análise da distribuição etária conduz a conclusões interessantes. Correia da Cunha explicou: “Em 1996 – considerando os dados da OM de 1996 a 2014 – tínhamos um número de jovens médicos muito baixo e tínhamos o pleno de médicos em idade activa, em idade de poder cumprir todas as missões da profissão médica incluindo urgências e actividades mais incómodas. Vejamos o que aconteceu ao longo destes 19 anos. Temos um desvio daquela população que deixou de estar no pico da actividade que passaram a figurar como reformados e um aumento muito significativo dos jovens médicos. Há aqui um aspecto que eu considero extraordinariamente importante que é uma redução drástica do número de médicos com disponibilidade para desempenhar as tais tarefas, nomeadamente as mais difíceis”.

E se essa nova realidade pode comprometer a qualidade dos cuidados, há outras conclusões que se retiram dos dados que são positivas. “Se olharmos, por outro lado, como é que se deu a distribuição regional, aqui há boas notícias. Com a avaliação em percentagem do número de médicos de 1972 para 2011, verificamos que no país o número

de médicos multiplica por 4 nalgumas regiões em particular. No Alentejo, no interior centro e em Lisboa e Vale do Tejo e Norte esse aumento é menor e nalgumas outras regiões esse aumento é superior, como o caso do Algarve em que houve 1000% de aumento de número de médicos”, considerou Correia da Cunha.

Mas a avaliação relevante, segundo o conferencista, é a que relaciona o número de médicos por 100 mil habitantes: “A realidade é um pouco diferente. Lisboa e Vale do Tejo é a região, como era de esperar, que tem um menor aumento em médicos por 100 mil habitantes, todas as outras regiões têm aumento superior à média do país, o que é natural em função da concentração da população no litoral e da sua diminuição no interior”.

Analisando este dado por regiões, verifica-se a mesma evolução e o mesmo perfil etário com uma ou outra excepção. “Há mais reformados em Lisboa do que no Norte, mas o resto do perfil é semelhante. No Litoral Centro, que inclui Coimbra, Aveiro e Leiria, não é muito diferente, sempre esta diminuição intermédia e sempre um aumento muito significativo dos jovens médicos. Interior Centro – e aqui começam a ser as tais boas notícias no sentido de renovação – um aumento muito significativo dos jovens médicos que facilmente se deduz que são predominantemente internos. Interior Norte, Bragança e Vila Real, é bastante semelhante. O caso das Regiões Autónomas merece uma reflexão particular, pela criação das extensões dos cursos de medicina assistiu-se a uma modificação drástica do perfil. No Alentejo a realidade é um pouco diferente, a curva da renovação é menos acentuada.

O caso do Algarve não é sintónico com as outras regiões porque temos uma escassa percentagem de médicos com a morada atribuída ao Algarve”.

Crescimento exponencial do número de internos

A distribuição etária dos médicos não especialistas, de acordo com o conferencista, traduz o que se esperava: “O seu número ao longo dos anos não se altera, o que se altera é um crescimento exponencial dos jovens médicos que são os internos”. Já a distribuição por especialidades vai de encontro às previsões; “o aumento de médicas com uma grande diferença, como também é conhecido, entre especialidades, nomeadamente na urologia, na pediatria e outras especialidades”.

Correia da Cunha sublinhou ainda um outro aspecto: “A distribuição regional dos médicos entre os que são médicos do SNS e os outros não é igual. O Alentejo é o que tem mais médicos no SNS, seguido do Norte, depois Algarve, Lisboa e Vale do Tejo e Centro. As diferenças são – não têm tratamento estatístico obviamente – mas são aparentemente relevantes. Ao comparar os médicos inscritos na OM com os que estão registados pela ACSS, verifica-se que a totalidade aumenta nos dois. Os especialistas, e aqui há um aspecto que considero relevante que é a estabilização dos especialistas no SNS que não é correspondida no global, portanto há um aumento de especialistas que não acedem a lugares no SNS e que está de acordo com o que se sabe das contratações e da aplicação das carreiras. Os internos, como é óbvio, são iguais nos dois modelos. Os não especia-

listas, quer na OM quer no SNS, mas em particular no SNS, são residuais. Isto quer dizer que os médicos não especialistas são, no global, em número muito escasso”.

Quando se estuda o número de especialistas por idade, reforça-se a conclusão já retirada antes. Em 1996 verificava-se o pleno de disponibilidade de especialistas para o desempenho de funções e, na evolução verificada até o ano passado, “temos uma concentração de médicos mais velhos, muitos deles aposentados, e uma redução muito significativa dos especialistas com idades entre os 30 e 50 anos”, disse o presidente da Assembleia Regional do Sul na sua apresentação.

Especialidades renovam-se, mas há situações críticas

Os dados da evolução especialidade a especialidade revelam algumas diferenças esperadas, do ponto de vista da renovação. “Há um conjunto de especialidades que estão neste momento com uma adequada renovação; há um conjunto em que ela é insuficiente mas recuperável; algumas têm uma situação que se considera crítica; e duas especialidades, por razões diferentes, têm hoje um nível de novas inscrições que é residual, são elas a Estomatologia, pelo aparecimento da medicina dentária, ficando-se praticamente como especialidade hospitalar, e a Medicina Tropical por razões históricas”, referiu Correia da Cunha.

A Medicina Interna é uma especialidade central e, neste caso, os dados revelam que “a maioria dos médicos trabalha no SNS” e que, apesar de algumas dificuldades, houve algum aumento de internistas no SNS, embora me-

nor que o total de internistas registados no Colégio de Especialidade”. Correia da Cunha assinou que “os médicos internistas com menos de 50 anos trabalham todos no SNS e alguns com mais de 65 já não, mas é uma especialidade, como é sabido, que tem uma prática sobretudo ligada ao SNS, em que se atingiu a ultrapassagem das especialistas do sexo feminino sobre o masculino no ano de 2013 e em que a distribuição etária tem sido favorável, com alguma evolução dos internistas mais novos embora nos últimos anos haja uma consolidação de especialistas, provavelmente decorrente de alguma reflexão feita ao nível das várias entidades que lidam com este problema no sentido de reforçar uma especialidade tão nuclear como a medicina interna”.

Analisando o caso da Pediatria, também se estabelece um padrão de elevada presença feminina, de resto “muito antigo e conhecido”. De resto, a especialidade mantém uma situação estável de renovação, com uma distribuição uniforme dos grupos intermédios.

Já na Cirurgia Geral “há uma estabilização do número de especialistas com aumento do número total de especialistas registados e algum desequilíbrio”, disse Correia da Cunha. Nesta especialidade há um predomínio conhecido do sexo masculino e uma escassa renovação, com o consequente envelhecimento.

Os números da Ginecologia e Obstetrícia, de acordo com os dados apresentados pelo conferencista, revelam que a especialidade “é estável, embora com algum crescimento do total de médicos inscritos no SNS com um ligeiro aumento nos últimos anos, e, sobretudo entre os 51 os 65 anos,



nota-se algum predomínio da actividade privada. Quanto à idade, atendendo a que a natalidade tem diminuído, a necessidade não será tão grande como era há uns anos atrás mas a renovação também não é propriamente famosa”.

Médicos de família são mais no SNS do que na Ordem

Quanto à Medicina Geral e Familiar, o autor do estudo deparou-se com o que considerou “problemas muito graves de renovação”, embora tenha ressaltado uma grande diferença entre os números da OM e do Ministério da Saúde, provavelmente atribuível ao número de especialistas que não se inscrevem no Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos. Correia da Cunha encontrou também neste caso “uma predominância do sexo feminino e, na distribuição etária, percebe-se que, em 1996, estávamos no pleno de capacidade de resposta. O que é que aconteceu nestes 19 anos? Como é óbvio, aquele pico foi-se desviando devido ao envelhecimento”.

Já a Saúde Pública tem, segundo o conferencista, uma “evolução estranha no próprio Ministério da Saúde, com a redução do número de médicos especialistas, e é claramente uma especialidade com uma situação crítica”.

A Estomatologia é uma especialidade com os seus aspectos muito particulares. Para Correia da Cunha, “é fácil perceber que mais uns anos e vai ficar reduzida aos tais médicos de prática hospitalar e que nem todos os hospitais têm”.

De acordo com os dados apresentados, o presidente da Assembleia Regional do Sul e an-

Conclusões apontam para formação comprometida

Correia da Cunha retira do seu trabalho um conjunto de conclusões importantes, entre as quais a de que o aumento exagerado e de rompan- te do número de internos condicionará a qualidade da formação. No final da sua intervenção sublinhou esse e outros aspectos:

“Teremos um provável excesso de médicos a curto ou médio prazo, com impossibilidade de pleno acesso à formação pós-graduada e compromisso da qualidade de prestação de cuidados. Aconteceu este ano não haver vaga de acesso ao internato para todos os médicos.

Segundo, há carência de médicos no sector intermédio que compromete a assistência aos doentes agudos e compromete a formação médica pós graduada. A assistência a doentes agudos é pensar na urgência, é pensar nas UCI, não é preciso dizer muito mais do que isso. Na formação pós-graduada é preciso ter formadores em idade activa e no terreno para formar os jovens médicos. Não serão certamente as pessoas da minha idade que vão ser orientadores de formação.

Portanto isto leva-nos a uma inevitabilidade, não é uma proposta, isto é imperioso, que sejam reactivadas as carreiras profissionais provavelmente não no modelo que eu vi crescer há muitos anos atrás mas com as adaptações necessárias ao tempo actual. Mas é imperioso, não podemos continuar com esta ficção de como temos muitos médicos no sistema, no SNS, não precisamos de contratar novos médicos. É evidente se a maioria dos médicos tem 50, 55 ou 60 anos, não estão disponíveis para o desempenho de algumas tarefas prementes. Há ainda algumas assimetrias regionais. Não são tão gritantes como foram. Concretizando, há o caso do Alentejo e sobretudo diria o caso do Algarve que está na “berra”. É preciso apoiar a formação pós-graduada nas regiões e obviamente recorrer a incentivos à fixação de médicos. E é preciso pensar nas necessidades globais na renovação de especialistas. Aqui a OM tem um papel, a ACSS tem um papel; a interacção entre os dois, Ministério da Saúde e OM, é fundamental. É preciso redefinir as capacidades formativas e as vagas e, particularmente, olhar para as áreas carenciadas.

tigo presidente e director clínico do Hospital de Santa Maria sublinha os factos: “Em primeiro lugar, houve um aumento constante e sustentado do número de médicos com os dados disponíveis desde 1972 até à actualidade. Segundo, houve em Portugal uma redução das desigualdades regionais que eram absolutamente chocantes há 20, 30, ou 40 anos. Há uma carência evidente de médicos no sector intermédio e isto deve-se ao *numerus clausus* restrito que vigorou nos anos 80 e

90, havendo contudo um aumento exponencial de novos médicos que se deve à liberalização do *numerus clausus* em anos mais recentes. Houve uma feminização da profissão que era previsível. Há desigualdade na renovação das especialidades e o SNS tem uma posição nuclear do sistema de saúde visto deste prisma dos profissionais médicos, poderá ser visto do prisma dos outros profissionais.”



Catarina Borges

Médica Interna em Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Brás Oleiro

Vânia Teixeira

Médica Interna em Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF São Pedro da Cova

Mindfulness: **prevenção para o *burnout*?**

O *Mindfulness* (traduzido para português como atenção plena) tem sido assunto recorrente nos programas de televisão e nas redes sociais. Apontado como a arte de viver no momento presente, tem como base as práticas contemplativas do Budismo, tendo sido apresentado ao mundo Ocidental pelo Dr. Jon Kabat-Zinn, médico de medicina preventiva no Centro de Medicina da Universidade de *Massachusetts*.

Facilmente, ao longo do dia, o *stress* acumula-se como resposta a fatores externos e internos. Relativamente aos fatores externos, salientam-se, especificamente no caso dos médicos, situações como dar notícias com carácter negativo aos doentes, lidar com doentes difíceis, ter prazos a cumprir para determinadas tarefas (nomeadamente, o cumprimento do tempo de consulta), a pressão para diminuir os custos na Unidade de Saúde, entre outros. Sublinham-se ainda os desafios familiares, as pressões económicas, sociais, políticas... Os fatores internos estão associados à perceção e interpretação de cada um perante o mundo externo, as emoções, os pensamentos e as sensações físicas.

A prática do *mindfulness* não procura esvaziar a mente de pensamentos ou emoções, mas

sim de prestar atenção ao momento presente, sem ficar “preso” ao passado ou sem se preocupar com o futuro. Este tipo de meditação treina a capacidade de focar a atenção no momento presente da experiência ao longo do dia, permitindo estar atento às várias atividades que são desempenhadas, notar a experiência interna em relação ao mundo externo e usar estratégias e recursos internos para lidar com os desafios diários.

O reconhecimento é, por si só, um passo importante no ciclo do *stress* porque automaticamente leva ao distanciamento da espiral negativa dos nossos pensamentos e emoções. Ao observar a experiência consegue-se, mais assertivamente, compreender a resposta adequada para a situação que causa ansiedade. Esta resposta é uma ação atenta e construtiva para a ex-

periência individual e bem-estar interno, em oposição a uma reação impulsiva e automática, fomentando a assertividade.

Esta prática está cada vez mais presente na Psiquiatria e Psicologia como abordagem adjuvante numa variedade de patologias físicas e mentais, incluindo no Distúrbio Obsessivo-Compulsivo, na Ansiedade e na prevenção da recaída na Depressão e na Dependência de drogas. Segundo um estudo da Universidade de Oxford, a prática do *mindfulness* pode reduzir as recaídas na Depressão em cerca de 44%.¹ Os investigadores afirmam que é tão eficaz como tomar antidepressivos. Trata-se de se manter sentado, concentrando-se na respiração, detetando-se o desvio da atenção e trazendo-a de novo para a respiração – e isso pode ser surpreendentemente desafiador. O

Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido já incluiu a prática do *mindfulness* no plano terapêutico dos utentes que sofrem de Depressão, dado os efeitos positivos no seu tratamento. A presença do *mindfulness* na vida de cada um reduz a resposta ao *stress*, que de forma crónica pode esgotar a energia e aumentar os níveis de cansaço, conduzindo ao *Burnout*. Os profissionais de saúde, estando submetidos diariamente a níveis crescentes de *stress*, tornam o *burnout* relacionado com o trabalho uma situação cada vez mais comum. Continua a exis-

tir a necessidade de continuar a produzir, independentemente de todo o ambiente envolvente, e a sensação de que o bem-estar pessoal e saúde mental não são importantes. Nesse sentido, é útil lembrar que o auto-cuidado não é um ato egoísta! Todos os dias há oportunidade de viver o *stress* de forma diferente e conceder, individualmente, uma pausa "para respirar". Pequenas ações de auto-cuidado, como fazer algo diariamente que dê prazer, pode melhorar a sensação de domínio sobre a própria vida, aumentando gradualmente a percepção de bem-

-estar, eficácia e capacidade de cuidar dos outros, concedendo-lhes uma atenção plena.

"Compassion for others begins with kindness to ourselves."

- Pema Chödrön

Referências bibliográficas

- 1 – <http://www.theguardian.com/society/2014/aug/25/mental-health-meditation>
- 2 – <http://www.spm-be.pt/>
- 3 – <http://mindfulnext.org/burnout-the-exhaustion-funnel/#sthash.yQxtY4WZ.dpuf>

notícia

Rui Nunes convidado a criar a Cátedra de Bioética da UNESCO



Rui Nunes foi convidado pela UNESCO para criar a unidade portuguesa da UNESCO Chair in Bioethics (Cátedra de Bioética da UNESCO). Trata-se de uma enorme distinção que honra Portugal e que o diretor do Departamento de Ciências Sociais e Saúde da Faculdade de Medicina da UP, apesar de ser um convite pessoal, aceitou em nome da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Este convite significa que Rui Nunes fica responsável pela coordenação das atividades no domínio da bioética em Portugal e nos países lusófonos (Portugal, Angola, Brasil, Moçambique, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste).

Rui Nunes é licenciado em Medicina, doutorado em Medicina/Bioética e professor catedrático de Sociologia Médica/Bioética. Coordenador do Doutoramento em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e do Curso de Pós-Graduação em Gestão e Administração Hospitalar, assume também as funções de presidente da Associação Portuguesa de Bioética, tendo sido administrador da Fundação Ciência e Desenvolvimento e de Diretor da European Health Management Association e da International Society on Priorities in Health Care (Reino Unido), entre outros organismos internacionais. Foi membro eleito do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2003/2009) e presidente da Entidade Reguladora da Saúde (2004/2005). Organizador do Congresso Nacional de Bioética em 14 edições, participou ainda em seminários, colóquios e outros eventos e publicou mais de 20 livros sobre temas relacionados com a bioética e a saúde. É ainda autor de centenas de trabalhos, pareceres e comunicações científicas em congressos e seminários, nacionais e estrangeiros.



Miguel Cabral

Médico interno de Saúde Pública

Problemas? Quais problemas? Alguém viu algum problema?

Há pouco mais de um ano, estreei-me nesta revista com um texto intitulado “Problemas? Quais problemas?”. O objetivo foi alertar para a necessidade da classe médica reportar e colocar por escrito os problemas que identifica na sua prática diária. O texto tinha sido motivado por duas situações: por um lado, a frequente repetição de um problema num dado Serviço, que nunca tinha sido reportado; por outro lado, o facto de ter sido noticiado nos jornais, com grande surpresa e choque, que os médicos internos (ou “estagiários” como lhes chamaram), estavam a assegurar Serviços de Urgência sozinhos ou sem o apoio devido.

Hoje, passado cerca de um ano, venho admitir o meu erro e a minha inocência. Mais vale tarde que nunca! E mesmo assim, ainda me atrevo a deixar uma sugestão a qualquer médico que faça alguma espécie de fiscalização/avaliação/supervisão, em nome da Ordem dos Médicos.

Desde a publicação do artigo mencionado, estive presente numa sessão da Ordem dos Médicos onde percebi que afinal falhei no procedimento que sugeri. Julguei que a palavra escrita tinha valor, mas talvez não seja assim. Pelos vistos é necessário, pelo menos, um mártir. Pelos vistos, será sempre necessário alguém que seja capaz de servir de testemunha a um dado problema. Mesmo que esse problema seja evidente. Mesmo que exista a possibilidade, às vezes muito provável, dessa testemunha vir a sofrer represálias. Justifico. Um colega que tinha visitado vários Serviços em

nome da Ordem dos Médicos queixava-se que os médicos internos não ajudavam na resolução de alguns problemas, porque não denunciavam as situações que necessitavam de ser corrigidas. Mesmo que os “auditores” perguntassem diretamente se um dado problema existia, a resposta que recebiam era a de que estaria tudo bem.

Confesso que só me veio à cabeça a imagem, típica de filmes ou séries, de um polícia à porta de alguém a perguntar se estava tudo bem e a pessoa inquirida, com uma arma apontada à cabeça por um raptor atrás da porta, a dizer que está tudo bem. Esta imagem foi um exagero, claro. Ninguém tem uma arma apontada à cabeça na realidade. Quanto muito, na realidade, existe apenas uma percepção de risco de represália através da diminuição da nota de avaliação, diminuição de exposição a certo tipo de atividades

de enriquecimento curricular, diminuição de oportunidades formativas, aumento de tempo em Serviço de Urgência de uma forma geral ou em períodos particularmente incómodos, mesmo ultrapassando todos os limites da lei e da decência, entre outros. Portanto, foi uma extrapolação muito desajustada da minha mente criativa, confesso.

Ainda assim, mesmo com esta criatividade toda, não consegui perceber por que razão é necessário alguém falar sobre um assunto sobre o qual é fácil ler. Os internos das áreas cirúrgicas não se queixam que não estão a conseguir fazer horas de atividade cirúrgica suficientes? Penso que ainda existem registos de quem opera doentes...

Os internos não se queixam de que estão a ser indevidamente escalados para o Serviço de Urgência? Talvez dê para descobrir isso nas escalas escritas e

oficiais dos serviços, já que agora parece que vão estar afixadas de forma pública, até... Um bom sítio para começar talvez fosse a altura de Natal e Ano Novo.

A propósito, penso que estará para breve o regulamento de internos em Serviço de Urgência que a Ordem dos Médicos se comprometeu a fazer no ano passado*. Espero que esse seja lido pelo menos por todos os médicos que ocupam algum lugar de destaque na Ordem dos Médicos, para que estes possam servir de arautos da mensagem de bom senso nos casos (pou-

cos, certamente) em que tal ainda não acontece.

Por fim, o meu atrevimento: Há muitos bons exemplos de visitas da Ordem a Serviços (leia-se a revista da Ordem dos Médicos de Abril de 2014 sobre o Serviço de Urgência do Hospital Fernando da Fonseca, por exemplo, como que a prever o caos do final desse ano). Mas no caso dos assuntos relacionados com os internos, se é para depender de mártires, será que vale a pena ter visitas da Ordem aos Serviços? É que talvez eu seja muito diferente de toda

a gente, mas tenho a ideia que se é para dar a segurança falsa de que está tudo bem, mais vale ficarmos na incerteza. De todas as formas, ninguém viu nenhum problema e não...

* nota da redação: este artigo foi enviado para publicação em 2015. Publicamos nesta edição o regulamento a que o autor fez alusão e que foi agora formalizado pela OM - ver pág. 12.

informação

ELEIÇÕES PARA A COMPETÊNCIA DE SEXOLOGIA CLÍNICA

Horário: das 09,00 às 20,00 horas
Local: Secções Regionais da Ordem dos Médicos

CALENDÁRIO ELEITORAL

Fevereiro 05	Os cadernos eleitorais estarão disponíveis para consulta em cada Secção Regional.
Fevereiro 10	Prazo limite para reclamação dos cadernos eleitorais
Fevereiro 15	Prazo limite para decisão das reclamações
Março 01	Prazo limite para formalização das candidaturas
Março 07	Prazo limite para apreciação da regularidade das candidaturas
Março 28	Prazo limite para envio dos boletins de voto e relação dos candidatos
Abril 07	Constituição das Assembleias Eleitorais (Secções de Voto), acto eleitoral e contagem dos votos a nível regional (A Mesa Eleitoral Nacional funciona na Secção Regional que detém a Presidência da Secção da Competência).
Abril 12	Apuramento final dos resultados a nível nacional.
Abril 18	Prazo limite para impugnação do acto eleitoral.
Abril 26	Prazo limite para decisão de eventuais impugnações



Tiago Sousa Veloso

Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar

Recertificação

A premência do contraditório - I

Publicamos a primeira parte do artigo “Recertificação - A premência do contraditório” em que o autor, tomando como ponto de partida o debate do XVIII Congresso Nacional de Medicina/IX Congresso Nacional do Médico Interno, reflete sobre a recertificação, num contexto mais amplo de debate sobre formação médica.

Durante o XVIII Congresso Nacional de Medicina/IX Congresso Nacional do Médico Interno destinados ao acto médico e à cultura de direitos dos utentes foi reservado tempo para discutir a recertificação, num contexto mais amplo de debate sobre formação médica.

Efectivamente, foi em boa hora que se escolheu dedicar à recertificação algum tempo de debate e troca de ideias, não só porque a qualidade da prática médica e a segurança clínica são preocupações da agenda civil, mas também porque a ameaça de desemprego médico gerada recentemente pode constituir uma força motriz adicional para transformações de fundo.

De facto, se a classe médica abdicar de liderar o debate sobre alguns temas polémicos será ultrapassada pela pressão social e a sua opinião, ainda que sensata e ajuizada, poderá não conseguir

arredar-se da suspeita de ser corporativista por elementos estranhos à profissão.

Não infundadamente nos referimos a ser ultrapassados pela pressão social e política, pois isso mesmo se verificou recentemente, nomeadamente aquando da imposição da obrigatoriedade de prescrição por designação comum internacional (DCI), e volta a verificar-se agora relativamente à formação excessiva de licenciados em medicina. Tal como em diversos sectores profissionais, a sociedade “pede” um superavit de licenciados para poder influenciar negativamente o seu preço de equilíbrio (o ponto de encontro teórico entre as curvas da procura e da oferta, que será mais baixo quanto maior for a oferta, em condições de igual procura).

Neste capítulo, a profissão médica limita-se a seguir o trajecto inevitável de muitas outras profissões (professores, engenheiros,

enfermeiros, etc), apenas mais tardiamente pela restrição à formação privada de médicos. Estamos certos de este fenómeno ser uma má opção estratégica para a qualidade dos serviços de saúde. Contudo, ao combater a formação excessiva de licenciados em medicina, a restante sociedade, habituada a uma opinião pública precipitada por julgamentos superficiais, interpretará o nosso argumentário como tendo uma motivação corporativista. Para evitar a descredibilização da nossa profissão, importa centrar-mo-nos na real origem dos problemas, que são, neste caso concreto, a falta de médicos em regiões desfavorecidas e a sua acumulação em grandes centros urbanos. Se é verdade que a classe política não conseguiu resolver este problema, também é verdade que nem sempre contou com propostas enérgicas e pró-activas da nossa classe. A crescente regulamentação das ac-

tividades em Saúde é devida, parcialmente, à convicção de que as corporações não exercem sobre os seus membros a disciplina e regulamentação que por inerência lhes compete, tendendo os governos a apropriar-se cada vez mais aberrantemente dessas funções.¹ Como nos recorda Lobo Antunes, a propósito do relatório das carreiras médicas de 1961, "os médicos só se afirmam e são escutados quando nas suas intervenções perpassa o sentido das suas obrigações públicas e sociais, exercendo a sua liberdade (...) não para garantir privilégios, mas para servir os seus concidadãos".²

O mesmo se verificou com a obrigatoriedade da prescrição por DCI, que nos foi imposta para promover a utilização de genéricos. Entre outros factores, a nossa baixa taxa de utilização de medicamentos genéricos (atavismo ou receio fundado?) aliada à parca taxa de notificação de reacções adversas a medicamentos genéricos (incluindo défices no efeito terapêutico!) conduziu a que não tivéssemos capacidade para contornar esta imposição legal, qual aluno irreverente ao qual se têm de impor regras estritas para lhe condicionar o comportamento.

Também há-de chegar a altura da discussão pública da dedicação exclusiva ou do conflito de interesses a quem se dedica ao sector público e ao privado, tal como o momento da discussão da recertificação obrigatória. Por enquanto, deter-nos-emos nesta última, que foi como dissemos tema de conferência no mais recente Congresso Nacional do Médico.

Infelizmente, e por motivos a que somos alheios, nessa conferência não houve lugar ao contraditório, pelo que aproveitaremos este espaço para dar alguns contributos para uma discussão que nos pa-

rece inevitável e que deve ser liderada por médicos a pensar nos doentes.

Na conferência referida foi descrito um modelo de recertificação em moldes muito pouco ortodoxos, uma avaliação formal inflexível e infantilizada, e com a possibilidade de resultar em "aprovação" ou "reprovação". Aliás a caricatura apresentada foi infeliz por ser pouco ou nada promotora da discussão profícua que se deseja e que a nossa classe merece.

A recertificação não servirá todos os membros da nossa classe, isto é, admitimos que para alguns seja um empecilho. Se todos estivessemos ao nível da craveira intelectual ou do brio profissional de um Miller Guerra³ ou de um João Lobo Antunes⁴ dispensar-se-ia facilmente e sem hesitações a obrigatoriedade da formação médica contínua. Contudo (e infelizmente) a realidade não é essa e a imposição da aprendizagem contínua compromete e orienta aqueles que a dispensariam facilmente, com ganhos para eles próprios e para os doentes que servem.

O exemplo pessoal dado pelo orador da referida comunicação pode ser ilustrativo de um caso muito especial dentro da vastidão da medicina. Talvez não seja legítimo ou sensato exigir conhecimentos clínicos mais básicos e abrangentes a alguém que dedicou a sua carreira a uma área (hiper) específica da especialidade por que enveredou... ou talvez não. Se é verdade que a oftalmologia consegue ser particularmente restrita na área de acção ou interacção, o mesmo não se poderá dizer de outras áreas onde também há (hiper)especialistas* como, a título de exemplo, a ortopedia ou a cardiologia. Em quase todos os domínios do conhecimento

técnico-científico há médicos que optam por aprofundar competências até níveis onde poucos, mesmo a nível mundial, se dispõem a ir. Tal é de louvar. Contudo, não consigo estar certo de que esse desenvolvimento possa ser sólido se não conseguir acompanhar-se de bases igualmente sólidas da clínica médica. O que dizer de um cirurgião vascular que, de tão capaz de intervencionar uma aorta ou uma carótida tenha perdido competências de reconhecer um síndrome coronário agudo, uma insuficiência renal pré-renal ou um estado de anasarca? Certamente não afectará a sua competência como (hiper)especialista, mas pode ser uma séria ameaça à sua mais ampla inscrição na exigente categoria de Médico. A fronteira entre um médico e um técnico não é clara e dificilmente alguém poderá justamente fazê-la (sem ser a si próprio) sem incorrer numa crítica despudorada e inconsequente. Contudo, a verdade é que é possível deixar de ser médico para ser apenas técnico, e talvez a sociedade e a própria classe médica tenham uma opinião a dar sobre este risco.

(continua na próxima edição)

Referências bibliográficas

1. Antunes JL. A profissão de médico. *Análise Social*. 2003;XXXVIII(166):77-99.
2. Antunes JL. O relatório sobre as carreiras médicas. In: Valente G, editor. *Ouvir com outros olhos*. Lisboa: Gradiva; 2015. p. 92.
3. Luís MLS, Pinto F. Miller Guerra: O Médico, O Professor, O Mestre. *Acta Médica Portuguesa*. 1993;6(263-266).
4. Antunes JL. *Um Modo de Ser*: Gradiva; 1999.



Carlos M. Costa Almeida

Director de Serviço de Cirurgia do CHUC-Hospital Geral (Covões),
Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra,
Presidente da Associação Portuguesa de Médicos da Carreira Hospitalar

Kant, o meu amigo e a subespecialização

No final do curso dos liceus, no exame do sétimo ano, um dos meus colegas de turma teve a sorte de, em vez de reprovar, ir à oral a Filosofia. Perante o adiamento de um desastre provável, resolveu ir falar com o professor que lhe iria fazer o exame oral. Porque calhou, por mero acaso, ter sido destacado para isso o nosso próprio professor, homem muitíssimo sabedor e competente mas também exigente, o que, naturalmente, não ajudava o preocupado estudante. Não se pense, por isso, que lhe tivesse passado pela cabeça pedir menos rigor na sua avaliação: tal seria inútil, senão mesmo contraproducente, tratando-se de quem se tratava. Não, o meu amigo, pouco aplicado na disciplina mas nada estúpido, foi-lhe pedir algo, sim, mas de outro género.

O nosso professor era, como disse, muito bem preparado em filosofia, a qual ensinava muito bem, e um profundo conhecedor dum filósofo em particular, Emmanuel Kant, o que ele a cada passo afirmava, citando-o amiúde nas suas aulas e nas conversas informais conosco. Filósofo alemão do final do século XVIII, o pensamento de Kant, complexo, abrangendo profundamente vários aspectos da mente e do comportamento humanos, teve influência decisiva em muitos filósofos

alemães que se lhe seguiram, pode-se dizer que marcou profundamente o pensamento filosófico do século XX e continua a estar presente em muitas das actuais correntes. Pois a proposta foi: “Eu sei que o *sôtor* é um entusiasta do Kant, eu também sou, sabe? Quero propor-lhe que o meu exame seja só, exclusivamente, sobre o Kant. Uma conversa de nós os dois sobre ele!”. Apanhado de surpresa, o professor respondeu: “Rapaz, o Kant é realmente muito interessante, mas olha que assim ficas sem defesa, se não souberes o suficiente e eu não te perguntar sobre mais nada tenho de te reprovar, entendes isso?!”. “Com certeza, eu corro o risco, sobre o Kant, só.” Quando nos comunicou esse tratado para o exame (que demoraria ainda umas semanas a acontecer), tentámos demovê-lo, temendo o resultado pelo nosso amigo: “Eh pá, olha que o Kant é difícil, o capítulo é grande, e assim vais ter de o estudar de trás pra frente e da frente pra trás!”. Retorquiu tranquilamente: “Pois, mas sempre é mais fácil do que estudar o livro todo!...”

Fez exame e passou, com uma nota razoável.

Sabia filosofia? Não. Sabia alguma coisa sobre Kant? Sabia. Conseguia perceber a influência de

Kant nos outros filósofos? Provavelmente não. Conseguia perceber o que os outros filósofos tinham ido buscar a Kant? Não. Entendia como os filósofos da sua época podiam evoluir sob a influência de Kant? Seguramente não.

O nosso professor era um perito em Kant? Era. Sabia filosofia? Sabia. Podia ensinar o pensamento de Kant? Sim. Podia ser professor de filosofia? Podia. Se só soubesse Kant podia ser professor de filosofia? Não.

Este é um episódio, absolutamente verídico, que me tem vindo à cabeça com alguma frequência, mais vezes agora. Quando vejo colegas que se prepararam muito numa determinada área, limitada, da sua especialidade e quase nada, ou muito pouco, no resto, renegando-o mesmo. São subespecialistas. Quer dizer, nem chegam a ser especialistas, ficaram-se por um dos capítulos do livro. De modo que têm uma utilização limitada, muito específica. E um conhecimento por um funil. O que é o contrário de um especialista, bem preparado na sua especialidade, que se interessa depois mais por uma determinada área, onde até mostrou mais capacidade, e a desenvolve, perfeitamente enquadrado no conjunto, sendo uma mais-valia global para o Serviço consoante este

necessitar. Chamo a isto “superespecialização”, é o contrário de “subespecialização” e é, obviamente, o desejável que aconteça.

Para que não haja especialistas de uma dada especialidade presentes no hospital e doentes urgentes dessa especialidade não sejam tratados por falta de um subespecialista; ou por haver subespecialistas

doutras áreas que não da necessária. Quantos subespecialistas de cada naipe são precisos num Serviço duma especialidade? Quantos pode cada hospital pagar?

E, a este propósito, vem-me também à ideia que se um dia necessitar de ser operado gostaria de sê-lo pelo melhor cirurgião do mundo. Mas, como é pouco provável que

ele possa operar todos os doentes do mundo, se calhar terei de ser operado por outro. E note-se que não digo “por outro que seja bom”: porque todos os cirurgiões têm de ser pelo menos bons. Podem ser mais do que isso, menos é que não.

opinião



Adriana Rosas Relvas

Interna do 4 ano de MGF da USF Famílias, ACeS Feira/Arouca

Juro e Jurarei ... Mesmo em dias assim!!

Porque há dias difíceis, e porque, às vezes o papel é mesmo a melhor forma de desabafo.

Uma breve reflexão, sobre ser médica em dias de crise... crise pessoal e profissional talvez até de identidade de grupo... afinal juramos perante o Juramento de Hipócrates coisas tão importantes e fulcrais, e nem sempre temos tempo para parar e ver se as estamos a cumprir...

Assim, um texto, escrito em rajada, sem pensamento construído apenas sentindo, o que de mais profundo ficou de hoje...

"Olhei e não te vi a ti...vi antes a imagem de uma médica cansada, num dia cinzento, em que os diagnósticos confusos, as incertezas próprias de um ser humano complexo, a angústia de cuidar sem salvar e o tentar fazer o seu melhor... Porém, não esquece e sabe o que tu sentes, porque já sentiu, porque já passou por esse banco frio azul, por essa sala de espera fria e dura, onde cada segundo é uma hora... "Olha a distância terapêutica!", Eu sei e sei...a memória efémera que sepa-

ra "o eu do outro", "médico e doente", por vezes tão longe, por vezes demasiado perto, um equilíbrio tão frágil e difícil de alcançar para um jovem médico, que também tem coração, que tem razão, conhecimento, mas que nem sempre se torna produtora.

Médico, Ser Humano, com emoção e razão! Onde procurar o equilíbrio, em dias de tamanha confusão...

Fiz um "juramento solene, livremente e pela minha honra", aquele grande, chamado de Hipócrates, o Pai... e nem por isso a distância que nos separa, a mim e a ti, aí sentado à espera de que um som dite o teu nome, se torna assim tão nítida. Juramos todos "consagrar a minha vida ao serviço da humanidade" e por vezes, quando o cansaço, a doença ou a dor aperta lembro a "Adrianinha que todos conhecem na aldeia", e que inocente felicidade a dela: sonhadora a pequena, risonha, faladora e incapaz de ser indiferente à dor dos que a ro-

deiam. Gerada, criada e educada na linguagem do amor, sorte! Sorte de quem viu nascer e crescer, sempre com um sorriso nos lábios, mesmo quando as lágrimas teimam em cair! É que não sabes, nem te devo dizer, mas eu também sou pessoa, como tu aí sentado nessa sala de espera.

Olhos de angústia, postura arqueada, suor frio pela cara, e nas mãos apertada, a carta que dita um resultado fechado que só a mim abrirás. Gratidão! O que sinto por me confiares a tua vida, por me confiares os teus sentidos, e até a tua família desde o nascer do teu filho até ao último fôlego da tua mãe!

E nesta viagem só quero poder fazer jus ao meu dever de considerar a tua saúde e esta tua viagem pela vida, como sendo *a minha primeira prioridade!* Porque estes meus 20 minutos são só teus! E em ti eu revejo-me pessoa, e nos teus medos eu vejo os meus!



Aureliano da Fonseca um daqueles homens que nunca morrerão!

Morreu no dia 16 de janeiro de 2016, aos 100 anos de idade, Aureliano da Fonseca, notável dermatologista que tinha também uma vertente artística que o distingue: para muitas pessoas será sempre recordado como autor dos 'Amores de Estudantes', cuja letra compôs enquanto estudante da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e que se tornaria uma música icónica dessa faculdade. O autor deste artigo - J. Figueiredo Lima - confessa a sua admiração dizendo "gostei daquele Homem centenário quando em Maio de 2015 o conheci pleno de lucidez!" e associa-se a uma homenagem póstuma que a ROM não poderia deixar de prestar, recordando uma homenagem feita em vida, "porque este é daqueles homens que nunca morrerão! O Professor Aureliano da Fonseca só morrerá quando morrer o último membro da Academia portuense que ainda se lembre dos 'Amores de Estudante'!", conclui. Escolhemos reproduzir uma homenagem feita em vida porque a gratidão, respeito e admiração não desaparecem "só" porque a vida termina. Reproduzimos em seguida uma intervenção de J. Figueiredo Lima, proferida em Maio de 2015, a convite da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos, que enaltece esta figura ímpar da medicina e cultura portuguesas.

Caros Confrades da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos,

Estimado Prof. Aureliano da Fonseca:

A Direção desta Sociedade honra-se de promover esta homenagem ao Decano da Medicina Portuguesa, que em 25 de Fevereiro come-

morou o centésimo aniversário.

Com uma carreira profissional brilhante, que exerceu até há 2-3 anos, este Colega foi o primeiro Dermatologista a inscrever-se na Ordem dos Médicos em 1943, fundou um Serviço de Dermatologia, foi Catedrático da Faculdade de Medicina na Universidade do Por-

to, distinguiu-se como Docente na Universidade Estadual de Campinas (S. Paulo), publicou duas dezenas de livros sobre a especialidade e dezenas de trabalhos científicos e técnicos. Salientamos dois: "A Pele e a Arte Pictórica" (1987) e, recentemente, um trabalho indispensável para quem deseje estudar a Histó-

ria da Dermatologia em Portugal (O Professor Luís Viegas. Revista da SPDV 72 (1) 2014).

Humanista, foi pioneiro na Educação Sexual num tempo em que o país se virava para si próprio.

Todavia, a Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos deseja homenagear o artista que desde 1937 se tem diferenciado em diversas artes: na música, como orfeonista da Academia portuense, como pintor, como poeta e como fotógrafo.

Este nosso confrade ficará para sempre ligado à Academia Portuense, por, entre outras peças, ter escrito em 1937, com Paulo Pombo, aquela que é considerada o Hino dos Estudantes da Universidade do Porto e que continuará a ser cantado pelas gerações de estudantes de todo o país.

Pioneiro na fotografia médica na

sua especialidade desde 1945, em breve se distinguiria por um acervo de muitos milhares de imagens de pessoas doentes. Mas, a máquina fotográfica seria (é) uma das suas companheiras prediletas. Com ela obteve milhares de imagens multitemáticas. “Olhei, gostei, fotografei. Hoje fotografo sempre que posso!”

Aceitou a apresentá-las em diversas exposições individuais e coletivas.

A mais recente, realizada na Casa do Médico do Porto, continha um acervo de quase duas centenas e meia de imagens! Trata-se de uma obra de incomensurável valor humano e artístico.

A sua sensibilidade levou-o a passar pela pintura e pela poesia.

Por altura do centésimo aniversário apresentou a colectânea poética intitulada: “100 anos

Cem Versagens”.

Senhor Prof. Aureliano da Fonseca, à modéstia destas palavras corresponde o grande respeito e admiração que nutrimos por si!

A SOPEAM orgulha-se de o integrar entre os seus confrades. Por tudo o que aqui, insuficientemente ficou expresso, o senhor é um exemplo para todos nós!

Por isso lhe prestamos esta homenagem e lhe desejamos que continue a ser sempre estudante: “Para eternizar, a ilusão de um instante. E sendo assim, o meu sonho de Amor será sempre rezado, baixinho dentro de mim”.

“O espírito, não tendo corpo, não envelhece!”

Muito Obrigado Prof. Aureliano da Fonseca!

Joaquim Figueiredo Lima

cultura



Algoritmos de Decisão em Pediatria

Algoritmos de Decisão em Pediatria é composto por 89 algoritmos de decisão médica, que dão resposta e orientação às situações mais frequentes da prática diária em Pediatria. Todos os algoritmos são acompanhados por um texto complementar, que possibilita um enquadramento mais aprofundado da matéria, e estão organizados e estruturados de modo a que o leitor encontre rapidamente as informações de que necessi-

ta, dada a sistematização e clareza com que descrevem os procedimentos de atuação em cada situação. Cada tema é devidamente explorado em duas páginas: na primeira é apresentado o algoritmo de atuação, adequado ao quadro apresentado pela criança, e, na segunda, este é desenvolvido de forma mais teórica e fundamentada. Reúne as seguintes especialidades: Pediatria Geral, Infeciologia, Neonatologia, Pneumologia, Gastroenterologia e Nutrição, Nefrologia, Hematologia, Neurologia, Emergência, Cardiologia, Endocrinologia, Doenças Metabólicas e Pedopsiquiatria. São ainda abordados temas como sedação e analgesia, fármacos antiépiléticos, fármacos e doses em reanimação, transfusões, entre outros. Esta obra, escrita por um grupo de profissionais do Hospital Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar de São João, coordenado por Alberto Caldas Afonso (diretor do Serviço de Pediatria e diretor do Hospital Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar de São João, EPE; professor de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto).



Ricardo Duarte

MD DESA EDIC - Intensive Care, Anaesthesia & Emergency Medicine

Desmotivação... é um facto!

Estou desmotivado... mais! Estou revoltado!

Porquê? Tentando fugir a toda e qualquer subjectividade, vou-me restringir a factos (sem respeitar um acordo ortográfico que assassina a minha língua materna):

1. Tenho 38 anos, sou Médico há 15 anos. Posuo uma especialidade em Anestesiologia, uma subespecialidade em Medicina Intensiva e a competência em Emergência Médica. Gosto do que faço!
2. Recebo menos de metade de quando acabei a especialidade há 8 anos. É um facto. Para receber o meu ordenado base limpo tenho de acrescentar em média 100 horas extras por mês. Trabalho assim 65 horas por semana a uma média de 9 euros por hora. É um facto.
3. Este ano estive de serviço no dia de Natal, o ano passado fiz o 31 de Dezembro. É um facto. Nesse dia de Natal fui insultado pelo familiar de um doente que não concordou com o horário da visita do meu serviço. É um facto. Tenho um filho com 5 anos e não tenho dinheiro para pagar o infantário a um segundo que não tenho. É um facto.
4. Pertença à minoria de Portugueses que paga impostos, e como sou considerado rico o meu filho paga mais na creche que muitos outros... pelo mesmo serviço, porque não come mais, nem come an-

tes. É um facto.

5. Todos os dias tenho de tomar decisões clínicas que determinam a vida e a morte de pessoas ao meu cuidado. É um facto. Hemorragias subaracnoideias aneurismáticas, como as do mediático caso do David, são apenas um exemplo das situações que eu e os meus colegas temos de tratar o melhor que sabemos e podemos. É um facto.

6. Mesmo sendo médico limito-me a comentar profissionalmente situações que são da minha área de diferenciação. A Medicina é tão vasta que se comentar situações ou acontecimentos de outras áreas sei que vai sair asneira. É um facto.

7. Vivo num País em que quem comenta o penalti e o fora de jogo acha que sabe o suficiente para ditar o certo e o errado naquilo que faço todos os dias. Em que aqueles técnicos de ideias gerais, a quem chamamos jornalistas, e os seus amigos comentadores profissionais, se sentem à vontade para “cagar lérias” sobre aquilo que desconhecem e não têm capacidade técnica para apreciar. É um facto. Por mais de 9 euros à hora... Julgo eu, porque nunca me mostraram o recibo de vencimento!

8. Trabalho num serviço de saúde onde tenho de improvisar a toda a

hora porque o fármaco x e y “não há” (ups... estamos proibidos de dizer que não há!). É um facto. Onde temos vários ventiladores de 30 mil euros avariados (um deles há mais de 1 ano!) porque “ninguém” pagou a manutenção. É um facto. Eu levo o meu carro à revisão todos os anos e pago. É um facto.

9. No dia em que o que me pagarem para ir trabalhar não for o suficiente para a despesa da gasolina e do estacionamento (como concerta acontece com algumas equipas de prevenção específicas do SNS), não o farei. É um facto. Isso não retira qualquer valor ao juramento de Hipócrates, nem a Lei obriga (ainda!) ao trabalho escravo. É um facto.

10. Se eu estiver doente e precisar de assistência prestada pelos meus colegas no SNS tenho de pagar taxa moderadora, ao contrário de muitos outros... É um facto. E se andar de comboio, como não sou trabalhador da CP também pago. É um facto.

11. Eu e os meus colegas trabalhamos mais doentes que muitos doentes que são vistos no serviço de urgência. É um facto. Vivo numa região em que qualquer dor de dentes, grão no olho ou escaldão da praia vai para a urgência do hospital numa ambulância de

emergência médica. Muitas vezes com a família no carro imediatamente atrás da ambulância. E sem pagar um tostão. É um facto.

12. No hospital em que trabalho existem mais de 100 camas de agudos ocupadas com as chamadas “altas problemáticas”. Situação que se arrasta há vários anos e legislaturas e cuja resolução (política) escapa aos mais dotados. É um facto.

13. Vivo numa região em que se gastam muitos milhões em fogo de artifício e marinas abandonadas, sem

existir contudo dinheiro para um monitor e um ventilador de transporte para a sala de emergência de um hospital dito central e centro de trauma certificado. É um facto.

14. A descoberta das vacinas constitui um dos maiores avanços da Medicina do século XX e a implementação de um plano de vacinação global para a população é um marco histórico de qualquer civilização, contribuindo para a redução da mortalidade infantil e aumento da esperança de vida. É um facto. Vivo num país que já

não consegue garantir uma cobertura vacinal completa e atempada às suas crianças. Um retrocesso de gerações... um sistema podre e decadente. Não vejo os noticiários abrirem com esta notícia. É um facto. O meu filho não fez a vacina da difteria, tétano e tosse convulsa aos 5 anos. Não há... Talvez para o ano. É um facto.

15. E por tudo isto estou revoltado... É um facto.

Funchal, penúltimo dia de 2015.

Novas informações no site nacional da OM

Divulgamos – na bolsa de emprego – diversos processos de recrutamento de médicos, quer para instituições de âmbito nacional quer internacional, nomeadamente um procedimento de recrutamento para a Dinamarca.

Publicámos no site nacional da OM (www.ordemdosmedicos.pt) informação diversa sobre comunicados da instituição, como a declaração conjunta

da Ordem dos Farmacêuticos e da Ordem dos Médicos sobre suplementos alimentares e o seu uso seguro e publicidade adequada.

Divulgámos diversas iniciativas organizadas pela Ordem dos Médicos em vários pontos do país, como por exemplo a exposição resultante dos trabalhos selecionados no âmbito do 5º Concurso de Fotografia Digital da Ordem dos Médicos 2015 a qual teve lugar em janeiro na Casa d'Avenida, em Setúbal. Divulgámos o regulamento dos Prémios SOPEAM e outros eventos culturais como o lançamento de livros de autores médicos.

Na área dos Colégios da Especialidade no site nacional, publicámos informação sobre o exame de titulação em Medicina Intensiva (cujas provas irão decorrer nos dias 28, 29 e 30 de Março, no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, após verificação da admissibilidade dos candidatos), convocatórias para assembleias gerais de alguns Colégios, publicámos documentos referentes à caracterização dos Serviços para atribuição de Capacidades Formativas em diversas especialidades, entre as quais neurocirurgia e doenças infecciosas. Divulgámos ainda os critérios para admissão por consenso à subespecialidade de Ortopedia Infantil.

Foi divulgado o organograma do Conselho Regional do Sul e realçamos ainda a publicação, diária, no portal da Ordem dos Médicos de toda a legislação relevante para médicos e a inclusão no portal das estatísticas nacionais sobre o número de médicos inscritos na OM, referentes a 2015.

Publicámos no site nacional o boletim da Ordem dos Médicos de Cabo-verde onde se divulga o protocolo de colaboração firmado entre essa entidade e a Ordem dos Médicos portuguesa, que permite, em regime de reciprocidade, inscrições temporárias, para formação de curta e longa duração (especialização), a médicos cabo-verdianos, inscritos na OMC, na Ordem dos Médicos portuguesa. A assinatura desse protocolo decorreu no dia 26 de Novembro de 2015, à margem do Congresso Nacional de Medicina da OM.

www.ordemdosmedicos.pt



Jorge Espírito Santo

Oncologista
Chefe de Serviço da Carreira Hospitalar

Redes de Referência Hospitalares

Entre a melhoria da qualidade, a restrição à oferta de cuidados e a selecção adversa dos investimentos

Foi já na última fase da legislatura que o Ministério da Saúde decidiu que teriam que ser definidas (ou revistas) e implementadas as redes de referência hospitalares de várias Especialidades com destaque para as que mais contribuem para a despesa hospitalar.

Este impulso reformista coincide com a publicação de várias peças legislativas (Portarias, na sua maioria) que representam uma forma de abordar a necessidade de reorganização do tecido hospitalar público em Portugal muito dominada por uma visão caracterizada essencialmente pelo objectivo de redução do orçamento da Saúde e pela determinação em afastar os parceiros mais relevantes da discussão e negociação destas matérias.

De facto, as Redes de Referência Hospitalares foram propostas ainda na década de 90 do século passado, para tentar orientar e racionalizar a circulação de doentes entre várias Instituições, a começar pelos Cuidados de Saúde Primários.

Desde cedo se percebeu, não obstante, que o trabalho de pre-

paração das redes foi objecto de alguns desvios conceptuais e práticos por parte de quem, conhecendo muito pouco da realidade do país em termos da capacidade e dos meios instalados em cada Instituição e sobretudo da qualidade da sua prática médica, se permitiu tentar impor critérios e perspectivas de matriz invariavelmente centralizadora e potencialmente desorganizadores da prestação.

As redes de referência nasceram assim, em alguns casos, com uma marca de elitismo e preconceito sem qualquer fundamento demonstrável. Esta situação foi tornada possível pela forma como foram seleccionados os critérios e os modelos em que se baseou a definição e a maneira de organizar e operacionalizar algumas destas Redes.

Sem surpresas, algum do trabalho apresentado revelou-se inadequado à realidade no terreno e até mesmo contrário à cultura e prática instaladas.

A discussão foi opaca, não tendo havido lugar, por exemplo, à audição ou participação de representantes dos doentes. Os

profissionais não conheceram nem discutiram os textos e as comissões nomeadas tinham em regra pensamento e experiências pouco diversificados.

Uma vez que foi agora relançada a discussão, seria apropriado tentar definir o conceito de Rede de Referência e daí partir para a análise do que está a tentar ser discutido e implementado.

Uma Rede de Referência pode definir-se como o conjunto de Instituições que intervêm na prestação de cuidados aos doentes com determinada patologia e a forma como colaboram entre si para que essa prestação atinja a maior qualidade e eficiência possível, considerando o melhor interesse dos doentes e a necessária racionalização dos meios a usar.

Deste modo, uma Rede de Referência deve ter como características essenciais a complementaridade, a interdisciplinaridade e a partilha de meios, e adoptar uma forma de organização matricial começando no Médico de Família.

As Redes de Referência não podem nem devem ser apenas uma forma de diferenciar insti-

tuições entre si ou de desviar recursos para algumas poucas, em detrimento do equilíbrio do sistema e do interesse dos doentes e suas famílias.

A sua organização deverá basear-se em Redes Regionais que convergirão para uma Rede Nacional, concentrando não os doentes mas os actos de diagnóstico e/ou tratamento que impliquem uma maior especificidade de meios técnicos e humanos, nomeadamente em termos de competências técnicas individuais e do volume do investimento em instalações e equipamentos.

No caso da Oncologia estes princípios adquirem maior relevância tendo em conta as suas características particulares.

Trata-se de doentes com situações clínicas muito variadas, que requerem uma abordagem obrigatoriamente multidisciplinar e multiprofissional em que intervêm um conjunto de Especialidades que devem congregar um leque muito variado de competências e capacidades técnicas.

Esta abordagem deve ser modelada pelas características fundamentais da prática oncológica, que são a globalidade, a continuidade e a integração da prestação de cuidados, e deve reforçar a capacidade de manter os doentes inseridos nos respectivos meios familiares e sociais.

Existe outra condicionante, que é a dispersão territorial dos doentes. Estes têm o direito de receber cuidados de qualidade o mais próximo possível do seu local de residência, sem que isso signifique instalar meios redundantes ou infringir critérios de qualidade técnica e organizativa cientificamente validados.

Históricamente, a Oncologia organizou-se e desenvolveu-se em Portugal de forma não pla-

neada, tendo sido implantado um modelo descentralizado, que funcionou como uma rede de referência informal e que levou o nosso país a uma das melhores performances europeias em termos de resultados, medidos em taxa de sobrevivência aos 5 anos e em custos por doente tratado.

Este modelo, contestado quando se discutiu e aprovou a Rede de Referência de 2002, sem ouvir os interessados e sem discutir o texto proposto com os profissionais, com a Ordem dos Médicos e com os representantes dos doentes.

Os conceitos que enformaram a proposta eram, em resumo, a centralização, a plataforma dos Hospitais em 3 níveis supostamente de diferenciação, e a tentativa de impor administrativamente as patologias que deveriam ser tratadas em cada Centro, assumindo como dogma o conceito que postula ser o volume dos actos praticados o critério determinante para a sua qualidade.

Se tivesse sido implementada no terreno, esta Rede levaria ao desmantelamento do modelo de desenvolvimento da Oncologia então em vigor e teria como consequência uma regressão em termos de acessibilidade aos cuidados e do nível dos resultados que se estavam a obter.

E de facto a confirmação de que era adequado o modelo então em vigor foi dada com a melhoria continuada não só em termos epidemiológicos mas especialmente no que respeita aos resultados globais obtidos. Muitos doentes puderam beneficiar do acesso a cuidados prestados de acordo com as boas práticas em Oncologia e isso fez a diferença. Os profissionais, através quer da Ordem dos Médicos, repre-

sentada por alguns Colégios da Especialidade (Oncologia e Radioncologia em particular) quer das Sociedades científicas interessadas, sempre reconheceram que era necessário adoptar um conjunto de regras que permitissem a melhoria da situação no terreno, tendo elaborado propostas (como a Carta de Princípios de Coimbra) e mantido o tema em discussão.

De novo em 2010 o assunto voltou à ordem do dia, com uma nova tentativa da Tutela de rever e implementar uma Rede de Referência de Oncologia, propondo uma nova formatação baseada em critérios que eram, na sua maioria tecnicamente adequados, mas mantendo a pulsão centralizadora através da integração no documento proposto de volumes mínimos de casuística, incoerentes com o resto do documento e que de novo desequilibrariam a prestação no terreno.

Ainda conservando o perfil de ausência de discussão e participação alargada dos actores relevantes e continuando a não envolver os doentes, tal tentativa ficou igualmente pelo caminho, nada tendo sido alterado.

Já com o novo elenco governativo, tornou-se evidente a falta de conhecimentos básicos sobre organização, objectivos e modelos de funcionamento de um Serviço Nacional de Saúde.

Facto que, em conjunto com a preponderância ganha por alguns confessos defensores da centralização e da hierarquização das Instituições quando foram nomeados para lugares de decisão ou de aconselhamento dos decisores, conduziu à adopção de um modelo de abordagem que conhecemos sobejamente.

Tendo a Tutela juntado a um pre-

Uma Rede de Referenciação não pode nem deve ser um espartilho limitador da difusão de conhecimentos e boas práticas ou que dificulte a aquisição de novas competências, porque a qualidade em Medicina não pode depender do código postal.

conceito empírico (que defende apenas ser possível garantir a qualidade e eficiência da prática médica nos grandes Centros, em especial nos universitários) o objectivo central de reduzir o Orçamento da Saúde de forma abrupta, a estratégia para atingir as metas definidas passou pela criação grupos de trabalho cuja missão foi a de tentar elaborar e fornecer um modelo conceptual e técnico sobre o qual repousar as ações no terreno.

Uma vez obtidos estes documentos, foram publicadas as peças legislativas necessárias à aplicação das alterações decididas. E surgiram assim as várias Portarias que conhecemos, entre elas a que determinou a revisão ou definição das Redes de Referenciação, processo a ser conduzido, desta vez, com a participação formal da Ordem dos Médicos.

Este facto permitiu que as Redes em elaboração (foi dada prioridade às patologias ou áreas que representam maior despesa para o orçamento da Saúde) fossem debatidas de forma um pouco mais abrangente e que acolhessem perspectivas com alguma diferenciação (mais nuns casos e menos noutros).

No entanto, persistiu a atitude de pouca abertura ao alargamento da participação no debate. Continuaram a faltar os representantes dos doentes e não foi permitido que todos os interessados tivessem um espaço adequado à discussão e valorização das suas opiniões.

Apesar de ter sido discutido o modelo de organização das Redes, as tipologias dos Centros que deverão integrá-la e os critérios de qualidade a aplicar para auditar esses mesmos Centros, não foi possível conseguir fixar no documento final (pelo menos no que se refere à Rede de Oncologia) o conceito de Rede Regional nem ficou clara a visão da Rede como uma forma de organização matricial geradora da partilha de conhecimentos e facilitadora da disseminação das boas práticas e da actualização das competências, não obstante tenha ficado incluída a possibilidade de afiliação dos Centros.

Ora justamente uma Rede de Referenciação não pode nem deve ser um espartilho limitador da difusão de conhecimentos e boas práticas ou que dificulte a aquisição de novas competências, porque a qualidade em Medicina não pode depender do código postal.

Ela deve ser, antes de mais, um meio para melhorar a acessibilidade dos doentes a cuidados especializados de qualidade e um suporte à partilha das várias experiências e visões, não um factor de discriminação e parcialidade. Deve ser o suporte essencial aos processos de tomada de decisão tendentes à alocação dos meios humanos e técnicos disponíveis, que deve ser eficaz, justa e fundamentada, e não uma forma de desviar recursos para um grupo restrito de Centros.

Deve ser um factor de promoção e aferição da qualidade dos procedimentos e da prática, tendo em vista o seu progressivo nivelamento por cima no conjunto dos Centros que a integram e não permitir que se registem assimetrias inaceitáveis que penalizam os doentes e tornam o sistema ineficiente.

Deve promover equilíbrios regionais e nacionais, indispensáveis à boa organização do sistema de prestação e constituir o esqueleto técnico e organizativo que possibilite definir as prioridades em termos de investimento, sempre escasso, e não constituir-se como uma forma de promoção da desigualdade.

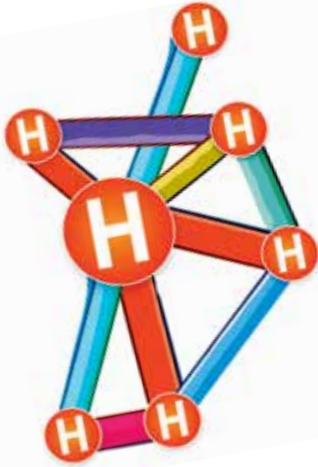
Apenas deste modo pode ser organizada e implantada no terreno uma Rede de Referenciação orientada para a promoção do bem estar dos cidadãos e da confiança destes no sistema, facilitando a sua tomada a cargo e tornando mais transparente todo o processo.

Esta é também uma condição essencial para que se possam realizar de forma objectiva e equilibrada as auditorias a Centros com dimensões, capacidades e meios diferentes, permitindo saber onde está a qualidade e onde é preciso melhorar.

As Redes de Referenciação devem tornar claras e objectivas as responsabilidades e as obrigações de cada Centro e prever a sua complementaridade ou agregação, estabelecendo os necessários mecanismos para a partilha de meios e profissionais.

Só assim será possível garantir o cumprimento daquela que é a nossa primeira obrigação, a de prestar os melhores cuidados de saúde aos cidadãos que servimos.

Barreiro, 30 de Setembro de 2015



Jorge Espírito Santo

Oncologista
Chefe de Serviço da Carreira Hospitalar

Centros de Referência

Conceito, organização e consequências

A elaboração deste texto destina-se a analisar o conjunto de implicações práticas dos documentos entretanto publicados e das ações já tomadas no âmbito da criação de Centros de Referência.

A criação de Centros de Referência, estruturas existentes em toda a Europa, deve ser vista como um passo necessário para a melhorar a qualidade global da prestação de cuidados aos doentes, desde que pensados para integrar e contribuir para o desenvolvimento de toda a rede prestadora.

Contudo, o caminho escolhido em Portugal, em termos de conceptualização e metodologia proposta para a sua implementação, não considerou estes critérios, pelo que me parece ser errado e também inconsequente. Fundamento esta minha posição no disposto na Portaria 194/2014 de 30 de Setembro. Pela sua leitura concluo que, para além do enunciado do conjunto de critérios que definem habitualmente um Centro de Referência, fica clara a visão centralizadora dominante no pensamento dos seus autores.

Os Centros são vistos, de acordo com o conceito expresso nesse documento, numa perspectiva hermética e dominante relativamente a todas as áreas de desenvolvimento da sua actividade.

O Centro de Referência é definido como uma estrutura quase autossuficiente (visto como um fim em si mesmo) e não como uma fonte de disseminação do conhecimento científico e das boas práticas médicas, aberto a todas as Instituições que com ele queiram colaborar na condição de parceiras e não como simples afiliadas ou sujeitas à sua tutela (técnica ou qualquer outra).

Naturalmente que um sistema que privilegia a cooperação interinstitucional não deve estar balizado ou ser limitado no tempo mas antes desenvolver-se como um processo contínuo cujo objectivo central é a melhoria da qualidade global dos cuidados prestados e da sua acessibilidade bem como aumentar o nível de diferenciação dos profissionais e das organizações.

Mas a opção foi por uma forma de pensar e organizar estas estruturas que corporiza a tentativa de concentrar nalguns locais os meios técnicos e humanos e o investimento, passando os restantes centros a desempenhar apenas um papel de suporte e de rectaguarda das primeiras.

O que se pretende é o desmantelamento de alguns modelos organizativos existentes, (como o da Oncologia), caracterizados pela descentralização e pela colaboração interpares e cujo sucesso está plenamente demons-

trado, e a sua substituição por um novo modelo caracterizado pela presença de grandes centros concentrados em áreas geográficas específicas que teriam como missão assegurar a maioria da prestação de cuidados e da investigação.

Este último modelo irá seguramente limitar a capacidade formativa de novos Especialistas e implicará a concentração da investigação clínica, com a inevitável perda de competências e capacidades daí decorrente.

Contudo, não obstante o que está publicado, parece-me que o objectivo central de toda esta movimentação se resume sobretudo à tentativa de controle da despesa, dado que os seus principais defensores estão convencidos que a concentração da prestação tornará possível um controlo mais apertado da prescrição e uma mais fácil vinculação dos médicos a normas limitativas da introdução e da utilização da inovação.

Mas voltando à análise mais detalhada da já referida Portaria, saliento os seguintes aspectos:

- O conceito de Centro de Referência usado difere ligeiramente do que é utilizado na Europa e do que foi utilizado no Relatório sobre Centros de Referência publicado em 2013. De acordo com este último o Centro de Referência define-se como uma unidade

prestadora de cuidados de saúde que possui reconhecidos conhecimentos técnicos e presta cuidados de elevada qualidade a doentes com situações clínicas que exigem especial concentração de recursos, conhecimento ou experiência, pela sua baixa prevalência, complexidade do diagnóstico ou tratamento ou custo elevado dessas situações.

- Concentrar é o conceito central que presidiu à elaboração da Portaria, não obstante vários dos seus artigos enumerarem alguns critérios pertinentes. Mas lida no seu conjunto, as exigências e condições impostas vão selecionar à partida o ou os destinatários do fato que foi costurado.

- Não é aceitável, à luz dos documentos reguladores vigentes e do preceituado no Código Deontológico dos Médicos, exigir aos Centros de Referência a disponibilização para *supervisionar tecnicamente outros serviços ou unidades nacionais em áreas específicas de colaboração* (Artigo 11 alínea i) ou afirmar que um Centro Afiliado *esta sujeito à supervisão técnica pelo Centro de Referência ao qual se associa* (Artigo 12 nº 2)

- A existência de uma Comissão Nacional para os Centros de Referência que funcionou de forma fechada, estabelecendo os critérios e a forma de organizar o processo de reconhecimento (escolha das patologias, elaboração de critérios e normas de candidatura, etc.) sem ouvir os parceiros interessados.

- O estabelecimento de uma metodologia errada, por sobrepor, de acordo com o seu Artigo 13 nº 2, os Centros a criar aos Centros definidos nas Redes de Referência, cujo processo decorre e onde em algumas delas, como é o caso da Oncologia, existe já um texto final em fase de aprovação.

Entretanto, decorrido cerca de um ano, eis que surge um despacho

ordenando a publicação em prazo muito curto (3 dias) dos avisos de abertura para a apresentação das candidaturas a Centros de Referência em várias áreas, entre as quais 5 patologias oncológicas.

Publicados a 31 de Julho, e dando apenas 30 dias (entretanto prorrogados por mais 15) para a entrega dos processos de candidatura, este período decorreu durante o mês de Agosto e primeira quinzena de Setembro. Para mais, apenas nesse momento foram conhecidos os critérios exigidos para o reconhe-

Centro de referência definida-se como uma unidade prestadora de cuidados de saúde que possui reconhecidos conhecimentos técnicos e presta cuidados de elevada qualidade a doentes com situações clínicas que exigem especial concentração de recursos, conhecimento ou experiência, pela sua baixa prevalência, complexidade do diagnóstico ou tratamento ou custo elevado dessas situações.

cimento dos centros por cada patologia.

Esta metodologia não é de todo aceitável, por ter aumentado as dificuldades na sua concretização (o aviso foi publicado em pleno período de férias) e por ter tornado mais opaco todo o processo de reconhecimento.

Mas para cúmulo a leitura dos critérios publicados veio revelar um conjunto incoerente e por vezes contraditório com a prática clínica estabelecida, sendo que muitos

dos critérios exigidos não estão validados e não existe qualquer referência documental que justifique a razão pela qual foram selecionados.

Por exemplo, no aviso 8402-O/2015 referente ao cancro do recto, no seu ponto 3, exige-se o seguinte:

- 20 novos casos de cirurgia ao cancro do recto e 50 ao cancro do cólon. O que justifica esta exigência e como foram validados estes números?

- Possuir médico com experiência curricular em ecoendoscopia e ter ecoendoscopia disponível. Qual a finalidade desta exigência quando se sabe hoje que o exame de estadiamento locoregional mais importante para o cancro do recto é a RMN?

- Possuir endoscopia baixa 24 h / dia. O que fundamenta e onde estão as referências que sustentam esta exigência?

- UCI de nível II ou III . De novo onde está o referencial deste critério?

- Os prazos definidos (uma semana para a Dor, 15 dias para estadiamento, 3 semanas para discussão em CDT e 3 semanas entre a CDT e o tratamento) não estão validados em qualquer documento nacional, independentemente de se poder concordar com eles.

No caso do cancro do pâncreas, a situação é ainda mais sensível. São exigidos pelo menos 40 novos casos /ano de cancro do pâncreas metastizado seguidos em Oncologia Médica. Não existe em nenhum documento ou linha de orientação, que seja do meu conhecimento, a exigência de um número mínimo de casos de determinado tumor tratados por Oncologista Médico, tal como não existe para um Radioncologista.

A experiência dos Oncologistas (como está expresso em documentos publicados pela Ordem dos

Médicos portuguesa e pela ESMO, em Janeiro de 2014 no jornal *Annals of Oncology*) é garantida pelo número global de casos que cada um observa e trata. A introdução deste critério, se permanecer, é feita à revelia do Colégio da Especialidade e contraria estas orientações, podendo levar a fragmentação e consequente destruição da Especialidade, que será transformada numa Oncologia de órgão e deixará de conservar os seus traços distintivos (visão holística e compreensão alargada das características da doença oncológica) perdendo-se assim competências e capacidades para tratar doentes com cancro.

Esta tentativa de fragmentar a Oncologia não deve ser permitida em nenhuma circunstância, sob pena de virmos a ter, num futuro próximo, o oncologista que apenas sabe tratar o cancro da mama, ou do cólon, ou do estômago, e assim por diante.

Mas o erro fundamental, que inviabiliza irrevogavelmente este processo, consiste no facto da Ordem dos Médicos e outros parceiros interessados não terem sido ouvidos na elaboração dos critérios e não os terem validado.

Como avaliação global, direi que uma boa ideia e uma necessidade de doentes e profissionais foi transformada num mero exercício de parcialidade e sectarismo, através da definição e tentativa de aplicação de um modelo desfocado da realidade, cuja concretização foi prevista através da imposição de critérios que apenas alguns podem cumprir e excluindo a grande maioria dos restantes deste processo.

Isto é totalmente incoerente porquanto sabemos que a maioria dos doentes oncológicos são tratados em centros periféricos, que necessitam de ajuda e investimento (em meios técnicos e humanos) para darem resposta a todos aqueles

que os procuram.

Assim, ao que parece, com o argumento de satisfazer uma necessidade (a melhoria da qualidade global dos cuidados prestados) vamos retroceder vários anos e voltar a ter cuidados médicos diferenciados em algumas áreas da patologia oncológica apenas em Lisboa, Porto, Coimbra e pouco mais.

Certamente que a Ordem dos Médicos não poderá dar o seu aval a ações de tal gravidade, pelo que entendo ser necessário não só parar formalmente o processo como também criar um órgão, na dependência do Bastonário ou do C.N.E., que junte representantes dos Colégios e outros especialistas, destinado ao acompanhamento permanente de todo o processo e com capacidade para intervir na sua modulação e aplicação.

Barreiro, 30 de Setembro de 2015

cultura

Exposição “Saúde Pública em Coruche”

Decorreu, no dia 30 de Janeiro, pelas 15h, a abertura da Exposição “Saúde Pública em Coruche”, no Museu Municipal de Coruche. Ao Núcleo de História da Medicina foi solicitada a colaboração para identificação de uma peça: a identificação de um aparelho de drenagem torácica da primeira metade do século XX, proveniente do antigo Hospital da Misericórdia de Coruche, a qual foi feita por Joaquim Figueiredo Lima e por Maria José Leal que estiveram presentes na inauguração. Igualmente presente estive Maria do Sameiro Barroso da Direcção do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos. A exposição teve como ponto de partida a dissertação de Mestrado em História de Ana Maria Diamantino Correia, intitulada “A Saúde Pública no Concelho de Coruche”, agora publicada em livro. O NHMOM Felicita Ana Maria Correia, comissária da Exposição e o Município de Coruche pela iniciativa exemplar para a preservação da nossa memória, dos nossos valores e do nosso património médico.





Gilberto Couto

Médico, licenciado em Filosofia

A eutanásia e o papel do médico

"Todas as coisas têm o seu tempo e tudo o que existe debaixo dos céus tem a sua hora. Há tempo para nascer e tempo para morrer; tempo para plantar e tempo para se arrancar o que se plantou; tempo para matar e tempo para dar vida" [Ecl 3, 1-3].

Introdução

A "morte ou suicídio" medicamente assistido (SA) e a eutanásia voluntária (EV) são conceitos semelhantes, mesmo se, em rigor, no primeiro caso é o doente quem administra o medicamento letal a si próprio e, no segundo, é um médico (em geral) quem o faz. Desde logo os termos "morte" e "suicídio" comportam uma carga valorativa diferente: os opositores da eutanásia preferem o termo "suicídio" e os defensores o termo "morte" ou "*physician-aid-in-dying*" [EMANUEL, 2014].

O qualificativo "voluntária" significa que o doente, "consciente e em plena posse das suas faculdades, insistentemente solicita que o matem"; trata-se de um *consentimento explícito*, para distinguir de formas implícitas ou tácitas de consentimento, formuladas pelos familiares, por impedimento do doente, e que podem configurar formas mais controversas de eutanásia, dita, "não voluntária" [NEVES, 2014].

A razão tem imperado sobre a emoção, com resultados tangíveis nas alterações à legislação sobre a eutanásia em diferentes países

e estados norte-americanos. Genericamente, é permitido que um médico pratique EV "nos casos em que um doente competente tomou uma decisão voluntária e informada de morrer, o seu sofrimento é insuportável - ou não há forma de o tornar suportável de modo aceitável para o doente -, e o julgamento do médico quanto ao diagnóstico e prognóstico do doente foram confirmados por um segundo médico"¹. Esta é a situação menos problemática de eutanásia, mas ainda assim enfrenta muitas dificuldades, tanto éticas como políticas, apesar da aceitação pública². Nem sempre a eutanásia foi um tabu. A oposição que hoje persiste tem, ainda, e em geral, uma marca confessional. Os antigos gregos e romanos, sem falar dos estoicos e dos epicuristas, admitiam facilmente a eutanásia, tal como, já no início do renascimento, (São) Thomas More, na sua *Utopia*...

Em Portugal, o debate reacendeu-se, desta vez, com a criação do primeiro grupo português da "Right-to-die" e, de certo modo, com uma reportagem da Revista *Sábado* de 16 de Dezembro último. O pequeno progresso que fizemos, em

2012, foi o da aprovação do Testamento Vital (TV), que "assegura que cada pessoa [pode] decidir e deixar por escrito os cuidados de saúde que deseja ou não receber no caso de ficar incapaz de expressar a sua vontade"³, como recusar ser alimentado, hidratado ou receber suporte vital artificial. O TV surge, então, mais como instrumento contra a obstinação terapêutica do que propriamente um facilitador da eutanásia, mas foi um avanço importante.

Notas sobre a fundamentação ética da eutanásia

Os opositores da EV reclamam que se trata de uma situação rara e cujo debate se encontra contaminado pelos *media* e pela "emoção", mais do que pela razão. As motivações da EV são, como na ideação suicida, sublinha Neves, "tratáveis"⁴. Tal não impede, no entanto, que a questão se a pessoa pode ou não dispor da própria vida possa ser colocada. O debate põe-se, desde logo, entre quem defende a autonomia do doente para o acto *versus* quem a nega. Os últimos advogam que

a vida não é um bem disponível autonomamente pois que para ele não contribuiu o próprio. Trata-se de um "dom" ou, do ponto de vista confessional, de uma "dádiva divina, sagrada e inalienável", sendo por essas razões inviolável. É nisto que se funda a chamada "doutrina da santidade da vida". Esta doutrina, na linha da tradição religiosa hebraico-cristã, usa a aprovação da EV activa (já permitindo a *passiva*, embora conteste que assim se designe), como o início da derrapagem conducente à eutanásia involuntária (argumento do "plano inclinado" ou do precedente).

Mas o argumento fundamental desta doutrina é que o valor da vida não deve ser relativizado (nem mesmo por quem acha que *da sua* pode dispor livremente?); defender a eutanásia "não permite compreender o significado da morte e o valor da dor"⁵. Ou seja, sem deus nem fé na "santidade" da vida humana (como dádiva de Deus para a vida eterna), a dor e a morte perdem o sentido que têm para o cristão. Hoje, de qualquer modo, é muito difícil:

1) defender uma teodiceia "da edificação da alma", que procurava conciliar deus com a existência do mal através do "valor do sofrimento"; e 2) achar que a EV é moralmente inaceitável para um crente. Mas, mesmo para o não crente, por que vedar o acesso a esta possibilidade: que incómodo poderá isto proporcionar a quem não é obrigado a recorrer à EV se essa não for a sua vontade?

Por outro lado, a raridade do pedido de EV serve de justificação para Neves considerar que não existirão conflitos reais entre médicos e pacientes a esse respeito e que não há necessidade de legislar nesta área⁶ (!). Este argumento, a par da grande divisão na sociedade americana a propósito desta problemática,

têm justificado que os políticos não legislem sobre o assunto [EMANUEL, 2014]. Já o Dr. João Ribeiro Santos, em 2012, dizia: "o facto de só haver um número diminuto de pessoas a expressarem esta vontade não significa que não tenha de ter importância"⁷. Foi, aliás, o artigo de opinião deste prezado colega, na ROM de Novembro último, que provocou esta minha manifestação de apoio tal como, acrescento, o incómodo que sinto em relação à posição do nosso CD nesta matéria⁸.

Em resumo, quem se opõe à eutanásia, diz que o princípio da autonomia não justifica tudo; que há espaço para otimizar as medidas de suporte paliativo e o apoio da família e da sociedade ao doente; que as intenções do agente são fundamentais, e que por isso importa *não* confundir eutanásia (voluntária) activa e passiva; e que o risco do argumento do "precedente" é relevante [EMANUEL, 2014].

Mas há fortes razões para pensar o contrário, como se aludirá brevemente a seguir.

E falamos da situação mais consensual. Young identifica cinco condições necessárias para que um indivíduo se candidate à EV: ser um doente terminal (pelo menos estes deviam merecer uma atenção prioritária); com um doença incurável ou sem perspectivas que atempadamente se descubra qualquer cura; a dor e/ou o incómodo dela resultantes são intoleráveis ou inaceitáveis (até pela dependência de outros ou de certas tecnologias); o doente manifestou desejo de morrer de forma "permanente/persistente, voluntária e competente"⁹ ou expressou-o explicitamente antes de perder as suas faculdades mentais e/ou físicas; e, por fim, o doente é incapaz de, pelos seus próprios meios, cometer suicídio [YOUNG, 2014]. Há aque-

les que acham – desde logo – estas condições demasiado restritivas; e os que reclamam do subjectivismo e relativismo dos conceitos usados: a "dependência inaceitável" é um exemplo (pode ser um pedido de ajuda ou uma forma de poupar o cuidador); a "competência", outro (tanto quanto pode ser aferida numa pessoa psicologicamente afectada pela doença, sob medicação e num contexto familiar e social potencialmente adverso).

1-A questão da competência: uma nota mais sobre o princípio da autonomia

Um indivíduo competente e autónomo é responsável pelas suas escolhas, desde que estas não afectem terceiros. Este é um princípio fundamental, que emana do princípio da liberdade de Stuart Mill¹⁰: ser-se responsável pelas próprias escolhas em vida (do que é para si próprio uma "vida boa") significa, também, ser-se livre de poder escolher quando e como morrer.

Mais do que a preocupação pelo sofrimento, muitas pessoas temem pela perda, nos seus últimos dias, da sua qualidade de vida e da sua dignidade pessoal (o direito do doente ser *bem tratado*, como ele o entende, não estritamente do ponto de vista médico, mas do foro da estima - e auto-estima - e respeito que entende serem-lhe devidos,

1- YOUNG, 2014, p. 3, tradução livre.

2- Cerca de 80% dos portugueses são favoráveis ao SA (In Público, 1-12-2012, citação de MÓNICA, 2013, p. 13).

3- GALHA, 2013, p. 19.

4- NEVES, 2014, p. 231.

5- SGRECCIA, 1996, p. 607.

6- NEVES, p. 233. Leia-se a reportagem da Revista Sábado supracitada.

7- GALHA, 2013, p. 22.

8- James Rachels, no seu livro *The end of Life*, recorda que a visão de Hipócrates sobre a eutanásia – que agora consideramos lei, ainda que a sobre o aborto já não - era considerada minoritária no seu tempo.

9 -YOUNG, 2014, p. 4.

pelas suas opiniões e opções de vida). A definição e a importância da qualidade de vida e da dignidade são muito diferentes para a Igreja e para a sociedade *secularizada* (com impacto na atitude para com a EV).

É óbvio, como já dissemos, que devemos assegurar que a competência não é cerceada de algum modo pelas condições clínicas do doente. Que isto possa acontecer em alguns doentes, diz Young, não retira importância ao argumento que a maior parte dos doentes é capaz de – de forma competente, duradoura e voluntária – escolher morrer, ou tê-lo declarado antes, como vimos, usando um instrumento tipo TV. Contra a crítica de “como sabemos que estamos melhor mortos?” – além de ser legítimo que pura e simplesmente não suportemos estar vivos! –, Young responde: “*Why is it not possible for a person to have sufficient inductive evidence (e.g. based on the experience of the deaths of friends or family) to know her own mind and act accordingly?*”¹¹

Daniel Serrão defende que o valor da vida é superior ao da autonomia. E critica o médico que “atribui à autonomia da vontade do outro um valor supremo, renegando o valor primordial que justifica a própria natureza da sua profissão – o fazer bem aos outros¹² – e atenua a importância da conservação do valor da vida humana, que é o suporte do princípio *primum non nocere*”¹³.

O facto é que *a vida não vale a pena ser vivida a todo o custo*. Não podemos esquecer que a tradição hebraico-cristã é apenas parte de uma história maior, onde se defenderam outros pontos de vista razoáveis. E que, mesmo essa tradição, que dogmaticamente dizemos ser “a nossa”, foi consentindo progressivamente que se matassem seres humanos em situação de guerra

ou e na pena capital, por interesses puramente sociopolíticos, próprios ou fruto do compromisso com o(s) Estado(s).

Daniel Serrão fala contra a eutanásia, sublimando o [que se perde] “sobre o sentido da vida humana, o bem do indivíduo, o bem da sociedade, o significado do sofrimento e da morte na existência humana, o carácter moral que têm de ter as relações humanas (incluindo um juízo sobre a morte do homem pelo homem, no plano ético) e, finalmente, (...) a natureza sempre ética das decisões tomadas”¹⁴ pelo indivíduo. Em todos estes aspectos ressalta um certo paternalismo médico, que acha que tem a oferecer ao doente uma perspectiva própria de “vida boa”, um sentido para a vida (e morte) e, de modo particular, para o seu sofrimento!! [O que poderá vir a tornar-se inútil, se se considerar que a eutanásia pode vir a ser praticada por outros profissionais, se os médicos se demitirem de ter um papel, quando seriam as pessoas melhor qualificadas para acompanharem os seus doentes nessa ocasião, pela relação e competência técnica óbvias, só para citar algumas razões].

O que significa *non nocere* para o médico diante de um doente terminal em sofrimento insuportável e sem sentido para ele? Não só o médico tem que se aproximar desse problema como defender a EV contra o SA.

Efectivamente, o SA tem-se revelado mais “fácil de legitimar” em muitos Estados mas comporta mais complicações e é *mais indigno* que a EV (feita por um médico no local): em muitos casos, como no Oregon, o doente tem de tomar a “poção letal” sozinho, sem familiares nem amigos, sem o seu médico, num ambiente de “clandestinidade”, que acrescenta dor a uma situação já dolorosa *per se*¹⁵.

2-A questão dos cuidados paliativos

Muitos defendem que, com cuidados paliativos apropriados, os doentes não teriam de confrontar-se com uma dor insuportável. Young sublinha que tais cuidados não são uma panaceia nem se encontram isentos de efeitos secundários, e reduzem a qualidade de vida dos doentes; em muitos lugares são de difícil acesso ou muito caros (como se noticiou entre nós recentemente...) ou apenas provisoriamente acessíveis e em fases muito avançadas da doença; por outro lado, muitos doentes não aceitam tais cuidados, precisamente pela dependência ou autonomia que lhes é retirada e que é - para muitos - uma questão muito mais importante do que a dor que sofre, como já sublinhámos.

Alguns doentes (e seus médicos) querem assegurar-se, ao abrigo do princípio da beneficência, que o seu bem-estar é uma prioridade respeitada na eventualidade de uma situação terminal dolorosa, sublinhando que a morte é um bem maior do que estar vivo naquelas circunstâncias. Pode o Estado conceder-se o direito de “vincular o cidadão” a uma determinada visão de “vida boa”? Ainda que os críticos possam responder que a morte não é alternativa... mas se é inevitável? E a vida, como já antes se desenvolveu, se tornou intolerável? Mesmo que a pessoa nunca venha a estar nessas circunstâncias, há um efeito de tranquilidade ou “segurança psicológica” que advém de se consagrar esta opção, que alguns autores consideram importante [EMANUEL, 2014]. É a questão da *porta alternativa* por onde se pode escolher sair.

3-A “doutrina do duplo efeito”: matar ou deixar morrer?

Segundo esta doutrina, é permiti-

do ao médico - por exemplo - administrar morfina a um doente para aliviar a sua dor ainda que de tal acto resultem "más consequências" - no extremo - uma morte mais rápida. O efeito adverso da medicação deverá ser proporcional ao objectivo da sua utilização, facto que nem sempre é possível controlar. Suspeito mesmo que o recurso ao "duplo efeito" como explicação da morte de um doente é - mais vezes do que seria desejável - clinicamente usado como forma de eutanásia (e, sem o consentimento de um doente competente, pode mesmo configurar uma forma de eutanásia involuntária i.e. de homicídio qualificado).

Os opositores da EV tendem a afastar os qualificativos "passiva" (ou mesmo a evitá-lo) i.e. "deixar morrer" - significando uma recusa da obstinação terapêutica -, e "activa" ("matar"). Muitos autores (Young, Rachels, Singer, McMahan, Galvão) acham que não há diferença entre uma omissão e uma comissão, em termos éticos, se delas resultar um mesmo evento. Outros autores discordam, reclamando que *a intenção* do agente é relevante [EMANUEL, 2014; SGRECCIA, 1996].

A doutrina do "duplo efeito" - parece-me - considera os médicos seres humanos demasiado ingénuos e os únicos em que funcionaria na perfeição uma rígida hierarquia da intenção que preside à sua acção: que mata o doente com uma *overdose* de morfina quando pretendia *apenas* atenuar-lhe a dor. Ouço colegas de todo o país, nos intervalos dos congressos, internistas e intensivistas, sobretudo, falarem de casos clínicos por eles experienciados, usando frequentemente a expressão - quando a situação de um doente se tornou insustentável - "carreguei na morfina", sem que me pareça que a intenção fos-

se outra que não abreviar o sofrimento do doente (e, até, otimizar a alocação dos recursos humanos existentes). Os consequentialistas, e bem - a meu ver -, têm alertado para a hipocrisia desta hegemonia da *intenção* como apanágio de "correção ética": muito mal foi feito *sem* intenção (não deixando de ser um mal, leia-se Arendt) ou com boas intenções inconsequentes (há um adágio popular sobre isso...); e das más intenções não resultam necessariamente más acções (ou já estaríamos todos condenados por desejar uma outra mulher sem que alguma vez tivéssemos sido infiéis, de outro modo, à nossa).

Não começar um tratamento, ou mesmo suspender cuidados, em doentes terminais, são ambas formas de matar o doente. Se por omissão ou comissão é irrelevante eticamente. Porventura uma mãe que deixa o seu filho morrer de fome *tem menos culpa* que outra que lhe dá uma injeção letal, por hipótese, encontrando-se nas mesmas circunstâncias de desespero e penúria? Ou, inclusivamente, não será a atitude desta última, em certas circunstâncias, mais "humana"? Neste *mundo subllunar* onde moramos, que provavelmente é o único que existe, abandonados a nós mesmos e ao acaso e ao mal, o raciocínio utilitarista pode parecer cruel mas, em muitos casos, é o único capaz de fundamentar devidamente a nossa acção.

4-O argumento do "precedente"

Será que ao permitirmos a EV não estamos a abrir caminho para a aprovação (social e política) de formas de eutanásia não voluntária e involuntária? Muitos autores acham este argumento inconsistente: i.e., não há inconsistência lógica em apoiar a EV e rejeitar a eutanásia involuntária uma vez que as linhas de separação estão

bem definidas! **Em rigor, a auto-determinação do doente expressa num consentimento informado fará toda a diferença.** Também, psicologicamente, nada leva a crer que se possa transpor essa barreira [YOUNG, 2014]. Acresce que este argumento fala sobre o futuro de uma cadeia de causalidade não demonstrada, sobre o qual nada se poderia dizer, não fossem alguns dados provenientes da Holanda, de que já dispomos.

O receio que se caia numa nova forma de eugenismo nazi não é sequer uma comparação intelectualmente séria. As práticas genocidas e eugénicas nazis não são comparáveis à EV de que aqui se fala, ainda que os nazis as tenham

10- Mill, tal como Kant, "prezando" o princípio da autonomia, não advogavam - no entanto -, o direito ao suicídio; precisamente porque a autonomia "não permite o fim voluntário das condições necessárias para a autonomia" [EMANUEL, 2014, p. 4]. Esta questão, como vimos, prende-se com a teoria correlata de que a vida não é um bem disponível e que como tal - a sua importância e defesa - não é subordinável ao princípio da autonomia [NEVES, 2014]. Na minha humilde opinião isto parece um entretenimento de filósofos, se assumirmos que, na prática, o "homem secularizado" não se questiona por algo (acima de nós?) que não permita o exercício da nossa vontade, pois que este algo não existe, e, para utilizar um conceito schopenhaueriano, a nossa vontade é essencialmente soberana.

11 - YOUNG, 2010, p. 10.

12- Visão hipocrática e gadameriana, mas que pode ser questionada pelo que entende um indivíduo (o médico) ser o ideal de bem do outro?

13- SERRÃO, 1998, p. 87.

14- Idem, p. 88.

15- É conhecido o relato impressionante do Dr. Quill sobre a sua doente Diane em cujo SA colaborou: "I wonder how many families and physicians secretly help patients over the edge into death in the face of such severe suffering. I wonder how many severely ill or dying patients secretly take their lives, dying alone in despair.(...) I wonder why Diane, who gave so much to so many of us, had to be alone for the last hour of her life" [QUILL, 1991].

Bibliografia

- EMANUEL, Ezekiel, "Euthanasia and physician assisted suicide", In *UpToDate*, Dizon D. S. ed., Wolters Kluwer Health, 2014, em www.uptodate.com
- GALHA, Lucília, *Morte Assistida*, Oficina do Livro, Lisboa, 2013.
- MELO, Jorge, *A Medicina e a Morte*, COMUNIO XXVIII-1, Lisboa, 2011, pp. 19-29.
- MÓNICA, Maria Filomena, "Prefácio", In *Morte Assistida*, Oficina do Livro, Lisboa, 2013.
- NEIMAN, Susan, *O mal no pensamento moderno*, Gradiva, Lisboa, 2005.
- NEVES, Maria do Céu Patrão, OSSWALD, Walter, *Bioética Simples*, 2ª edição, Edição Babel, Lisboa, 2014.
- ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B. D. et al. "Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey", In *The Lancet*, 2012 sep 8 [380 (9845)], pp. 908-915.
- RACHELS, James, "Sobrevivemos à morte?", In *Problemas da Filosofia*, Gradiva, Lisboa, 2010, pp.71-92.
- RACHELS, James, *The end of life*, Oxford University Press, Oxford, 1986.
- SINGER, Peter, *Escritos sobre uma vida ética*, Dom Quixote, Lisboa, 2008.
- REIS, José, "O prazer e a dor", In *Biblioteca de Filosofia*, Nº 16, Edições Afrontamento, Porto, 2008.
- SERRÃO, Daniel, "Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer", In *Ética em Cuidados de Saúde*, Coord. Daniel Serrão e Rui Nunes, Porto Editora, Porto, 1998, pp.81-92.
- SGRECCIA, Elio, "Bioética, eutanásia e dignidade da morte", In *Manual de Bioética – I Fundamentos e Ética Biomédica*, Edições Loyola, S. Paulo, 1996, pp. 601-647.
- YOUNG, Robert, "Voluntary Euthanasia", In *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Edward N. Zalta ed., Summer 2014, em <http://plato.stanford.edu/archives/sum2014/entries/euthanasia-voluntary/>
- SANTOS, João Ribeiro, Sr. Dr. *Dá-me licença que morra? Vs Sr Dr., ajuda-me a morrer?*, ROM, Lisboa, Novembro de 2015, pp.72-78.
- QUILL, T., "Death and Dignity", In *New England Journal of Medicine*, Vol. 324(10), 1991, pp. 691-694.

designado como tal. Na Holanda, por exemplo, a lei é explícita e rigorosa, e a monitorização e fiscalização não tem permitido (muitos) abusos. Não só a legalização da EV não aumentou os casos de eutanásia involuntária (pelo contrário, reduzidos de 0,8 para 0,2%) como os casos de EV têm mantido frequências estáveis desde que a lei foi aprovada em 2002 (perto de 3%) [YOUNG, 2014; GALHA, 2013; ONWUTEAKA-PHILIPSEN, 2012]. De qualquer modo, o argumento do precedente não poderia contrariar, por fim, o que já se faz em todo o mundo, quando se respeita o princípio da autodeterminação do doente que *recusa um tratamento que lhe poderá custar a vida* ou quando o médico suspende um tratamento inútil ou introduz uma terapêutica arriscada para reduzir o sofrimento do doente - após ter obtido para tal o consentimento do doente. Nestes casos, diz Emanuel, *o doente consente, o médico actua e o doente morre*, e todo o percurso é eticamente inatacável na maior parte dos consensos actuais. A diferença relativa à EV activa reside apenas na intenção formal que preside o acto, o que, como vimos, é uma justificação eticamente débil.

Considerações finais

Como vimos a propósito das diferenças entre EV e SA, o ideal seria que fosse a EV a legalizada, preferencialmente, uma vez que, no SA, correm-se mais riscos de "incidentes" desagradáveis. Além disso, providenciar o suicídio de forma médica será mais "humano" do que confiar que o doente o faça, até pelos seus próprios meios, num momento da história da nossa civilização que tem despenalizado o suicídio. É ainda, em muitos países, de acordo com inquéritos médicos, já se realiza a eutanásia

a pedido do doente, à margem da lei (ou com grande bonomia dos juízes), por motivos de "compaixão", e do que se trata seria tornar mais transparente, regulamentada e monitorizável, uma prática afinal corrente [EMANUEL, 2014]. Estes argumentos são "parentes" daqueles que ouvimos - tantas vezes - em relação à despenalização do aborto em Portugal.

Aceitando a EV/SA, levanta-se a questão (suscitada pelo Dr. João Ribeiro Santos) de estabelecê-la como um acto médico ou não. O médico não deve ser condescendente nem arrogante para com o seu doente, ainda que não compartilhe dos seus ideais de vida (isto faz parte do nosso CD); ora isto é incompatível com a atitude dogmática e fechada do CD quanto à ajuda que um doente pode dever merecer do seu médico, mesmo que essa ajuda seja a de lhe administrar uma "morte compassiva". Porque não? Já Gadamer começava a sua análise do médico como um "curador ferido", i.e. vencido pela morte, para chegar ao seu papel, numa abordagem simplista, sacerdotal, como doador de sentido. Será? Não fará mais sentido que nos resignemos ao nosso papel de *não sermos deuses* nem orientadores espirituais de almas mas de pessoas com vontade própria? Quem definiu "o bem" que o doente deseja ou que a vida deve ser vivida a todo o custo? Em vários inquéritos médicos, nos Estados Unidos, perante um certo evento clínico (um AVC hemorrágico, por exemplo), o médico-vítima podia escolher entre começar ou não um tratamento (ventilação assistida, por exemplo) que o mantinha vivo – vamos dizer, 3 anos – e ligado ao ventilador, ao fim dos quais morreria com uma pneumonia. A maioria desejou que nenhum tratamento fosse iniciado ou então que

fosse suspenso logo que possível... Neves é especialmente crítica quanto à utilização do médico para a EV¹⁶. A jornalista Lucília Galha lembra que não se trata de debater e legislar para obrigar alguém a fazer algo contra a sua vontade mas *abrir a porta a mais uma alternativa* [foi aqui que vim buscar a expressão usada antes]. Diz-nos a autora: “a ignorância que existe em relação ao tema em geral (...) leva as pessoas a pensar que esta 'minoría' - que quer ter o direito a desempenhar um papel activo na sua própria morte – tem vontade de morrer. Este pressuposto não podia estar mais errado. Aquilo que encontrei [nas entrevistas que conduziu no seu livro] foram pessoas ávidas de vida”¹⁷. No livro de Galha, lemos frequentemente – nos doentes entrevistados – que o que

os motiva para a EV/SA é o desejo de poderem escolher uma morte sem dor e sem que ainda se tenha dado uma perda de autonomia ou qualidade de vida irreversíveis. Dizem que a sua "dor é individual" e que a sua "dependência é indigna". Alguns doentes dizem mesmo que, à margem de qualquer compromisso confessional, se trata de conceber que *a sua vida biográfica* (nas palavras de Dworkin) *se completou, cumpriu, resolveu*, e mais nenhum significado há a acrescentar-lhe. Naturalmente, a visão do valor do sofrimento - e da dor em geral - na perspectiva cristã estão muito longe desta análise... No mesmo livro, recordam-nos uma citação do filósofo Max Charlesworth, que diz que não faz de Deus quando conduz livremente a sua vida, nem quando escolhe o

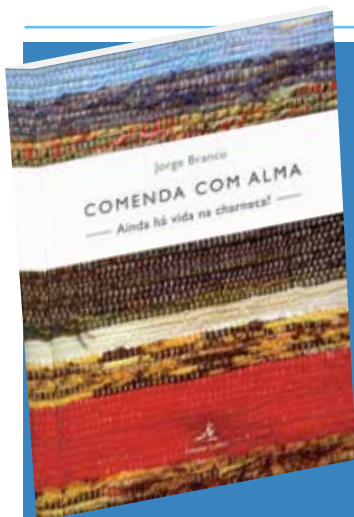
modo como vai morrer: “Para um cristão, Deus não é honrado por uma pessoa que abdica da sua autonomia e liberdade e se submete passivamente ao destino” [GALHA, 2013]. Se assim fosse, no extremo, nem devíamos procurar o médico quando adoecêssemos. Qual o sentido deste *dever de viver a todo o custo*? Susan Neimann, e mesmo Donna Hicks, recordam-nos que o valor da vida é *efectivamente* relativo: o desejo de ser decente ou digno pode (e deve) muito bem vencer o desejo de viver a todo o custo.

A posição aqui assumida é pessoal e NÃO institucional.

16- NEVES, 2014, pp. 232-233.

17- GALHA, 2013, p. 22.

cultura



Comenda com alma

Jorge Branco editou em 2015 o livro *Comenda com alma*, em cuja nota de abertura o autor resume desta forma a sua obra: «os textos que reúno em "Comenda Com Alma", são diferentes uns dos outros na sua génese, temática, enquadramento temporal e estrutura. Alguns são meramente descritivos e factuais, outros apresentam-se mais ficcionados e imaginativos. São aí revividas situações conhecidos de grande parte dos comendenses, de várias gerações, e situações novas; todas vivenciadas e embebidas na cultura rural da nossa aldeia; mas, igualmente, passadas pela minha visão parcial, que lhe acrescenta o seu cunho interpretativo ou ideológico, sempre com uma pitada de humor, num tom provocador e alegre. As crónicas que vos apresento, foram escritas a partir do meu acervo de memória, ao correr da pena, sendo "absorvidas" ao longo de

mais de meio século de convívio com estas gentes que são as minhas. As personagens são, em geral, bem tratados, mas podem, nalguns pontos, não agradar, aos próprios ou seus familiares ainda vivos, neste ou naquele pormenor. Não sendo, de todo, minha intenção ferir susceptibilidades de ninguém, peço antecipadamente desculpa, por "qualquer coisinha". Trata-se de um livro que também pretende fazer sorrir, como explica Jorge Branco: «Fico sempre contente quando os leitores desabafam: "diverti-me imenso com o seu livro; fartei-me de rir". Partilho a opinião de que até as coisas sérias se podem tratar com humor; as divertidas, como as estórias que vos ofereço neste livro, por maioria de razão, devem alimentar gargalhadas de se lhe tirar o chapéu: pois rir é ainda, um dos melhores remédios para o bem estar do corpo e da alma. Gostava de alimentar esse fundo risível que há em todos nós, mesmo quando nos apeteça chorar...»



Mariana Alves

Médica Interna de Medicina Interna - Centro Hospitalar Lisboa Norte / Hospital Pulido Valente
Assistente de Semiologia Clínica - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Estágios de cuidados paliativos no internato de medicina interna

As enfermarias de medicina são atualmente ocupadas por doentes crónicos agudizados e frequentemente doentes em fim de vida. No entanto, a preparação dos internistas para a abordagem e manejo desta realidade é escassa.¹

A perceção desta realidade alertou-me para a necessidade de realizar formação em cuidados paliativos. Iniciei por realizar o curso básico da APCP durante 3 dias que se mostrou insuficiente para as minhas necessidades, pelo que de seguida incluí no meu plano de internato a realização de três meses de formação na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz.

Apesar das diferenças inerentes ao facto de ser uma instituição privada, recorri a esta unidade de saúde pelo reconhecimento e qualidade da mesma e por não se dedicar exclusivamente a doentes oncológicos, tal como ocorre na minha prática clínica.

Antes de iniciar esta atividade assumi que seriam três meses pesados, psicologicamente desgastantes por toda a carga emocional envolvida no processo de morte dos doentes e luto dos seus familiares. No entanto, considerando os benefícios de formação e o tempo limitado deste estágio sabia que seria uma mais-valia formativa.

Findos estes três meses de grande aprendizagem científica, relacional e de comunicação, fico ainda mais convicta que deveria ser parte obrigatória do internato de Medicina Interna a realização de um estágio

de cuidados paliativos.

Considerando que a unidade onde estagiei tem condições privilegiadas para a realização da prática clínica, dada a redução de dificuldades burocráticas e facilitação de processos administrativos, e as excelentes condições do espaço físico, também não se pode negligenciar a exigência e qualidade dos profissionais que a constituem - seja voluntários, auxiliares de ação médica, psicólogos, enfermeiros ou médicos, tendo a maioria, formação pós-graduada nesta área.

Sendo difícil reproduzir esta excelência de cuidados numa enfermaria de agudos de medicina parece-me ser o dever de todos os profissionais melhorar os seus conhecimentos e encontrar disponibilidade para aprender a adequar os seus cuidados a doentes em diferentes estadios de evolução da doença.

Quando incentivo colegas a realizar este estágio, todos assumem a importância e pertinência do tema, mas vários preferem minimizar o contacto com esta área e têm receio do “ambiente pesado” que poderá ser vivido durante esta atividade clínica.

No entanto, ao contrário do que eu própria achava, o ambiente não é

pesaroso ou de sofrimento, pelo contrário o trabalho em equipa, a boa disposição e entreatada de todos os profissionais associada à boa prestação de cuidados aos doentes e seus familiares, torna esta realidade leve e tranquilizadora.

Outro “mito” desmistificado passa pelo controlo de sintomas em doentes em fim de vida, tão diferente da abordagem que é utilizada nas enfermarias de medicina. E, ao contrário da minha ideia inicial, a maioria dos doentes não está nesta unidade para morrer, prova disso é que nestes 3 meses de estágio 75% teve alta hospitalar, ou seja, apenas 25% dos doentes internados em tipologia de paliativos faleceu no serviço.

Antes de realizar este estágio se me perguntassem se eu conseguiria trabalhar numa Unidade de Cuidados Paliativos durante vários meses/anos, clara e prontamente eu diria que não, no entanto após esta experiência, percebo que a realidade é bastante sobreponível à minha própria, a diferença encontra-se apenas na qualidade dos cuidados prestados aos doentes em fim de vida e seus familiares.

Referência:

1. Rui Carneiro. Medicina interna, cronicidade e terminalidade. Rev Port Medicina Interna. 2014; 21: 91-96



Joaquim Branquinho Pequeno

Carta a jovens colegas, e não só a propósito de um concurso

“Reduzir a aventura humana à competição é descer o indivíduo à ordem dos primatas”
(Albert Jacquard, geneticista 1925-2013)

Não me é agradável escrever na primeira pessoa. O caso de que fui protagonista não tem comparação com o que ocorre nos tempos que vivemos de destruição das regras morais, de desumanidade, opressão, barbárie e retrocesso civilizacional. Mas nem por isso este processo é um epifenómeno. Não é pois despreciando assinalá-lo, como procurarei pôr em evidência. Para além de estas linhas traduzirem de modo catártico a exteriorização da emoção, considero importante que elas sejam submetidas à apreciação dos colegas e em particular à dos mais jovens. Neste registo, uma das primeiras ilações que poderá ser tirada é a de fomentar o espírito crítico e a resistência face à impunidade, a coberto da capa falaciosa dos Direitos Humanos e, no nosso caso, “do interesse dos nossos doentes”. Candidatei-me em Portugal a um concurso a Chefe de Serviço de Ortopedia em vista ao preenchimento de vagas existentes

em vários Hospitais Distritais. Após o anúncio oficial dos resultados em Outubro de 1991, impugnei o dito concurso invocando ilegalidade do mesmo e, por via dela, apreciações subjectivas e tendenciosas quanto à classificação final, confirmadas após comparação do meu curriculum com o de outros candidatos com classificação superior à minha. Importa referir também que só tive acesso a esses curricula após intimação judicial do Ministério da Saúde, em cujos serviços pontificava um médico que, contrariamente à lei, recusou disponibilizar-mos espontaneamente. Importa sobretudo assinalar que, entre a publicação oficial dos resultados, seguida de impugnação em Outubro de 1991, e a sentença, emitida pelo Tribunal em Julho de 2015, decorreram vinte e três anos e nove meses! Essa recusa era já sinal premonitório de mau augúrio que não valorizei na altura porque na minha vivência profissional durante

cerca de uma dúzia de anos em terras de além Pirenéus, tais ilegalidades eram simplesmente impensáveis. Não será um acaso o facto de o Ministro da Saúde ter sido nesse período Arlindo Carvalho, na cúpula portanto do sistema de saúde. Um ministro que deixou de ser notícia na Comunicação social quando terminou as suas funções mas que, curiosamente, veio de novo a ficar em destaque quando reapareceu por causa do escândalo do BPN, e se presume inocente, até prova em contrário.

Importa salientar que enquanto Ministro era devidamente secundado por juristas do seu Ministério que, comodamente instalados nos seus gabinetes, opinavam e enviavam os seus doutos pareceres às instâncias superiores. Ao tempo da ditadura apelidavam-nos “His master voice”, dada a manifesta vassalagem ao Dr. Salazar. Hoje, os tempos são outros. A estes zelosos agentes do poder

chamarei “democraticamente”, burocratas “orgânicos”, ou seja, institucionais. Ressalvo porém que dois juristas desse mesmo Ministério, a Dra. Albertina Castro e o Dr. Carlos Faria, alheios ao processo, me prodigalizaram amigavelmente úteis conselhos, convictos de que a razão me assistia. Aqui lhes deixo o meu reconhecimento. Sem esquecer que nesta longa saga fui sempre juridicamente acompanhado pelo saber, tenacidade e amizade do Dr. João Correia, ultimamente coadjuvado pela Dra. Célia Galante. Aqui lhes deixo também o meu público reconhecimento.

Retomando a sentença acima emitida, ela inscreve-se em três vertentes distintas: a primeira, que considero a mais importante, refere-se à ilegalidade do concurso. O tribunal deu-me razão e condenou o Estado. A segunda vertente diz respeito ao arrastamento do processo nos tribunais, tendo a sentença concluído em síntese que “não tendo sido feita prova que tal aconteceu”, a considera “improcedente”. Finalmente, a terceira vertente diz respeito ao júri e à Administração. Quanto ao júri, o seu presidente, teve segundo o tribunal um “comportamento censurável”. Era parente por afinidade de um dos candidatos. Tendo ele infelizmente já falecido, obrigo-me a um dever de contenção e nada mais adianta. No referente aos agentes da “Administração de Saúde”, “afigura-se o juízo de censura ético-jurídica à Administração (ao réu) quando devendo e podendo decidir em prazo razoável, quando podendo e devendo cumprir nos prazos estipulados em lei... agiu desconforme ao que era exigível”.

Fica assim reconhecida judicialmente a violação do princípio da legalidade, nas suas diversas vertentes.

Todos conhecemos os constrangimentos vários a que as instituições públicas estão submetidas, as dos médicos certamente e as dos tribunais certamente também. Mas assim como qualquer cidadão tem direito à saúde, ele tem também direito à celeridade dos processos, e “a uma decisão em tempo útil”. Muito embora havendo neste processo intervenientes vários, há em meu entender, no caso que nos ocupa, uma visão maniqueísta do tribunal que, inocentando-se, se coloca acima de qualquer suspeita. Vinte e três anos e nove meses é manifestamente exagerado. Por outro lado, os prazos de validade de eventuais aplicações de sanções administrativas estão há muito tempo ultrapassados.

Voltando às nossas vivências médicas, dirijo-me particularmente aos mais jovens que estão no horizonte do furacão mas também aos menos jovens que, embora felizmente “instalados”, no seu dia a dia, são confrontados com muitas situações susceptíveis de desmotivação, frustrações, de humilhação, motivo mais que suficiente para indignação. Esta Revista da Ordem dos Médicos tem vindo reiteradamente, e bem, de forma exaustiva e documentada, a fazer uma análise crítica destas situações, desafiando frontalmente as altas instâncias para que venham a terreno, nomeadamente no que respeita à incerteza das carreiras, à deficiente tutela com directa repercussão sobre a formação, e outros constrangimentos. Incluindo “os médicos de aluguer” de

que se fala, isto é médicos-mercadoria contratados pelo Estado em instituições particulares que a esse negócio se dedicam. Por outras palavras, uma espécie de “Rent a doctor”.

Por outro lado há também motivo para reear que o acto médico tendencialmente robotizado e espartilhado “em objectivos” administrativos, perca qualidade, o que por arrasto atinge a Medicina Portuguesa. Há sem dúvida centros e instituições de referência na prática clínica, na investigação e na inovação. Mas a classe médica no seu todo está vocacionada à partida para os 10 milhões de portuguesas a quem devem ser prestados cuidados. Se constatamos haver ainda, por enquanto, suficientes médicos, em qualidade e quantidade, forçoso é de concluir que as razões disruptivas do sistema de saúde são de natureza política, que por arrasto, tem consequências económicas gravosas.

O desmoronamento das instituições públicas vai de par com acrescida voracidade do sector privado, cada vez mais invasivo e concentrado.

Dito isto, torna-se evidente que o maior perigo que espreita decorre das preguiçosas indiferenças face às injustiças que nos rodeiam, de perto ou de longe, e que de tão rotineiras passam a ser banais e permanentes, expressas num encolher de ombros: “é a vida...o que é que se há-de fazer”?! Resignação e fatalismo? Não. Bertold Brecht, o grande escritor e dramaturgo alemão da primeira metade do século passado, já tinha dado o alerta. Aqui resumo a sua mensagem: “enquanto o infortúnio vai acontecendo aos outros não me preocupo, não me diz res-

peito... Até ao dia em que nos bate também à nossa porta e aí, já será tarde”.

Em tal contexto, é oportuno e pertinente pôr em evidência o perfil de Stéphane Hessel, o percurso de um resistente: evadiu-se por duas vezes dos campos de concentração nazi. Participou, com a França ocupada em 1944, no Conselho Nacional de Resistência, de onde veio a sair a base do programa do governo francês após a libertação. Em 1948, ele foi co-redactor da Declaração Universal dos Direitos do Homem. Seguiu-se um exaustivo percurso ao longo de anos de empenhamento cívico, nacional e internacionalmente, que seria fastidioso aqui desenvolver. Aos 93 anos, em 2010 escreveu um pequeno livro, “Indignai-vos”, seguido pouco tempo depois de um outro “Engajai-vos”. Este ilustre cidadão do mundo, 67 anos depois de ter colocado a sua impressão digital na citada “Declaração Universal” e vendo o actual estado do mundo, desiludido e amargurado, sentiu a necessidade de escrever esses dois livros com tão apelativos títulos. De facto, é forçoso constatar que esses trinta empolgantes artigos que dão corpo à Declaração Universal dos Direitos do Homem, são hoje praticamente letra morta. Podemos discordar de Stéphane Hessel num ou noutro aspecto, mas o cerne do seu pensamento é uma vivificante incitação a essa indignação e um vibrante apelo a esse engajamento que considera um direito e um dever face à barbárie global que nos envolve. Ouçamo-lo: “não basta indignar-se da injustiça como se se tratasse dum vasto panorama... muito concretamente a injustiça apre-

senta-se à minha porta, aí e já”. Por acção ou omissão somos todos responsáveis pelos nossos actos.

Não deixarei também de referir, no Jornal do Fundão de 27/ 08/ 2015, o artigo de Rui Cabral, um colega nosso, que não conheço pessoalmente, e que tem por título “Os Impreparados”. É um texto veemente, com o qual concordo nas suas linhas gerais, na denúncia do que o autor considera a impreparação e a incompetência da Administração Pública em geral, do topo às Administrações regionais e locais. Minuciosamente, este artigo abrange vários aspectos da vida portuguesa, Economia, Saúde, Justiça etc. Permito-me apenas discordar do título “Impreparados”. Em cerca de três décadas e meia, todos estes agentes que o articulista denuncia, conseguiram vender Portugal. Portanto prepararam-se bem para isso. Foi obra. Obra feita!

Alguns deles, por convicção. Formatados no neoliberalismo económico da Escola de Chicago, que teve o seu laboratório e primeira relevante aplicação social no Chile durante a ditadura do Pinochet - após prévio assassinato do presidente eleito Allende - e logo sob o poderoso impulso dos desmandos de Thatcher e Reagan, se foi progressivamente impondo como ideologia dominante pelo mundo fora. Outros agentes se notabilizaram pelo carreirismo e a submissão, em que se incluem os tais “idiotas úteis” a que o articulista se refere, ou burocratas “orgânicos” como acima referi.

Há ainda alguns restos da nossa riqueza nacional mas que, tudo leva crer, também estão no ponto de mira da avidez imparável

dos neoconservadores. Pese embora a hipocrisia e a mentira a que esses agentes recorreram, cumpriram eficaz e “democraticamente” as suas tarefas, “a bem da Nação”. Há um pérfido ministro que recorrentemente se ufana de pertencer “a uma Nação com novecentos anos de História que teria recuperado a sua soberania”. Trata-se de um desses Embaixadores, tipo caixeiro-viajante da venda de mercadorias, salvo que se desloca de avião a jacto pelos quatro cantos do mundo e disso se orgulha. Estranho empenhamento patriótico.

Se é certo que a oligarquia age clandestinamente, toma decisões nos bastidores e destrói a humanidade sob a capa do progresso, por outro lado ainda nos interrogamos sobre o que fazer para deter essa avalanche predadora. Não seremos nós os “Impreparados”?

Perguntarão os colegas, com alguma razão, o que terá tudo isto a ver com o meu concurso. Direi que os agentes que o bloquearam, à sua escala e no seu âmbito a nível nacional, são também de certo modo uma peça da engrenagem trituradora que interfere nas nossas vidas, na minha neste caso, e no nosso quotidiano. E assim vai a “Res Publica”.

Conclui-se, que tardou e jamais será feita justiça completa. Mas mesmo assim a sua busca continuará, até aos limites do possível.

Santarém, 11 de Novembro de 2015.



Francisco Pavão

Médico Interno de Saúde Pública;
Membro da Direcção da ONG Mundo a Sorrir

Saúde Pública em Taiwan

No passado dia 7 de Novembro as agências internacionais deram largo destaque a um encontro histórico que sentou à mesma mesa as até agora denominadas China Popular e China Taiwan. Tão próximas quanto distantes, uma vez que partilham a mesma língua e o respeito por um grande líder chamado Sun Yat-sen, fundador e primeiro Presidente da República da China.

Todavia, e como curiosidade devemos assinalar que o Pai da Nação, o líder Sun Yat-sen, era licenciado em medicina, estu-

dou no Havai e Hong-Kong, tendo iniciado a sua carreira clínica no ano de 1882 em Macau, então território Português, no Hospital Chinês Keng-Wu como médico voluntário. Por esta razão, é então legítimo que alguns estudiosos refiram que Sun Yat-sen foi uma das mais ilustres figuras a praticar medicina em território Português, para além do já conhecido e prestigiado Papa Pedro Hispano.

Mas a grande separação entre a China Taiwan e a China Popular, acontece com a retirada do General Chiang Kai-shek para

a ilha Formosa, ora chamada Taiwan, na sequência da tomada de poder por Mao Tsé-Tung, criando assim a separação de um povo que falava a mesma língua e tinha as mesmas aspirações de paz e liberdade.

Recentemente tive a oportunidade de estar presente em Taiwan para participar no 15º Fórum de Saúde Global, organizado pelo Ministério da Saúde, estando presentes diversos especialistas europeus, africanos, americanos e asiáticos, dando assim força e sustentabilidade à denominação global.





O nosso país esteve também presente uma vez que fui incumbido de representar a Organização Não Governamental, “Mundo a Sorrir”, uma jovem associação portuense que promove a saúde oral e estilos de vida saudáveis em Portugal e nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Foi com muita satisfação que encontrei também os colegas e amigos André Peralta, que representava o Fórum Gastein Jovem, e o Ricardo Baptista Leite, aluno de doutoramento da Universidade de Maastricht, que fez uma brilhante intervenção sobre o papel da sociedade civil nas políticas de Saúde.

Na minha opinião, a presença de numerosos e prestigiados especialistas, a inevitável troca de conhecimentos e a viva dis-

cussão dos temas agendados que este ano se focaram mais na governação e liderança, bem como a importância da sociedade civil na saúde, enriqueceram o debate e permitiram construir pilares de conhecimento para a nova era da Saúde Pública Global.

Os taiwaneses, povo simpático e acolhedor, souberam receber com cortesia e a peculiar gentileza. Por sua vez os participantes tiveram a oportunidade de conhecer e reunir com os órgãos executivos do “Center Control of Diseases” e o “Health National Insurance”, o que permitiu não só perceber a importante evolução do seu sistema de saúde, mas sobretudo reconhecer que a Saúde Pública no que à vigilância epidemiológica, promoção da saúde e outras áreas

fundamentais diz respeito, são uma grande aposta do sistema de saúde deste país.

Finalmente este congresso foi também uma oportunidade para perceber por que razão os nossos corajosos antepassados nas suas investidas para o longínquo oriente chamaram Formosa a esta pequena ilha. De facto, a beleza das suas paisagens – onde sobressaem as montanhas cobertas por uma bonita e luxuriante vegetação que agora serpenteiam a imensa cidade de Taipé – que contrastam com uma arquitectura moderna e arrojada, bem justificam como os portugueses de antanho a baptizaram.