

Revista

Ordem Médicos

SOB

ano 32 n.º 168 Abril | 2016 Mensal | 2€

Entrevista a Nuno Quintal
Só com recursos humanos qualificados
se constrói o futuro de um país - pág. 32

Entrevista a Paulo Freitas
Investir na saúde é investir
no desenvolvimento social e económico
- pág. 37

**OM lança petição pela
redução do horário laboral
para acompanhamento dos filhos - pág. 14**

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 32
N.º 168
Abril 2016

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:
Diário do Minho, Lda.
Complexo Industrial Grundig
Bloco 5 - Fração A
4710-087 Braga – Portugal

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 Eutanásia
Um conflito de valores

informação

11 Inquérito nacional de satisfação
aos Médicos Internos

12 Dúvidas relativas ao concurso
Internato Médico 2016

14 OM lança petição pela redução
do horário laboral para
acompanhamento dos filhos

17 Condenação por recusa em
prestar assistência a um doente

18 João Décio Ferreira agraciado
com medalha de ouro

19 Atendimento presencial
- Fundo de Solidariedade da OM

19 Relatório e contas do CNE

20 Conselho Consultivo para as
Terapêuticas Não Convencionais

cultura

actualidade

23 Projetos científicos e de
iniciativa comunitária

24 Infecções Nosocomiais

28 APPACDM Coimbra:
A felicidade para pessoas especiais

31 Organizações médicas
de Portugal e Espanha
unidas para defender profissão

entrevista

32 Só com recursos humanos
qualificados se constrói
o futuro de um país

37 Investir na saúde é investir
no desenvolvimento social
e económico

SRN - informação

42 Reacção do Presidente do CRN
à entrevista do Ministro da
Ciência ao Expresso

43 II Congresso
"SNS: Património de Todos"

SRS - informação

48 Delegação reuniu-se com
responsáveis do CHLO
no Hospital de Egas Moniz

51 "O homem é um animal
de hábitos"



52 O outro lado de João Grenho

53 Faro precisa de mais
investimento no tratamento do
cancro do pulmão

SRC - informação

54 "Temos turnos para preencher..."

55 Guarda: Ordem dos Médicos
visita Hospital Sousa Martins
e USF A Ribeirinha

56 Ordem dos Médicos no Centro
de Saúde Militar de Coimbra

57 Figueira da Foz:
Novos conceitos e avanços em
debate no Congresso Nacional
de Cirurgia

58 Clube Médico exhibe
"Passagens do Hommo Bacallaus"

59 Cerimónia de celebração dos 75
anos da Liga Portuguesa Contra
o Cancro

opinião

60 Os Médicos, o trabalho,
o progresso e a Vida

63 Certificação da aptidão médico
desportiva – O papel do Médico
de Família

64 Um olhar para além da superfície

66 Saúde Pública... a norte!

68 Os dogmas

70 Cuidados de Saúde Primários
no Domicílio

71 Pelo reforço da formação
em Medicina Paliativa em Portugal

74 Nós por cá...

76 S.N.S. - que modelo para Portugal?

76 Deixar morrer morrendo bem

histórias da história

82 Pré-história dum SNS a haver

Nota da redacção: Os artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores; os artigos inseridos nas páginas identificadas das Secções Regionais são da sua inteira responsabilidade. Em qualquer dos casos, tais artigos não representam qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos. Relativamente ao acordo ortográfico a ROM escolheu respeitar a opção dos autores. Sendo assim poderão apresentar-se artigos escritos segundo os dois acordos.

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: Paolo 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: Helena Alves
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
NEUROLOGIA
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
PATOLOGIA EXPERIMENTAL: António Silvério Cabrita
PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIAL: Alberto Costa
SEXOLOGIA CLÍNICA: Pedro Freitas



Eutanásia *Um conflito de valores*

Contributo para o debate

Depois de algumas iniciativas esporádicas, o manifesto 'Direito a morrer com dignidade' lançou definitivamente o debate sobre a eutanásia na sociedade portuguesa, implicando inevitavelmente a Ordem dos Médicos e os seus valores ancestrais, plasmados no Juramento de Hipócrates e no Código Deontológico (CD).

Duas conclusões sociais se podem já retirar desta iniciativa. Por um lado, os numerosos debates desencadeados evidenciaram as dúvidas, o profundo desconhecimento e uma grande curiosidade sobre o tema,

demonstrando a necessidade de manter o debate de ideias e insistir na informação. Por outro lado, o reduzido número de 8300 assinaturas da petição pela eutanásia, muito longe de poder ser considerado um êxito, não obstante a sua enorme politização e mediatização, é, com todo o respeito, um claro sinal de ausência de mobilização da sociedade para esta fracturante matéria. Como referencial, a petição contra a eutanásia do cão Zico ultrapassou as 83000 assinaturas, enquanto a petição pública recentemente lançada pela Ordem dos Médicos,

"PELO DIREITO À REDUÇÃO DO HORÁRIO DE TRABALHO PARA ACOMPANHAMENTO DE FILHOS ATÉ AOS 3 ANOS DE IDADE, EM DUAS HORAS DIÁRIAS, POR PARTE DE UM DOS PROGENITORES", já ultrapassou as 14600 assinaturas. Naturalmente, a função do Bastonário é defender e fundamentar o CD, disponibilizando-se sempre para todas as trocas de ideias e melhor esclarecimento dos cidadãos e das cidadãs sobre os conceitos em causa e respectivas implicações. É o que tenho feito em variegados e participados painéis e em res-

posta às múltiplas solicitações da comunicação social.

A base da análise é, inevitavelmente, o texto do manifesto “DIREITO A MORRER COM DIGNIDADE”, que suscita sete comentários principais.

O primeiro é o de que a vida e a morte são sempre dignas na sua essência, independentemente dos contextos, pelo que se torna estranha a consideração de que há vidas e mortes que não o serão, necessitando algumas pessoas de antecipar a morte para que a mesma tenha ‘dignidade’. Espera-se que o conceito de “morrer com dignidade” não seja indevidamente aprisionado pela ‘morte antecipada assistida’. A conceptualização de vidas e mortes com diferentes graus de dignidade constitui um perigoso sofisma, que já deu e continua a dar origem a muitas formas de eugenia/genocídio.

O segundo é o de que se propugna por uma despenalização quase sem limites de “doentes em grande sofrimento sem esperança de cura”, havendo a consciente preocupação de não referir doentes terminais e aceitando a antecipação da morte em dias, semanas, meses ou anos, inclusivamente de doentes em situação de depressão. O manifesto, embora nos debates se socorra de exemplos de casos absolutamente extremos como justificação para a eutanásia, não a preconiza apenas para doentes terminais mas sim para doentes crónicos, não excluindo os doentes mentais, inspirando-se claramente na legislação do Benelux.

O terceiro é o de que “os cuidados paliativos não eliminam por completo o sofrimento”, como se fosse possível alguém

ter uma vida sem sofrimento e como se devêssemos perseguir uma vida sem sofrimento, desde logo uma irreal impossibilidade. Presumimos que os autores não procurarão o sentido bíblico da expressão, mas sim o seu significado mais hedonista e mundano. Não preconizamos o sofrimento na vida ou na morte, que não haja confusões (!), mas a dificuldade em aceitar o sofrimento é causa de inadaptação e depressão, pelo que é perigoso transmitir à sociedade a contraditória mensagem de “eliminar completamente o sofrimento”. Sem aprofundar o tema, recordamos que Marguerite Yourcenar disse que o prazer e a dor são duas sensações vizinhas e Sófocles afirmou que o que nos liberta do sofrimento da vida é o amor, mas sabemos que há pensamentos em todos os sentidos.

O quarto está relacionado com a concepção de ‘opção’. Se fosse uma verdadeira e livre opção, ela seria pela vida saudável. A ‘opção’ pela morte não é uma opção, mas sim o resultado da ‘exclusão’ externa de todas as outras opções. De igual modo, o suicídio não é um acto de coragem mas sim de desespero ou de pedido de ajuda. Ainda assim, para ser uma genuína opção significaria que, primeiro, todos teriam de ter direito a optar pelos cuidados paliativos e acesso a cuidados domiciliários e apoios sociais adequados, para não fragilizar e pressionar os mais vulneráveis a recorrer à única ‘opção’ disponível, a antecipação da morte, o que seria profundamente antissocial. Ou seja, antes da despenalização da eutanásia será obrigatório o reconhecimento e efectividade do direito à opção pelos cui-

dados paliativos [pelo menos (!)], um pormenor que o manifesto descarta. Neste momento nem 10% dos doentes que deles potencialmente beneficiariam terão acesso a cuidados paliativos, que devem ser de recurso precoce na evolução da doença. Há um longo caminho a percorrer antes que alguém possa falar honestamente em direito de opção pela eutanásia; para isso teria de ter acesso a todas as outras opções, incluindo cuidados paliativos domiciliários. A verdade é que os cuidados paliativos são sempre centrados nos valores e na dignidade da pessoa, permitem a diminuição do seu sofrimento e uma vida mais confortável, mas são um direito a que a maioria não tem acesso em Portugal.

O quinto reside na opção pelo uso da expressão ‘morte assistida’ em vez daquela que traduz mais fielmente o que se pretende, ‘morte antecipada assistida’. Está provado que a terminologia usada influencia a opinião pública. Não obstante a definição que consta do manifesto, num país em que muita gente pensa que eutanásia é apenas permitir que as pessoas morram naturalmente (ortotanásia) sem intervenções médicas fúteis e artificialmente prolongadoras da vida (distanásia), a retirada do real mecanismo de antecipação permite passar melhor a imagem de ‘compaixão’. Note-se que dois em cada três adultos do Quebec pensa que eutanásia é a simples retirada de tratamento (JAMA, 2016; 315: 253-4).

O sexto é o de não considerar a via francesa, da sedação terminal a pedido sem indução deliberada da morte (BMJ, 2016; 352: i576), algo diferente dos cuida-

dos paliativos, que responde de modo distinto à questão da 'morte com dignidade e sem sofrimento'. Alguns autores compararam o tempo de sobrevivência entre os pacientes sedados e os não sedados, não encontrando diferença estatística nos resultados (Rev Bras Anestesiologia, 2012; 62: 4: 580-592). Outras estratégias para melhorar o sentido da dignidade também têm dado bons resultados (Current Oncology, 2011; 18 (2): e38).

O sétimo é o de ignorar a experiência de outros países e a verdadeira rampa deslizante a que deu origem a aprovação da eutanásia e a extensão da inerente cultura. Não são especulações ou ilegítimos temores, é a realidade, que a seguir se descreve.

- O médico está sujeito a segredo médico, pelo que terá sempre dificuldade em avaliar se um pedido de eutanásia é uma verdadeira opção ou se foi consequência de pressões familiares ou outras. Por esta razão alguns defendem que a decisão deveria passar pelos tribunais, devido à falta de salvaguardas para o doente potencialmente submetido a *bullying* familiar. Um estudo do Instituto Ricardo Jorge, "Envelhecimento e Violência", estimou que acima de um em cada dez idosos com mais de 60 anos seja vítima de violência por parte de pessoas conhecidas destacam-se a violência financeira e a violência psicológica, ambas com prevalência de 6.3%; do total de vítimas, somente um terço denunciou ou apresentou queixa sobre a situação de violência vivida.

- Ainda devido ao segredo médico, a família de um doente pode em qualquer altura ser surpreendida pela informação

de que um seu familiar foi eutanasiado, sem sequer ter uma hipótese de o ajudar. O caso de Tom Mortier, completamente surpreendido pela morte da mãe, que pediu eutanásia por sofrer de uma depressão, é paradigmático, tendo avançado com um processo contra o Estado belga no Tribunal Europeu dos Direitos do Homem. A senhora Mortier estava a ser tratada por um psiquiatra que lhe tinha dito que não seria uma candidata à eutanásia, por isso foi procurar o Dr. Distelmans, defensor da eutanásia, que a executou (http://rr.sapo.pt/noticia/52520/eutanasia_por_depressao_na_belgica_e_possivel?utm_source=rss).

- A experiência do Oregon demonstra como um médico pode falhar na avaliação de uma depressão clínica, não referenciando o doente para um psiquiatra e concordando com o suicídio assistido (BMJ, 2015; 351: h4437). Neste Estado, doentes com depressão obtiveram prescrições de medicação letal para cometerem suicídio (JAMA Intern Med, 2016; 176: 427-8).

- No Oregon, as mortes por suicídio assistido aumentaram quase sete vezes desde a introdução da legislação e na Flandres 4,6% do total de mortes são já 'medicamente assistidas'. O mais preocupante é que o maior aumento se deu entre as pessoas potencialmente mais vulneráveis a discriminação e estigma (BMJ, 2015; 351: h4437), um possível efeito antissocial.

- Na Bélgica e na Holanda a eutanásia tem sido aplicada a doentes mentais, incluindo síndrome de Asperger, distúrbios da personalidade, doentes que nunca tiveram sequer uma hospitalização por doença psiquiá-

...a vida e a morte são sempre dignas na sua essência, independentemente dos contextos, pelo que se torna estranha a consideração de que há vidas e mortes que não o serão, necessitando algumas pessoas de antecipar a morte para que a mesma tenha 'dignidade'...

trica e casos com forte componente de isolamento social e solidão, sugerindo que a eutanásia foi aplicada como um substituto para um efectivo suporte psicossocial (JAMA Psychiatry, 2016; 73: 325-6). Discute-se agora a extensão da eutanásia às demências. Progressivamente a eutanásia vai sendo transformada numa 'terapêutica' simples, barata e eficaz...

- Num número significativo de casos a eutanásia foi aplicada apesar da discordância do psiquiatra. Não é límpido porque é que alguns relatórios não estavam preenchidos ou não foram disponibilizados para avaliação independente (JAMA Psychiatry, 2016; 73: 325-6).

Sobre que valores iremos construir a sociedade em queremos viver e que desejamos legar?

- A motivação primária para a eutanásia não é a dor, até porque actualmente a dor trata-se, mas sim considerações existenciais, como receio de ser um fardo para os outros, medo de perder a autonomia e perda do sentido de dignidade (JAMA, 2016; 315: 253-4). É cruel que as pessoas possam ser induzidas a procurar a morte por receio de serem um fardo, algo particularmente relevante num país pobre como Portugal.

- A sociedade pode desistir de programas de prevenção do suicídio, que representa uma grave problema de saúde pública, e passar até a facilitá-lo. "Evidence also suggests legalizing assisted suicide 'normalizes' suicide and is associated with increases in suicide" (Assisted Suicide and Euthanasia: A Guide to the Evidence. www.bioethics.org.uk).

- Até 47% dos doentes que pedem eutanásia podem sofrer de depressão e inverter o pedido se a depressão, a dor ou o desconforto físico for convenientemente identificado e tratado (World J Psychiatr, 2015; 5: 4-14). O "cansaço da vida"

pode ser uma razão cada vez mais comum para as pessoas escolherem o suicídio assistido (Int J Epidemiology, 2014; 43: 614-22).

- A cultura da eutanásia será naturalmente transmitida aos doentes e será mais uma forma de indução do pedido. A aprovação cultural pode servir como um incentivo para o suicídio. Muitos doentes poderão ser avaliados por médicos que não os conhecem e a quem foram referenciados apenas para avaliação da eutanásia, uma decisão simplificada se o médico for favorável à solução. As clínicas da eutanásia passaram a ser um negócio.

- Na Holanda, a eutanásia, uma vez aprovada, tornou-se num tratamento normal, com um progressivo alargamento de justificações e aplicabilidade, de tal forma que haverá cerca de 300 casos por ano de eutanásia involuntária (<http://www.bioedge.org/bioethics/the-netherlands-is-normalising-euthanasia-says-dutch-ethicist/11810>). A eutanásia involuntária está instalada e é mensurável (JAMA Intern Med, 2016; 176: 427-8). "In Belgium ... What is more worrying is that research indicates that more than 1,000 patients a year (1.7% of all deaths) have their lives ended deliberately without having requested it." (Assisted Suicide and Euthanasia: A Guide to the Evidence. www.bioethics.org.uk).

- Uma elevada percentagem de casos de eutanásia não são reportados porque os médicos não os consideraram como verdadeira eutanásia, sendo muitas vezes os fármacos administrados por enfermeiros (BMJ, 2010; 341: c5174). É um tratamento rápido e barato.

- É uma ilusão pensar que salvaguardas e controlos legais evitam abusos e a verdade é que as transgressões identificadas nunca foram julgadas (Current Oncology, 2011; 18 (2): e38). Na prática, atribui-se ao médico o poder de matar. Por todas estas circunstâncias, Tim Harlow considera que "We have even greater concerns about the paucity of safeguards... If society really does wish to legalise Assisted Suicide, against the better judgement of the medical profession, then society must carry the responsibility. Our skill and duty is in healing. It must be a matter for the courts and not for doctors to decide who is to be assisted to take their own life and to implement that decision" (BMJ Supportive & Palliative Care, 2015; 5: 122-3).

- Na Holanda e na Bélgica o aligeiramento das regras está a ser equacionado para permitir a doação/utilização de órgãos de doentes submetidos a eutanásia (<http://www.bioedge.org/bioethics/everybodys-a-winner-when-euthanasia-combines-with-organ-donation-say-d1/11814>).

- A legalização da eutanásia infantil, que viola todas as regras da ética, devendo a distanásia ser intransigentemente evitada.

- A relação médico-doente pode ser afectada, perturbando a confiança do doente e da família do doente no médico (JAMA, 2016; 315: 247-8).

- "A ideia da medicina como uma profissão que encarna um compromisso comum para cuidar de pessoas que estão doentes e debilitados, de modo a restaurar sua saúde, vai desaparecer rapidamente da memória" (JAMA, 2016; 315: 247-8).

Resumidamente, as duas razões

essenciais do manifesto são o sofrimento intolerável e o direito a dispor da própria vida.

Quanto ao primeiro, a medicina e a sociedade podem reduzi-lo a uma expressão mínima, nomeadamente com o tratamento da dor e outros sintomas, cuidados paliativos e apoios sociais, pelo que perde força como argumento. Para além disso, com a Declaração Antecipada de Vontade, ou o recurso ao (não) Consentimento Informado, o doente tem a tranquilidade de saber que não será submetido a tratamentos ou intervenções que não pretenda ou que possam configurar distanásia.

Quanto ao segundo, ainda que verdadeiramente ninguém possa dispor da sua vida no amplo sentido do termo, porque se tivesse essa opção certamente ela seria pela saúde e jovialidade 'eternas', é naturalmente respeitável o direito à liberdade individual de determinar o momento do fim da vida, desde que seja uma decisão puramente livre (nunca o será realmente, pois a pessoa sente-se encurralada) e consciente (o componente depressivo é muito frequente).

Todavia, mesmo considerando o valor da liberdade individual de decisão, que quando não colide com os valores e as regras sociais se deve respeitar por princípio, embora a lei já a constanja de múltiplas formas, a verdade é que, equacionando toda a abundante e profundamente preocupante evidência de uma *slippery slope*, não existe fundamentação suficiente para abrir uma imensa e mui arriscada caixa de Pandora, modificando um dos pilares centrais dos valores da sociedade, do edifício do Direito e dos prin-

cípios milenares da Medicina, esses sim, uma efectiva salvaguarda do direito das pessoas à vida e a uma vida que cumpra os preceitos da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Recorda-se que o CD preconiza no seu artigo 57.º que: 1 - O médico deve respeitar a dignidade do doente no momento do fim da vida. 2 - Ao médico é vedada a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia. Quanto ao Juramento de Hipócrates, segundo a fórmula de Genebra, adoptada pela Associação Médica Mundial, em 1983, nele o médico promete solenemente que "Guardarei respeito absoluto pela Vida Humana desde o seu início, mesmo sob ameaça...".

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, no seu parecer 11/1995, considerou que "não há nenhum argumento ético, social, moral, jurídico ou da deontologia das profissões de saúde que justifique em tese vir a tornar possível por lei a morte intencional do doente (mesmo que não declarada ou assumida como tal) por qualquer pessoa, designadamente por decisão médica, ainda que a título de "a pedido" e/ou de "compaixão".

Também a Associação Médica Mundial, numa declaração adoptada na 39th World Medical Assembly, Madrid, Spain, October 1987, reafirmada na 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005 e pela 200th WMA Council Session, Oslo, Norway, April 2015, considera que a "Euthanasia, that is the act of deliberately ending the life of a patient, even at the patient's own request or at the request of close relatives, is unethical. This does not prevent the physician from res-

pecting the desire of a patient to allow the natural process of death to follow its course in the terminal phase of sickness". A mesma consideração para o suicídio assistido.

Para finalizar este curto texto sobre uma matéria tão vasta e complexa, direi apenas que continuarei a participar nas tertúlias para as quais for convidado, que a Ordem dos Médicos promoveu desde 2012 e continuará a promover debates sobre as múltiplas facetas e envolventes da eutanásia (relativamente aos quais esperamos a máxima participação dos médicos) e que, sem incumprimentos legais, sendo o tema tão sensível e polémico e interferindo com um dos vínculos milenares da medicina, a eventual alteração do CD no que concerne a eutanásia só será possível através de referendo aos médicos. Sobre que valores iremos construir a sociedade em queremos viver e que desejamos legar?



A AMP no seu tablet!

www.actamedicaportuguesaapps.com

- Acesso gratuito e universal a todos os artigos publicados em 35 anos de Acta Médica Portuguesa;
- Guarde os seus artigos favoritos para leitura posterior;
- Partilhe com os amigos através de e-mail, Facebook ou Twitter.



Consulte também:

- Normas de Publicação
- Processo de Submissão
- Orientação para autores e revisores
- e mais...

... em: www.actamedicaportuguesa.com



Com o apoio de:



Brevemente disponível na plataforma Android.

Inquérito nacional de satisfação aos Médicos Internos

A pedido do Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI) divulgámos no site da Ordem dos Médicos o inquérito nacional de satisfação aos Médicos Internos. O conteúdo do questionário foi validado internacionalmente - Postgraduate Hospital Educational Environment Measure. A realização deste inquérito que pretende avaliar de forma metódica a satisfação dos Médicos Internos com a realização do Internato Médico em Portugal e identificar aspetos que possam ser melhorados, tem o apoio do Conselho Nacional Executivo (CNE) da Ordem dos Médicos, bem como do Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM).

O questionário é totalmente anónimo e destinado apenas a Médicos Internos e pode ser respondido em poucos minutos no seguinte link:

<https://www.surveio.com/survey/d/inqueritonacionaldesatisfacaoaosmedicosinternos>

Transcrevemos em seguida a carta do CNMI aos Colegas, apelando à participação neste importante inquérito, que realçamos, é totalmente anónimo.

“O CNMI gostaria de pedir a todos os Médicos Internos que respondessem à adaptação do seguinte questionário, cujo conteúdo foi validado internacionalmente - Postgraduate Hospital Educational Environment Measure. A realização deste inquérito tem o apoio do Conselho Nacional Executivo (CNE) da Ordem dos Médicos, bem como do Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM).

Pretende-se avaliar de forma metódica a satisfação dos Médicos Internos com a realização do Internato Médico em Portugal e identificar aspetos que possam ser melhorados.

Este questionário é totalmente anónimo e destinado apenas a Médicos Internos.

Os resultados serão analisados e divulgados por especialidade (resultados nacionais) e por ARS (resultados analisados separadamente em médicos internos do ano comum, Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública, especialidades médicas, especialidades cirúrgicas e especialidades de meios complementares de diagnóstico e terapêutica). Nunca serão divulgados resultados de respostas individuais nem de determinada especialidade numa só instituição.

Agradecemos a colaboração de todos os Médicos Internos.

Com os nossos cumprimentos,

O Conselho Nacional do Médico Interno”

FERROGRAD® FÓLICO

Ferro elementar
Ácido fólico



Titular da A.I.M.:
TEOFARMA s.r.l.
Viale Certosa, 8/A - I-27100 PAVIA
Via Elli Cervi, 8 - I-27010 VALLE SALIMBENE (PV)
Fax 0039 0382 525845
e-mail: servizioclienti@teofarma.it

Dúvidas relativas ao concurso Internato Médico 2016

Sendo o primeiro ano em que se implementa na totalidade o Decreto-Lei n.º 86/2015 e a Portaria n.º 224-B/2015, diversas questões começam a surgir, sendo necessário existir uma total clarificação deste novo processo, de forma a que todas as partes entendam as regras na implementação desta nova forma no processo de escolhas.

As seguintes questões – que foram enviadas por carta à ACSS - estão a ser repetidamente colocadas, havendo dúvidas na interpretação da lei. A ACSS respondeu confirmando ser natural a existência de dúvidas ao afirmar que “o regime legal do internato médico foi objeto de uma alteração significativa, concretizada através da publicação do Decreto-Lei n.º 86/2015, de 21 de maio, nomeadamente, no que respeita ao processo de colocação que, após a entrada em vigor deste diploma, passou a corresponder a um único processo. Contrariamente ao regime anterior, o regime atual apenas prevê um único mapa de vagas, das quais, até 5% poderão ser preenchidas por médicos que pretendam mudar de área profissional de especialização (e que não se desvinculem), bem como por aqueles que pretendam aceder a uma segunda especialidade. Sendo este o primeiro ano em que se implementa, na totalidade, o regime legal fixado no Decreto

Lei n.º 86/2015 e na Portaria n.º 224-8/2015 é natural que se suscitem dúvidas acerca da sua aplicação”.

A negrito, a seguir a cada questão, colocamos as respostas que a Ordem dos Médicos recebeu da ACSS.

Caso 1

Médico Interno a frequentar o Ano Comum, caso não obtenha colocação na formação específica, continua o ano comum até o final (Dezembro do respetivo ano) e obtém autonomia, ou o contrato do ano comum cessa automaticamente em Junho?

Resposta da ACSS: O Médico Interno nestas condições poderá continuar sem interrupção o seu processo formativo, adquirindo, findo o ano comum com aproveitamento, autonomia clínica, e cessando, apenas nessa data, o respetivo contrato.

Caso 2

Médico Interno a frequentar um programa de formação es-

pecífica necessita de se desvincular até 31 de Maio para concorrer às 100% de vagas? A desvinculação é obrigatória em todas as situações ou caso esta não se verifique, passa a concorrer ao limite de 5% do total de vagas?

Resposta da ACSS: Caso o médico interno opte por não se desvincular poderá aceder aos 5% do total de vagas postas a concurso.

Caso o médico interno pretenda concorrer à globalidade das vagas terá de se desvincular até 31 de maio do ano em que for desenvolvido o concurso a que pretenda candidatar-se (cfr. n.º 3 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 86/2015, de 21 de maio).

A obrigatoriedade da desvinculação propriamente dita aplica-se aos médicos que tenham ultrapassado metade do respetivo Programa do internato e pretendam aceder a novo procedimento concursal (cfr. n.º 2 do artigo 25.º do Decreto-lei n.º 86/2015, de 21 de maio).

Caso 3

Médico Interno do Ano Comum que não tenha obtido uma vaga na formação específica (por já não haver vagas ou por ter optado por não escolher nenhuma das vagas ainda disponíveis), pode candidatar-se ao concurso do ano seguinte e repetir a PNS em Novembro desse ano, mesmo que não tenha cessado o contrato até 31 de Maio? Caso possa candidatar-se, este pode continuar o Ano Comum até à sua conclusão?

Resposta da ACSS: Da interpretação sistemática do n.º 3 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 86/2015, de 21 de maio, deve entender-se que a obrigatoriedade de desvinculação ali prevista, salvaguardadas as situações abrangidas pelo artigo 25.º do mesmo diploma, se circunscreve aos médicos que se encontrem já

integrados numa área profissional de especialização.

Do exposto, e não podendo interromper-se a frequência do ano comum, sob pena de se inviabilizar o reconhecimento do exercício autónomo da medicina, entende-se que os internos do ano comum, ainda que optem por não se desvincular até ao dia 31 de maio do ano a que respeito o concurso, podem candidatar-se a nova prova nacional de seriação.

Caso 4

Médico Interno em formação específica que por opção não escolha uma vaga em Junho pode candidatar-se ao concurso do ano seguinte e repetir a PNS em Novembro desse ano, escolhendo nos 5% de vagas?

Resposta da ACSS: Sim, desde que não tenha ultrapassado me-

tade da duração do seu programa de internato médico, ou seja, se frequentar a 1.ª metade do respetivo Internato.

Caso 5

Os médicos que nunca tenham obtido uma vaga de formação específica e não estejam a frequentar um programa de formação podem realizar a PNS sem limitações em anos consecutivos?

Resposta da ACSS: Sim. Nos termos da lei não há um limite máximo para a apresentação de candidatura a procedimento concursal do Internato Médico, e consequentemente, a realização de nova PNS, para quem nunca tenha conseguido integrar um programa de formação específica.

ASSEMBLEIA GERAL DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE HEMATOLOGIA CLÍNICA

20 DE MAIO DE 2016, PELAS 17 H,
NO AUDITÓRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

CONVOCATÓRIA

Exmo(a). Colega,

Venho por este meio convocá-lo(a) para uma **Assembleia Geral do Colégio da especialidade de Hematologia Clínica**, a realizar no dia 20 de Maio (6ª feira), pelas 17 Horas, no Auditório da Sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa (Av. Almirante Gago Coutinho, 151), com a seguinte:

ORDEM DE TRABALHOS

1. Novo Programa de Formação do Internato de Hematologia Clínica;
2. Rede de referenciação de Hematologia Clínica.

Agradecendo desde já a V. presença, aproveito a oportunidade para enviar os melhores cumprimentos,

Pel'O Conselho Directivo do Colégio da especialidade
Prof. Doutor Manuel Abecasis
Presidente do Colégio de Hematologia Clínica



OM lança petição pela redução do horário laboral para acompanhamento dos filhos

A OM lançou uma petição pela redução do horário laboral – em duas horas – para acompanhamento dos filhos até estes perfazerem três anos. O Colégio de Psiquiatria da Infância e da Adolescência confirma os benefícios para o desenvolvimento psicoafectivo dos bebés no documento que a seguir se transcreve e que fundamenta a petição da Ordem dos Médicos. Já em 2015, a Ordem tinha enviado este pedido à Assembleia da República mas não obteve resposta efetiva. Também o Grupo de Mães que há um mês arrancou uma petição similar, liderado por Aurora d'Orey, apoia, juntando-se à iniciativa. A petição lançada pela OM pode ser assinada em: <http://www.peticaopublica.com/pview.aspx?pi=PT80727>

Petição pelo direito à redução do horário de trabalho para amamentação/acompanhamento de filhos até aos 3 anos de idade, em duas horas diárias, por parte de um dos progenitores

- Contribuição do Colégio de Psiquiatria da Infância e Adolescência -

O desenvolvimento psico-afetivo dos bebés. O papel dos pais nos primeiros anos de vida da criança.

1. Saúde Mental na 1ª Infância (0 aos 3 anos de idade)

"There is not such a thing as a baby. A baby cannot exist alone but is essentially part of a relationship". D. Winnicott¹.

O bebé sozinho não existe, nas palavras de Winnicott, significa que não podemos pensar num bebé sem considerarmos a relação pri-

mária/fundamental/exclusiva com os seus prestadores de cuidados.

Para Maria José Gonçalves² "a saúde mental do bebé define-se como o bem-estar do bebé e dos pais. Implica promover todas as oportunidades para o desenvolvimento das competências e capacidades do bebé, nos seus aspetos relacionais, cognitivos e emocionais e de acordo com a idade. Requer o desenvolvimento das competências parentais e da sua sensibilidade e adaptação às necessidades da criança, mesmo quando as situações são adversas. A saúde mental do bebé depende: do estabelecimento de relações de vinculação fortes pais-criança; inclui desenvolver uma rede de relações interpessoais equilibradas e estáveis intra-familiares (com outros dadores de cuidados do bebé, família alargada, amigos, etc.) e na comunidade; inclui pertencer

a uma comunidade solidária e informada sobre as necessidades afetivas e psico-sociais da primeira infância e utilizar bem os seus recursos; inclui ter acesso a serviços de cuidados primários com valências de saúde mental da primeira infância e a cuidados especializados."

É unânime, na comunidade científica, a ideia de que os primeiros tempos de vida são determinantes na estruturação da personalidade. Citando Seabra Diniz: "estas experiências dos primeiros tempos de vida vão constituir elementos de base da futura organização da personalidade, sendo decisivas para a vivência que a pessoa terá de si própria e do mundo e para a maneira como ela se colocará nas situações, agirá e reagirá."³, e João dos Santos: "é hoje ponto assente por todos os especialistas que a estruturação da personali-

dade do homem tem o seu ponto de partida no jogo das relações que se estabelecem entre a mãe e o filho, durante os primeiros meses ou anos. Tudo quanto se faça sem ter em conta as necessidades fundamentais do bebé, pode ter graves consequências nas relações futuras das crianças com a família, o grupo infantil, a escola e a sociedade.”⁴.

2. Referências históricas no estudo da saúde mental na 1ª infância

O interesse e conhecimento científico sobre a vida emocional da criança apenas se começou a desenvolver no século passado e com os contributos iniciais da psicanálise. É Sigmund Freud, que a partir da análise dos relatos dos adultos, postula uma teoria sobre o desenvolvimento psico-afetivo da criança, definindo várias fases de desenvolvimento da sexualidade infantil. Pela primeira vez é colocado o enfoque nas experiências da infância no conhecimento do funcionamento mental dos adultos. Seguiram-se outros autores que se dedicaram ao estudo específico da criança através da sua observação direta. Durante a segunda guerra mundial deu-se um grande desenvolvimento nos estudos sobre o impacto da perda e separação dos pais nas crianças. Destaca-se John Bowlby que formulou no início da década de 40 a teoria da vinculação, atribuindo ao bebé inúmeras competências inatas as quais suscitam a aproximação do adulto e que são vitais para a manutenção da espécie humana. Para a época tratou-se de uma revolução na forma como os bebés eram entendidos, até então os bebés eram considerados seres desprovidos de quaisquer competências próprias. É René Spitz⁵, nos anos 30, e John Bowlby, anos 40, que descrevem pela primeira vez

um quadro clínico psiquiátrico nos bebés: a depressão anaclítica. Este quadro clínico constituiria a reação do bebé à separação da principal figura de vinculação, a mãe. John Bowlby é convidado pela OMS a elaborar um documento sobre o impacto nas crianças da privação de cuidados maternos e sobre a forma de o minimizar, escrevendo o livro “Cuidados Maternos e Saúde Mental”⁶. Este autor fez referência às competências maternas que considera fundamentais para um bom desenvolvimento emocional do bebé: previsibilidade, continuidade e estabilidade. Citando John Bowlby: “é essencial para a saúde mental que o bebé e a criança pequena experimentem um relacionamento afetivo, íntimo e contínuo com a sua mãe (ou mãe substituta), no qual ambos encontrem satisfação e prazer. Uma criança precisa sentir que é objeto de prazer e orgulho para a sua mãe, assim como uma mãe necessita sentir uma expansão da sua própria personalidade na personalidade do seu filho: ambos precisam de se sentir profundamente identificados um com o outro.” Os estudos têm confirmado que o estabelecimento de uma vinculação segura entre o bebé e a mãe, sobretudo no primeiro ano de vida, constitui um fator protetor para uma melhor saúde mental ao longo da vida⁷.

A grande maioria dos estudos são dirigidos à relação mãe-bebé pois esta diáde é determinante para o desenvolvimento da criança sobretudo no primeiro ano de vida, contudo têm surgido cada vez mais trabalhos sobre o papel do pai. Uma das conclusões desses trabalhos é que os bebés parecem estabelecer relações diferenciadas com a mãe e com o pai muito precocemente, e que o estabelecimento de uma relação segura com ambos é preditiva de melhor

competências empáticas na idade pré-escolar e melhor saúde mental na idade adulta⁸. Destacam-se ainda outras conclusões de alguns estudos a favor da importância do papel do pai nos primeiros tempos de vida da criança: o envolvimento do pai como cuidador quando as mães estão a trabalhar e em alternativa à prestação de cuidados por outra pessoa (p.ex. ama, creche) favorece o desenvolvimento de uma vinculação segura com os pais e previne alterações de comportamento na idade pré-escolar; o pai promove competências específicas na criança, no segundo ano de vida, como uma maior autonomia e melhor regulação emocional⁸.

Mais recentemente, sobretudo a partir da década de 90, com o avanço das neurociências, sobretudo à custa de novas tecnologias aplicadas ao estudo do funcionamento cerebral, abriu-se um campo completamente novo: o encontro entre as ciências que estudam o comportamento humano, a neurofisiologia e a neurobiologia⁹. Um novo constructo teórico que se tem destacado é o de que o nosso cérebro se modela a partir da experiência relacional, *“experience-dependent maturation of the brain”*, e de que o período crítico para que tal ocorra são os dois primeiros anos de vida da criança: *“the development of these critical abilities is well underway in the first two years of human life, the time of the organization of the brain systems that regulate the attachment system”*⁹. O estabelecimento de uma relação mãe-bebé segura parece favorecer o desenvolvimento do hemisfério cerebral direito e em particular das conexões entre o sistema límbico e o sistema nervoso autonómico, estes responsáveis pela resposta ao stress¹⁰. Estas conclusões vão ao encontro da clínica, ou seja, bebés com relações de vinculação mais

seguras têm maior capacidade de fazer face a situações adversas. As neurociências têm confirmado o que a clínica e os estudos teóricos sobre o desenvolvimento infantil sempre afirmaram, que as relações precoces são determinantes no desenvolvimento emocional do ser humano¹¹. Neste campo das neurociências salientar ainda os trabalhos desenvolvidos por António Damásio sobre os pressupostos neurobiológicos na construção da consciência humana.

3. A prevenção da saúde mental na primeira infância

A promoção da saúde mental na primeira infância significa intervir nos fatores de risco e de proteção da criança, procurando diminuir ou eliminar os primeiros e reforçar os segundos. Os diferentes estudos não têm sido conclusivos sobre a eficácia das intervenções quando já existe patologia instalada, sendo unânimes em considerar que o mais importante é prevenir precocemente a “escalada de morbilidade”². Afirma Maria José Gonçalves²: “há que concluir que um dos grandes desafios da saúde mental da 1ª infância é tomar medidas que implicam vários níveis de intervenção, que vão desde o nível político e social, melhorando as condições de vida das famílias, a sua segurança económica, o seu grau de educação, o acesso fácil e desburocratizado à saúde, ao aconselhamento psico-social e que passam pelos governos, mas também pela sociedade civil e por questões de solidariedade social.”

4. O papel do Estado no direito à proteção das crianças

A Declaração dos Direitos da Criança aprovada pela ONU em 20-11-1959 e ratificada por Portugal em 12-09-1990 é uma base imprescindível no trabalho de

promoção da saúde mental das crianças. Destaca-se:

Princípio II - Direito a especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social.

- A criança gozará de proteção especial e disporá de oportunidade e serviços a serem estabelecidos em lei e por outros meios, de modo que possa desenvolver-se física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade.

Princípio VI - Direito ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade.

- A criança necessita de amor e compreensão, para o desenvolvimento pleno e harmonioso de sua personalidade; sempre que possível, deverá crescer com o amparo e sob a responsabilidade de seus pais, mas, em qualquer caso, em um ambiente de afeto e segurança moral e material; salvo circunstâncias excepcionais, não se deverá separar a criança de tenra idade de sua mãe.

A Constituição da República Portuguesa no seu artigo 36º, consagrado à família, casamento e filiação, afirma no nº3 que: “os cônjuges têm iguais direitos e deveres quanto à capacidade civil e política e à manutenção e educação dos filhos” e no nº 5 que: “os pais têm o direito e o dever de educação e manutenção dos filhos”.

Cabe também ao Estado proporcionar as melhores condições, nomeadamente sociais e laborais, para o pleno exercício da função parental.

Referências:

- (1) Winnicott, D. (1957). *The child and the outside world: Studies in developing relationships*. Londres: Tavistock Publications Ltd.
- (2) Gonçalves, M-J. (2007). Os desafios da saúde mental da primeira infância. *Revista*

Portuguesa de Pedopsiquiatria, 23, 37-46.

- (3) Seabra Diniz, J. (1993). *Este meu filho que eu não tive*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- (4) Dos Santos, J. (2000). Relação mãe-filho. In Maria Eugénia Carvalho e Branco (Ed.), *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos* (1ª ed., pp. 412-15). Lisboa: Livros Horizonte.
- (5) Spitz, R. (1946). Anaclitic depression; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child*, 2, 313-42.
- (6) Bowlby, J. (1976). *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- (7) Barton, M., Williams, M. (1993). Infant Day Care. In Ch. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (1ª ed., pp. 38-55). New York: The Guilford Press.
- (8) Crockenberg, S., Lyons-Ruth, K., Dickstein, S. (1993). The family context of infant mental health: II. Infant development in multiple family relationships. In Ch. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (1ª ed., pp. 38-55). New York: The Guilford Press.
- (9) Schore, A. (2001). Contributions from the decade of the brain to infant mental health: an overview. *Infant Mental Health Journal*, 22, 1-6.
- (10) Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.
- (11) Siegel, D. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, “mindsight”, and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22, 67-94.

Alguns autores citados:

- (1) Winnicott- Pediatra e Psicanalista Britânico. Foi uma referência no estudo das relações precoces mãe-bebé.
- (2) Maria José Gonçalves- Pedopsiquiatra, Psicanalista. Fundadora da Unidade da Primeira Infância do Hospital Dona Estefânia. Fundadora da Associação Ser Bebê. Principal referência nacional na área da saúde mental da 1ª infância.
- (3) João Seabra Diniz- Psicólogo. Psicanalista. Desenvolveu um trabalho relevante na área da adoção de crianças na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- (4) João dos Santos. Psiquiatra. Psicanalista. É considerado o pai da pedopsiquiatria em Portugal. Foi o 1º Diretor do Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa.
- (5) René Spitz. Médico. Psicanalista Austríaco que trabalhou nos EUA. Considerado o pai da pedopsiquiatria mundial. Realizou estudos sobretudo relacionados com a reação da criança à perda da mãe em contexto de orfanatos e prisões.
- (6) John Bowlby. Psiquiatra. Psicanalista Britânico. Foi o criador da teoria da vinculação e dedicou-se sobretudo ao estudo do impacto da perda das mães na vida psíquica das crianças.



Condenação por recusa em prestar assistência a um doente

Publicamos em seguida extractos do relatório do Conselho Nacional de Disciplina referente ao Proc. 36/2015 CND em que se procedeu à condenação de uma médica na pena disciplinar de censura por recusa em prestar assistência a uma doente em situação de perigo iminente de vida.

“No dia 30/10/2014 o Conselho Disciplinar Regional do Centro da Ordem dos Médicos (CDRC) condenou a médica Dr.^a (...) na pena disciplinar de advertência, no Processo Disciplinar n.º 1/2007 em que era participante o Senhor (...)

Alegou o participante (...) que no dia 1 de novembro de 2006, cerca das 13.30h, (...), teve um ataque súbito, tendo os seus familiares ligado para os Bombeiros Voluntários de (...). Perante a condição da paciente, os Bombeiros comunicaram ao SAP de (...) para se prontificassem, preparassem oxigénio e tomassem providências necessárias pois transportavam uma paciente em estado grave. A arguida Dr.^a (...) recebeu a comunicação e mesmo tendo conhecimento da situação saiu do seu posto de trabalho no momento em que a ambulância estava a sair. A paciente foi assistida pela enfermeira de serviço e só passados 30 minutos é que chegou o arguido Dr. (...) com calma e serenidade e transferiu a paciente para o Hospital (...), em

(...). Os bombeiros deslocaram-se para o referido hospital com a paciente, acompanhada pela enfermeira de serviço e por uma filha da paciente. A família foi informada poucos minutos depois do óbito da paciente.”

(...) Não se conformando com a decisão do CDRC, o participante interpôs recurso para o Conselho Nacional de Disciplina da Ordem dos Médicos. (...)

Tomando posição, o Relator do CND constata que nem o participante, nem a médica arguida contestam a conclusão do CDRC de que esta última cometeu uma infração disciplinar, divergindo as partes apenas no que respeita à medida da pena.

Assim, enquanto a arguida aceitou a pena de advertência que lhe foi aplicada, visto não ter interposto recurso, já o participante entende que a referida pena é manifestamente insuficiente e defende a condenação da arguida na pena de expulsão ou, pelo menos, na pena de 3 anos de suspensão.

Nessa conformidade, para nos podermos pronunciar sobre a adequação da pena, importa recordar os factos que ficaram provados no processo disciplinar:

(i) No dia 1/11/2006, cerca das 13.30, (...), teve um ataque súbito, tendo os seus familiares ligado para os Bombeiros Voluntários de (...);

(ii) Os Bombeiros comunicaram ao SAP de (...) para que o médico se prontificasse, preparassem oxigénio e tomassem providências necessárias pois transportavam uma paciente em estado grave;

(iii) A participada recebeu a comunicação e mesmo tendo conhecimento da situação saiu do seu posto de trabalho no momento em que a ambulância estava a dar entrada no SAP, volta das 14 h;

(iv) A participada quis, com o referido comportamento furtar-se ao cumprimento de deveres que sobre ela recaem, porquanto é médica e encontra-se inscrita na Ordem dos Médicos e não podia ignorar, como não ignorava, que

a sua conduta é disciplinarmente censurável e, não obstante isso, manteve uma atitude desrespeitadora perante as regras ínsitas no Código Deontológico;

(v) A doente morreu já no Hospital cerca das 15h15;

(vi) A arguida era uma médica cumpridora e empenhada no tratamento dos doentes;

(vii) Na ocasião dos factos andava doente e estava fragilizada do ponto de vista psicológico devido a problemas de saúde do seu marido;

(viii) No dia em causa, à hora que acabava o seu turno (14:00) estava cansada.

Sendo estes os factos que foram levados em linha de conta pelo CDRC para a sua tomada de decisão, importa determinar se as penas de expulsão ou de suspensão por 3 anos, preconizadas pelo participante nas suas alegações de recurso seriam as mais adequadas.

Parece-nos evidente que não, tendo em conta as várias circunstâncias atenuantes invocadas pela arguida e que estão provadas nos autos.

No entanto, também não nos parece adequada a pena de advertência decretada pelo CDRC, a qual corresponde à sanção mais leve prevista no Estatuto Disciplinar dos Médicos.

Com efeito, a pena de advertência é uma sanção que é aplicável, nos termos do artigo 15º do Estatuto Disciplinar, a infracções leves, sendo certo que a conduta da arguida consubstanciou uma infracção grave.

É certo que existem algumas circunstâncias que atenuam a culpa da arguida, as quais foram levadas em linha de conta pelo CDRC, mas não deixa de ser verdade que, mesmo que se entenda que não houve dolo, terá pelo menos existido uma negligência consciente que é claramente censurável.

Acresce que não nos podemos também abstrair do facto de a doente ter vindo a falecer pouco depois, o que comprova que ela estava efectivamente em perigo no momento em que a arguida optou por não lhe prestar assistência apesar de saber que vinha a caminho do SAP uma doente em estado grave, sendo certo que

o artigo 14º do Estatuto Disciplinar manda atender na determinação da medida da pena às consequências da infracção.

Atendendo ao exposto, consideramos a pena de advertência excessivamente benevolente, sendo nosso entendimento que, face a todas as circunstâncias do caso, a sanção mais apropriada será a pena de censura que, nos termos do artigo 16º do Estatuto Disciplinar, é aplicável a infracções disciplinares a que não corresponda a pena de suspensão ou de expulsão.

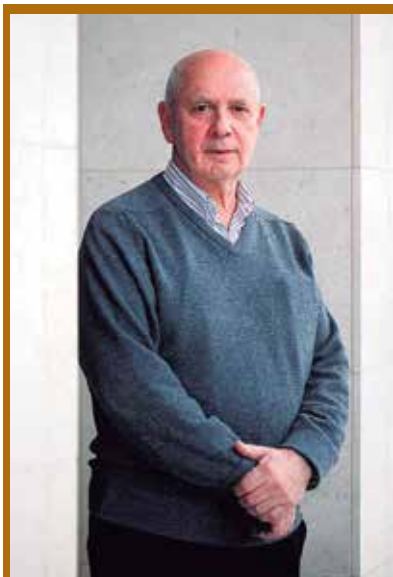
É de recordar, aliás, que a pena de censura era a pena inicialmente proposta no despacho de acusação do CDRC, pelo que o CND não podia agravar a pena acima deste limiar.

“Atendendo ao exposto, propomos ao Conselho Nacional de Disciplina que defira parcialmente o pedido do recorrente, aumentando a pena disciplinar da arguida para censura.”

O Relator

Dr. José Carlos de Araújo Schaller Dias

notícia



João Décio Ferreira agraciado com medalha de ouro

A DGSS - Sociedade Alemã de Sexologia Clínica decidiu atribuir a medalha de ouro MAGNUS HIRSCHFELD ao médico João Décio Ferreira pelo seu enorme contributo para as cirurgias de reatribuição sexual e pelas suas técnicas inovadoras. Este reconhecimento internacional do mérito e da excelência deste médico é muito gratificante. Um prémio muito merecido pela dedicação, rigor e empenho do médico João Décio Ferreira para se superar continuamente. A medalha ser-lhe-á entregue pelas mãos do presidente da Sociedade Alemã de Sexologia - Jakob Pastoetter - em Junho de 2016 no Congresso dessa Sociedade que terá lugar em Munique.



Atendimento presencial - Fundo de Solidariedade da OM

O Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos tem, desde o dia 01 de abril de 2016, um horário fixo de atendimento presencial/telefónico por parte da assistente social que colabora com este Fundo, para quaisquer situações de médicos e/ou familiares diretos de médicos que necessitem de apoio.

A ROM conversou com a assistente social, Inês Guerra, que explicou as alterações que tem sentido quanto ao enquadramento dos beneficiários que procuram o apoio deste Fundo: “tem existido um maior número de processos de candidatura ao Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos. E neste crescimento tem-se verificado uma alteração da população beneficiária, pois atualmente a maioria dos pedidos efetuados ao Fundo de

Solidariedade são de médicos e órfãos. Outra alteração que é visível nos pedidos efetuados é a grande complexidade e urgência que os pedidos envolvem”. Essa consciência de urgência e o desejo de “responder de forma individualizada às situações sociais colocadas” são as razões que levaram à necessidade de disponibilizar um horário de atendimento permanente. Inês Guerra acrescentou ainda que “o Fundo de Solidariedade da OM

continua a dar resposta a todas as situações sociais” mas que os objetivos futuros passam por “conseguir trabalhar numa base de prevenção nomeadamente no que diz respeito ao planeamento das reformas”.

Horário de atendimento: 3^{as} e 5^{as} das 09:00 às 13:00

Local de atendimento: Ordem dos Médicos em Lisboa

Marcação:

vania.relvas@omcne.pt; 218427159 (Vânia Relvas)

Relatório e contas do CNE

Publicámos no site nacional (www.ordemosmedicos.pt), no separador CNE - Relatório de contas, as contas devidamente aprovadas em plenário, referentes ao ano de 2014. Estão publicadas as contas do Conselho Nacional Executivo e do Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos, podendo as mesmas ser acedidas por qualquer médico com o seu registo no site nacional ativo. As contas referentes a 2015 serão igualmente publicadas, assim que estejam concluídos todos os trâmites legais prévios.

Conselho Consultivo para as Terapêuticas Não Convencionais

Divulgamos a carta que a OM dirigiu ao Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, alertando para a necessidade de reforçar a intervenção do Ministério no Conselho Consultivo para as Terapêuticas Não Convencionais (CCTNC) no sentido de que as decisões que esta possa tomar não deixem de defender a imprescindibilidade de garantias de qualidade e segurança no que diz respeito ao exercício técnico das profissões em causa, o rigor, imparcialidade e isenção que os estudos, pareceres, e propostas do dito Conselho têm de ter em prol da saúde dos utentes e em defesa do interesse público.

Como é do conhecimento de V.Ex^a a Lei do enquadramento base das Terapêuticas Não Convencionais – Lei nº 45/2003, de 22.08, foi regulamentada pela Lei nº 71/2013, de 02.09, que no seu artigo 17º estabeleceu a existência de um Conselho Consultivo para as Terapêuticas Não Convencionais (CCTNC) enquanto órgão não remunerado de apoio ao Ministro da Saúde para as questões relativas ao exercício, formação, regulamentação e regulação das ditas Terapêuticas Não Convencionais (TNC).

O artigo 18º da mencionada Lei nº 71/2013 definiu a composição do CCTNC que se divide por um lado em representantes institucionais (DGS, ACSS, Ministérios da Tutela do Ensino Superior e da Tutela do Trabalho, Ordem dos Médicos, Ordem dos Farmacêuticos, docentes que ministrem os ciclos de estudos especiais em TNC e representantes de entidades de defesa dos direitos do consumidor) e, por outro lado, em representantes de cada profissão das Terapêuticas Não Convencionais.

Trata-se de um conselho consultivo em que os representantes das terapêuticas detêm sempre maioria absoluta face aos representantes institucionais.

As competências e regras de funcionamento do referido CCTNC foram estabelecidas pela Portaria nº 25/2014, de 03.02, que no nº 3 do seu artigo 2º previu a criação de um regulamento interno definidor das suas normas de funcionamento.

Por via do Despacho nº 12337/2014, publicado no DR - 2ª Série, nº 193, de 7 de Outubro de 2014, foram designados os membros que integram o predito Conselho Consultivo.

Posteriormente aos supra aludidos diplomas legais, a Lei nº 71/2013 tem vindo efectivamente a ser regulamentada quer no que diz respeito aos estabelecimentos que prossigam as actividades de TNC, quer no que atine à criação de grupos de trabalho de avaliação curricular dos referidos terapeutas, à emissão da sua cédula profissional, às taxas a pagar pelo seu registo, à obrigatoriedade de subscrição

de um seguro de responsabilidade civil, entre outros.

A razão que nos leva, neste momento, a interpelar V.Ex^a diz respeito ao funcionamento do CCTNC e às delicadas matérias que estão a ser discutidas no seu âmbito.

Concretizando:

1 - Surpreendentemente, ou talvez não (...), a preocupação maior do CCTNC tem sido, à presente data, a defesa da isenção da tributação de IVA para as TNC.

2 - Por outro lado, o Conselho tem discutido nas últimas reuniões o seu regulamento interno.

Relativamente ao primeiro ponto, a Ordem dos Médicos tem vindo a defender que não deve caber ao CCTNC tomar posição sobre questões relacionadas com a incidência fiscal da actividade devendo restringir as suas competências às questões técnicas de actuação profissional, à emissão de pareceres e elaboração de estudos sobre matérias relacionadas com as competências e conteúdo funcional das

TNC e sobre a concessão dos respectivos títulos.

As referidas áreas são aquelas que mais se adequam à própria composição do órgão que deverá ainda propor normas éticas, deontológicas, de qualificação profissional e ter uma função consultiva relativamente à fiscalização e controlo do exercício profissional por forma a visar a detecção de situações de exercício ilegal de terapêuticas não convencionais.

Em nossa opinião poderá, ainda, decorrer das competências próprias dos membros da CCTNC a capacidade para se pronunciarem sobre pedidos de reconhecimento, certificados e outros títulos de cidadãos de estados-membros da União Europeia para efeitos de autorização do exercício profissional em Portugal.

O que não nos faz sentido é que um conselho consultivo do Ministro da Saúde se pronuncie sobre matérias ligadas às relações económicas e fiscais dos terapeutas já que esta vertente é própria das associações profissionais que defendam exclusivamente os interesses comerciais dos TNC.

Apesar da representante da Ordem ter explicitado a nossa posição no sentido acima referido, a verdade é que o CCTNC teve entendimento diferente e decidiu interpelar V.Ex.^a sobre esta matéria, que nos parece imprópria.

Quanto ao segundo ponto, ou seja, o regulamento interno que se encontra em apreciação, a representante desta Ordem no CCTNC também se mostra apreensiva no que atine ao resultado final da discussão.

Com efeito, embora o texto inicial tenha sido elaborado pela DGS, neste momento um outro documento de trabalho aceite é da autoria de representantes da “Medicina Tradicional Chinesa” e da

Acupunctura não médica, o que em si mesmo não perturbaria a nossa análise não fora o facto de no seu articulado serem desvirtuados os princípios da actividade administrativa, as competências do Presidente do CCTNC, bem como a igualdade de tratamento entre os membros institucionais e aqueles que pertencem às TNC.

A maioria que o legislador deu aos representantes das TNC permite, pois, que aqueles definam que no âmbito do funcionamento interno do Conselho Consultivo possam fazer passar a actividade deste pela via do plenário do conselho onde poderão estar presentes mas também por intermédio de secções especializadas de onde retiram os membros institucionais deixando assim aos representantes de cada uma das terapias a possibilidade de exercer as competências atribuídas ao Conselho Consultivo na sua área específica.

Trata-se, em nosso entender, de uma completa subversão da razão de ser da lei.

A acrescer a tudo isto verificamos, sem qualquer espanto mas com profunda preocupação, que os membros das TNC não aceitam um efectivo controlo dos interesses próprios de cada um por via da subscrição de uma declaração pública de interesses adequada às competências do CCTNC, ficando assim sem se perceber se numa concreta matéria um determinado membro tem um específico impedimento por ser directa ou indirectamente interessado na deliberação que o CCTNC possa vir a tomar.


Por último, a nossa apreensão reforça-se quando verificamos que o próprio Presidente do Conselho Consultivo, ao caso representante da Direcção Geral da Saúde, e outros representantes de órgãos do Ministério têm demonstrado uma atitude indescritivelmente permis-

siva face às intenções e propostas dos representantes das Terapêuticas Não Convencionais.

Por tudo o que acima fica dito não queremos deixar de chamar a atenção de V.Ex.^a para a **necessidade de reforçar a intervenção do Ministério** na Comissão para que as decisões que esta possa tomar não deixem de defender a imprescindibilidade de garantias de qualidade e segurança no que diz respeito ao exercício técnico das profissões em causa, ao rigor, imparcialidade e isenção que os estudos, pareceres, e propostas do dito Conselho têm de ter em prol da saúde dos utentes e em defesa do interesse público.

Com os melhores cumprimentos, o
Presidente da OM,
Professor Doutor José Manuel Silva

P u b



World Bioethics Day 2016
Human Dignity and Human Rights

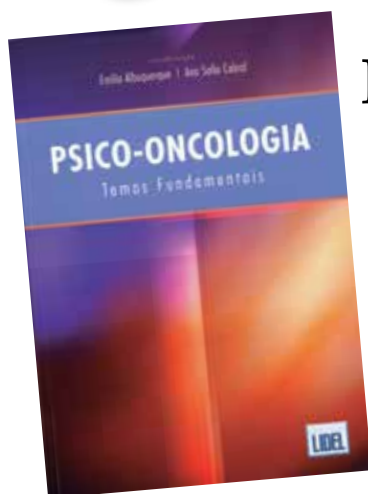
October 19th 2016
Faculty of Medicine of the University of Porto (CIM Auditorium)

Program:

- > **Opening Ceremony:**
 - President of the National Committee of UNESCO – Ana Martinho
 - Rector of the University of Porto – Sebastião Foyo de Azevedo
 - Director of the Faculty of Medicine of the University of Porto – Amélia Ferreira
 - President of the Medical Council (North) – Miguel Guimarães
 - President of the Brazilian Federal Council of Medicine – Carlos Vital
 - Vice-President of Porto City Council – Guilhermina Rego
- > **Plenary Session:**
 - Bioethics and Human Rights – Rui Nunes (UNESCO Chair in Bioethics)
 - Human Rights and Women Rights – Isabel Moreira (Portuguese Parliament)
- > **Attribution of the National Award on Bioethics**
- > **Poster Exhibition**

Organization: Portuguese Unit of the International Network

UNESCO Chair in Bioethics, Halls



Psico-oncologia – temas fundamentais

Obra coordenada pelas psiquiatras Emília Albuquerque e Ana Sofia Cabral, editada pela LIDEL, que conta com os contributos de 53 autores. O livro aborda os benefícios dos cuidados psico-oncológicos para doentes e respetivas famílias e refere as necessidades psicossociais. A obra aborda diversos outros temas nomeadamente o aconselhamento genético em oncologia e os aspectos psiquiátricos do doente oncológico.

Manual de Medicina Intensiva

Edição da LIDEL, coordenada pelos médicos Pedro Ponce e João João Mendes onde se procura transmitir conhecimentos fundamentais para uma melhor atuação clínica e em que os principais conteúdos são cuidados intensivos neurológicos, respiratórios, cardiovasculares, cuidados intensivos em situação de lesão renal e metabolismo, de infeção e sépsis ou lesão abdominal, entre outros.



Receitas sem glúten e sem açúcar

A editora Jacarandá tem uma coleção de livros de receitas que inclui centenas de sugestões onde se elimina o glúten e o açúcar. Recentemente a editora lançou um livro só com receitas de tostas gourmet que inclui mais de 70 deliciosas sugestões.

notícia

Transgénicos - que novas preocupações para os médicos?

Divulgamos no site nacional um inquérito sobre a temática dos alimentos geneticamente modificados e a saúde: a alimentação geneticamente modificada é já uma realidade diária. Que implicações trará essa mudança do ponto de vista da saúde? Estarão os médicos preparados para lidar com a controvérsia e orientar os seus pacientes enquanto a ciência não falar a uma só voz? Estas questões pouco visíveis mas progressivamente relevantes estão vertidas num questionário dirigido a todos os médicos e disponível online em <http://www.tinyurl.com/ogmnoprato>

Colabore com a sua opinião e contribua assim para melhorar a preparação das futuras gerações de médicos! Para mais informações pode contactar a Dra isabella Vieira, da Universidade Católica Portuguesa (Porto).



Projetos científicos e de iniciativa comunitária

A cerimónia e distinção dos projetos selecionados em 2015 do Programa Gilead GÉNESE decorreu a 5 de abril, no CCB. Esta edição contou com o alto patrocínio de Sua Excelência, o Presidente da República, vindo assim reconhecida a sua relevância no apoio a projetos de natureza científica e de iniciativa comunitária, nas áreas da fibrose quística, hemato-oncologia, hepatites virais crónicas B e/ou C e infeção por VIH/SIDA.

À edição de 2015 candidataram-se cerca de 60 projetos nacionais. O montante global atribuído ascendeu a 280.000€. Vítor Papão, Diretor Geral da Gilead Portugal, refere “Incentivamos Ciência. Fomentamos Saúde. Faz parte do nosso DNA estimular e dar oportunidade a que a inovação e a criatividade de outros possa ganhar corpo, possibilitando a geração de conhecimento em prol da Sociedade pela qual possamos fazer mais”. A avaliação das candidaturas foi assegurada por duas Comissões externas de Avaliação que selecionaram 13 projetos.

Projetos Científicos:

- **CEDOC da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade NOVA de Lisboa**

Lesão tubular renal em doentes VIH: progressão e interação

- **Egas Moniz Cooperativa de Ensino Superior, CRL**

Resposta em anticorpos neutralizantes induzida em coelhos por uma nova vacina contra o HIV-1

- **FARM-ID Associação da Faculdade de Farmácia para a Investigação e Desenvolvimento**

RecycleDrug: Validação de fármacos

antigos para o tratamento e erradicação do HIV-1

- **Fundação da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa**

Previsão da Eficácia Clínica de Fármacos Moduladores da Proteína CFTR Usando Organóides Intestinais e Células Nasais de Pacientes com Fibrose Quística

- **INEB - Instituto de Engenharia Biomédica, Universidade do Porto**

Filmes vaginais contendo nanopartículas carregadas com fármacos como alternativa à profilaxia de pré exposição oral com tenofovir/emtricitabina

- **Instituto de Medicina Molecular**

Preservação da produção de linfócitos T no timo humano mediada por fatores de restrição do hospedeiro durante a infeção por HIV

- **Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil**

Caracterização de variáveis clínicas e biológicas que identificam doentes com linfoma folicular agressivo

- **Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil**

Linfomas Double-Hit – a experiência do IPO-Porto

Projetos de Iniciativa Comunitária:

- **AJPAS - Associação de Interven-**

ção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde

Avaliação dos benefícios da intervenção do ICAT (Intervenção Comunitária para a Adesão à Terapêutica)

- **Associação Existências**

Projeto Acolher

- **Associação Portuguesa de Fibrose Quística**

Programa de Fisioterapia e exercício físico no domicílio para pessoas com Fibrose Quística (FQ)

- **Fundação Portuguesa A Comunidade Contra a SIDA**

In.Porto.Me – Rastreo e Promoção da Qualidade de Vida de Seniores VIH+ da região do Porto

- **Positivo - Grupos de Apoio e Auto-ajuda**

ConVihda – Avaliação e Promoção da Qualidade de Vida em PVVS

A evidência gerada pelos projetos apoiados no âmbito deste programa poderá contribuir para a otimização da prática clínica, melhoria da qualidade de vida dos doentes e dos resultados em saúde, ganhos de eficiência e adequação de políticas de saúde. No dia 2 de maio inicia-se o período de candidaturas para a edição de 2016. Mais informações poderão ser consultadas no site da entidade promotora.

Armando Fernandes

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

Infeções Nosocomiais

Perspetiva sintética sobre o panorama em Portugal e situação vs Europa: Prevalência, impacto na mortalidade e custos para o SNS

Objetivos do estudo

O objetivo desta análise é fornecer, baseado na literatura e dados disponíveis, uma visão sobre a situação em Portugal das infeções adquiridas em ambiente hospitalar (IAH): prevalência, impacto na mortalidade e custos.

As IAH no contexto europeu

Em 2011/2012 foi realizado pelo *European Center for Disease Prevention*

and Control (ECDC), abrangendo 30 países Europeus, o primeiro estudo/questionário sobre a prevalência de infeções associadas a cuidados de saúde em hospitais (IAH) e ao uso de antibióticos (UA).

A prevalência global de IAH identificada foi de 6% (5,7% quando ponderada pelo peso relativo do nº de camas de agudos de cada país), com Portugal a apresentar o valor mais elevado do grupo, com 10,8% de prevalência, 3pp acima do esperado tendo em conta o respectivo *case-mix*.

A incidência anual de IAH (nº de doentes com IAH no total de doentes saídos do hospital) foi de 3,5% e de 7,9% na Europa e em Portugal, respetivamente, cerca de 3,2 milhões de doentes no total dos países envolvidos e de 87 mil em Portugal.

Diariamente, 32,7% dos doentes internados na Europa (média ponderada pelo nº de camas de cada país) estão a ser medicados com antibióticos. Em Portugal esse número sobe para os 46,4%, para uma estimativa, baseada no respetivo *case-mix*, de 41%. Só a Grécia (54,7%) e a Roménia (49,9%) ultrapassam Portugal neste indicador.

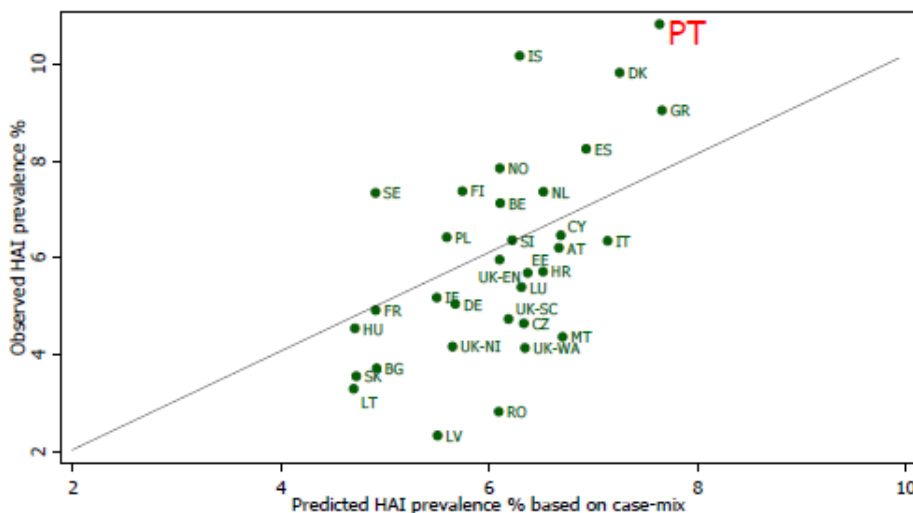
Tipologia das IAH's

As IAH's tiveram a distribuição indicada no quadro 1. Como podemos observar 52% das IAH em Portugal são nas vias respiratórias (maioritariamente Pneumonias) e no trato urinário.

Taxa de mortalidade

Apesar de se reconhecer a elevada relevância das IAH na mortalidade hospitalar, a verdade é que não

Correlation between the observed and predicted prevalence of HAI, by country, ECDC PPS 2011–2012



existem estudos em Portugal e na Europa que identifiquem as taxas de mortalidade atribuíveis à IAH. São múltiplos os fatores, intrínsecos e extrínsecos, que aumentam a probabilidade de um doente adquirir uma IAH, pelo que é difícil atribuir o nexo de causalidade entre IAH e o óbito.

No relatório da DGS, “Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2014”, podemos observar a taxa de mortalidade em infeções da corrente sanguínea secundárias a IAH após exposição a dispositivos invasivos (quadro 2). A mortalidade global associada foi, em 2013, de 30,4%.

Custos para o SNS

No relatório “Um Futuro para a Saúde”, patrocinado pela Fundação Calouste Gulbenkian em 2014, podemos verificar que um dos três “desafios Gulbenkian” é exatamente a diminuição para metade da prevalência da IAH e, consequentemente, a redução da taxa de mortalidade e custos associados. Neste relatório é referido que as poupanças estimadas variam en-

tre os 280M€, com base nos valores apontados pelo MS, e os 340M€ resultantes do estudo de Pita Barros e Fiorentino, publicado em 2014, realizado no Hospital S. Francisco Xavier, sobre doentes com IAH associada a cateter venoso central no ano 2012.

A Fundação tem como objetivo concreto atingir, ao fim de três anos, uma redução de 50% na prevalência de IAH num conjunto de 12 hospitais (inicialmente 10), com foco nas infeções associadas a cateteres, suturas e nas pneumonias. Este projeto, designado de STOP Infecção Hospitalar, integra os seguintes hospitais: centros hospitalares de Lisboa Central, Alto Ave, Barreiro-Montijo, São João, Cova da Beira, Lisboa Norte, Instituto Português de Oncologia do Porto, unidades locais de saúde de Matosinhos, do Nordeste e do Baixo Alentejo, Hospital de Braga e Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (Hospital Nélcio Mendonça).

Com base nos dados existentes tomei a liberdade de

efetuar a seguinte extrapolação:

Doentes com IAH → Tomando como base os dados de incidência da ECDC para IAH, 7,9% dos doentes internados em 2014 nos hospitais do SNS, 65000, foram alvo de uma IAH.

Dias de hospitalização → Com base no estudo de Pita Barros e Fiorentino, 2014, a duração média de permanência acima do normal no hospital dos doentes com IAH é de 12 dias. No total estamos a considerar uma duração média de 20 dias por doente com IAH, cerca de 3 vezes a duração de internamento de um doente sem estas complicações, 7,6 dias segundo os dados do ECDC para Portugal.

Distribuição % IAH's	EU	PT
ITR/Pneumonia	24	29
Inf. Urinárias	19	23
Local da cirurgia	19	16
Inf. Corrente sanguínea	11	8
Gastro-intestinal	8	6
Inf. Sistémica	6	5
Pele e tecidos moles	4	5
Outros	9	9
Total	100	100

Quadro 1

Percentagem de óbitos associados à infeção por dispositivos invasivos, Portugal Continental, 2009-2013

IACS associadas a dispositivos invasivos como diagnósticos secundários		2009	2010	2011	2012	2013
Infeção urinária associada ao Cateter Urinário (CID9: 996.64)	Utentes saídos	503	443	514	396	516
	Óbitos	70	80	86	58	86
	Percentagem de óbitos	13,9%	18,1%	16,7%	14,6%	16,7%
Infeção urinária associada a urostomia (CID9: 997.5)	Utentes saídos	512	557	453	475	402
	Óbitos	126	128	99	89	83
	Percentagem de óbitos	24,6%	23,0%	21,9%	18,7%	20,6%
INCS associada ao Cateter Venoso Central (CID9: 999.31; 999.32; 995.91; 038.9)	Utentes saídos	6210	7158	8416	10014	11367
	Óbitos	2491	2709	3129	3815	4310
	Percentagem de óbitos	40,1%	37,8%	37,2%	38,1%	37,9%
Pneumonia associada a Ventilador (CID9 : 997.31)	Utentes saídos	26	193	249	289	400
	Óbitos	6	56	69	98	127
	Percentagem de óbitos	23,1%	29,0%	27,7%	33,9%	31,8%

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2014.

Quadro 2

Custos de internamento → Segundo o mesmo estudo atrás referido temos um valor médio por doente com IAH de 9,5K€, sendo o custo médio acrescido face a uma situação sem complicações adicionais de 4,7K€

Custo incremental total estimado das IAH:

4700€ × 65000 doentes = 306M€; 6% do Budget Hospitalar

(intervalo – 201M€ a 416M€)

Com base nestes cálculos a poupança esperada pode variar entre:

- Os 30% estimados pela ECDC a nível global: 92M€ e,
- Os 50% definidos como objetivo pela Fundação Gulbenkian: 153M€

Dados ECDC – Portugal

Portugal

PPS data from 21/05/2012 to 30/06/2012
 Number of hospitals 57
 Standard protocol 56
 Light protocol 1
 Number of patients 10418

Comments

Data representativeness: optimal

I. Hospital characteristics

Table 1. Types of hospitals

Hospital type	N	%
Primary	15	26.3
Secondary	19	33.3
Tertiary	15	26.3
Specialised	7	12.3
Unknown	1	1.8

Table 2. Size of the hospitals and average length of stay

	Median	IQR
Size (number of beds)	200	[98-377]
Average length of stay (days)*	7.6	[5.0-9.2]

*Hospital statistics of year preceding PPS

II. Healthcare-associated infections (HAIs) and antimicrobial resistance

Table 3. HAI prevalence and key results

Number of patients with HAI	1128
HAI prevalence % (95%CI)	10.8 (9.5-12.3)
N of HAIs	1231
N of HAIs per infected patient	1.09
N HAIs with microorganism (%)	658 (53.5)
Total N of reported microorg.	775

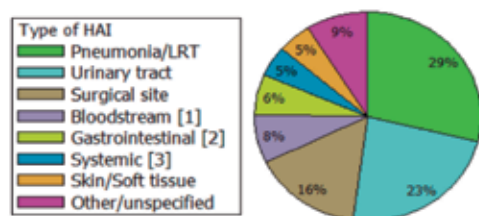
N=number

Table 4. Origin of HAIs

Origin of HAI	N HAIs	Rel%	Pts HAI	HAI%
HAI present on admission	282	22.9	267	2.6
Origin of HAI=Same hospital	161	57.1	154	1.5
Origin of HAI=Other hospital	82	29.1	78	0.7
Origin of HAI=Other/unknown	39	13.8	35	0.3
HAI during current hospitalisation	946	76.8	858	8.2
Missing	3	0.2		

N HAIs=number of HAIs, Rel%=% of total number of HAIs, Pts HAI=N patients with HAI, HAI%=HAI prevalence % within category

Figure 1. Distribution of types of HAI



[1] incl. catheter-related bloodstream infections (3.2%)
 [2] incl. *C. difficile* infections (2.3%)
 [3] incl. clinical sepsis (4.2%)
 LRT=Lower respiratory tract

Table 5. HAI prevalence by speciality

Specialty	N pts	Rel%	N pts with HAI	HAI%
Surgery	3839	36.8	395	10.3
Medicine	4206	40.4	542	12.9
Paediatrics	468	4.5	13	2.8
Intensive care*	601	5.8	137	22.8
Obstetrics and gynaecology	573	5.5	15	2.6
Geriatrics	0	0	0	—
Psychiatry	633	6.1	8	1.3
Rehabilitation/Other	98	0.9	18	18.4
All specialities	10418	100	1128	10.8

N pts=number of patients, Rel%=% of total N pts, N pts with HAI= N of patients with ≥1 HAI, HAI%=HAI prevalence % for speciality
 *includes non-intensive care specialities in intensive care units

Figure 2. Top ten microorganisms isolated in HAIs

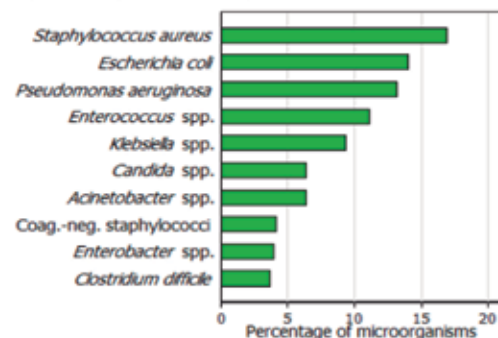


Table 6. Percentage of antimicrobial resistance for selected microorganism-antimicrobial combinations

Microorganism / Resistance	N isol.	N test.	N NS	% NS
<i>Staphylococcus aureus</i> / MRSA	132	126	101	80.2
Enterococci / VRE	87	77	18	23.4
<i>Enterococcus faecalis</i> / VAN-R	50	45	8	17.8
<i>Enterococcus faecium</i> / VAN-R	31	30	8	26.7
Enterobacteriaceae / 3GC-NS	260	226	86	38.1
<i>Escherichia coli</i> / 3GC-NS	109	97	26	26.8
<i>Klebsiella</i> spp. / 3GC-NS	73	63	36	57.1
<i>Enterobacter</i> spp. / 3GC-NS	31	30	13	43.3
Enterobacteriaceae / CAR-NS	260	226	13	5.8
<i>Escherichia coli</i> / CAR-NS	109	97	2	2.1
<i>Klebsiella</i> spp. / CAR-NS	73	63	6	9.5
<i>Enterobacter</i> spp. / CAR-NS	31	30	2	6.7
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> / CAR-NS	103	94	31	33.0
<i>Acinetobacter baumannii</i> / CAR-NS	48	45	45	100.0

N=number, N isol.=total N of isolates, N test.= N of isolates with known susceptibility results, R=resistant, NS=non-susceptible, N NS=N of NS isolates (only R isolates for MRSA, VRE and VAN-R),

Portugal (continued)

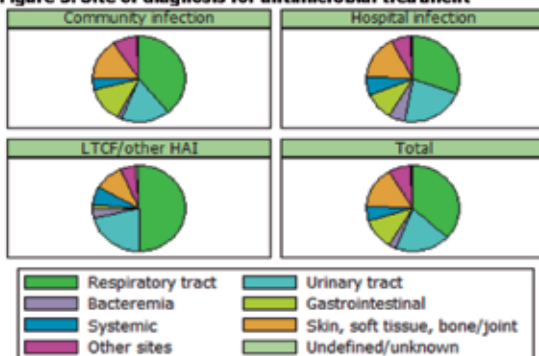
III. Antimicrobial use (AU)

Table 7. Antimicrobial use (AU) prevalence

N of patients with antimicrobials	4835	
AU prevalence % (95%CI)	46.4 (43.8-49.0)	
N of antimicrobials	6453	
N of antimicrobials per patient	1.33	
	N	Rel%
Reason in patient charts/notes, Yes	5206	80.7
Reason in patient charts/notes, No	1222	18.9
Reason in patient charts/notes, Unknown	25	0.4
Route of administration, Parenteral	5191	80.4
Route of administration, Oral	1225	19
Route of administration, Other/unknown	37	0.6

N=Number, Rel%=percentage of total N of antimicrobials

Figure 3. Site of diagnosis for antimicrobial treatment



LTCF=long-term care facility

Figure 4. Distribution of antibacterials for systemic use (J01)

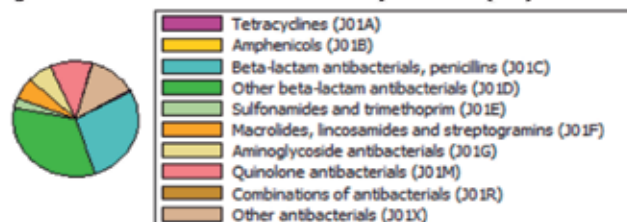


Table 10. Prevalence of healthcare-associated infections (HAI) and antimicrobial use (AU) by patient risk factors (std. protocol)

Patient risk factor	N pts	Rel%	Pts HAI	HAI %	Pts AU	AU %
Male gender	5202	50.2	656	12.6	2580	49.6
Age, <1 year	521	5.0	21	4.0	114	21.9
Age, 1-44 years	1988	19.2	125	6.3	815	41.0
Age, ≥45 years	7850	75.8	978	12.5	3876	49.4
Length of stay, 1-3 days	2667	25.7	113	4.2	1143	42.9
Length of stay, 4-7 days	2774	26.8	263	9.5	1462	52.7
Length of stay, 8-14 days	2227	21.5	287	12.9	1149	51.6
Length of stay, ≥15 days	2646	25.5	459	17.3	1043	39.4
Length of stay, Missing/Unknown	45	0.4	2	4.4	8	17.8
McCabe score, Non-fatal	6948	67.1	544	7.8	2939	42.3
McCabe score, Ultimately fatal	2382	23.0	390	16.4	1321	55.5
McCabe score, Rapidly fatal	728	7.0	153	21.0	395	54.3
McCabe score, Missing/Unknown	301	2.9	37	12.3	150	49.8
Surgery since hospital admission	3230	31.2	436	13.5	1842	57.0
Central vascular catheter	980	9.5	310	31.6	683	69.7
Peripheral vascular catheter	6906	66.7	825	11.9	3993	57.8
Urinary catheter	2484	24.0	527	21.2	1689	68.0
Intubation	419	4.0	134	32.0	301	71.8
Total	10359	100.0	1124	10.9	4805	46.4

N pts=number of patients, Rel%=% of total, Pts HAI=N patients with at least one HAI,

Pts AU= N patients with AU, HAI%/AU%= HAI/AU prevalence % within category

Table 8. Antimicrobial use (AU) prevalence by specialty

Specialty	N pts	Rel%	N pts with AU	AU%
Surgery	3839	36.8	1957	51.0
Medicine	4206	40.4	2162	51.4
Paediatrics	468	4.5	141	30.1
Intensive care*	601	5.8	333	55.4
Obstetrics and gynaecology	573	5.5	183	31.9
Geriatrics	0	0.0	0	—
Psychiatry	633	6.1	26	4.1
Rehabilitation/Other	98	0.9	33	33.7
All specialties	10418	100	4835	46.4

N pts=number of patients, Rel%=% of total N patients, with AU= with ≥1 antimicrobial, AU%=AU prevalence for specialty

*includes non-intensive care specialties in intensive care units

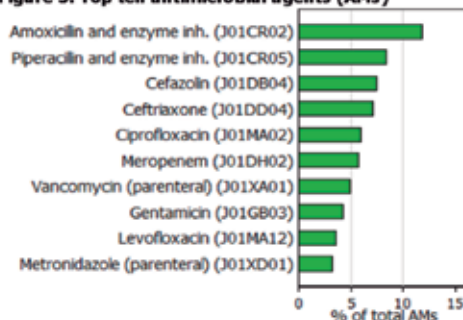
Table 9. Indication for antimicrobial use (AU)

Indication	N pts	AU%	N AMs	Rel%
Treatment	3290	31.6	4548	70.5
Community infection	2059	19.8	2777	43.0
Hospital infection	1101	10.6	1539	23.8
Long-term care/other HAI	169	1.6	233	3.6
Surgical prophylaxis	1026	9.8	1149	17.8
Single dose	205	2.0	211	3.3
One day	170	1.6	174	2.7
>1 day	663	6.4	764	11.8
Medical prophylaxis	442	4.2	530	8.2
Other indication	63	0.6	89	1.4
Unknown	126	1.2	138	2.1

AU%=AU prevalence % for indication, AMs=antimicrobial agents,

Rel%=% of total N of AMs

Figure 5. Top ten antimicrobial agents (AMs)



Bibliografia relevante

European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) - survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012

"Um Futuro para a Saúde", patrocinado pela Fundação Calouste Gulbenkian em 2014

DGS - Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em números - 2014

Hospital-acquired infections: a cost estimation for CLABSI in Portugal, 2014

Francesca Fiorentino, Pita Barros



APPACDM Coimbra: A felicidade para pessoas especiais

Bastonário da Ordem dos Médicos lança desafios ao Governo

Foi a terceira APPACDM a ser criada em Portugal, a 30 de junho de 1969. Hoje é uma instituição modelar e de qualidade, agraciada com o grau de 'excelência' pela Comissão Europeia de Reabilitação. Porém, para a concretização de sonhos e para a plenitude do ser humano, ainda há barreiras na sociedade que precisam de ser ultrapassadas. Convidado, o Bastonário da Ordem dos Médicos foi perceber porquê.

O Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, visitou o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) e o Centro de Medicina Física e de Reabilitação da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Coimbra, localizados em S. Silvestre.

Ali há um grupo de super-heróis, constituído por jovens adultos que merecem uma resposta especializada. E muito afeto. Há ali afetos e sabores. Afetos e arte. Afetos e oportunidades de uma vida sem barreiras.

Antes de um reunião de trabalho, no âmbito da qual se revelaram os mais recentes números da atividade da instituição e os principais desafios que enfrentam, José Manuel Silva visitou demoradamente as instalações e escutou as explicações da equipa técnica. Para além da incansável presidente da direção APPACDM Coimbra, Helena Albuquerque, foram cicerones nesta visita Gabriela Carneiro, assistente social, Maria Elisa Alves,

coordenadora clínica, e Ana Isabel Violante Cruz, diretora técnica do CAO.

No Centro de Atividades Ocupacionais, 125 pessoas recebem apoio e uma resposta adequada às suas circunstâncias. Alguns vivem nos três lares residenciais da instituição. "O enfoque é o bem-estar, os cuidados básicos, a estimulação mental e sensorial. Existe um plano individual de resposta para cada um deles, em conjugação com a avaliação técnica", refere Ana Isabel Cruz, à medida que se visitaram as diversas salas de resposta especializada.

Para além do sector terapêutico, existem dois sectores produtivos e também sectores de apoio. Produzem-se doces, constroem-se caixas (a uma velocidade impressionante) e sacolas coloridas, blocos e marcadores e belíssimas peças de artesanato em barro; um magnífico S. António e uma elegante Nossa Senhora do Leite mudaram logo de mãos.

Ali concretizam-se encomen-

das de empresas privadas para a montagem de caixas de lingerie ou para doçaria, por exemplo. Ali fazem-se flores dos carros alegóricos da Queima das Fitas, basta encomendar. Até existe um grupo musical - os CAO BOYS. Ali, em suma, materializam-se sonhos e germina-se genuína felicidade, humanismo, igualdade.

Os constrangimentos e as dificuldades

Já na sala de reuniões, o Bastonário da Ordem dos Médicos assistiu à apresentação do Relatório do Programa para a Saúde Mental e as especificações técnicas e logísticas do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do CAO.

Quanto ao primeiro documento, apresentado pela assistente social Gabriela Carneiro, e feita a resenha do edifício legal da proteção da saúde (Constituição da República Portuguesa, Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência e Programa Nacional para a Saúde

Mental) surgiram as perguntas:

- "Para quando a implementação do serviço de saúde mental comunitária?

- Será viável implementar consultas de várias especialidades médicas ao domicílio ou pelo menos existirem localmente no Serviço Nacional de Saúde (SNS)?"

Aguardam-se as resposta do Governo.

Mas a burocracia também tem efeitos perniciosos, nomeadamente no que concerne a isenção de taxas moderadoras no SNS. É fácil de explicar mas difícil de digerir para quem tem de se embrenhar nas teias da burocracia.

É que, os utentes do SNS, com grau de incapacidade igual ou superior a 60 por cento estão isentos do pagamento das taxas. Porém, para que tal seja validado, é necessário o comprovativo através de um atestado multiusos.

As perguntas, neste domínio, são várias:

- "Haverá necessidade de anualmente renovar a isenção de quem nasceu com uma limitação genética irreversível e incurável? Não seria possível as pessoas beneficiárias da Pensão Social ou bonificação por deficiência serem automática e vitaliciamente isentas?"

- Qual a lógica de uma pessoa com autismo ou síndrome de Down necessitar de renovar o seu atestado todos os anos? Alguém consegue explicar?

Mais desafios ao Governo. Por favor liguem o simplex...

É que o processo para aceder ao atestado multiusos é, ele próprio, uma barreira burocrática para quem já sofre a angústia e a dificuldade da diferença e porque, além do mais, a solicitação da junta médica ao domicílio - que passa este certificado de incapacidade permanente - nem sempre é facilitada.

Novas perguntas, em face dos constrangimentos:

- "Numa situação de óbvia carência económica do requerente, que tipo de apoio poderá ser solicitado para pagamento do Atestado de Incapacidade Multiuso?"

Mas as dificuldades, infelizmente, não se ficam por aqui.

Embora não seja frequente, ainda existem dificuldades, designadamente nos serviços de urgência hospitalares, onde é dificultado o direito de acompanhamento do utente por um técnico desta instituição, tal como estabelece a lei. E são doentes muitos especiais, sensíveis e, por vezes, difíceis.

As despesas e encargos da instituição, na sequência de consultas hospitalares, são bastante onerosos. Em 2015, tendo em conta uma mostra de 51 pessoas num total de 253 utentes dos lares da instituição (Montes Claros, S. Silvestre e Tocha), foram realizadas 361 consultas. Números que estão relacionados com várias variáveis que se refletem nos gastos. A saber, a título de exemplo: A Tocha está situada a 45 quilómetros de Coimbra, S. Silvestre a 10 quilómetros, e todos os jovens têm de ir acompanhados por dois colaboradores. Feitas as contas, tanto o custo de pessoal como os custos de transporte são bastante significativos. A Tocha, por exemplo, faz em média, mensalmente, 900 quilómetros.

Grande parte das consultas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra são das especialidades de Psiquiatria e Estomatologia. Outra especialidade que se destaca são as consultas de Medicina Geral e Familiar.

"Gostaríamos de desenvolver uma cadeia de voluntariado, por exemplo, médicos que não se importassem de ir à Tocha, já poderíamos diminuir grande parte das despesas. Deixo esse desafio", sublinha





Helena Albuquerque, que nós apoiamos inteiramente. A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos vai tentar colaborar e dinamizar.

No âmbito desta visita, eis com mais detalhe o Centro de Medicina Física e de Reabilitação (CMFR), aberto desde 3 de fevereiro de 2005: das suas instalações fazem parte um ginásio de fisioterapia e um tanque de hidroterapia, ambos quer para os utentes internos da APPACDM Coimbra quer para clientes da comunidade. Atualmente, o CMFR apoia 81 clientes, dos 2 aos 62 anos, graças a uma equipa constituída por 5 fisioterapeutas e dois auxiliares de fisioterapia, sendo dois fisioterapeutas exclusivos do CAO de Montemor-o-Velho e Tocha.

Na reunião, Elisa Alves deu conta das principais preocupações: a morosidade do circuito administrativo das credenciais para tratamento de fisioterapia, por exemplo, e a necessidade de deslocar os clientes da instituição aos centros de saúde.

"Temos três desafios urgentes", resumiu a presidente da direção APPACDM Coimbra:

1) Desafio ao Ministério da Saúde: corrigir o Despacho n.º87/2009, de 10 de julho, ripristinado pelo despacho n.º 12282/2011 de 19 de setembro, que, na prática, inviabiliza o atendimento de qualidade aos utentes da APPACDM de Coimbra na área da Medicina Física

e Reabilitação, retirando a autonomia de prescrição à Directora Clínica (como era feito até agora) e obrigando a validação pelo Médico de Família. Esta burocracia, com as dificuldades inerentes, vai implicar que a maioria dos jovens possa perder este apoio essencial à sua saúde e mobilidade. Pessoas especiais precisam de legislação especial. "Uma vez que podemos prescrever os tratamentos de fisioterapia, com vinhetas próprias, não deveria ser necessário ir ao médico de família quando já existe uma prescrição de uma médica fisiatra", referiu Helena Albuquerque, médica essa que não tem conflitos de interesse, pois não é remunerada 'à peça'.

2) Desafio ao Ministério da Saúde/ARS: trazer os profissionais de saúde para dentro da instituição, permitindo a implementação na APPACDM de Coimbra/CAO de S. Silvestre, e em instituições congéneres, de uma extensão do Centro de Saúde, com um horário conveniente e suficiente, de modo a ser possível que estes cidadãos especiais tenham acesso aos cuidados de saúde necessários dentro da instituição, quer em medicina geral e familiar, quer em psiquiatria e estomatologia.

3) Conseguir que a ADSE responda aos vários pedidos de solicitação de Convenção para a MFR do CAO. Há instituições privadas com mais sorte na rapidez e positividade destas resposta, que, ape-

sar das várias insistências, nunca mais chega, por razões que se desconhecem. Porque será?...

Décadas por uma sociedade mais justa

A APPACDM de Coimbra, recorde-se, é uma instituição modelar. Já recebeu o grau de 'excelência' pela Comissão Europeia de Reabilitação, por ser gerida com normas de qualidade. Foi no dia 30 de junho de 1969 que foi publicada em Diário da República a criação da APPACDM de Coimbra, a terceira a surgir no país, após as de Lisboa e Porto. Quase a completar meio século, o caminho tem sido a aposta no desenvolvimento de várias valências. Coimbra, Montemor-o-Velho, Cantanhede e Arganil são os quatro concelhos onde é desenvolvida a ação desta instituição, no apoio a mais de 950 pessoas com os mais diversos tipos de deficiência intelectual.

Qualquer ajuda será mais uma gota de felicidade para pais, técnicos, dirigentes e - acima de tudo - para as pessoas tão especiais que ali são olhadas 'olhos nos olhos' e que, como pudemos observar pessoalmente, sorriem abertamente de forma pura, franca e reconhecida.

Fotos:
Rui Ferreira



Organizações médicas de Portugal e Espanha unidas para defender profissão



Representantes das delegações médicas de Portugal e Espanha

Na sequência de vários encontros bilaterais, as organizações médicas de Portugal e Espanha apresentaram uma proposta conjunta na qual defendem a necessidade de unir numa só voz a representação da profissão médica na Europa. Para esse efeito, foi elaborada, pelos departamentos internacionais de ambas as organizações, uma proposta de agregação das organizações médicas europeias, a qual foi apresentada por José Manuel Silva e Juan José Rodríguez Sendín, na reunião dos presidentes das Ordens dos Médicos Europeias que se realizou no dia 3 de março, em Viena.

A proposta ibérica pretende harmonizar Ordens dos Médicos de Portugal e Espanha ao nível de procedimentos e estabelece ainda o debate sobre vários temas comuns entre ambas as organizações e tem como finalidade reforçar a capacidade de ação, tanto na defesa dos médicos e dos seus direitos, como nas políticas sanitárias e, ao mesmo tempo, evitar a fragmentação da sua representatividade em grupos cada vez com menos poder de influência e com interesses nem sempre convergentes.

A acreditação e recertificação profissional, a Deontologia médica, e a proteção social e saúde do médico foram outros temas debatidos em reuniões que as organizações ibéricas têm mantido regularmente. No que diz respeito à acreditação e recertificação apresentou-se, por parte do Consejo General de Colegios de Médicos, o Sistema de Validación Periódica da Colegiación (VPC). O objetivo é que no espaço

ibérico se possa desenvolver o mesmo processo de validar e acreditar as competências profissionais. No que toca à deontologia médica, a intenção de ambas as organizações é a de criar um grupo de trabalho com a participação de membros das Comissões Deontológicas de Portugal e Espanha, com a finalidade de estabelecer um Código Deontológico comum. A situação de proteção social no coletivo médico, onde está incluída a saúde do médico, foi outro dos pontos de interesse da reunião. A ideia é chegar a laços comuns nesta matéria. Neste âmbito, Espanha convidou Portugal a participar no próximo congresso dedicado ao Programa de Atención Integral del Médico Enfermo (PAIME) que se realizará nas Baleares em 2017.

Além destes temas, o debate em torno do Acordo de Parceria Transatlântica de Comércio e Investimento entre a União Europeia e os Estados Unidos da América (TTIP)

foi também analisado. Desta análise concluiu-se não existir debate amplo a nível social sobre as consequências dos ditos tratados no âmbito da saúde. Neste âmbito, na ótica de João Grenho, membro do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos e vice-presidente da UEMS – Union Européenne des Médecins Spécialistes (União Europeia dos Médicos Especialistas), “foram planeadas duas estratégias: uma concreta destinada a reforçar a comunicação, que ambas as Organizações difundam todas as mensagens que consideram de interesse social a partir dos acontecimentos subjacentes ao TTIP; e uma outra, assente na celebração, ao longo deste ano, de diversos atos públicos por parte de Lisboa e Madrid, com várias mesas de debate centradas na valorização que autoridades políticas podem oferecer sobre este tema e nas quais podem e devem participar os dirigentes profissionais de vários países europeus”.

Nuno Quintal

Cardiologista e membro da Organização Não Governamental Cadeia da Esperança



Só com recursos humanos qualificados se constrói o futuro de um país

O cardiologista Nuno Quintal está ligado à Cadeia da Esperança, uma pequena ONG que atua precisamente no âmbito da prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares e que, desde o ano 2000, atua em Moçambique e posteriormente em São Tomé e Príncipe. Este especialista falou-nos da relevância da ajuda portuguesa para melhorar as políticas de saúde desses países e a formação de profissionais qualificados, nomeadamente com colaboração para a especialização dos médicos, mas salientou a necessidade de assegurar o seu regresso aos países de origem para que possam contribuir para a evolução e melhoria da qualidade dos seus sistemas de saúde. A forma melhor de o garantir, frisa, é com uma “menor duração dos internatos médicos nos PALOP” que não lhes permita exercer em países europeus. Nesta entrevista falámos também desse momento de elevado significado histórico na política de saúde de São Tomé e Príncipe: “quando a jovem médica Miryan Cassandra prestou provas com excelente desempenho, perante um júri que contou com a participação honrosa do nosso Bastonário José Manuel Silva”, um exemplo que todos esperamos seja seguido por outros jovens médicos.

Revista da Ordem dos Médicos
– **Resumidamente, qual é o âmbito de atuação da ONG Cadeia da Esperança?**

Nuno Quintal – A Cadeia da Esperança é uma pequena ONG que atua no âmbito das doenças cardiovasculares, no que respeita à sua prevenção, diagnóstico e tratamento. Inicialmente em Moçambique desde o ano 2000, e posteriormente alargando essa colaboração São Tomé e Príncipe. O projeto social que nos orientou tem contribuído para a formação de profissionais de saúde locais, colaborando no diagnóstico da doença cardíaca em adultos e em idade pediátrica e proporcionou, ao longo destes seis anos, uma plataforma logística para a referenciação e evacuação de doentes urgentes para Portugal.

ROM – Desde 2009 que faz parte de uma equipa de cardiologistas que realiza missões em São Tomé e Príncipe, arquipélago em que a hipertensão é a principal patologia cardíaca. Existe uma grande necessidade de cuidados cardiológicos nesse país?

NQ – Numa fase inicial a colaboração com o Hospital Ayres de Menezes foi cumprida por dois cardiologistas pertencentes à ONG, António Leitão Marques e eu próprio. Constatámos que não existia nenhum especialista nesta área, nem tão pouco os equipamentos básicos de diagnóstico. Nesse sentido, ofertaram-se dois aparelhos fundamentais na Cardiologia – o eletrocardiógrafo e o ecocardiógrafo – de forma a permitir a realização de um trabalho suficientemente eficaz. As valvulopatias e principalmente a hipertensão arterial têm uma preva-

lência grande entre a população, sobretudo nas camadas mais pobres da sociedade. A miocardiopatia dilatada de etiologia etílica tem também uma expressão significativa. Estas doenças surgem no contexto dum consumo exagerado de sal e álcool, apresentando uma importante morbilidade e mortalidade, culminando em quadros graves de insuficiência cardíaca ou de acidente vascular cerebral, que se verificam mesmo nos grupos etários mais jovens.

ROM – Existem muitas transferências de doentes com patologia cardíaca para Portugal?

NQ – Foram observados em cada uma das nossas missões, com a duração de uma semana, uma média de 150 doentes e evacuados para Portugal cerca de 7 a 10 doentes com patologias mais graves. Ao longo destes seis anos, foram observados cerca de 2 mil indivíduos, tendo sido evacuados perto de 100 doentes para o nosso centro hospitalar em Coimbra (CHUC), a maioria dos quais com valvulopatia ou cardiopatia congénita grave. Habitualmente, estes doentes eram primeiro avaliados na nossa Unidade de Intervenção

Vascular (UNIC) e, em determinados casos, referenciados para o serviço de Cirurgia Cardio-torácica cujo diretor, Manuel Antunes, é o atual presidente da Cadeia da Esperança.

ROM – De que forma se podem melhorar os sistemas de saúde dos PALOP, por forma a diminuir a sua dependência de terceiros e diminuir o êxodo de quadros?

NQ – É uma questão muito pertinente. A especialização de jovens médicos são-tomenses deverá obedecer ao protocolo de formação estabelecido pelos próprios PALOP. Atualmente, o período de internato médico exigido está encurtado para apenas 3 anos nas especialidades médicas, dando-se maior ênfase à componente clínica e aos exames complementares de diagnóstico não invasivos que sejam exequíveis no país. A menor duração dos internatos médicos nos PALOP incentiva o regresso dos jovens médicos ao país de origem, pois não lhes permite exercer a especialidade noutro local europeu.

ROM – Que importância atribui à troca de experiências para



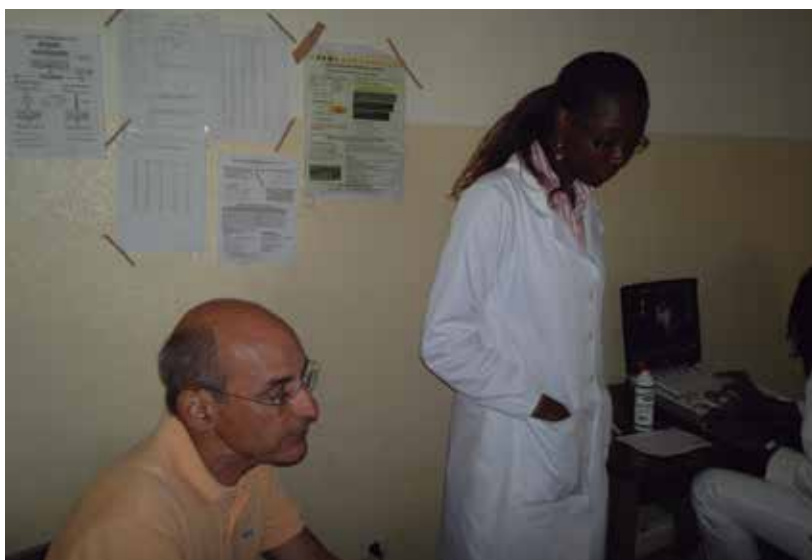
Pavilhão inicial da Cardiologia – 2009



Consulta Externa – 2011



1º Exame oficial à OM de STP - Júri



Consulta Externa – 2010

uma evolução sustentada das ordens lusófonas e quais as formas concretas de que se pode revestir?

NQ – A colaboração entre as ordens lusófonas é fundamental, sabendo-se que Portugal muito pode ajudar esses países a melhorar as suas políticas de saúde. O intercâmbio que habitualmente se gera, tem como finalidade a formação de médicos que posteriormente possa contribuir para atenuar a escassez de recursos humanos qualificados.

ROM – Como analisa a criação da OM de São Tomé e Príncipe?

NQ – A criação da recente OM de São Tomé e Príncipe (STP) foi um momento deveras importante. Vínhamos alertando desde há cerca de 3 anos para a urgência da sua formação e com certeza que será um fator determinante para fixar os futuros médicos de STP. Atualmente, os jovens que se encontram a completar o internato de médico, não necessitam de realizar o exame final do Internato Médico noutro país africano. E, tal como em Portugal, a OM de STP terá um papel fundamental na regulamentação da formação dos médicos e nas futuras políticas de saúde desse país.

ROM – Como se sente por ser parte integrante da formação da primeira cardiologista são-tomense?

NQ – Todos os que têm colaborado com o Hospital Ayres de Menezes sentem uma grande satisfação pessoal. Na medida em que viram cumprido um dos principais objectivos a que a Cadeia da Esperança se tinha comprometido, proporcionando para tal uma bolsa para os três anos de formação, com o apoio



Inauguração da Unidade de Cardiologia - 2012

do Instituto Camões e da Fundação Calouste Gulbenkian.

ROM – Ao proporcionar a uma médica são-tomense a realização do internato de especialidade no Serviço de Cardiologia do Hospital Geral de Coimbra, a Cadeia da Esperança está a dar um passo significativo que ultrapassa em muito a satisfação pontual de necessidades médicas da população. Como analisa e descreve este momento de cooperação histórico?

NQ – Desde o início que queríamos ir além da satisfação pontual das necessidades médicas em STP. Este bonito projeto começou com a fundação do “Núcleo de Doenças Cardiovasculares” no Hospital Ayres de Menezes, desenvolvendo-se progressivamente e culminan-

do com a inauguração da “Unidade de Cardiologia” de STP, apetrechada com vários meios de diagnóstico não invasivos fundamentais à Cardiologia. Posteriormente estendemos a colaboração a outros colegas de Coimbra, Luis Paiva e Marco Costa, que trouxeram um novo entusiasmo e impulso ao projeto. E finalmente a especialização de uma médica são-tomense que assumiu recentemente a coordenação dessa Unidade. A satisfação de que ao longo destes anos, fomos concretizando progressivamente os objetivos que nos propusemos atingir em 2009. Realço um momento de elevado significado histórico na política de saúde de São Tomé e Príncipe, quando a jovem médica Miryan Cassandra prestou provas com excelente desempe-

nho, perante um júri que contou com a participação honrosa do nosso Bastonário José Manuel Silva. Certamente que isto se tornará exemplo para outros jovens médicos que queiram ter um percurso idêntico.

ROM – Mas a cooperação em termos de formação ainda tem um longo caminho a percorrer, concorda?

NQ – A Cooperação de Portugal desde há muitos anos instalada em STP pode melhorar a colaboração que tem proporcionado. Apesar de ter sido deveras importante para a população, neste momento deveria concentrar esforços na formação de médicos são-tomenses que queiram mudar a realidade e as condições de saúde do seu país. Há gente de muita qualidade naquela terra. No meu entender, a Cooperação Portuguesa e as ONG que colaboram nesse país ao apoiarem a formação de especialistas médicos, segundo as regras estabelecidas pela Ordem dos Médicos local, incentivam o regresso dos jovens qualificados ao país de origem que serão os futuros líderes de STP.

ROM – Quais são os seus objetivos para a continuação do trabalho no âmbito da ONG Cadeia da Esperança?

NQ – Entrámos numa nova fase em que deixa de haver necessidade de uma colaboração local tão assídua. A partir de 2016, as deslocações resumem-se a uma por ano e só com um médico, com o intuito de formação e monitorização do funcionamento da “Unidade de Cardiologia”. A Telemedicina já está em pleno funcionamento e ajudará nos casos de cardiopatias mais complexas e quanto à necessidade



2º Curso de Cardiologia Clínica – 2016

de evacuação de alguns doentes.

ROM – E é preciso não esquecer a necessidade de atualização permanente para que se validem os conhecimentos e capacidades técnicas...

NQ – A experiência que temos tido, diz-nos que devemos continuar a investir na formação e atualização dos profissionais da saúde. Nesse sentido, já se realizaram dois Cursos de Cardiologia Clínica e um de Emergência Médica no decorrer destes últimos três anos. Concomitantemente devemos proporcionar as condições necessárias para a realização de estágios mais direcionados em Portugal, que sejam úteis para a melhoria do diagnóstico e do tratamento das doenças cardiovasculares em STP. Para que se possam evitar algumas evacuações dos doentes, por vezes, desnecessárias e onerosas.

ROM – Concorda que o inves-

timento na formação pós-graduada é fundamental para o desenvolvimento sanitário dos PALOP?

NQ – A formação pós-graduada certamente irá modificar de modo significativo o panorama da saúde. Avizinha-se essa possibilidade, quer através do Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe quer pelas ONG que prestam serviço nesse país. Mais precisamente, o Instituto Marquês Valle Flor que desde há 25 anos tem dado um contributo decisivo no plano de saúde.

ROM – Se, por um lado, a mobilidade médica no espaço lusófono é desejável e desejada, por outro continua a haver alguma dificuldade em evitar o êxodo de profissionais médicos qualificados. Que soluções?

NQ – Como referi anteriormente a especialização dos médicos

são-tomenses terá de ser segundo as regras das OM locais, independentemente de obrigar a períodos mais curtos de estágios de pós-graduação. Se os profissionais realizarem a especialidade pela Ordem dos Médicos de Portugal, naturalmente que têm acesso a trabalhar em qualquer parte da Europa, daí que se tenham estabelecido estes protocolos específicos para os PALOP, de modo, a que incentivar os futuros especialistas a exercerem o seu trabalho como clínicos no país de origem, evitando o inquietante e sistemático êxodo desses profissionais. Só com recursos humanos qualificados é que se constrói o futuro de um país.

Paulo Freitas

Presidente do Conselho de Administração do Instituto Marquês de Valle Flôr



Investir na saúde é investir no desenvolvimento social e económico

Paulo Freitas é médico internista e presidente do Conselho de Administração do Instituto Marquês de Valle Flôr, uma Organização Não Governamental para o Desenvolvimento que orienta a sua atividade pela “ideia de que o fator humano é o motor do desenvolvimento”. Por essa razão tem trabalhado para a capacitação e impulsionamento de um desenvolvimento justo, inclusivo e sustentável. Este ano, na sequência do trabalho deste instituto e da cooperação entre as ordens dos médicos dos dois países, assinalou-se um ato histórico: o primeiro exame final de especialidade à Ordem dos Médicos de São Tomé e Príncipe e de Portugal. Miryan Cassandra é a primeira cardiologista são-tomense a exercer atividade no país, depois de 3 anos de especialização no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Nesta entrevista damos a conhecer o trabalho do Instituto e a visão estratégica que defende para a capacitação dos povos, especialmente na área da saúde que é essencial para o desenvolvimento social e económico.

Revista da Ordem dos Médicos (ROM) – **Quais as principais áreas de atuação do Instituto Marquês de Valle Flôr?**

Paulo Freitas – A intervenção do Instituto Marquês de Valle

(IMVF) abrange a Cooperação para o Desenvolvimento com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, de Educação para a Cidadania Global com os parceiros da União Europeia, de

Cooperação Descentralizada com os municípios, de Assistência Técnica e de Estudos Estratégicos. Apostamos em áreas-chaves que são pilares para o desenvolvimento, tais como a educação, a



A primeira mamografia feita em São Tomé e Príncipe realizou-se durante o lançamento da nova plataforma Mediagráf

saúde e a segurança alimentar. Privilegiamos as parcerias com organizações e instituições dos países onde atuamos. A nossa atividade é orientada pela ideia de que o fator humano é o motor do desenvolvimento: através da capacitação das nossas parcerias é possível impulsionar um desenvolvimento justo, inclusivo e sustentável do povo.

ROM – O trabalho que fazem para a promoção do desenvolvimento socioeconómico e cultural, junto das populações mais carenciadas, é centrado nos países de língua portuguesa?

PF – O IMVF centra a sua intervenção nos países de língua portuguesa, assumindo como missão a promoção do desenvolvimento socioeconómico e cultural através dos projetos que implementa em países como Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste. Em Portugal, em parceria com as nossas congéneres europeias, promovemos um conjunto de iniciativas que têm

como alvo a sensibilização da opinião pública europeia para a temática do desenvolvimento e realizamos ações de *lobbying* para colocar o desenvolvimento no centro da agenda europeia.

ROM – O Instituto tem prestado colaboração a São Tomé e Príncipe. Pode resumir alguns dos projetos que têm apoiado ou desenvolvido nesse país?

PF – O IMVF desenvolve em São Tomé e Príncipe um amplo trabalho de promoção do desenvolvimento humano, com destaque para as áreas da saúde, educação, segurança alimentar e água e saneamento, lado a lado com parceiros da cooperação portuguesa, Fundação Calouste Gulbenkian, Direção Geral da Saúde de Portugal, Governo de São Tomé e Príncipe, e organizações no terreno. Na área da saúde, o IMVF empreende há 27 anos o programa Saúde para Todos, um projeto de reconhecido interesse público por parte do Ministério da Saúde de Portugal, que se estende atualmente a toda a

população com uma rede de cuidados primários, preventivos e especializados, e integrando um inovador sistema de telemedicina. Os indicadores de saúde no país estão entre os melhores da África subsariana e a esperança média de vida subiu, sendo hoje de cerca de 70 anos.

ROM – Qual o maior desafio que têm sentido?

PF – O maior desafio é conseguir alcançar a sustentabilidade técnica e financeira deste tipo de intervenções num futuro próximo para garantir a autonomia de São Tomé e Príncipe no setor da saúde. No setor da educação, o IMVF começou a intervir no país em 2009 através do Escola +, um projeto que permitiu reformar e dinamizar o ensino secundário são-tomense, promovendo uma melhor qualidade do ensino no país. Atualmente o projeto encontra-se numa segunda fase e tem apostado na formação pedagógica e em serviço de professores são-tomenses e no reforço da capacidade dos serviços centrais do Ministério da Educação e das escolas. Por fim, importa mencionar o Projeto Descentralizado de Segurança Alimentar, que estimulou fortemente o setor agrícola e agroindustrial do país e que contribuiu para a alimentação das crianças nas escolas através do fornecimento de uma merenda composta por produtos



Julieta Espírito Santo, "Mãe da Saúde de São Tomé e Príncipe" e Paulo Freitas

IMVF vence prémio europeu de cidadania

Na foto vemos Paulo Freitas na cerimónia de entrega do Prémio Cidadão Europeu, em Bruxelas. Este prémio atribuído anualmente pelo Parlamento Europeu, foi entregue no dia 14 de outubro de 2015, em Bruxelas. O Instituto Marquês de Valle Flôr foi um dos portugueses galardoados e o Presidente do Conselho de Administração, Paulo Freitas, esteve presente na cerimónia de entrega do prémio. O IMVF foi reconhecido pelo trabalho que tem vindo a fazer nas áreas da cooperação e educação para o desenvolvimento. Na edição de 2015 foi dada preferência a projetos ligados ao Ano Europeu para o Desenvolvimento.



As equipas das especialidades do Saúde para Todos com os médicos Ahmed Zaky e Paulo Freitas (em 2011)



A Asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) são dois dos temas mais abordados nas formações das missões desta especialidade

transformados localmente. São Tomé e Príncipe é um país com um potencial produtivo incrível e que quer assumir a sua soberania alimentar, sem depender totalmente do exterior para cobrir

as necessidades básicas da sua população.

ROM – O IMVF defende, entre outros valores, a partilha de recursos e responsabilidades

com parceiros locais, nacionais e internacionais. À luz dos valores que defendem, como analisa a colaboração da OM portuguesa com a recém-criada Ordem dos Médicos de São Tomé e Príncipe?

PF – Acreditamos que o desenvolvimento é uma responsabilidade partilhada e que sem um trabalho em equipa, consistente e duradouro, dificilmente conseguiríamos atingir os objetivos a que nos propomos, pelo que desde sempre estabelecemos parcerias com diferentes atores que fortalecemos diariamente, e sem os quais não seria possível ter uma atuação concertada e eficaz como aquela que considero que o IMVF tem vindo a ter ao longo dos anos. Falo em parcerias com órgãos de soberania, com organizações da sociedade civil, governos locais, congéneres nacionais e internacionais, municípios, entre outros, que se traduzem em relações fundamentais para a boa execução do nosso trabalho. Uma intervenção conjunta, que privilegia a troca de experiências é algo ao qual o IMVF está permeável, procurando soluções inovadoras, mas mantendo sempre presente a ideia da sus-

tentabilidade das ações que implementa. Considero de louvar o trabalho de cooperação entre a Ordem dos Médicos portuguesa e a recém-criada Ordem dos Médicos de São Tomé e Príncipe, que, reforçando os laços culturais que unem os dois países, tem apoiado a vinda de são-tomenses que se querem especializar em Portugal, algo que recentemente se refletiu na realização do primeiro exame à ordem em São Tomé e Príncipe da atual primeira cardiologista são-tomense a exercer atividade no país, um primeiro e importante passo que abre caminho a futuras graduações de médicos no país.

ROM – Concorda que a área da saúde, por ser transversal a todas as áreas – do desenvolvimento da economia social, cultural, ao ambiente, educação, etc. – deve ser um dos elementos a analisar e incluir em todas as políticas?

PF – A saúde é primordial para o desenvolvimento de qualquer país. Sem um Sistema Nacional de Saúde eficaz e a funcionar em pleno, a qualidade de vida da população fica francamente comprometida. A estratégia de intervenção do IMVF na área da saúde, tanto em São Tomé e Príncipe como na Guiné-Bissau, tem como base uma análise das necessidades existentes e das fragilidades a colmatar tendo em conta as características dos países em causa e a subsequente necessidade de implementação de uma ação estruturada que assegure a prestação de cuidados de saúde antes inacessíveis à população. O setor da saúde, em qualquer país, deve ser encarado como catalisador para o desenvolvimento de outras áreas, como a educação, a economia, a cultura, entre ou-



Os responsáveis pelo projeto Saúde para Todos em reunião com a administração do Hospital Dr. Ayres de Menezes



Profissionais de saúde e doentes debatem-se diariamente com a escassez de água, de abastecimentos básicos e de medicamentos no Hospital Dr. Ayres de Menezes



A equipa do IMVF em São Tomé e Príncipe

tras, no entanto, em países com tão grandes necessidades básicas por suprir, nomeadamente no que toca ao desenvolvimento

sanitário, é fundamental que se edifiquem políticas de saúde sólidas e com metas tangíveis que se baseiem numa estratégia de

capacitação e desenvolvimento dentro do setor, que consequentemente possam ser alargadas a outras áreas da sociedade. Investir na saúde é investir no desenvolvimento social e económico dos países, e é sabido que cada euro investido em saúde gera pelo menos 2,5 euros no Produto Interno Bruto dos países. A saúde deve ser encarada como um elemento chave para o bem-estar da população e para o crescimento económico do país.

ROM – Concorda que além de projetos de resposta imediata, a cooperação para a capacitação de médicos especialistas são-tomenses trará grandes benefícios na construção de um sistema de saúde cada vez mais capaz de dar resposta às necessidades da população?

PF – A estratégia de intervenção do IMVF no setor da saúde em São Tomé e Príncipe desenvolve-se de forma integrada e tendo em conta uma visão global do setor e das características do país onde atua. Uma das preocupações que desde sempre tivemos presente na nossa atuação foi a capacitação dos recursos humanos locais. No caso da saúde, a formação assume várias facetas: *on the job* durante as missões clínicas, em sala dirigidas ao corpo clínico são-tomense, que desenvolve a sua atividade no Hospital Dr. Ayres de Menezes, podem também ser de curta duração em Portugal, com estágios de 3 a 6 meses, e de longa duração para formação de especialistas de que São Tomé e Príncipe tanto precisa. Só desta forma conseguimos transmitir conhecimentos teóricos e práticos a quem tem em mãos o destino do país: os próprios são-tomenses. O início de 2016 ficou marcado por um ato

histórico e que merece o nosso apreço: pela primeira vez realizou-se um exame final de especialidade à Ordem dos Médicos de São Tomé e Príncipe e de Portugal, que contou com a presença do Bastonário da Ordem dos Médicos de Portugal, Prof. Dr. José Manuel Silva e do Bastonário da Ordem dos Médicos de São Tomé e Príncipe, o Dr. Martinho Nascimento, um momento imprescindível para estreitar laços na área da saúde entre dois países com tantas afinidades históricas e culturais. A Dr^a Miryan Cassandra tornou-se, assim, na primeira cardiologista são-tomense a exercer atividade no país, depois de 3 anos de especialização no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com quem o IMVF mantém uma relação de extrema proximidade devido à colaboração de especialistas desse centro hospitalar nas missões humanitárias de Cardiologia a São Tomé e Príncipe desde 2010.

Reacção do Presidente do CRN à entrevista do Ministro da Ciência ao Expresso



Miguel Guimarães
Presidente do Conselho Regional do Norte
da Ordem dos Médicos

O presidente do CRN, Miguel Guimarães, reagiu em nota publicada no seu Facebook, à entrevista do Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior ao Expresso, na qual é abordada a redução do *numerus clausus* nos cursos de Medicina em Portugal. Transcrevemos a seguir a referida publicação.

O Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Manuel Heitor, dá a entender ao Jornal Expresso, que o Estado e as Universidades não têm que garantir emprego a ninguém. E que a formação não pode depender da capacidade de absorção da economia num dado momento. Acrescenta que em Portugal há falta de médicos e não vai cortar vagas nos cursos de Medicina."

Senhor Ministro, permita-me as seguintes sugestões:

1. As Universidades não têm de garantir emprego a ninguém, mas têm de garantir conhecimento e qualidade na formação pré-graduada, o que neste momento já não é inteiramente verdade nos cursos de medicina;
2. Portugal tem mais médicos do que os necessários (basta analisar os dados da OCDE - 4.3 médicos/1000 habitantes - ou verificar quantos médicos estão inscritos na Ordem dos Médicos);
3. O SNS tem falta de médicos e de organização e planeamento (basta

verificar os registos da ACSS - cerca de 27.000 médicos (dos quais cerca de 9000 são médicos em formação específica - internos da especialidade), ou seja cerca de 2.6 médicos/1000 habitantes);

4. Isto significa Senhor Ministro que uma parte significativa de médicos opta por não ficar no SNS ou o SNS não os contrata;

5. De resto, é sabido que milhares de médicos se aposentaram de forma antecipada nos últimos anos, outros tantos optaram por trabalhar apenas no sector privado e muitas centenas emigraram;

6. E porquê? Porque procuram melhores condições de trabalho;

7. Todos os estudos universitários realizados até ao momento são unânimes em afirmar que Portugal forma médicos em número claramente superior às necessidades do País;

8. Mas então Senhor Ministro quanto custa aos portugueses formar um único médico especialista? Será que tem ideia dos muitos milhares de euros envolvidos na for-

mação pré e pós-graduada de um único médico especialista? E será uma boa política formar médicos para os exportar a custo zero para fora do país? E não se preocupa (ainda que minimamente...) com a qualidade da formação clínica dos estudantes de medicina? Se tiver interesse, visite um Hospital Escola e converse com os estudantes e com os médicos para entender o que realmente se passa.

As suas afirmações no jornal Expresso, no que à Medicina e Saúde dizem respeito, são populistas e não contribuem para melhorar a confiança e esperança dos profissionais de saúde e dos doentes num futuro melhor.

Não é assim que se resolvem as insuficiências e deficiências do SNS. Respeitem e dignifiquem os doentes e o trabalho dos profissionais de saúde, melhorem as condições de trabalho e centrem a Saúde nos doentes.

Parece fácil, mas não é fácil de entender...



II Congresso “SNS: Património de Todos”

Entre 17 e 19 de Março, o Porto recebeu o II Congresso SNS: Património de Todos, numa organização da Fundação para a Saúde - SNS e que contou com a colaboração da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM). Precisamente na SRNOM, teve lugar o primeiro momento desta grande jornada de reflexão, com um debate sobre a reforma do sistema público de saúde, que recolheu contributos de várias personalidades com intervenção conhecida no sector. Nos dias 18 e 19, já no Teatro Rivoli, o programa do Congresso tocou em vários pontos estruturantes para o SNS - desde a integração europeia ao capital humano - e incorporou a apresentação da obra *Porto Saúde - Momento e Movimento*, bem como as homenagens a Paulo Mendo e Maria do Céu Costa Leite.

Liberdade de escolha e as equações difíceis do SNS

Liberdade de escolha. Foi por aqui que começou a sessão preliminar do II Congresso “SNS: Património de Todos”, realizada no auditório da SRNOM e que contou com a participação de vários protagonistas do sector da política de saúde em Portugal: Eurico Castro Alves, João Paulo Carvalho, Miguel Guimarães, Manuel Pizarro, Humberto Martins, Bernardo Vilas Boas e Silvério Cordeiro.

Sobre o tema de abertura, coube ao ex-presidente do Infarmed a primeira intervenção da noite, tendo-

-se mostrado claramente favorável a uma introdução progressiva de um princípio que, comentou, decorre de uma “lei geral da Economia”: “o utilizador poder escolher o prestador do serviço”. Apologista da livre escolha “desde os bancos da faculdade”, Eurico Castro Alves apontou, no entanto, para o facto de se tratar de um modelo que exige “uma grande responsabilização” de todos os intervenientes, incluindo dos doentes. Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros, João Paulo Carvalho não respondeu directamente à questão inicialmente colocada, mas mostrou-se “expectante” sobre o trabalho geral do novo Go-

verno: “as coisas estão a ser feitas com um intuito positivo e vamos aguardar, com calma, pelos primeiros resultados”. Já Miguel Guimarães, não discordando em “dar poder ao cidadão de decidir”, considerou que este modelo só pode ser consequente se houver informação clínica relevante para suportar a escolha. “Os hospitais têm que publicar os resultados em termos de eficácia e complicações, permitindo que o doente tome uma decisão informada”, observou o presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRN). Desafiado a comentar a liberdade de escolha, Bernardo Vilas Boas puxou a brasa à sua sardinha, con-

siderando que, também nesta matéria, a prioridade do sistema deve passar por “dar poder aos cuidados de saúde primários”, para “evitar que as pessoas cheguem ao hospital”. Admitindo “vantagens e riscos”, no modelo da livre escolha, o ex-presidente da Associação Nacional das USF (USF-AN) acrescentou que uma reforma a este nível deve ser acompanhada de “um maior investimento” e de “uma referência responsável”.

Já Manuel Pizarro - actual vereador da Câmara Municipal do Porto e ex-secretário de Estado adjunto da Saúde - mostrou-se céptico relativamente a um modelo aberto e de livre concorrência. Para o autarca, “não se pode partir da ideia que a Saúde é um mercado como outro qualquer”, recordando o “risco da indução de procura” que economistas como Michael Porter “há muito identificaram no sector.”

Política do medicamento

Moderado por Paula Rebelo, o debate focou outros temas relevantes para o SNS, como a política do medicamento e o acesso à inovação terapêutica. Humberto Martins, dirigente da Associação Nacional de Farmácias fez um balanço negativo dos últimos anos no sector, recordando que este “contribuiu com 60% de toda a factura do ajustamento” levado a cabo pelo anterior Governo. Face a este emagrecimento, o especialista admite não ser “expectável haver muitos mais recursos” num futuro próximo, o que vai obrigar a indústria a reposicionar-se.

Sobre o acesso a terapêuticas inovadoras, Eurico Castro Alves, que presidiu ao Infarmed entre 2012 e 2015, assumiu ter “aprendido muito” com as negociações para a compra do medicamento da He-

patite C e garantiu que “há outros casos” semelhantes, de fármacos com grande eficácia, mas com um preço difícil de comportar para o Estado. “Os governos vão ter de discutir quanto é que as pessoas estão dispostas a pagar para obter diferentes tratamentos”, sublinhou o antigo responsável pela autoridade do medicamento.

Em matéria de administração hospitalar, Silvério Cordeiro identificou dificuldades de financiamento, com “redução constante” das dotações orçamentais “desde 2010”, “compaginada com a crescente insustentabilidade técnica de muitos dos equipamentos”. Perante estes constrangimentos, o presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Gaia-Espinho entende que o Governo e as Comissões de Coordenação Regional deveriam ponderar uma reprogramação dos fundos estruturais previstos no Portugal 2020, que neste momento, frisou, “têm apenas 1% do seu valor dedicado ao sector da Saúde”.

O financiamento do SNS esteve também na mira do presidente do CRN. Miguel Guimarães considerou “impossível” resolver os problemas estruturais do sistema sem haver maior investimento público, recordando que “existe margem” para o efeito, uma vez que “gastamos apenas cerca de 6% do PIB” no serviço público. “Infelizmente não é o que parece estar a acontecer com o novo Ministério, porque o orçamento deste ano é mais ou menos semelhante ao último orçamento de Paulo Macedo, se descontarmos o valor das reposições salariais”, observou. O dirigente chamou também a atenção para “o claro défice de capital humano” que existe no SNS, não apenas de médicos, mas também de enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos.

Cuidados primários: modelo a seguir

Remetendo para o título do debate - a ‘Reforma do SNS’ - Miguel Guimarães considerou que há “muito a aprender com o trabalho feito nos cuidados de saúde primários”, tomando como exemplo o modelo de contratualização realizado nas USF. “Não conheço outros serviços a nível hospitalar em que o director negocie objectivos com os seus profissionais”, enunciou o presidente do CRNOM.

Na conclusão do debate, Constantino Sakellarides usou precisamente o “bom exemplo” das USF como metodologia a adoptar em todo o sistema público de saúde: “interpretar resultados, partilhar e aprender com eles”. Para o presidente da Fundação para a Saúde, e mentor deste congresso, a “única opção” para que o SNS evolua - e contrarie “o problema muito sério” que constitui o subfinanciamento - é “fazer melhor com os recursos disponíveis”.

Europa e Saúde

A integração europeia e as suas implicações na prestação dos cuidados de saúde foi o tema que abriu o programa oficial do II Congresso “SNS: Património de Todos”, no dia 18 de Março. Silva Peneda fez uma longa introdução ao tema, recordando que, os tratados comunitários preveem uma intervenção limitada da União Europeia (EU) nesta matéria: “legislar sobre as ameaças sanitárias transfronteiriças, sobre os direitos dos pacientes em serem tratados noutros estados-membros e sobre a segurança dos órgãos, tecidos e células usadas na Medicina e nos produtos farmacêuticos”.

O actual conselheiro do presidente da Comissão Europeia (CE) deu



Adalberto Campos Fernandes

vários exemplos desta intervenção indirecta da UE nas matérias de saúde pública. Desde os chamados ‘cuidados transfronteiriços’, à harmonização de regras para os produtos farmacêuticos e ensaios clínicos, a União intervém, de acordo com Silva Peneda, ou em “medidas de proteção dos cidadãos”, ou em “situações que nenhum estado membro pode actuar sozinho e exigem uma resposta alargada”. Além das matérias legislativas, o antigo ministro assinalou também o empenho da CE nas campanhas de prevenção, no apoio às doenças raras através da criação de redes europeias de referência. Finalmente, o conselheiro recordou o “maior instrumento” que a CE disponibiliza na área da saúde: o terceiro programa de apoio, com um envelope de 450 milhões de euros até 2020.

Convidada a comentar a conferência de Silva Peneda, Elisa Ferreira subscreveu a ideia de que, em matéria de saúde, a “política europeia é muito mais de complementaridade” do que de “substituição das políticas nacionais”. No entanto, segundo a eurodeputada, a UE acaba por reduzir a margem de manobra aos Estados-membros “de formas bastante mais subtis”, designadamente através do “colete-de-forças” que constituem as restrições financeiras.

No mesmo sentido, Marisa Matias defendeu que não se pode medir o impacto da UE nos sistemas de saúde nacionais através de uma leitura “estrita” dos tratados. Para a eurodeputada, “todas as políticas estão interligadas” e existe tanto uma intervenção directa como indirecta da comunidade em matérias como a regulação dos mercados, a indústria farmacêutica, e a prestação de cuidados de saúde. A dirigente do Bloco de Esquerda foi ainda bastante crítica quanto à directiva dos cuidados transfronteiriços, considerando que esta “configura um enorme risco”: “sobrecarregar serviços que já se encontram subfinanciados, mas onde a saúde é mais barata”.

Ministro aponta cuidados primários como “única prioridade”

A presença do ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, marcou a sessão de abertura neste II Congresso do SNS, no Teatro Rivoli. Numa nota introdutória, o mentor deste evento e presidente da Fundação para a Saúde - SNS, Constantino Sakellarides, começou por agradecer ao presidente do CRNOM o “inestimável apoio” na organização do evento e por enquadrar o papel desempenhado pela Fundação: “promover por todos os meios o desenvolvimento e a modernização do SNS para benefício dos seus verdadeiros proprietários”. O presidente do CRN, Miguel Guimarães, agradeceu

e retribuiu os elogios ao organizador do congresso, assinalando a “dimensão intelectual, cultural e humana” de Constantino Sakellarides. Reiterando críticas à dotação orçamental para o sector, o dirigente questionou se será possível “cicatrizsar algumas das feridas do SNS” sem dispor de financiamento “capaz”, ou mesmo com “neutralidade orçamental”. “Com aumento dos níveis de organização e financiamento é possível fazer melhor, mas não será suficiente”, garantiu Miguel Guimarães, lembrando que “as necessidades em termos de capital humano implicam necessariamente investimento”. Por outro lado, acrescentou, “é essencial dar tempo à relação médico-doente”, dando como exemplo concreto a Medicina Geral e Familiar: “os médicos de família têm de ver reduzida a sua lista de utentes. Não é possível acompanhar bem 1900 doentes”.

Francisco George, diretor-geral da Saúde, assinalou, por sua vez, a importância de medir resultados no sector, designadamente “o impacto das medidas económicas para a saúde e para as famílias”, reconhecendo a necessidade de “afinar indicadores” e substituir “aqueles que já não são suficientes”.

A sessão inaugural do evento contou também com a presença



especial do presidente da Câmara Municipal do Porto, Rui Moreira, que pediu ao ministro “atenção reforçada para a equidade regional no financiamento dos sistemas de saúde”, recordando que “também nestas matérias, as gentes do Norte têm fundadas razões de queixa”. Adalberto Campos Fernandes registou as palavras dos seus antecessores e disse estar também “preocupado com a escassez de recursos”. Todavia, o governante fez questão de afirmar que o trabalho do seu ministério vai começar pela base: “fazer bem pelas pessoas, recuperar a confiança dos profissionais, apostando no capital humano e nas políticas públicas orientadas pela proximidade”. Neste contexto, o ministro assinalou, como “única prioridade” do seu programa de governo para o sector, a determinação em “deslocar o epicentro das prioridades do hospital para os cuidados de proximidade”.

Capital Humano e SNS

O enfermeiro Manuel Oliveira foi o convidado para fazer a conferência de abertura da segunda mesa do Congresso, dedicada ao tema “Capital Humano e SNS”. Olhando para o contexto actual, o especialista identificou a universalidade, equidade, solidariedade e acesso a cuidados de saúde de qualidade como características essenciais de um sistema de saúde equilibrado. Sublinhou, no entanto, que “não há Saúde sem profissionais”, e que “o cidadão também é capital humano do SNS”. Equacionando pressupostos para a mudança, apontou como constrangimentos a emigração (que recordou não ser “exclusiva dos jovens”), saída do sector público, desmotivação, insatisfação, degradação da qualidade dos cuidados, redução

do preço de trabalho, crescente desregulação laboral, entre outros. Ainda neste âmbito, o palestrante lembrou que, segundo o Instituto Superior de Psicologia Aplicada, “dois terços dos médicos e enfermeiros apresentam sinais de *burnout*”, salientando o perigo que representa. Em seguida, Marta Temido, presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), e Júlio Machado de Vaz, médico psiquiatra, expuseram os seus pontos de vista nesta matéria. A dirigente da ACSS reforçou também a ideia de que “não há sistema de Saúde sem pessoas”, atribuindo aos recursos humanos uma “natureza estruturante”. Relevou que são o principal ordenador de despesa, mas também o “maior investimento”, tendo em conta o “tempo de formação e impacto decisivo da sua atuação”. Na sua óptica o SNS tem ainda um “longo caminho a percorrer” e é indispensável tornar “o SNS o melhor empregador em Saúde”.

A interdisciplinaridade e formação pré-graduada foram focadas por Júlio Machado de Vaz, que defendeu que “a Medicina se aprende melhor a partir dos doentes”, que “os estágios clínicos devem começar cedo” e que os alunos devem saber articular as diferentes valências. Como se de uma aula se tratasse, o professor de antropologia médica falou ainda sobre Arquitectura e Saúde e a tendência para homogeneizar as estruturas, principalmente nos hospitais.

A este painel, seguiu-se um debate sobre o mesmo tema, com João Rodrigues, presidente da USF-AN a



Miguel Guimarães

reflectir sobre a satisfação dos profissionais; José Carlos Santos, professor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a sugerir uma aposta nas práticas colaborativas e na literacia em Saúde; a consultora Helena Peixoto, que falou de planeamento de recursos humanos; e, finalmente o psicólogo Horácio Covita, a abordar o absentismo e outras disfunções organizacionais.

Cidadania e Saúde

Foi o presidente do CRN, Miguel Guimarães, o primeiro a subir ao palco do Teatro Rivoli para o terceiro e último dia do II Congresso “SNS: Património de Todos”. O dirigente fez uma síntese alargada do debate que a Ordem promoveu no dia 17 de Março, destacando os vários pontos que marcaram as intervenções como a questão da liberdade de escolha, o subfinanciamento do sector e o exemplo dos cuidados de saúde primários como bom ponto de partida para uma reforma global do sistema.

A “Cidadania e Saúde” foi o tema que se seguiu, com uma conferência inicial de Rui Nunes, presidente da Associação Portuguesa de Bioética (APB). O convidado



começou por fazer uma defesa do modelo social europeu, enquanto fundamento para ver o acesso à protecção da saúde como “um direito básico” e, também como “uma responsabilidade individual e colectiva”. Mas esta realidade encontra-se, na perspectiva do bioeticista, ameaçada por três factores fundamentais: a evolução científica e tecnológica, na perspectiva da “moderação dos avanços” e dos custos associados; o problema demográfico e o envelhecimento sem qualidade; por fim, a globalização. No plano do exercício da cidadania aplicada ao sector da Saúde, Rui Nunes defendeu a necessidade de estabelecer um “consenso possível sobre o enquadramento ético da nossa sociedade em geral, e das profissões da saúde em particular”. O presidente da APB propôs também um referendo nacional à eutanásia, enquanto “defensor da democracia directa”.

Seguiu-se um debate, moderado pela jornalista Lúcia Gonçalves, que juntou Ana Escoval, Ana Paula Gato, José Vítor Malheiros, Manuel Campos e Maria João Freitas para discutir o papel do cidadão na saúde. Malheiros assinalou que o consenso sobre uma maior participação do doente é “difícil” de se materializar em acções concretas e, por isso, é necessário “ter disponibilidade mental e tempo para admitir alguma perturbação”. Dirigente da associação Raríssimas, Maria João Freitas defendeu uma “informação inteligível” e mais diálogo e cooperação, opinião partilhada por Ana Escoval, que apelou à importância da partilha e comunicação. Ana Paula Gato, enfermeira comunitária, frisou acreditar “na bondade e ética da maior parte dos profissionais de Saúde” e na “cultura de serviço e não de poder”, que vai ao encontro das necessidades das pessoas. Também o

médico Manuel Campos interveio no debate, considerando que os hospitais se devem “abrir mais à sociedade civil”, designadamente através do voluntariado.

Declaração do Porto e livro “Porto Saúde - Momento e Movimento”

Ainda dentro do tema Cidadania e Saúde, o II Congresso “SNS: Património de Todos” ficou marcado pela apresentação da *Declaração do Porto*, um documento produzido pela Fundação para a Saúde - e apresentado no evento por Celeste Gonçalves, médica de Saúde Pública - que tem como objetivo promover a cidadania ativa e a melhoria contínua do SNS. Esta declaração poderá ser consultada integralmente na página <http://www.fsns.pt/>.

Um dos pontos altos deste evento foi a apresentação do livro *Porto Saúde - Momento e Movimento*, uma produção da Fundação para a Saúde, que agrega o contributo de cerca de sessenta pessoas, entre elas personalidades conhecidas como Rui Moreira, Manuel Pizarro, Joel Cleto, Manuel Sobrinho Simões ou Sebastião Azevedo Feyo e que traça o passado, presente e futuro da Saúde no Porto, homenageando grandes vultos da cidade que marcaram a sua história.

Na sessão de apresentação, o presidente do CRN - também ele, um dos autores da obra - descreveu “um livro da cidade e das pessoas”, que só foi possível graças à “capacidade de liderança do Prof. Sakellarides”. Miguel Guimarães fez também referência aos “quatro homens multidimensionais” (Albino Aroso, Abel Salazar, Ricardo Jorge e Corino de Andrade), retratados no livro, assim como ao facto de a organização dos Cuidados de Saúde Primários ter “crescido

no Porto”, os seus Centros Hospitalares se destacarem ao nível da gestão e esta ser uma cidade equilibrada no que respeita ao capital humano em Saúde.

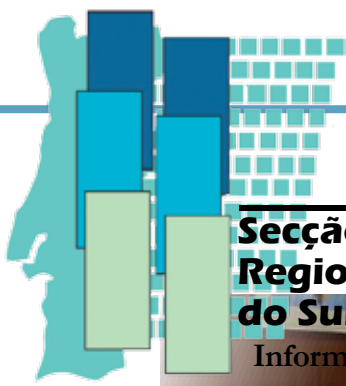
Constantino Sakellarides afirmou



ter encontrado na SRNOM “uma instituição de carácter muito interessante”, “profundamente enraizada no Porto e no Norte”, agradecendo finalmente o contributo prestado na elaboração deste *Porto Saúde - Momento e Movimento*.

Homenagem a Paulo Mendo e Maria do Céu Costa Leite

O antigo ministro da Saúde, Paulo Mendo, e antiga enfermeira-chefe do Hospital de São João, Maria do Céu Costa Leite foram as duas figuras a quem a Fundação para Saúde prestou homenagem neste II Congresso “SNS: Património de Todos”. Romeu Cruz, “discípulo” do médico homenageado, fez uma breve introdução do percurso de Paulo Mendo, destacando o seu papel na fundação da Neurorradiologia em Portugal e a sua “vontade de intervir publicamente”. Já a exposição biográfica de Maria do Céu Costa Leite coube à enfermeira Maria do Céu Barbieri, que não hesitou em defender que a colega “pertence a uma geração que fez a diferença”.



Delegação reuniu-se com responsáveis do CHLO no Hospital de Egas Moniz

Ordem pediu esclarecimentos sobre presença de internos nas urgências

Uma delegação da Ordem dos Médicos, com o bastonário, José Manuel Silva, o presidente do Conselho Regional do Sul, Jaime Teixeira Mendes, reuniu-se, no dia 22 de Março, com responsáveis do Hospital de Egas Moniz, uma unidade do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO). Em causa estavam preocupações dos médicos internos quanto às escalas para serviço de urgência interna e externa e a forma como o hospital tem agido depois de publicado o novo regulamento. À Ordem dos Médicos chegaram queixas dos internos que apontavam para “haver demasiada utilização dos internos, sobretudo de algumas especialidades, em escalas de urgência, nomeadamente interna, sem apoio de especialistas”, como referiu o bastonário.

Directora clínica do CHLO

A directora clínica do CHLO admitiu na reunião que tinha conhecimento de queixas que chegaram através da CNIM e da direcção do internato médico. Considerou, nesse contexto, que a sua preocupação é maior “em relação aos serviços de urgência serem de 12

horas nas especialidades cirúrgicas”, mas não tanto “em relação à própria formação específica de algumas especialidades”.

Contudo, Rita Perez pensa que a solução é “ir acomodando as novas fórmulas porque o tempo não vai ser muito diferente, o tempo do serviço de urgência também não vai ser muito diferente, se vai ser feito assim ou de outra maneira; é uma questão de se ver e de se transformar as coisas, eventualmente evoluir no sentido de que as equipas não sejam únicas. É uma questão de ser ver na altura e vai depender muito também dos próprios internos”.

“Eu fiz bancos de 24 horas até Dezembro de 2014, portanto estou muito à vontade para falar do que são bancos de 24 horas”, disse Rita Perez, que contudo recordou que “há organizações de trabalho que se fizeram dessa maneira e que se podem eventualmente fazer de outra”, não vislumbrando nesse aspecto um óbice, exceptuando o caso “de uma sequência de seguimento dos doentes, porque para organizar o trabalho dessa maneira é preciso ou ter muito mais gente do que aquela que existe ou

então organizar o trabalho todo, dos serviços todos, de outra maneira, e isso não vejo que seja tão rápido”.

Quanto à utilização excessiva de internos no serviço de urgência, que o bastonário tinha sublinhado numa intervenção inicial a directora clínica do CHLO admitiu: “Pode ser que haja pontualmente. A urgência interna aqui do Egas Moniz é uma urgência que é feita pela medicina interna e pelas especialidades médicas em geral. Para além disso existem duas unidades de cuidados intensivos sempre com seniores e existem cirurgiões seniores de urgência interna e existe uma equipa vasta de gente que está cá 24 horas para assegurar que os doentes são bem tratados. Isso é aquilo que nós gostamos de assegurar”.

Rita Perez explicou ainda que “na equipa de medicina e de especialidades médicas, pontualmente, houve alguma dificuldade em fazer as escalas porque também asseguram a urgência externa de S. Francisco e não há muita gente. As pessoas que têm mais de 50 anos não fazem noites e asseguram, normalmente, as re-



sidências aqui neste hospital e portanto não sobra muita gente. Agora que isto tem sido uma coisa absolutamente pontual, tem. Outra coisa, é que se tem pedido às pessoas para fazer uma urgência interna por mês, pontualmente também mais do que uma. E também se pede às pessoas que se escalem no dia que têm disponibilidade para isso. Algumas pessoas não o fazem e nós precisamos de fazer as escalas, temos um escalador que é um internista e não podemos deixar escalas com buracos. Já temos alguns casos tarefeiros. Num sítio onde existem doentes com especificidades não podemos deixar as coisas dessa maneira e os internos - que do meu ponto de vista são muito mais preparados para isso - fazem com o suporte destas pessoas que são seniores e estão cá no hospital e, portanto, não estão sozinhos no hospital nem sozinhos com os doentes, mas têm apoio de toda esta estrutura que está montada aqui no Egas Moniz.”

Bastonário não aceita recurso a internos para preencher lacunas

O bastonário colocou ainda algumas questões à directora clínica: “Às vezes a estrutura, na teoria existe mas depois, na prática, não tem disponibilidade nem está disponível. Eu também tenho essa experiência no hospital, várias vezes me chamaram e eu disse para escreverem que não tinha disponibilidade para ir. Portanto, a estrutura teoricamente disponível e a estrutura que efectivamente actua e isso faz parte ou não do seu conteúdo funcional terem a obrigatoriedade de apoiar, são às vezes coisas diferentes. Eu gosto mais da prática do que da teoria.

E depois há uma outra questão. Tem razão naquilo que disse, a disponibilidade de médicos seniores não é muito grande mas nós não podemos recorrer aos internos para substituir a falta de seniores porque em múltiplos hospitais – e não estou a dizer que seja aqui, vamos ver – o que se faz é recorrer aos internos para preencher lacunas da falta de seniores. E por que é que há falta de seniores? Por várias razões. Por que é que de repente muitas pessoas acima dos 50 anos deixaram de fazer noites e deixaram de fazer urgências acima dos 55 anos? Porque o trabalho médico foi desqualificado, as pessoas não se sentem minimamente retribuídas para estarem disponíveis para um trabalho que é um trabalho penoso e extremamente mal remunerado e então estamos a transferi-lo para os internos, transformando ainda mais a situação de penosidade que cai sobre os ombros dos mais jovens e ainda mais mal remunerados.

É evidente que eu percebo a perspectiva da Administração mas na perspectiva profissional da formação e daquilo que deve ser a responsabilidade do interno há uma evidente transferência da carga de trabalho.”

Rita Perez reforçou a sua posição de que os problemas são pontuais: “E volto a dizer também que é verdade que as disponibilidades no hospital como o seu (referindo-se aos CHUC) é muito diferente da disponibilidade de um hospital muito mais pequeno como é este. E eu estou a falar de duas unidades de cuidados intensivos, estou a falar da cirurgia, da anestesia que é chamável a qualquer hora para situações de emergência e isso está esclarecido. Há aí uma diferença de tamanho e de número”.

Nuno Gaibino salientou a importância de os internos contestarem

Nuno Gaibino, representante do Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI), interveio sublinhando a importância das queixas dos internos e do seu trabalho:

“Queremos felicitar o trabalho dos internos, as diligências que têm feito, internos aqui também do Hospital Egas Moniz que nos têm procurado várias vezes e escrevem-nos frequentemente com algumas situações.

De facto, um dos documentos que nos foi enviado foi a escala de Fevereiro deste ano, o mês teve 29 dias e 17 desses dias existem escalas com apenas dois internos escalados. A informação que nós temos é um bocadinho discrepante daquela que estamos a receber e portanto, de facto, foi algo que nos preocupou. Essencialmente como o senhor bastonário nos disse, faz parte do programa de formação dos internos a aprendizagem, a formação em serviço. Acho que a nossa autonomia deve ser progressiva mas temos de ter um suporte, a maneira como nós trabalhamos deve ser sustentada por uma questão de qualidade daquilo que nós fazemos. E, também, por uma questão de qualidade do serviço de saúde que nós estamos a prestar aos nossos doentes e por uma questão também de segurança para os nossos doentes.

Fomos confrontados também com outras situações, nomeadamente há relatos de colegas nomeadamente de anestesiologia, que os 3 internos do hospital muitas vezes não estão acompanhados de seniores”.

Interno reitera preocupações

José Carlos Santos, um jovem médico que integra a comissão de internos e que esteve também presente na reunião disse por seu turno: “A urgência interna aqui do Egas Moniz tem a particularidade de não ter o serviço de urgência externa que é sediado no S. Francisco Xavier. Ou seja a urgência interna cá, apesar de ser um centro hospitalar, é de um hospital isolado e tem especialidades diferenciadas em que o apoio à noite e ao fim-de-semana – e aí é que se coloca o grande problema quan-

do não há cá mais especialistas disponíveis, não há enfermaria, só mesmo as pessoas que estão escaladas na urgência interna – o apoio é prestado pelos colegas que estão escalados de medicina interna e de cirurgia geral que é um elemento que está de presença física e com outro de prevenção.

Aquilo que motivou muitas das queixas e dos problemas aqui dos internos do Egas Moniz foi exactamente esta questão de, por esta particularidade deste hospital, encontrarem-se muitas vezes escalados dois internos sozinhos, de medicina interna,

em que não havia – pelo menos falando com toda a gente – a questão de que se podia contactar as unidades e o anestesista de urgência para essa situação. Mas também não nos podemos esquecer – e já falámos sobre isto – que os colegas das unidades à noite estão encarregues das unidades de cuidados intensivos e o colega de anestesia também está escalado para o bloco. O Hospital Egas Moniz assegura a urgência cirúrgica das especialidades de urologia, neurocirurgia e algumas vezes otorrino que operam principalmente cá porque é onde têm o material, por uma questão de sentido prático o colega se está no bloco também não estará 100% das vezes disponível para alguma situação de emergência que seja necessária. Isto é quando falamos de emergência, estamos a falar daquelas situações alarmantes que nos preocupam; há todas as outras situações que acontecem na urgência interna que também podem acontecer. O que quero salientar é que nenhuns internos com os quais nós falámos se opõem a fazer urgência, mesmo a fazer urgência extra. O principal problema é as pessoas sentirem – e isto também já disse nas reuniões – que não têm um apoio para os momentos mais difíceis e para os momentos em que há dúvidas. Nós também sabemos que isto se relaciona com a situação de recursos humanos, ainda por cima o CHLO tem esta particularidade de ter 3 hospitais a assegurar cada um a sua urgência interna mais assegurar a urgência externa do S. Francisco Xavier. Compreendemos isto tudo mas achamos que também esta não será só a solução.”

Presidente do Conselho Regional do Sul Regulamento foi um avanço mas requer “alguma flexibilidade”

O presidente do Conselho Regional do Sul, que se recorda do seu estágio em cirurgia plástica no Egas Moniz, considerou que “há dúvida nenhuma que este hospital melhorou imenso”.

Mas Jaime Teixeira Mendes viu ali problemas que também são comuns a outras unidades do mesmo tipo: “A grande dificuldade deste centro hospitalar – não é para desculpa porque não há desculpa nenhuma – foi transformar o que era um hospital do ultramar num hospital central. O S. Francisco Xavier era uma clínica e depois passou a um hospital. São erros que se pagam caros e que foi a tutela a responsável”.

Quanto ao novo regulamento da presença física dos internos em urgência, o presidente do CRS considerou-o “um grande avanço”, mas na qualidade de cirurgião defende “mais flexibilidade”, uma vez que os internos de cirurgia acabarão por trabalhar algumas horas que não vão ser pagas. “Muitas vezes, quem vem da medicina, não tem essa sensibilidade, que é complicado interromper uma operação”, disse.

Contudo assinalou: “Não há dúvida nenhuma que foi com este Bastonário e com esta Ordem dos Médicos que esta questão dos médicos internos foi realmente valorizada. Este cuidado com a formação dos internos é algo a que temos que dar muita força e não há dúvida que é preciso a colaboração entre especialistas e internos”.

Jaime Teixeira Mendes considerou ainda que “o CNMI recebe estas queixas, algumas até podem ser exageradas e outras não, mas o Conselho Regional do Sul está disponível”. Finalmente salientou: “Quero também dizer que os especialistas aqui do Egas Moniz, os que ainda estão cá e os que já se foram embora, fizeram um trabalho excelente porque este hospital tinha muitas deficiências”.



Jaime Teixeira Mendes

Presidente do Conselho Regional do Sul

“O homem é um animal de hábitos”

A propósito do Dia Mundial da Saúde, que se comemorou no dia 7 de abril, o Expresso online publicou um texto do presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, que abaixo segue na íntegra.

In illo tempore, quando comecei a trabalhar no Hospital de Santa Maria, em certas alas de enfermarias (que ainda hoje tenho pudor de citar o piso) não existiam lavatórios nas salas, porque alguém tinha achado mais importante substituí-los por banheiras para bebés. Longa foi a luta para conseguirmos que fossem trocados por lavatórios. A consequência lógica é que se foi perdendo o hábito de lavar as mãos entre a observação de dois doentes. Como Charles Dickens, “o homem é um animal de hábitos”. E, com urgências apinhadas de macas, fica ainda mais difícil imaginar como é que se consegue fazer isto.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) calculou em mais de 60% os profissionais de saúde que não lavam as mãos depois de examinar um paciente, passando assim alegremente os micróbios de um para outro doente na sua faina quotidiana de observação e de cuidados prestados numa enfermaria.

A Medicina e os seus conciliábulos têm destas coisas, um gesto de higiene tão simples e que estava enraizado na nossa gente tem, desde há dez anos, uma campanha anual mundial no dia 5 de maio: “Salve

Vidas, Lave as Mãos”.

Hábito, esse, que estava arreigado na população: todos os da minha idade – e mesmo mais jovens – que fizeram visitas domiciliárias lembram-se que, após observarmos um doente, a dona da casa encaminhava-nos para a casa de banho, onde lavávamos as mãos, e com certa vaidade oferecia uma toalha de uma branca alva para as limpar.

Podemos também dizer com propriedade que o hábito não faz o monge e não é por usarmos bata branca que somos imunes ao transporte de bactérias. Visitei muitos hospitais, como dirigente da Ordem dos Médicos, e aqueles em que os médicos a despem para ir comer aos refeitórios são uma ilha num enorme universo dos hospitais portugueses.

E a limpeza dos hospitais, como é que está atualmente? Com restrições de contrato de pessoal. No filme «The Spirit of 45», pela palavra de uma antiga enfermeira-chefe, acusa-se as restrições no pessoal de limpeza com o aumento das infeções hospitalares.

A sentença está dada: 4500 mortos / ano por infeções hospitalares em Portugal, o dobro da mé-

dia europeia.

Para isso, concorre o uso e abuso de antibióticos, como foi dito durante a apresentação do relatório Portugal – Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos 2015.

O secretário de Estado da Saúde Manuel Delgado prometeu incentivos financeiros aos hospitais que apresentem melhores resultados. Efeitos dos tempos do “Homo Economicus”. Talvez resulte.

A educação médica, pré e pós graduada, tem de passar obrigatoriamente para o uso de antibióticos só com prova ou pelo menos forte suspeição de uma infeção bacteriana. Não se pode ser tentado a utilizar o último antibiótico da moda, a maioria das vezes influenciado pela indústria farmacêutica. E é de notar que há quase três décadas que não se descobre uma nova fórmula.

Muitas vezes é esquecido que nesta luta de combate aos microrganismos resistentes aos antibióticos têm também de estar envolvidos os médicos veterinários e a indústria alimentar.

Não esqueçam: lavem as mãos pela vossa saúde!



O outro lado de João Grenho

Dirigente chegou a ser internacional de rãguebi e o Record fez-lhe um destaque

João Grenho é membro do Conselho Regional do Sul, onde tem funções na área da coordenação do Departamento Internacional da Ordem dos Médicos. Nesse contexto foi eleito vice-presidente da União Europeia dos Médicos Especialistas (UEMS, na sigla internacional), a organização que congrega os médicos hospitalares de toda a Europa. Desenvolve, como é natural, uma intensa actividade como cirurgião geral no Hospital Beatriz Ângelo, de Loures, mas há um outro aspecto da sua vida em que se afirmou e é menos conhecido dos médicos: é um apaixonado pelo rãguebi, desporto em que chegou a internacional, quando competia, como sempre, com a camisola do seu Benfica.

Esta circunstância de ser um médico, carreira que exige muito tempo e dedicação, e um desportista de dimensão internacional acicatou os jornalistas do Record, que lhe dedicou duas páginas na sua edição de 3 de abril passado.

João Grenho é apresentado como “O médico com rãguebi no sangue” e fotografado de bata e de “melão” na mão, numa zona do Estádio Universitário, onde treinou a maior parte da sua vida de desportista.

Ficamos a saber que este dirigente da Ordem se apaixonou pelo rãguebi aos 12 anos, no seu regresso a Lisboa depois de um período de vida nos Açores. Benfiquista assumido, foi nesse clube que se formou e aí jogou sempre, sendo a segunda geração de jogadores de rãguebi da família, que começou no seu pai e tio e agora se prolonga pelos seus dois filhos, de 5 e 7 anos de idade, que já frequentam as escolas da modalidade no Benfica.

O médico aborda também a precoce impossibilidade de se manter na selecção nacional, por causa das exigências do curso de Medicina, por que, refere na reportagem, “a certa altura tornava-se incompatível manter as duas vertentes”, embora, ao nível do seu clube, tivesse mantido a actividade até terminar o curso.

A reportagem do Record apresenta também um João Grenho fervoroso benfiquista, que acredita no tricampeonato e garante que, mesmo a sete e oito pontos de distância, nunca deixou de acreditar. Faltavam sete jogos para o final e aproximava-se o jogo dos quartos-de-final com o Bayern de Munique quando o Record o ouviu. E disse João Grenho sobre o jogo com os alemães: “O Benfica fez

uma brilhante campanha e não será vergonha nenhuma se for eliminado pelo Bayern, uma das equipas mais poderosas da Europa”. Acertou, o Benfica foi eliminado, mas deu-lhe o gosto de se ter batido até à exaustão, como é norma no rãguebi.

A faceta de dirigente internacional

A faceta de dirigente de uma organização médica internacional é destacada pelos jornalistas, que referem a importância da UEMS, onde João Grenho desempenha as funções de vice-presidente desde Janeiro deste ano.

Sobre essas funções, diz o médico: “É talvez a maior organização a nível europeu de representação dos médicos, Representa aproximadamente 1,6 milhões de médicos e, por isso, chegar à vice-presidência de uma organização destas é, acima de tudo, uma enorme responsabilidade e também o reconhecimento do bom trabalho e da qualidade da Medicina em Portugal”.

O Record sublinha que João Grenho foi eleito à primeira volta, com uma larga maioria dos votos.



Faro precisa de mais investimento no tratamento do cancro do pulmão

Ulisses Brito, em entrevista ao site My Pneumologia



O presidente do Conselho Distrital do Algarve, Ulisses Brito, é director do serviço de Pneumologia do Hospital de Faro e foi entrevistado pelo site My Pneumologia (www.mypneumologia.pt) a propósito do tratamento dos doentes oncológicos.

Na entrevista, o pneumologista defendeu a preferência por “uma especialidade que tenha capacidade para gerir o doente ao longo da sua doença quase em absoluto”, mas garantiu que no seu serviço há “recursos para tratar o doente do princípio ao fim” e só pontualmente é que se recorre a outros hospitais, designadamente quando há necessidade de cirurgia torácica ou em terapêuticas que exijam a colocação de próteses ou o uso de laser, por exemplo.

Nesse sentido, Ulisses Brito defendeu mais investimento no Hospital de Faro para ser possível melhorar a capacidade de resposta. Entre os investimentos necessários para o tratamento do cancro do pulmão em Faro apontou a aquisição de equipamento para ecografia endobrônquica, o que evitaria muitas deslocações de doentes a Lisboa.

O site aborda também o histórico da formação e do desenvolvimento do serviço de Pneumologia em Faro e dá conta da carreira do presidente do Conselho Distrital de Faro, um algarvio de gema que se licenciou e fez a sua formação em Pneumologia em Lisboa.

Ulisses Brito é médico há 33 anos, realizou a sua formação em Lisboa, inicialmente no Hospital de Santa Maria e depois no Hospital Pulido Valente, onde começou a interessar-se pelas técnicas e cuidados intensivos, vertentes que continuou a desenvolver quando regressou, em 1993, ao Algarve.

À data, o serviço de Pneumologia tinha apenas um especialista. Com Ulisses Brito chegaram mais dois colegas e foi a partir daí que o serviço se desenvolveu, primeiro em instalações exteriores ao edifício do hospital e mais tarde já no espaço interior que ocupa hoje, com os seus dez médicos especialistas e idoneidade formativa reconhecida, o que tem permitido formar, em média, um especialista por ano.

A dedicação ao cancro do pulmão tem dado a Ulisses Brito um conhecimento muito vasto da doença. O presidente do Conselho Dis-

trital do Algarve acredita mesmo que o paradigma do tratamento do cancro possa vir a ser modificado: “Tem havido uma enorme evolução nesse sentido. Há uma quantidade de investigação em curso e coisas que ainda não estão aprovadas e que nos levam a ter esperança no futuro. Não digo a curar a doença mas, no fundo, fazer-se o mesmo que no caso da SIDA, torná-la numa doença crónica, controlada”.

O dirigente abordou também a nova realidade que se vive com os doentes, que aparecem nas consultas cada vez mais informados, mesmo que não tenham “capacidade técnica para julgar, têm capacidade para decidir e são chamados a decidir”, afirmou. E recordou: “Temos ainda outra coisa que é o Dr. Google, onde as pessoas procuram e trazem as suas dúvidas. Cada vez mais as pessoas querem saber e nós temos que informar. Até porque é fundamental numa doença como esta que o doente e também a família estejam conscientes do que é que se passa, que tipo de doença é, o que é que se pretende e o que se espera dos tratamentos, para que perceba e possa também colaborar”.



Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

“Temos turnos para preencher...”

“Vimos pelo presente informar que, neste momento, temos turnos para preencher. Trata-se de uma situação urgente e, por isso, solicito a sua ajuda!”. Segue-se uma lista interminável de hospitais, centros de saúde, datas, horários e especialidades médicas. Caiu há pouco este e-mail na minha caixa de correio.

Já assinei como “correio indesejado”, dezenas ou talvez centenas de mensagens semelhantes. Até já bloqueei sms’s insistentes e inconvenientes com informações semelhantes. Mas este tipo de e-mails e a sua proveniência são tão variados que nenhum filtro de “spam” os consegue travar.

O conteúdo despersonalizado destas mensagens são o novo paradigma do trabalho médico.

Os médicos deixaram de ser diretamente contratados por um Diretor de Serviço, por um Diretor Clínico ou por um responsável médico. Deixou de existir um diálogo pessoal e técnico entre o contratante e o contratado. Ao invés, os médicos são agora interpelados por e-mail, por longos sms’s ou através das redes sociais, precisamente da mesma forma que recebem informações promocionais ou anúncios de fármacos milagrosos.

A impessoalidade é a marca deste negócio. Quanto menos tempo se perder, melhor.

Quanto menos perguntas ou dúvidas existirem, melhor.

Por todo o país, multiplicam-se estas empresas. Sem regras, sem qualquer avaliação ou auditoria.

Na verdade, não tenho nada contra estas empresas. Mas tenho, isso sim, contra o sistema que as suporta: é um sistema permissivo, sem controlo e nunca sujeito a avaliação. Em suma, é um sistema nefasto para o sistema de saúde que prejudica a relação entre os médicos, entre os médicos e a sua hierarquia, entre os médicos e os seus doentes. Desapareceram requisitos tão simples como a qualidade, como a adequação ao local de trabalho e às suas exigências. Deixou de importar a qualidade clínica em detrimento da quantidade clínica. As empresas com mais recursos humanos florescem, as que apostam na qualidade... desaparecem - algumas, felizmente, ainda sobrevivem.

Remonta a 2012 a obrigatoriedade de hospitais e centros de saúde contratarem os seus profissionais de saúde em prestação de serviço, através de empresas de subcon-

tratação de médicos e enfermeiros. Desta feita, os profissionais de saúde foram obrigados a serem contratados por intermédio dessas empresas, até mesmo aqueles que já tinham um vínculo laboral direto com a sua instituição de saúde.

Porém, estas empresas não vieram só para colmatar falhas ou dificuldades na elaboração das escalas de serviço. Vieram, literalmente, para substituir Conselhos de Administração, Diretores Clínicos e Diretores de Serviço. Ou seja, os dirigentes das instituições de saúde perderam o direito de poder escolher os seus colaboradores, já que esse papel transitou para as empresas.

Algumas delas aproveitaram essa circunstância para obter lucro fácil: alguns hospitais, já com equipas constituídas e estáveis há vários anos, obrigados a contratualizarem com uma dessas empresas, viram os seus profissionais serem “recontratados” pela empresa que tinha acabado de vencer o concurso. Num golpe de secretaria, o Ministério da Saúde passou a pagar milhões de euros a empresas, em vez de pagar diretamente aos seus funcionários.

Empresas sem nenhuma vocação



para a área da saúde e, por vezes, sem recursos humanos para oferecer sequer, proliferam neste negócio fácil.

Inicialmente, recorde-se, o único critério de escolha era o preço mais baixo, o que nos diz muito sobre o verdadeiro intuito deste sistema... Segundo uma revista semanal, só em 2013, o Ministério da Saúde pagou 70 milhões de euros a empresas, representando 83% de todo o trabalho em prestação de serviço. Mas, nem o argumento financeiro vingou, já que o Ministério da Saúde introduziu, quase em simultâneo, uma tabela de preços máximos a pagar aos clínicos. O mercado ficou assim regulado e as empresas tornar-se-iam desnecessárias caso o motivo fosse exclusivamente financeiro. Mas nada se alterou.

Qual é a realidade, hoje?

Todos nós conhecemos colegas,

de elevada qualidade técnica e de grande dedicação, que são desconsiderados por um sistema absurdo onde deixaram de trabalhar para um hospital ou centro de saúde e passaram a exercer para uma empresa dedicada à contratação de profissionais.

As más notícias pululam: empresas que - sistematicamente - não cumprem com os seus compromissos na maioria dos hospitais e centros de saúde, médicos cujos currículos são abusivamente utilizados por essas empresas, 'buracos' nas escalas de urgência, profissionais com meses de atraso nos seus salários, etc., etc. ...

Perdeu-se muito em qualidade e em humanização dos serviços.

Mercantilizou-se um sector sensível e muito dependente da estabilidade dos seus recursos humanos.

A gestão dos recursos humanos têm sido apontada, aliás, como um

dos principais problemas do sistema de saúde.

Estas empresas deveriam ser fiscalizadas. Mas não o são. Deveriam ser auditadas, face às numerosas queixas e falhas que têm sido detetadas. Estranhamente, também tal não acontece. Deveria existir uma avaliação do seu impacto na qualidade da prestação dos cuidados de saúde e da sua mais-valia económica.

A subcontratação indireta, através de intermediários, é uma subversão da ligação entre o médico e a sua instituição e é a causa da desagregação das equipas médicas. Os processos de contratação, ultra-simplificados e despersonalizados, desrespeitam a exigência e a elevada complexidade do trabalho médico.

Quando é que o Ministério da Saúde terá coragem para acabar com esta aberração?



Na USF A Ribeirinha: Isabel Coelho, António Mendonça e Carlos Cortes

Guarda: Ordem dos Médicos visita Hospital Sousa Martins e USF A Ribeirinha

O Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, visitou, no dia 1 de março, o Hospital Sousa Martins, tendo sido recebido pelo Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, logo ao início da manhã. Após esta reunião, Carlos Cortes visitou os Serviços de Cirurgia, Medicina, Pediatria e Pneumologia do Hospital Sousa Martins.

À tarde, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos esteve na Unidade de Saúde Familiar A Ribeirinha, também da ULS da Guarda. Esta unidade, inaugurada há sete anos, funciona das 8h00 às 20h00, e está instalada no antigo edifício do Hospital Distrital da Guarda.

A ULS da Guarda integra dois hospitais (Hospital Sousa Martins, na Guarda, e Hospital Nossa Senhora da Assunção, em Seia) e 13 centros de saúde, prestando assistência a perto de 150 mil habitantes.

Carlos Cortes no Centro Saúde Militar Coimbra



Ordem dos Médicos no Centro de Saúde Militar de Coimbra

O Centro de Saúde Militar de Coimbra inaugurou o Laboratório de Fisiologia do Exercício e o Gabinete de Telemedicina, integrados no Departamento de Saúde Operacional. O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, esteve na sessão solene. Na mensagem que enviou, por impossibilidade de compromissos oficiais, o tenente-general José Calçada, que atualmente exerce a função de comandante de Pessoal do Exército, assinalou a diferenciação desta unidade na área da medicina destinada aos militares. Por seu lado, o diretor desta unidade de saúde, tenente-coronel médico Joaquim Dias Cardoso, destacou a presença ininterrupta da Saúde Militar em Coimbra ao longo de 105 anos. Na sua intervenção, explicou os principais objetivos desta unidade de saúde operacional que é o core da saúde militar: "participar na

otimização da componente humana do sistema de forças com vista a um melhor desempenho do militar - em qualquer tipo de missão e nos mais diversos cenários - e, simultaneamente, formar e treinar os recursos humanos, de modo a serem capazes de praticar os melhores cuidados de saúde nesses cenários de missão geralmente adversos, quer hostis como nos cenários de combate, quer caóticos nos cenários de catástrofe, quer contaminados, quer de escassez como é a ajuda humanitária". O Departamento de Saúde Operacional está organizado em unidades funcionais e não nos tradicionais serviços clínicos: "este centro passou a ser de referência para a avaliação de pré-participação dos candidatos aos Cursos de Tropas Especiais (paraquedistas e comandos), bem como no aprontamento e de retração de forças nacionais destacadas em mis-



Intervenção do Tenente -
Coronel Médico Joaquim Cardoso



Laboratório Fisiologia do Exercício

sões internacionais". Após uma breve resenha da saúde militar em Coimbra, diz: "acreditamos que o nosso centro está bem posicionado para, num futu-

ro próximo, ajudar a colmatar esta lacuna do nosso serviço de saúde que é a não existência de uma unidade de saúde mobilizadora". Uma medicina mais

concentrada no militar, numa visão mais holística, é, pois, a atual referência deste centro.

Joaquim Dias Cardoso destacou ainda o estreitamento de relações com o Instituto Nacional de Emergência Médica, com a Autoridade Nacional de Proteção Civil e com a Administração Regional de Saúde, bem como a assinatura de um protocolo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Após a imposição de condecorações, o cirurgião e diretor do Centro de Simulação Clínica da Madeira, Pedro Ramos, proferiu a conferência "Formação e treino simulado em catástrofe".

Figueira da Foz: Novos conceitos e avanços em debate no Congresso Nacional de Cirurgia

O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, esteve na sessão inaugural do XXXVI Congresso Nacional de Cirurgia. Esta reunião 'magna' da cirurgia nacional, para além de cirurgiões portugueses, também contou com a participação de especialistas estrangeiros. recorde-se que o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, reiteradamente tem destacado o contributo e a importância da cirurgia geral para o excelente funcionamento de todo o sistema de saúde em Portugal, quer a qualidade da formação quer a qualidade na prestação dos cuidados de saúde. De e 3 a 5 de março, na Figueira da Foz, sob organização da Sociedade Portuguesa de Cirurgia, foram abordados novos conceitos e avanços da cirurgia.



André Pinto, Inês Mesquita, Samuel Pinto



Clube Médico exhibe "Passagens do Hommo Bacallaus"

Na inauguração da exposição de pintura "Passagens do Hommo Bacallaus" e perante largas dezenas de amigos, colegas e familiares, André Pinto, que frequenta atualmente o 4º ano da especialidade de Ortopedia e Traumatologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, expõe, pela primeira vez ao público, o seu talento artístico.

Citando um dos pensamentos do filósofo Jean Jacques Rousseau segundo o qual as paixões são os instrumentos que nos conservam, Inês Mesquita, Vogal do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, deu como exemplo o caso do médico e artista plástico André Pinto cuja "paixão pela arte faz com que ele seja, além de um ser humano incrível, um médico incrível".

"Ele merece que este seja o recorde do número de convidados para assistir a uma inauguração de uma exposição no Clube Médico. Estávamos todos muito curiosos porque, de vez em quando, ele colocava fotografias dos quadros nas redes sociais e todos nós queríamos ver um bocadinho mais. Para nós, Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, é um dia feliz pois o Clube Médico é

a casa de todos", enfatizou Inês Mesquita, emocionada uma vez que conhece André Pinto desde o primeiro dia em que ele ingressou na faculdade.

Nesta sessão inaugural coube a Samuel Pereira Pinto, arquiteto e irmão do artista plástico, fazer a apresentação da obra e do seu autor. Após uma resenha da vida de André Pinto - 28 anos, natural de Junça (concelho de Almeida), onde passou a infância e parte da adolescência, vindo depois a completar o ensino secundário na cidade da Guarda e a cursar Medicina em Coimbra - Samuel Pinto assinala: "Em todos os instantes o artista, espectador privilegiado do sofrimento alheio e por inerência do seu, é um ser dividido: condenado a assistir (e aceitar?) por força do seu dia-a-dia à injustiça, procura na beleza, no significado de um gesto

límpido, um momento de redenção para a sua condição de homem infinitamente pequeno e incapaz de alterar o destino, restando-lhe o caminho da arte. Assim se explica, porventura, a necessidade da pintura como complemento antagónico



André Pinto e os pais



da medicina". Assume ainda o irmão do artista plástico: "Longe do abstracionismo, os seus quadros pretendem impor-se pela mensagem, situando-se no universo dos significados e valendo enquanto representação simbólica do mundo pessoal do artista e dos vários momentos que o compõem; inclusive as 'paisagens' que não se apresentam como retratos prosaicos mas cenários imaginados ou recordados, paisagens metafóricas ou oníricas pintadas à meia-luz, em casa, numa noite de inverno". Mais adiante, surge pela voz de Samuel Pinto a justificação do nome desta exposição do neófito pintor: "Figura solitária, pequena, incondicionalmente introspetiva e 'esmagada' pela paisagem, o homem-bacalhau ou 'hommo bacallaus' é a criatura híbrida que empresta a pele ao pintor, correspondendo, simultaneamente, à representação ortónima do eu artístico e ao heterónimo que podia ser o autor das restantes estórias que aqui se contam".

Por fim, André Pinto agradeceu as emocionadas palavras de Inês Mesquita e dedicou-lhe rasgados elogios pela "capacidade de trabalho, criatividade e alguém que é um modelo a seguir". Nos agradecimentos a todos os que marcaram presença nesta sessão, tiveram honras de destaque os seus pais e o seu irmão. O autor agradeceu também a oportunidade desta exposição à cirurgiã Dulce Diogo, responsável pela programação cultural do Clube Médico. "Passagens do Hommo Bacallaus" é o título da mostra de pintura que estará patente, no Clube Médico em Coimbra, até 30 de abril.

Fundação Calouste Gulbenkian: Cerimónia de celebração dos 75 anos da Liga Portuguesa Contra o Cancro

O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, esteve na Fundação Calouste Gulbenkian, em Lisboa, na sessão de abertura das comemorações dos 75 anos da Liga Portuguesa Contra o Cancro, a convite do presidente da instituição, Vítor Veloso. Nesta cerimónia, o Presidente da República anunciou que será precisamente para a Liga Portuguesa Contra o Cancro a primeira condecoração do seu mandato: a Ordem do Infante Dom Henrique. Marcelo Rebelo de Sousa destacou o facto de ser necessária uma sociedade civil mais atuante para garantir um país mais justo. Nesse sentido, aludiu a um 'pacto na saúde' que, a seu ver, já existe informalmente. O Presidente da República considerou, pois, que o atual ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, ali presente, pode ser um protagonista importante nesse desiderato. "A sua presença aqui é um sinal de atenção constante para uma causa cimeira da sociedade portuguesa mas também é a certeza de que pode vir a ser um protagonista importante num verdadeiro pacto da saúde na sociedade em que pertencemos. Tenho para mim, que a parte do que já existe não formalizado, para o qual a Fundação Calouste Gulbenkian já deu um importantíssimo contributo, e a aceitação de princípios fundamentais nos mais variados quadrantes da vida nacional é uma abertura de caminho para um pacto que, antes de ser formalizado já existe", disse o Chefe de Estado. Marcelo Rebelo de Sousa enfatizou ainda, em forma de agradecimento, o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian à Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Pela voz de Vítor Veloso, presidente da LPCC, foi também anunciada a criação de um prémio nacional a atribuir a personalidades que durante a vida se destacaram no combate ao cancro. Este ano, o galardão terá o nome do investigador Manuel Sobrinho Simões (que proferiu uma conferência durante a sessão).

A LPCC, que conta com mais de 20 mil voluntários, é "uma entidade de referência nacional no apoio ao doente oncológico e família, na promoção da saúde, na prevenção do cancro e no estímulo à formação e investigação em oncologia", lê-se no 'site' oficial.



Presidente do Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro, Carlos Freire de Oliveira; Presidente da Liga Portuguesa Contra o Cancro, Vítor Veloso; Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes



M. M. Camilo Sequeira

Chefe de Serviço de Medicina Interna

Os Médicos, o trabalho, o progresso e a Vida

Há 150000 anos quando deixámos África para conquistar o mundo e dar cabo dos outros “homo” tínhamos como próprio e natural, para lá da curiosidade que terá sido o motor da migração, as necessidades de comer e de procriar. Provavelmente filhas do instinto e não de qualquer elaboração mais sofisticada.

Fomos escolhendo zonas para viver onde procurávamos o que a natureza oferecia como alimento, de onde afastávamos os competidores para esse alimento, e onde nos protegíamos dos predadores para quem éramos alimento. Depois repousávamos acasalando regularmente porque já não devíamos estar dependentes de um tempo de cio para o fazer.

Passado algum tempo, por escassez de alimentos, pela periculosidade do local, por curiosidade ou por qualquer outro motivo deslocávamo-nos para outra zona, provavelmente não muito distante da primeira. Porque, enfim, deslocávamo-nos apenas com recurso às pernas o que ainda hoje continua a limitar os percursos percorridos. Apesar disso fartámo-nos de andar pois fizémo-lo durante muito mais de 100000 anos e atravessámos toda a Terra.

Depois do princípio, o trabalho

E muito mais tarde criámos as sociedades complexas e com elas alguns problemas que continuam por resolver. Um deles, singular, é o trabalho.

Trabalho este que se destina, pelo menos em princípio, a adquirir um intermediário que nos permita a subsistência, o alimento, que se mantém como necessidade primeira do “bicho” que continuamos a ser. E assim inventámos o dinheiro.

Para comprar alimentos porque estes deixaram de ser um bem oferecido pela natureza. Muitos acreditarão que foi uma inven-

ção notável. Mas o seu custo em termos de bem-estar e felicidade perdidos ainda está por avaliar.

Porque a verdade é que a invenção do dinheiro nos permitiu comprar muitos problemas que, quiçá, gostaríamos de não ter.

O trabalho parece, pois, uma aventura contra-natura do homem. Não fomos feitos para trabalhar. Mas desde que deixámos de andar de um lado para o outro “à procura da vida” passámos a ser seus escravos. Inicialmente de torso permanentemente voltado para o solo que queríamos cultivar e depois, já de corpo direito e bem vestidos, em escritórios, lojas, oficinas e em centros de trabalho virtual como as bolsas e afins.

Ou seja, o que parecia ser contra-natura parece agora ser progresso. Mas será?

Esta nova forma de viver associa-se a uma inquietação que devemos ver como progresso porque é um estímulo para a criatividade ou antes como um preço, elevado, a pagar pela necessidade imperiosa de nos adaptarmos a uma mudança que nos agride? Porque ao tomarmos consciência de que íamos sendo muitos, cada vez mais, a ocupar um espaço que não cresce e ao percebermos que a confiança em que algures “por ali” encontraríamos alimento deixou de ser verdade, criámos, como natural desse viver, esta inquietação, que é, de facto, uma

nova visão do que é a vida. E que se traduz, em muitos contextos e para muitos de nós, pelo que passamos a designar como doença.

Por isso se algumas doenças são o preço a pagar pelo progresso, pelo menos, parece que seria adequado combatê-lo para as curar ou para as evitar.

Infelizmente não o podemos fazer. A complexidade da sociedade que construímos não tem forma de ser anulada pelo que temos de aprender a viver segundo uma regra simples: sem nos agredirmos mais do que a agressão inevitável própria do quotidiano. E seja qual for a importância, o inevitável, que esta interpretação possa acarretar em termos individuais como contaminação dessa mesma vida. É nesta conjuntura que se integra o trabalho.

Para o qual estaremos, uns muito disponíveis e outros menos. Cujas exigências pode ser limitativa da criatividade e da imaginação que nos identificam ou o contrário gerando alegrias nuns e sofrimento noutros.

Mas obrigando a muito grande maioria de nós a procurá-lo por ver nele o agente facilitador de vantagens pessoais ou de grupo, a ser dele dependente para se viver de acordo com o que se deseja ou se é levado a desejar, a vê-lo como o bem mais essencial destas sociedades complexas porque equivale, efectivamente, ao alimento que estamos, genética e evolucionariamente, condenados a procurar.

Trabalhar é bom ou mau?

Se o que disse antes tiver sentido então porque será que há tanto trabalhador a pretender deixar de trabalhar em idade distante da velhice e tantos a pretenderem fazê-lo porque a doença, quiçá

induzida por esse trabalho, os impedem de o executar?

A classificação do trabalho como valor fundamental da sociedade organizada e interactiva é a justificação política para se criarem orientações de avaliação de capacidades funcionais com o objectivo de se evitar a estigmatização precoce como inválidos dos homens que trabalham. Pretendendo-se antes promover diversificação na oferta de condições funcionais (trabalho adaptado à competência do trabalhador), reformulação das vivências laborais (desdramatização da conflitualidade que a competição acarreta), reestruturação dos locais de trabalho (de acordo com orientações dos Médicos do Trabalho), enfim, reorganização das necessidades que se devem orientar para o trabalhador (utilizar sempre as capacidades remanescentes de quem tem restrições sejam elas quais forem).

E estes normativos têm de fazer parte do plano de exploração de recursos e da sua gestão inteligente. Recursos não humanos para que durem, permitindo a existência do trabalho e da vida e recursos humanos (expressão, diga-se de passagem, absurdamente grosseira) para que existam felizes e capazes, vivendo e fazendo viver. Se o trabalho é uma violência criada pela complexidade da vida então é basilar que se reduza ou se anule todo o agressivo evitável que lhe esteja associado. E não parece que seja adequado ao progresso dos Homens fingir que se evita essa agressão pela substituição do trabalho feito pela sua mão pelo trabalho asséptico, acrítico e socialmente condenável de máquinas sem vontade nem juízo.

E digo socialmente condenável porque dirigido contra o interesse

de todos nós, pessoas, num amanhã que está mais próximo do que muitos possam julgar.

Trabalho e doença

Voltemos ao desejo de deixar de trabalhar (ou de o fazer em estruturas hierarquizadas).

A experiência da doença é um dramático do nosso tempo porque nos pretendem impor a verdade absoluta da beleza, da felicidade, do estar bem sem qualquer espaço de reflexão para o absurdo destas perspectivas da vida. Até a eternidade já nos é proposta como possível.

A doença, como a morte, sempre acompanhou a vida dos “homo”. Sabemos que outras espécies que não nos sobreviveram (hoje há quem afirme que afinal algumas sobreviveram por cruzamento connosco) também tiveram doenças, também terão tentado tratá-las e algumas até tiveram rituais que ligamos ao culto dos mortos. Mas nenhuma chegou a uma fase de estruturação social como a nossa que criou uma realidade alternativa ao real que é “o que parece”. E todos, ou quase, queremos parecer qualquer coisa sem que a maioria, julgo eu, saiba exactamente o quê.

Sendo neste contexto que se pretende negar a onnipresença no nosso quotidiano, da doença, da inquietação, da tristeza, da desadequação ao dia a dia, das pobreza material e a outra.

E se procura o direito a ser tratado como “diferente-coitado” quando essa realidade negada se revela nalguns de nós. De facto em muitos de nós embora esta verdade não deva ser dita por ser demasiado incómoda para o sistema que endeusou a tal negação.

Felizmente, porém, mesmo as maiores tristezas e os maiores

sofrimentos relacionados com a doença são potencialmente reversíveis. A sobrevivência ajuda a relativizá-los e a vida persiste oferecendo espaço de felicidade e integração que, sem eliminarem os factores geradores de mal-estar, deixam ainda muito tempo para se fruir o bom de se estar vivo. Apesar de a experiência de um mal vivido e melhor ou pior ultrapassado, exactamente como a experiência de um bem vivido, seja determinante para se continuar a viver ainda que com outra forma de sentir a vida. Que é conhecimento, aprendizagem, ganho de capacidade reflexiva, enfim, crescimento como animal gregário.

A sensação de se não ser como se era antes, a compreensão de se terem perdido algumas capacidades, o saber-se diferente de antes da experiência não têm que ser agentes promotores de sofrimento. Têm, isso sim, de ser o suporte de um ganho de saberes que nos confirmam que somos frágeis mas não derrotados, que somos imperfeitos mas não incapazes, que somos agentes de vida apesar das ameaças tão presentes e certas da morte.

Saberes que nos preparam para continuarmos a viver integrados, a ser capazes de competir no mercado do trabalho assumindo limitações, que implicam o direito, talvez mesmo o dever, de ir ao mundo ordenado segundo regras que nos agredem dizer-lhe, de caneta ou enxada na mão, que tem de se modificar, que tem de se orientar para o trabalho em função do trabalhador e de forma nenhuma contra o trabalhador. E se for necessário dizer a toda a gente que esta é uma verdade essencial ao progresso, ao respeito pelo que nos tornámos 150000 anos depois da nossa primeira grande migração e até de justificação para se

lutar contra quem o quiser negar, pois que assim seja.

Trabalhar é, e em meu entender vai continuar a ser, um valor essencial sobre que se construirá o futuro que ainda teremos. Mas se é um valor para o progresso e bem-estar da maioria de nós então tem de ser reconhecido como tal por todos os homens. Saudáveis e doentes. E criticamente. Porque se for agente gerador de angústia e sofrimento não cumpre o papel para que foi inventado. E o nosso dever é impedir esse desvio da sua vocação. O trabalho é o meio para obtermos o dinheiro com que adquirimos o pão diário. Será um mecanismo bizarro mas é o possível. E porque foi criado por nós temos de o defender impedindo que seja utilizado como agente de formas modernas de escravatura.

Este dever impõe-nos a construção de fórmulas que impeçam o seu abandono precoce por razões que sendo compreensíveis numa sociedade de valores artificiais e virtuais o não são no mundo onde existimos. Mesmo que este mundo pareça o virtual que nos propõem.

Médicos, trabalho, doença

Aos Médicos cabe um papel fundamental neste aprender a viver num mundo que sobrevaloriza o trabalho em abstracto e desvaloriza o trabalhador.

E não cumprimos esse dever se apenas soubermos oferecer compreensão e suporte ao desejo de afastamento que os doentes nos expressam. Ao Médico, enquanto ainda é agente com algum poder corporativo para pressionar os administradores de toda a “coisa” pública, cabe ajudar o trabalhador descontente, com doença ou limitação, a procurar

defender o seu lugar no trabalho, a reintegrar-se no ambiente que sente como hostil, a aprender a ultrapassar “por cima” as vicissitudes que o mundo laboral criou. Promovermos ou auxiliarmos à promoção de uma sociedade de reformados com pensões de valor cada vez mais baixo, sem capacidade organizativa e sem competência para serem reconhecidos como interlocutores nas discussões sobre o amanhã (porque serão muitos a dizerem que já não têm amanhã) é não cumprirmos com o nosso dever ético basilar, que continua a ser o compromisso de, contra todos, defendermos o interesse, o direito, de quem nos pede ajuda.

Mesmo que a ajuda que lhes iremos dar seja contrária ao que julgam ser o seu interesse.

Provavelmente não estaremos na Terra mais 150000 anos. Mas o tempo que ainda por cá vivermos tem de ser vivido com uma consciência cívica permanentemente alerta para que todos contribuamos para fazer dele um tempo feliz. Temos de proteger na sua função os que trabalham. E aos que, sem alternativa, estejam absolutamente incapazes para o fazer, temos de os ajudar a continuarem a ser membros de pleno direito do nosso mundo de trabalhadores.

Estas duas obrigações impõem-nos o dever de, exemplarmente, os sabermos definir. Uns e outros. E de em todos os procedimentos clínicos que os envolvam sermos profissionalmente isentos, socialmente críticos, clinicamente responsáveis e, corajosamente, cidadãos capazes de olharem o outro como parceiro igual a nós. Com direitos e com deveres contrapostos, sempre, aos direitos e deveres de todos os outros.



Andrea Rodrigues

Médica interna de Medicina Geral e Familiar do 4º ano na USF Egas Moniz

Certificação da aptidão médico desportiva – O papel do Médico de Família

Actualmente, é frequente recorrerem à consulta de Medicina Geral e Familiar jovens desportistas federados solicitando o preenchimento da ficha de avaliação médico-desportiva. Perante este motivo de consulta surgem duas questões: O Médico de Família está habilitado para a realização desta avaliação? Será o profissional mais capacitado para o fazer?

Enquadrando legalmente estas questões, segundo o Artigo 2º do DL nº119/99, a Medicina Desportiva deve ser exercida por especialistas em Medicina Desportiva ou, excepcionalmente, por médicos especialmente credenciados, atendendo à especificidade desta área e tendo em conta a defesa dos praticantes. Contudo, este documento foi revogado pelo DL nº 345/99, através do seu Artigo 5º, não exigindo a obrigatoriedade de formação específica para a avaliação médico desportiva geral. Mantém-se a necessidade de realização dos referidos exames pelos Centros de Medicina Desportiva do Instituto Nacional do Desporto, nos casos de desportistas de elite e naqueles que solicitem a sobreclassificação para além do escalão imediatamente superior ao correspondente à sua idade. A legislação posterior, através do DL nº 5/2007 (Lei de Bases

da Atividade Física e Desporto), não apresentou nenhuma modificação relativamente a esta questão e o DL nº272/2009, no artigo 33º do seu capítulo VII, voltou a reforçar a exceção dos praticantes desportivos em regime de alto rendimento, que deverão ser avaliados em centros de Medicina Desportiva.

O Médico de Família apresenta uma visão holística do doente, tendo pleno conhecimento dos seus antecedentes pessoais e familiares, os quais se tornam fundamentais para determinar se o desportista apresenta contra-indicações à prática da actividade física. Contudo, a avaliação médico desportiva exige uma abordagem específica, para a qual é necessário estar habilitado, de forma a ser possível avaliar a frequência e a intensidade do exercício, os tipos de lesões associadas a cada actividade, suplementos ingeridos, entre outras particulari-

dades, que não fazem parte da formação específica em Medicina Geral e Familiar.

Parece claro que, embora muitos Médicos de Família possam ter formação para efetuar esta avaliação, outros podem recusar fazê-lo, entendendo não possuir os conhecimentos e/ou dados necessários para uma tomada de decisão fundamentada. Importa assim, refletir sobre esta matéria, de forma a que cada Médico de Família individualize a sua decisão relativamente a mais uma competência atribuída aos Cuidados de Saúde Primários.



Tiago Sousa Veloso

Médico Interno de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar

Um olhar para além da superfície

Na cerimónia de encerramento do 2º curso de formação pós-graduada em Dermatologia para Medicina Geral e Familiar, a 4 de dezembro de 2015, o presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, Doutor Álvaro Almeida, abordou a temática dos cuidados primários de saúde relativos à ARS sob a sua égide.

Contextualizando o problema referiu que à ARS-N estão adstritos cerca de um terço dos habitantes nacionais (3,7 milhões de pessoas) e aproximadamente 50% das unidades de saúde familiar do país. Concordamos que é motivo de orgulho e sinal do dinamismo regional.

O actual presidente da ARS-N continuou afirmando que a proporção da população residente nesta ARS com médico de família está próxima dos 99%, contudo que mais não seria desejável, ainda que possível. Para suportar esta perspectiva apresentou dois argumentos, nomeadamente o da poupança de recursos e o da solidariedade entre regiões nacionais. Nada disse sobre a qualidade dos cuidados. Atentemos em cada um daqueles argumentos...

Poupança de recursos

Felicitando os esforços que permitiram dotar 99% da população da região norte com médico de família, afirmou não estar nos seus planos alcançar a totalidade da cobertura pelo facto de isso criar situações de "excesso" de recursos e de subaproveitamento de pessoal médico. Este argumento parece-nos clara (e literalmente, vindo de quem vem) economicista e queremos por isso ajudar a compreender o sofisma e a desconstruí-lo. Se a ARS-N fosse uma cadeia de restaurantes, as unidades de saúde fossem churrasarias e os mé-

dicos grelhadores de frangos, compreender-se-ia que onde é necessário um grelhador não faz sentido ter dois, pois a qualidade do produto final está nas brasas, na matéria-prima e na arte do cozinheiro, sem passar pela quantidade de estruturas de confecção alimentar. Contudo, cuidar e tratar não é virar frangos, ser médico de família não é ser médico sinaleiro e a qualidade do processo de cuidar pode ser gravemente afectada pelas condições em que é praticada. Entre essas condições encontra-se o tamanho da lista de utentes, o volume de solicitações para consulta, as mui-

tas outras responsabilidades profissionais que recaem sobre o médico em contexto de USF e a exigência pessoal de formação e desenvolvimento profissional contínuo. E, como é sabido, quanto maior o profissionalismo do médico maior a entrega em cada momento e a cada pedido. E essa entrega extremosa, à qual não é sensível quem a solicita (quer utente/cliente, quer empregador/pagador), contribui para o desenvolvimento de um estado de exaustão que prejudica o atingir do objectivo principal dos cuidados e a sua continuidade. Portanto, afirmar que oferecer médico de família a

100% dos utentes da região norte seria desperdiçar recursos é afirmar a despreocupação com a qualidade dos cuidados prestados e reforçar a legitimidade das críticas daqueles que afirmam que só os médicos estão em condições de gerir e planear as instituições de Saúde pois só eles apresentam sensibilidade para identificar a qualidade e a sua ausência.

Além disso, acresce o facto de 1% dos habitantes da região norte ultrapassarem os 37 milhares de pessoas, que individualmente têm tanto direito a cuidados médicos como qualquer outro português, e que colectivamente talvez até mereçam mais por estarem até ao momento privados de tal serviço público.

No meio destas contas fica por esclarecer qual a proporção da cobertura conseguida (99%) é devida a um real aumento dos efectivos médicos em exercício e qual é justificada pela exclusão de utentes não frequentadores (sem consulta nos três anos prévios à avaliação).

Solidariedade inter-regional

Estoutro argumento padece também de problemas lógicos. Falar em solidariedade é falar num sentimento de simpatia e interdependência relativamente aos que sofrem, é falar na manifestação desse sentimento, com o intuito de confortar ou ajudar, é falar numa cooperação que se manifesta a alguém em certas circunstâncias, é falar numa identidade de sentimentos, de ideias, de doutrinas. Dizer que não foram disponibilizadas mais vagas para novos médicos de família na ARS-N porque escasseavam noutras regiões do país é, em primeiro lugar, inútil porque não resolve o problema de destino (os candidatos excluídos podem não estar disponíveis para ir para outras regiões), em segundo lugar, contraproducente porque agrava o problema de origem (continuam a faltar médicos de família na ARS-N), em terceiro lugar, insultuoso porque invoca sentimentos de solidariedade

entre instituições esquecendo que estas não passam de matéria inorgânica, enquanto que a solidariedade é algo merecido e dignificante da relação entre pessoas, em quarto lugar, conflagrador porque esquece que a qualidade de um profissional está intimamente relacionada com a sua satisfação pessoal, e em quinto lugar, pouco competente porque demonstra desconhecimento de mecanismos adequados à criação de condições atractivas para a mobilização de profissionais para regiões com menor oferta de um serviço.

Pela nossa parte, acreditamos que, com melhor informação e uma escuta mais atenta, é possível conseguir mais ganhos em saúde, desde que haja vontade política de contribuir verdadeiramente para a melhoria da prestação dos cuidados assistenciais.



Francisco Pavão

Médico Interno de Saúde Pública

Saúde Pública... a norte!

O tempo ameno e sem chuva que se fez sentir no passado mês de Janeiro, considerado já pelos meteorologistas o mês de inverno mais quente dos últimos anos, remete-nos para tempos fervilhantes que se fazem sentir na saúde pública, seja a nível nacional e internacional.

Por cá, após um novo e inesperado panorama político pós-eleitoral, pelo menos para nós os mais jovens, tomou posse como ministro um médico, distinto gestor e especialista em saúde pública. Sem grandes dificuldades e com um diagnóstico de situação previamente elaborado, o professor Dr. Adalberto Campos Fernandes desde o 6º piso na Av. João Crisóstomo na capital, rapidamente e sem hesitar iniciou reformas nos cuidados de saúde primários e instruiu o director geral da saúde para que fosse criada a “Task Force” que irá alinhar uma nova estratégia para a saúde pública. Estou certo, uma vez que é característica do nosso Mestre Francisco George, que ele não se esquecerá de incluir e chamar os internos a quem o futuro da especialidade pertence.

Não podemos também esquecer a nova composição e presidência da Associação Nacional de Médicos de Saúde Pública, que conta agora na sua liderança com um jovem especialista dinâmico, dedicado e ambicioso. De facto, muito temos

a esperar da capacidade e competência do colega Ricardo Mexia.

Lá por fora, ainda em período de convalescença da epidemia do ébola, a comunidade internacional reúne-se e discute uma nova ameaça e desafio em saúde, à medida que aumenta a propagação do vírus Zika. No país irmão, Angola, o surto de Febre-amarela que entretanto já fez numerosas vítimas, preocupa as autoridades que estão no terreno a enfrentar a ameaça e é a primeira prova do novo detentor da pasta da saúde, professor Dr. Luís Sambo, que pelo seu vasto e brilhante currículo merece a confiança de todos e é a meu ver garantia de sucesso. A crise dos refugiados mantém-se sem solução numa Europa que não se compromete e cria muros de rejeição aos olhos de um Mundo sequestrado pelo valor do barril de petróleo. Valha-nos ao menos a candidatura do engenheiro António Guterres ao alto cargo das Nações Unidas! O seu perfil, sensatez e dedicação no combate às grandes causas sociais, muito contribuirão por certo para a construção de um mundo

melhor e em paz.

Todavia, a saúde pública, no que à formação específica diz respeito tem grandes novidades. O ano 2016 ficará marcado pela existência de três instituições académicas que leccionam o Curso de Especialização em Saúde Pública. Este curso é específico e orientado para os médicos internos de saúde pública durante o 2º ano de formação, e até então apenas se realizava na Escola Nacional de Saúde Pública (ESNP), em Lisboa.

Nos dias de hoje, para além da ENSP, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), também da Universidade Nova de Lisboa, e o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) viram autorizada a realização desta formação específica na sua escola. Tive o privilégio e a honra de pertencer ao 1º CESP no ISPUP, 2015-2016, e devo aqui referir que a criação a norte deste curso muito se deve a longos anos de insistência de médicos especialistas, académicos e cientistas, médicos internos, homens e mulheres que gostam de fazer saúde pública e não aceita-

vam a exclusividade e centralismo de um curso obrigatório no âmbito de uma especialidade.

O ISPUP que ocupa um edifício situado na zona histórica da cidade invicta mesmo ao lado da cadeia da relação, um exemplo da arquitectura pesada e robusta, onde Camilo Castelo Branco escreveu as inesquecíveis “Memórias do Cárcere”, está na área limítrofe daquele que foi porventura o mais famoso cordão sanitário imposto em Portugal e que valeu a Ricardo Jorge a dolorosa expulsão da sua cidade. Como o passado nos ensina e tal como acontece ainda hoje nas corajosas decisões em saúde pública, o

tempo veio dar-lhe razão!

Este curso de especialização em saúde pública decorreu de acordo com o programa preconizado pelo colégio da especialidade. Todavia, pelos imperativos da Direcção do ISPUP, tivemos acesso a várias sessões, seminários e cursos paralelos que complementaram a nossa formação e permitiram contactar com várias outros investigadores, dirigentes e profissionais do sector da saúde.

O ano de trabalho iniciou-se com um módulo leccionado pelo Professor Henrique de Barros sob o tema a ‘Saúde Pública e o seu contexto’. Mais do que aulas, eram agradáveis sessões de discussão

de ideias e conhecimentos, não fosse o professor um “despertador de interesses”, como referiu o saudoso Aureliano da Fonseca acerca de como devem ser os grandes Professores.

Não obstante os grandes avanços que nas últimas décadas a saúde pública teve em Portugal e o algum reconhecimento por parte da sociedade e políticos de saúde, é minha convicção que vão ser ainda necessários grandes passos na conquista de horizontes que tragam ao nosso país um nível de saúde pública consentâneo com os critérios europeus na senda do progresso e bem-estar.





João Miguel Nunes" Rocha"

Os dogmas

Se já não acreditamos em moiras encantadas e encantadoras, em belas adormecidas e menos ainda em príncipes formosos que as despertam com um beijo, pródromo de uma felicidade que não se esboroa nem fenece, como explicar as crenças arreigadas, indiscutidas e aceites como dogmas: de que impelidos por uma dívida crescente e impagável, que nos descarna e que nos encova, atingiremos o planalto da prosperidade? Que os salários parcos e miseráveis pagos pelo labor presente, se devem, não à rapacidade dos ricos, mas à sua intenção sincera, de cheias as suas casas fortes, lhes escancararem as portas em torrentes de dádivas a distribuir a oito, pelos sobreviventes espartanos, rijos, estoicos e escassos, da fome e da míngua pregressas? Que, pasme-se, o dinheiro do contribuinte esfregado na honra dos bancos falidos, indelevelmente enxovalhada, pelas falcatruas dos donos, devolver-lhes-á a credibilidade e a candura imaculada das donzelas?...

Será que a prédica que nos foi repetida desde a infância e antes de nós aos nossos pais e avós, com a persistência retumbante dos batuques, de que as dádivas ao Vaticano ou a Meca, a Jerusalém ou à Igreja Maná... creditar-nos-iam contas de grande rendibilidade num Céu sem inflação nos fragilizaram o córtex cerebral criando nele, zonas patológicas de grande permeabilidade ao fantástico, ao insólito e ao sobrenatural, o que até nos serviria de arrimo e de proteção contra o nosso medo mais aterrador, que é o da morte, como fim inexorável e absoluto, e permitir-nos-ia intermitências sonhadoras onde ora morremos, ora não... Não pretendo apoucar as crenças dos outros, que sinceramente respeito e invejo, nem sequer pôr em dúvida a possibilidade de um

Deus criador; só que, para minha infelicidade não consigo aceitar, que havendo-o, os homens, e menos ainda o seu ouro, lhe aproveitassem, e isso mina a minha credulidade em relação às religiões, e coloca-me entre os agnósticos nuns dias, e entre os ateus, nos demais. Na minha opinião, só por uma desmesurada megalomania nos podemos considerar feitos à semelhança e imagem de um Deus onisciente e onnipotente, que algures, num dos estádios da nossa evolução biológica, nos dotou de alma e nos concedeu (ou à alma) o dom da imortalidade, transformando-nos em seus sócias humanos, ou quase... a nós que somos egocêntricos e egoístas, e, que só nos sentimos verdadeiramente chocados com os males alheios, quando há a possibilidade

de nos acontecerem também. Admito, e não me considero exceção, que as vísceras expostas ou os corpos esquartejados (constantes dos telejornais) não me embotam o paladar ou engulham o apetite com que continuo a saborear o farnel... Assumida esta minha insensibilidade de desalmado, por que será que me emociono e comovo ao ver os olhos imensos com imensas moscas das criancinhas negras, prestes a morrer de fome?... Ou sinto uma raiva avassaladora, uma raiva de querer esbofetear e morder, quando atino com um dos nossos muitos tribunais, que, acoitado no seu subsídio vitalício, passa as sessões parlamentares em jogos de: persegue, prende, mata, esfola; em computadores saídos do erário público, enquanto se urdem as leis para mais um esbulho... à

já, mal cheia malga, dos velhos? A sistólica sobe-me em frémitos latejantes e suicidas, quando comparo a justiça que deixa em prisão domiciliária (leia-se, com segurança pública) os gatunotes de gravata, e encafua nas prisões os pobres diabos, que sucumbiram à visão, dos tiques mandibulares dos filhos, acossados pela fome crónica.

O primeiro sobressalto de desilusão quanto à nova governação senti-o, não pelo derrube do "eleito", nem pela coalizão à esquerda, mas pelo modo dogmático, pressuroso e dúbio, como se imputaram aos cidadãos contribuintes as contas do Banif, poupando mais uma vez os cidadãos sem abrigo. É imoral e inconstitucional; em nome da igualdade, se nada possuem, penhem-se-lhes as camas/caixotes....

Desde que começou a história da tanga e das queixinhas lamuriosas sobre a governação precedente, que os velhos têm sido assaltados, em todos os seus direitos e não só se conseguiu a pretendida clivagem geracional como se inculcou em muitos um sentimento de culpa por continuarem a viver e em

quase todos um sentimento de medo: medo de acorrer aos hospitais em casos de urgência; medo de levar à boca a garfada, numa casa em que o pão não abunde, mesmo que, o pouco que haja, sejam eles a pagá-lo; medo de ouvirem da boca dos entes queridos frases que firam ou matem inexoravelmente os afetos; medo de serem tirados de perto dos seus e perpetuamente encafuidos num mundo que lhes é estranho e hostil; medo de ouvirem dos que amam, mas que os não amam, frases tornadas prováveis, neste mundo sem dó: porque não subscreve a eutanásia ou o testamento vital?...

Talvez seja por ser velho, e eu próprio uma vítima potencial, que penso que há razões para ter medo.

De facto, num país onde a oferta de cuidados paliativos ou continuados a cidadãos pobres, é quase nula, é no mínimo desconforme e ilógico que se aceite que o Testamento vital (e em breve a eutanásia) são a resultante de "bem querer aos doentes"... e é muito, muito estranho que se aceite como vinculativa a decisão tomada há

cinco anos, sabe-se lá em que contexto e sob que pressões ou desvarios para parar a terapêutica e o suporte de vida a um subscritor do testamento vital e simultaneamente se desrespeite a vontade lúcida da vítima de violência doméstica e se delate o caso, juntando, em muitos casos, a um drama um dédalo de outros dramas. Os médicos não deviam ser "Anubis" de bata branca ou delatores... na minha opinião, claro.

Dez mil crianças, desapareceram num ápice e sem rasto, tragadas pela noite escura de breu; há honra em não renegociar a dívida ou os seus juro, deixando perecer à míngua os nossos; os migrantes começam a ser desapossados do que é seu, e expulsos; há setenta e um anos encerrou Auschwitz, onde milhões de infelizes entraram por seu pé, e tornados termicamente voláteis saíram em volutas fumarentas de átomos e moléculas, para sempre tão desumanizadas, como os seus carrascos. Que a história se não repita, porque nós os PIGS, não somos benquistos.





Marta Magalhães

Interna de Medicina Geral e Familiar - USF Camélias - ACES Gaia

Cuidados de Saúde Primários no Domicílio

A consulta domiciliária é uma das vertentes da prestação de Cuidados de Saúde Primários, mas por motivos vários os médicos manifestam pouco disponibilidade para o fazer. A criação e organização particular das Unidades de Saúde Familiares, que inclui os incentivos financeiros para a realização de visitas domiciliárias, como no caso das unidades de modelo B, tem contribuído para um ligeiro aumento do número destas consultas.¹ Esta tendência vai estando, de certa forma, interligada ao aumento das necessidades da população, uma vez que o envelhecimento em Portugal tem au-

mentado, situando-se atualmente perto dos 20% da população,³ e suas consequentes incapacidades associadas.²

São várias as razões que dificultam a visita domiciliária, nomeadamente o incómodo da deslocação, a dificuldade de realizar uma consulta no ambiente do doente, o tempo despendido e também a remuneração. Contudo, estas deslocações podem dar-nos mais informação sobre o doente, a doença, a família e o meio social envolvente mais do que qualquer outra, ajudando no desenvolvimento da atividade de Medicina Geral e Familiar.

A vigilância domiciliária pode ajudar a minimizar o número de internamentos hospitalares, de dias de internamento e de re-internamentos.⁴

Muitas vezes as dificuldades sentidas pelos médicos na realização de domicílios, pode ter uma causa provável, a falta de preparação que é muitas vezes escassa no ensino pré-graduado. A matriz curricular nas faculdades de medicina pre-

cisa de ser mais orientada para Cuidados de Saúde Primários, devendo incluir um componente de realização de consulta domiciliária.

É também muito importante que os especialistas em Medicina Geral e Familiar mudem a sua forma de pensar relativamente às visitas domiciliárias e transmitam aos seus formandos e internos o reforço da importância desta consulta, que é uma peça essencial na prestação de cuidados de saúde aos doentes em ambulatório.

Bibliografia

1. Unwin B, Tatum P. House Calls. *Am Fam Physician*. 2011;83(8):925-931.
2. Principais Indicadores de Saúde em Portugal (Fevereiro 2015). Available from: <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/principais-indicadores.aspx>.
3. INE. Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia; Destaque, 2015.
4. Beales JL, Edes T. Veteran's Affairs Home Based Primary Care. *Clin Geriatr Med*. 2009;25(1):149-154, viii-ix.



Comissão da Competência de Medicina Paliativa da Ordem dos Médicos

Isabel Galriça Neto; António Lourenço Marques; Edna Gonçalves, Hugo Domingos; Madalena Feio

Pelo reforço da formação em Medicina Paliativa em Portugal

O desenvolvimento social e os progressos da Medicina ao longo do século XX levaram a um aumento da longevidade e à alteração marcada dos padrões de morbilidade e de mortalidade. As principais causas de morte passaram a ser as doenças crónicas, com o final da vida a ocorrer após um período mais ou menos longo de dependência, e assistimos a uma nova realidade, com um número crescente de doentes com cancro avançado e com outras doenças graves não-oncológicas.^{1,2} Estes doentes, cada vez mais presentes nas enfermarias dos nossos hospitais³⁻⁵, carecem de cuidados de saúde adequados, embora diferentes na sua natureza e especificidade daqueles que são oferecidos aos que têm doença aguda e/ou com perspectiva de cura.

Grande parte do orçamento da Saúde dos países Ocidentais é gasto com os cuidados prestados durante o último ano de vida dos doentes.^{4,6,7} Estudos apontam, no entanto, para que os tratamentos que lhe são prestados, nas estruturas tradicionais de saúde vocacionadas para o tratamento curativo, não são os adequados, quer nos objectivos de intervenção no sofrimento, quer no controlo de sintomas, e mesmo na atenção à família.^{2,4,5,8} Esse facto leva a sofrimento desnecessário e evitável nas pessoas doentes em fim de vida e traduz alguma desadequação nos serviços de saúde⁹. Existe também a evidência de que, de acordo com diferentes contextos assistenciais e com a maior ou menor formação dos médicos em cuidados paliativos, as pessoas com doenças avançadas, irreversíveis e progressivas recebem diferentes tipos de cuidados de saúde, nem sempre

adequados às suas reais necessidades.^{8,10}

Face ao elevado e crescente número de doentes com doenças incuráveis e em fim de vida – de acordo com o INE, morrem em Portugal mais de 100 000 pessoas por ano, a maioria por doenças crónicas -, a formação dos médicos surge como um factor crítico para o desenvolvimento dos serviços de saúde em geral, e particularmente dos de Cuidados Paliativos, com a consequente melhoria dos cuidados de saúde prestados a um número relevante de cidadãos portugueses e ainda a melhoria da eficiência do sistema de saúde.

No que concerne à formação médica, a Recomendação Rec (2003) 24 do Comité de Ministros do Conselho da Europa aos seus Estados Membros explicita a necessidade de formação em Cuidados Paliativos, de acordo com três níveis: básico, intermédio e avançado. Essa mesma recomendação é re-

petida pela “European School of Oncology” (ESO) e pela “European Association for Palliative Care” (EAPC).^{6,11,12} Esta última recomenda também 3 níveis de formação: A - Formação básica obrigatória incluída no curso de Medicina; B - Formação de pós-graduação para médicos generalistas e outros especialistas com interesse em Cuidados Paliativos; C - Formação de especialista em Medicina Paliativa. A nível de desenvolvimento de competências necessárias para a prestação de Cuidados Paliativos, esta mesma associação recomenda que ela se desenvolva também em três níveis: uma abordagem paliativa básica (acções paliativas - “*palliative care approach*”); cuidados paliativos generalistas (“*general palliative care*”, para médicos com formação básica em paliativos mas em que os cuidados paliativos não são o foco principal do seu trabalho, e que prestem cuidados a doentes oncológicos e

peças com doenças crónicas) e cuidados paliativos especializados (*“specialist palliative care”*, por profissionais que tenham necessariamente formação e treino avançados e dediquem a maior parte do seu tempo a esta prática).

Na Resolução 1649 (2009) do Parlamento Europeu é reconhecida a urgente necessidade de uma maior implantação dos Cuidados Paliativos como forma de responder às necessidades actuais daquelas pessoas com doenças terminais, doenças graves ou crónicas avançadas.¹³ Também a resolução mais recente da OMS sobre cuidados paliativos aprovada unanimemente em 2014 na Assembleia Mundial de Saúde, é extremamente importante e reforça a necessidade de diferentes níveis de formação médica nesta área.

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela OMS, em 2002, como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas associados às doenças graves (que ameaçam a vida) e/ou avançadas e progressivas, através da prevenção e alívio do sofrimento por identificação precoce, prevenção e tratamento rigorosos da dor e de outros problemas físicos, psico-sociais e espirituais”. O seu âmbito não se restringe aos idosos, aos doentes oncológicos ou aos doentes terminais (meses de vida) e muito menos aos doentes moribundos (últimos dias ou horas de vida), mas a todos aqueles que têm doenças avançadas e progressivas, como as doenças neurológicas degenerativas, a SIDA ou as falências de órgão em fase avançada. Com esta definição abre-se a hipótese de estreita colaboração, num modelo de cuidados partilhados e que devem ser oferecidos muito antes da morte (semanas, meses, e por vezes anos), entre os Cuidados Paliativos e as especialidades médicas que

seguem estes doentes desde fases mais precoces da doença.¹⁴

Sendo os Cuidados Paliativos necessariamente interdisciplinares, na sua vertente médica correspondem à Medicina Paliativa, que apresenta hoje um corpo de conhecimentos específicos, com atitudes e aptidões bem determinadas e expressas através de documentos com recomendações curriculares para diferentes níveis, nomeadamente o de especialização. O seu campo de trabalho é bem reconhecido: “é o doente com doença grave e/ou avançada e prognóstico limitado, em que a acção é o alívio global do sofrimento e a promoção do conforto e qualidade de vida da pessoa doente, família e/ou dos que lhe são significativos”.^{2,15}

Esta área de actuação da Medicina moderna, que retoma o mandato ancestral de acompanhamento para todo o tipo de doentes, quer se curem ou não, representa a resposta eficaz para doentes sem expectativa de cura e em sofrimento, e tem conhecimentos que envolvem não só um saber clínico de controlo da dor e de outros sintomas, como também uma abordagem holística dos problemas existenciais, emocionais, espirituais, o apoio à família, apoio no luto, a comunicação adequada e o trabalho em equipa.^{2,15}

Já desde há alguns anos que algumas Faculdades de Medicina do país – lamentavelmente, não em todas e em nenhuma de forma obrigatória - se leccionam Cuidados Paliativos, quer a um nível pré-graduado, quer pós graduado, a um nível de mestrados. Quanto ao ensino pré-graduado nas Faculdades de Medicina, entidades como a EAPC vêm desde há anos a fazer recomendações claras sobre o desenvolvimento de currículos, com sugestão de conteúdos a ministrar e as competências a alcançar.^{2,16}

A larga maioria dos médicos, no-

meadamente dos que trabalham em áreas como a Medicina Interna, a Oncologia, a Medicina Geral e Familiar, a Neurologia – áreas de elevada prevalência de doentes crónicos incuráveis e em fim de vida -, não têm qualquer formação – pré ou pós graduada - em Cuidados Paliativos, seja ela efectuada dentro ou fora do período de realização do internato. Isso, para além de gerar maior ineficiência, maior sofrimento para doentes, famílias e profissionais, reflecte-se quer no tipo de cuidados prestados a estes doentes, quer no facto de não serem devidamente referenciados para equipas de Cuidados Paliativos. De acordo com dados apresentados pelo Observatório Português de Cuidados Paliativos no passado mês de janeiro, numa amostra de mais de 1200 doentes internados nos nossos hospitais em 2014, apesar de se terem encontrado cerca de 50% de pacientes com critérios para poder beneficiar de Cuidados Paliativos, menos de 8% foram referenciados para esses Cuidados.

A Medicina Paliativa é já reconhecida como especialidade na Grã-Bretanha há mais de 20 anos, mais recentemente foi-o na Austrália e Nova Zelândia, e é uma sub-especialidade nos Estados Unidos da América, Canadá, França, Alemanha, Letónia, Polónia, Roménia e Eslováquia.^{2,12}

Nestes países, um especialista em Medicina Paliativa é definido em vários domínios específicos, como Perito médico/ *“Clinical decision maker”*, Comunicador/ Colaborador, Gestor, Provedor da Saúde e Profissional, com capacidade para agir em qualquer contexto, (hospitalar, domiciliário, *“hospice”*). Os domínios, temas e objectivos de aprendizagem são similares nos programas dos vários países, diferindo na duração e nos pré-requisitos para frequentar os ditos

programas.

Em Portugal, existem algumas Unidades de Cuidados Paliativos desde há mais de 20 anos, onde trabalham alguns médicos que, para além da formação realizada em instituições (nacionais e estrangeiras) credenciadas e da larga experiência acumulada, realizaram formação específica avançada, o que confere maior credibilidade à sua prática.¹⁷ São hoje 54 os colegas que, cumprindo critérios de exigência bem definidos, já têm reconhecida a competência em Medicina Paliativa, recentemente criada pela Ordem dos Médicos.

Do que aqui apresentámos, fica claro que a Medicina Paliativa reúne uma especificidade própria, não sendo ministrada de forma sistematizada e obrigatória a nível pré graduado, nem a nível pós graduado dos curricula de outras especialidades já existentes. Esta área de diferenciação é necessária para responder a especificidades do sofrimento associado à situação das pessoas com doença grave, avançada e terminal, e suas famílias. Foi isso que se teve em conta - e bem - no processo de estabelecimento pela Ordem dos Médicos da Medicina Paliativa como uma Competência Médica há cerca de 3 anos. Este avanço contribuiu decididamente para, por um lado, garantir a qualidade da formação através de um conhecimento estandardizado adequado para acompanhar estes doentes e suas famílias, e por outro, garantir que um maior número de médicos acedam a formação específica avançada de qualidade, com reconhecimento nacional e internacional.

Por outro lado, fica também claro que as necessidades neste âmbito são crescentes e significativas, e sabemos que na realidade portuguesa as respostas assistenciais neste sector são ainda manifestamente

insuficientes. Acresce que a devida preparação dos médicos nesta matéria é também insuficiente. Exige-se uma preparação transversal e consistente, iniciada a nível pré-graduado e depois disso, de todos os médicos que se dedicam ou venham a dedicar às áreas clínicas com maior prevalência de doenças crónicas, por forma a responder adequadamente a este cenário. Exige-se ainda a preparação ao nível de especialização de um grupo de médicos, com formação avançada e treino adequado, que se dedicarão especificamente a esta área.

Neste contexto, e feito este enquadramento que se impunha, decidimos **recomendar às entidades competentes o seguinte:**

- deve ser implementada a formação pré-graduada obrigatória de Medicina Paliativa nas Faculdades de Medicina portuguesas, de acordo com as recomendações para esta área e em moldes detalhados a discutir.

- deve ser implementada a formação pós-graduada obrigatória de Medicina Paliativa, faseadamente e de acordo com existência de recursos credíveis para ministrar esta formação, nos internatos médicos de pelo menos as seguintes especialidades: Medicina Interna, Oncologia, Medicina Geral e Familiar, Neurologia, de acordo com as recomendações para esta área e em moldes detalhados a discutir.

- deve ser criada a especialidade de Medicina Paliativa na Ordem dos Médicos.

Ao garantir a implementação destas medidas, estamos a corrigir preconceitos e ideias erróneas sobre os cuidados de saúde em fim de vida, e também a contribuir para um desejável desenvolvimento sustentado dos serviços de saúde, com maior qualidade, eficiência e promovendo a Dignidade de um grupo numeroso de pessoas doentes.

Bibliografia:

- 1- WHO Regional Office for Europe. The Solid facts: Palliative Care. Ed: Davies E, Higginson I. Copenhaga 2004.
- 2- Martin-Moreno JM, Harris M, Gorgojo L, et al Palliative Care in the European Union, Brussels: European Parliament, Policy Department Economic and Scientific Policy (PE 404.899) May2008, Acedido em: <http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21412>
- 3- Clark D, Armstrong M, Allan A, Graham F, Carnon A, Isles C. ; Imminence of death among hospital inpatients: Prevalent cohort study; Pall Med 2014; 17; 28(6):474-479
- 4- Toscani F, Giulio PD, Brunnelli C et al on behalf of the End-of-Life Observatory Group: How People Die in Hospital General Wards: A Descriptive Study. J Pain Symptom Manage (2005) 30;1:33-40
- 5 - Patrícia Howell Monteiro, Maria João Nunes da Silva, Maria Fraga, Catarina Mota, Ana Suarez, Cristina Ponte *et al*; Necessidade de Cuidados Paliativos num Serviço de Medicina Interna; RPMI, VOL.20 | Nº 1 | JAN/MAR 2013
- 6- Conselho da Europa, Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care, 2003. Acedido em: [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
- 7- Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare payments in the last year of life. N Eng J Med (1993) 328:1092-1096
- 8 - Parker MH, Catwright, CM, Williams, GM Impact of specialty on attitudes of Australian medical practitioners to end-of-life decisions. MJA (2008) 188:450-456
- 9 - Taylor R, Chadwick S; Palliative care in hospital: Why is it so difficult? ; Pall Med 2015; Oct; 29(9):770-3
- 10 - Sigurdardottir KR, Haugen DG Prevalence of distressing symptoms in hospitalised patients on medical wards: A cross-sectional study. BMC Palliative Care (2008) 7:16
- 11 - Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C et al on behalf of the International working group convened by the European School of Oncology; A new international framework for palliative care EJC (2004) 40: 2192-2200
- 12- Elsner F, Centeno C, De Conno F et al; Recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) para el desarrollo de la Especialidad en Medicina Paliativa. Informe del Grupo de Trabajo de la EAPC para la Formación Médica. Med Pal (Madrid) (2010)17:2; 103-117
- 13 -Parliamentary Assembly, Resolution 1649 (2009) Palliative Care: a model for innovative health and social policies. Acedido em: <http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta09/eres1649.htm>
- 14 - Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ulrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage (2002) 24:91-96
- 15 - Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for Hospice and palliative care in Europe: part 2 Recommendations from the European Association for Palliative Care, EJPC, (2010) 17:1; 22-33
- 16 - European Association for Palliative Care Task Force on Medical Education: Recommendation of the European Association for Palliative Care for the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine at European Medical Schools. EAPC, 2013. www.eapcnet.eu/ linkClick.aspx?fileticket=51MI-tulutQ%3d&tabid=1717.
- 17 - Marques AL, Gonçalves E, Salazar H et al O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal, Patient Care (2009) Outubro: 32-38



Alice Jeri

Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar
USF Barão Nova Sintra - ACeS Porto Oriental

Nós por cá...

Reflexão a propósito de um estágio no estrangeiro

No âmbito do programa *Family Medicine 360°*, respaldado pela WONCA, tive a oportunidade de rumar no passado mês de novembro ao Uruguai para realizar um estágio clínico nos Cuidados de Saúde Primários.

Bem a sul da América do Sul (numa latitude aliás bem simétrica à das terras lusitanas), o Uruguai é um país assaz singular. Com uma baixíssima densidade populacional (de ascendência maioritariamente europeia), e apesar de um rendimento *per capita* relativamente modesto, a população apresenta bons níveis de escolaridade e a qualidade de vida tem aumentado de forma consistente nos últimos anos. O seu Sistema Nacional de Saúde Integrado é composto por um setor público (servindo sobretudo a população de menores recursos), por um alargado setor mutualista e por um diminuto setor privado, recebendo os dois primeiros financiamentos públicos, para além de descontos salariais diretos dos trabalhadores voluntariamente afiliados. Pese embora um importante atraso motivado por décadas de políticas de desacreditação das causas públicas, um novo ciclo dá sinais de se iniciar, particularmente na assistência primária. Esforços importantes

têm sido levados a cabo nos últimos anos no sentido de alargar o acesso à saúde a toda a população, com o envolvimento sinérgico dos vários atores sociais num movimento ascendente que parece transversal nesta nação.

Formada no seio de um Serviço Nacional de Saúde tão completo, abrangente e acreditado como o português – o qual, para além de estar vocacionado para oferecer respostas integradas à maioria da população (*“Público, universal e tendencialmente gratuito”*), se insere num contexto social economicamente mais favorável - encontrei profundamente desafiante o contacto com um sistema diverso, assente em normas sociais e económicas próprias, exigindo um esforço profundo no sentido de questionar, entender, respeitar, e finalmente inserir-me.

Ao constrangimento inicial motivado pela notória falta de recursos materiais e humanos sentida no setor público – quer ao nível dos serviços, quer da população assistida – seguiu-se o fascínio

pela descoberta da profunda humanidade e dedicação dos profissionais, cujo notável engenho permite o desenvolvimento de estratégias interventivas ajustadas aos recursos e à realidade, em estreita colaboração com múltiplos agentes comunitários. É, aliás, notável a simplicidade na ligação da equipa de saúde aos diversos recursos sociais, estabelecendo invejáveis relações de proximidade e cooperação que se estendem aos utentes e famílias, abreviando tantas das formalidades que atormentam o quotidiano do Médico de Família.

Adicionalmente, a dispensa direta da medicação ou outros tratamentos prescritos durante a consulta – ainda que frequentemente algo restritos – permite uma intervenção direta no estado de saúde dos utentes, garantindo um cumprimento mais efetivo das orientações terapêuticas.

Outra descoberta prendeu-se com o tempo e atenção dedicado ao utente. Num contexto em que a informatização é ainda uma mi-

ragem, a qualidade da anamnese e exame objetivo readquirem o seu estatuto de fontes primárias, incontornáveis e *quicá* únicas de informação clínica. Paralelamente, a ausência da, tantas vezes, indesejável primazia do computador empresta à consulta a fluidez de uma conversa olhos-nos-olhos. Por fim, a não-imposição de tempos de consulta rígidos ou do cumprimento de apertados indicadores, a significativa redução das tarefas burocráticas, e um hábito particular de redigir os registos clínicos em grupo, permitem recuperar uma dinâmica de trabalho em equipa particularmente gratificante.

Não se pretende, naturalmente uma apologia do *tanto pior, melhor*. Décadas de luta e investimento no progresso do Serviço Nacional de Saúde trouxeram inegáveis ganhos a múltiplos níveis. É, assim, incontestável que

as tarefas administrativas sejam inerentes à crescente complexidade e abrangência dos serviços; que o trabalho orientado por objetivos (indicadores, ou outros) constitua um pilar central na planificação em saúde; e que a existência de registos clínicos completos e fiáveis permita importantes ganhos em eficiência e qualidade dos cuidados prestados.

No entanto, muitas são as questões que merecem reflexão quando observadas de outro ponto de vista – dos perigos de uma informatização omnipresente e omnisciente (pondo em causa o estabelecimento de uma efetiva relação médico-doente), aos constantes constrangimentos pelas limitações de tempo e pelos elevados níveis de *stress* para atingir uma produção em saúde custo-efetiva.

Não menos importantes, as im-

plicações do subinvestimento crónico a que tem sido votado o setor da saúde nos últimos anos, o qual - a par com a queda no nível de vida geral da população - ameaça comprometer de forma irreversível os ganhos em saúde obtidos, afetando de igual modo a motivação dos profissionais de saúde.

Tal como a distância permite, frequentemente, ver com mais clareza uma paisagem conhecida, as reflexões assim geradas, longe de preconizar a estagnação, desejam alimentar a determinação no desenvolvimento consciente e integrado de um Serviço em constante evolução.





António Gentil Martins

S.N.S. - que modelo para Portugal?

Comemorou-se há pouco, com grande pompa e circunstância o Serviço Nacional de Saúde, considerado a maior conquista de Abril, o que nem sequer contestamos, dado o descalabro e a corrupção generalizados que nos assaltaram já há muitos e muitos anos.

Vale a pena considerar a sua utilidade, viabilidade, sustentabilidade e gestão, mas sobretudo o seu modelo.

Ninguém duvidará da sua utilidade. Contudo, se os resultados têm sido bons, poderiam certamente ter sido melhores. Foi indiscutivelmente positiva a universalidade, mas errado o modelo escolhido, funcionarizado e proletarizante, sem liberdade de escolha do médico ou da instituição. E penso que o melhor que tem tido o S.N.S. e o seu êxito, se devem sobretudo à qualidade dos seus profissionais, e não ao seu modelo.

Da viabilidade e sustentabilidade, a manter-se a orientação destes últimos 35 anos, duvido que alguém sinceramente ainda duvide da inviabilidade, a menos que surjam alterações muito profundas. Nem mesmo a revisão Constitucional que mudou a irresponsável gratuitidade constitucionalmente obrigatória para

apenas tendencial, veio solucionar devidamente o problema.

Finalmente, quanto à gestão, também não nos parece razoável acreditar que deva ser mantida. Qualquer sistema de cuidados de saúde num país que se pretende livre e democrático, obriga ao respeito de alguns princípios fundamentais: um deles é, certamente, a liberdade de escolha, associada à universalidade de acesso a tudo aquilo que é fundamental, e está dentro dos recursos existentes.

Esses princípios não podem deixar de ser a base do Sistema, embora saibamos que nenhum modelo é perfeito ou infalível, e terá sempre que ser adaptado às condicionantes e circunstâncias concretas de cada Sociedade, a nível nacional, regional e até mesmo local. Não será válido tratar de forma igual aquilo que é diferente. E teremos de tomar também em consideração, até as características epidemiológicas de cada situação.

Anos atrás, afirmou a então Ministra da Saúde que a liberdade de escolha é incompatível com o actual Serviço Nacional de Saúde. Se assim é então, haverá que mudá-lo! Um dos argumentos avançados para não haver liberdade de escolha no nosso S.N.S. é que seria muito mais caro: caberá lembrar

as declarações de Pedro Gomes, coordenador do CIGIC: sai mais barato cerca de 60%, pagar a produção (cirúrgica) adicional, aos privados, em relação à produção habitual feita nos públicos...

Uma das grandes conquistas da nossa civilização, foi o reconhecimento dos Direitos Humanos, que não são exclusivos do homem são, e se tornam-se ainda mais importantes para o homem doente, limitado na sua capacidade de defesa. É fundamental pagar quando se está saudável e não quando se está doente e fragilizado.

Na solidariedade Médico/Doente reside a essência da verdadeira Medicina, técnica e humana. ...E quando tanto se fala de solidariedade e de humanização, que forma melhor de humanização do que facilitar e permitir a relação privilegiada Doente/Médico.

Num Estado com preocupações sociais de equidade e justiça, o objectivo será certamente estender a todos o benefício que só alguns privilegiados têm: a liberdade de cada um ter o "SEU" Médico, e não apenas um Médico, quando não se lhe dá outra solução. A escolha deverá ser feita pela qualidade dos serviços prestados, e não pelo seu custo. Afinal o essencial é uma política de verdade, objectiva e não

apenas “politicamente correcta”, para que os cidadãos possam fazer opções esclarecidas e conscientes. E temos de tomar em consideração as expectativas, os desejos, as experiências dos doentes e o grau de satisfação das pessoas.

A profissão médica não é mais nobre do que qualquer outra: contudo, tem necessariamente que ser diferente e colocar muitas vezes os interesses dos doentes à frente dos seus próprios interesses, como aliás bem refere o preâmbulo do Estatuto da Ordem dos Médicos, de 1977. E por isso defendemos ser fundamental, no acesso ao Curso de Medicina, considerar a vocação e não apenas a nota.

Quando o SNS foi proposto, afirmava-se que ao Estado competiria fornecer serviços de Saúde a todos, e que a iniciativa privada era apenas complementar, o que pensamos errado. O Estado deverá sim, ser regulador e garante, mas não necessariamente o prestador. Um Sistema que privilegia as convenções é socialmente mais justo e medicamente mais eficaz, ponto de equilíbrio entre as vantagens e inconvenientes dos sistemas estatais e os de puro liberalismo ou negócios sem fronteiras. A Medicina não deve nunca ser considerada como negócio, mas apenas representar a justa compensação pelo esforço produzido e pelos resultados alcançados. Em qualquer dos casos não podemos considerar a saúde apenas numa óptica de despesa, já que uma população doente não é produtiva. A boa saúde representa, de facto, um bom investimento.

Todos sabem que a saúde custa dinheiro e que é cada vez mais cara, não só pelas novas tecnologias, pelos novos medicamentos, pela maior longevidade, pela melhor informação dos doentes e suas maiores exigências, etc., etc... É

evidente que as verbas atribuídas à saúde condicionam a qualidade do sistema e terão sempre de aumentar. Se é um facto, que é indispensável reduzir ao máximo o desperdício, para manter o mesmo nível, será necessário aumentar e não diminuir, os recursos financeiros atribuídos à saúde.

E como a economia cresce mais devagar que os custos com a saúde, tem de se compreender que não é verdadeiro nem honesto, prometer, demagogicamente, o impossível: dar tudo, sempre, a todos, e a custo zero! Se a vida humana não tem preço, não é menos verdade que os cuidados de saúde custam dinheiro.

Quando há alguns anos estudei o problema não pude deixar de ficar chocado que no Japão uma criança tivesse uma esperança de vida de 83 anos, uma portuguesa 77 anos e uma de um país africano apenas 40 anos. Mas a verdade é que no Japão se gastavam, por habitante, 2.131 dólares, em Portugal 1.618 e no país africano 79... Para bom entendedor meia palavra basta... E, se queremos a melhor saúde possível e com estabilidade, não podemos deixar de gastar mais. E, sendo também óbvio que se o sistema actual não serve, teremos de mudar de modelo.

Devemos definir o país que queremos, e qual o caminho a percorrer para o conseguir. Sobretudo não devemos ser egoístas, e devemos sim, preocuparmo-nos sobretudo com as gerações vindouras. Como será possível ter um Serviço de Saúde de grande qualidade, se não se erradicar a galopante pobreza e não se assegurarem a educação e a justiça? É essencial um planeamento adequado, com Centros de Referência bem distribuídos.

Pensamos que a solução ideal será a de um Seguro Nacional de Saúde, único, independente do OGE,

dirigido por entidade indiscutivelmente qualificada, para o qual todos deverão contribuir de acordo com as suas posses, competindo ao Estado, com as suas verbas próprias, pagar os prémios desse seguro nacional, àqueles que, por manifesta insuficiência económica, não o possam fazer. Curiosamente, um Seguro Nacional de Saúde foi agora também defendido pelo antigo Ministro Paulo Mendo, na recente Reunião da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.

Esse seguro nacional que propomos, directamente ligado à medicina convencionada, seria o modelo socialmente mais justo e eficaz, com liberdade de escolha, custos controlados, fundamentalmente gratuito na altura da necessidade, e permitindo a cobertura total do país. A classe médica deve merecer confiança e não ser constantemente usada como bode expiatório, por demagogos e irresponsáveis argumentando (sem sequer tentarem esclarecer-se), que a liberdade de escolha levaria a um aumento incomportável de consumo nos cuidados de saúde. Esses iluminados parecem nunca ter notado que nos sub-sistemas que existiam, com livre escolha e pagamento por Acto Médico (caso dos CTT, TLP, PSP, Ministério da Justiça, SAMS, etc.), o número de consultas era até inferior ao dos serviços públicos, os das então Caixas de Previdência.

A existência de seguros complementares será um direito, mas estes terão de ser inclusivos e irrevogáveis, e não sujeitos aos clássicos, e profundamente errados, critérios de risco, utilizados actualmente pela seguradoras, para que assim os “prémios” se tornem mais apetecíveis...

E importa mudar comportamentos, se queremos uma sociedade mais saudável, o que necessaria-

mente terá de começar na infância. Importa a implementação de todo um programa de educação e literacia na saúde, que permita aos cidadãos estarem bem informados e capacitados, para utilizar melhor os recursos disponíveis e até ajudar os outros, promover a prevenção da doença através de comportamentos correctos, alimentação adequada, exercício físico, etc., etc. e que, quando doentes, possam participar responsabilmente nas tomadas de decisão que lhes digam respeito.

Eles e os seus familiares serão sempre factor fundamental, sobretudo nos denominados Cuidados Continuados, em que o voluntariado e as relações inter-geracionais, assumem particular relevância. Cada Doente deverá conhecer o que custa à sociedade tudo aquilo que lhe é dado, bem como o médico conhecer os custos do que solicita ou prescreve, pois o que se gastar a mais, e inutilmente, num lado, irá certamente fazer falta noutro.

É indispensável o máximo rigor na avaliação de resultados. Compete à sociedade civil, ou seja, a todos nós, fazer as opções, conscientes contudo de que o dinheiro é limitado e só se pode oferecer e gastar o que a economia permite. Entre cuidados secundários e primários há que estabelecer uma ligação segura e preferencial. Com verbas limitadas, haverá sempre que estabelecer prioridades e fazer opções, até muitas vezes dolorosas por exigirem verdade e realismo, o que, frequentemente, os maus políticos se esquivam a assumir...

A Clínica Geral é, sem dúvida, a base de qualquer Sistema de Saúde minimamente válido, sem esquecermos que a saúde é transversal e multi-factorial e que o papel da chamada Saúde Pública, fundamentalmente da responsabilidade do Estado, é absolutamente

essencial. A medicina do Estado, com médicos funcionários, com remuneração igual para todos, e independente da qualidade e quantidade do trabalho realizado, e sobretudo sem liberdade de escolha, sofre da conseqüente despersonalização, insegurança e muitas vezes insatisfação, além de diluir a responsabilidade perante o doente, que se entrega à “instituição” e não ao SEU médico.

No sistema convencionado, a remuneração dos profissionais corresponderá, pelo menos tendencialmente, ao seu mérito profissional e à quantidade de esforço produzido e ao trabalho realizado, tendo uma base fixa, de segurança, a complementar pelos actos médicos efectuados. Sem médicos bem tratados, estimulados e com boas condições de trabalho, nunca haverá, globalmente, boa medicina.

Se a clínica privada será sempre um direito inalienável numa sociedade livre, também é verdade que ela não é acessível a todos, mas apenas aqueles com maior capacidade económica, não sendo assim uma solução socialmente válida e justa. E, curiosamente, muitos dos grandes defensores do actual modelo de SNS, quando se encontram doentes, tendem a consultar primeiro, e sempre que podem, o seu médico amigo e da sua confiança. Um modelo de SNS que defendem desde que não sejam atingidos... Para nós, a exclusividade obrigatória é um erro e uma limitação injusta da liberdade, após se terem cumprido os compromissos contractualmente assumidos.

Contudo é bom que fique claro que nada temos a opor a que existam serviços hospitalares, públicos ou privados, com diferentes graus de qualificação e correspondente melhoria de compensação financeira, que estimule os profissionais a permanecer nos serviços onde tra-

balham. Mas é também óbvio que é essencial a responsabilização, muito especialmente a das chefias. Aliás consideramos fundamental que se promovam as contratações necessárias dos diversos profissionais, e se rejeite liminarmente o recurso a empresas de contratação de médicos ou enfermeiros para o chamado “trabalho temporário”... As Carreiras Médicas não poderão deixar de continuar a ser valorizadas, com a progressão baseada no mérito, se desejamos serviços com especialistas bem qualificados. E também as Ordens Profissionais, como a dos Médicos, devem continuar a ser garantes da “Acreditação”.

É fundamental realçar o que diz o muito celebrado Relatório das Carreiras Médicas, de que foi Relator o Professor Miller Guerra e de que tanto falam os grandes defensores do actual modelo de S.N.S., que em regra se esquecem de fazer referências fundamentais ao seu conteúdo: a “saúde com investimento e não como despesa” (página 17), a “qualidade dos profissionais” (página 20), a “necessidade de aproveitar todas as potencialidades possíveis, sejam elas privadas, de solidariedade social ou estatais” (página 38), “valorizar a política de proximidade” (página 63), a “liberdade de escolha” (página 105), o “pagamento por Acto Médico” (página 193), e ainda a “acumulação com a clinica particular” (página 195)!

Curiosamente, mas extremamente importante e mesmo fundamental, foi ver, em recente conferência, Correia da Campos, aflorar uma pergunta crucial: se seria interessante investigar a hipótese de o S.N.S. não ter sido criado e se, em vez dele, se tivesse desenvolvido um modelo de medicina convencional, como o francês ou o alemão. Como estaria o país? Com

maiores, iguais, ou menores ganhos em saúde?

Pessoalmente não temos dúvidas! O bom senso vai chegando, embora demasiado devagar. Bismark pensou nisso em 1883 e a Ordem dos Médicos propô-lo, sem êxito, há 35 anos, em contraposição ao denominado “Projecto Arnaut”, ainda actualmente em vigor...!

É fundamental privilegiar a relação pessoal Médico/Doente. Impõe-se valorizar o potencial humano e ter estabilidade. Dizer que a liberdade de escolha, que defendemos, está limitada porque se procura sempre ir onde se encontram as melhores condições técnicas, é no fundo confundir a árvore com a floresta, já porque se poderá ir, sem aumento de encargos, ao público, social ou privado, igualmente pagos pela acção que exercerem. E mesmo se o custo fosse até levemente superior, o que acreditamos não acontecerá através do modelo responsável que propomos, não compensaria o maior grau obtido na eficácia, na satisfação e na felicidade das pessoas, que todos dizem, e aliás bem, ser o objectivo fundamental das políticas de saúde e da acção dos Governos?

Pensamos ter sido pena que o importantíssimo trabalho liderado por Daniel Serrão em 1998, “Reflexões sobre a Saúde – Recomendações para uma Reforma Estrutural”, não tenha tido a atenção que merecia. Era certamente indispensável e útil reanalizá-lo!

É indispensável a existência de uma visão estratégica a médio e longo prazo para o país, na qual as vertentes da saúde, da educação e da justiça são certamente vectores principais. Finalmente é fundamental não esquecer a Declaração de Helsínquia quando alerta para a necessidade da Saúde estar em todas as políticas, ou seja que, de facto, deve estar nas preocupações de todos os Ministérios, de um Governo responsável.

Concluindo:

Pensamos que a solução mais económica, mais satisfatória e socialmente mais justa, quer para pessoas quer para profissionais, é a existência de um Seguro Nacional de Saúde, único, independente do OGE, baseado em Convenções, permitindo uma

medicina de livre escolha, personalizada, organizada, motivadora de progresso e qualidade, assegurando continuidade de cuidados, financeiramente comportável e realista.

Na saúde, o grande problema é que se exige mesmo a “vontade de mudar”, o que os políticos, da direita à esquerda, não têm tido a coragem de fazer, com receio de perder as eleições seguintes, face à ideia, largamente propagandeada, de que o S.N.S. é a joia da coroa do 25 de Abril. Parece terem-se esquecido de que há joias de prata, ouro ou platina, que realmente não têm todas o mesmo valor...

Difícilmente alguém consegue tirar um osso apetitoso a um cão que está em vias de o roer: era certamente melhor ter pensado nisso antes de lho ter dado. Mas, se houver vontade firme... não há impossíveis!

A sociedade civil não deverá deixar de pressionar os políticos no bom sentido, o da mudança!

Isto porque aos médicos competirá sempre dar tudo o que estiver ao seu alcance e que entendam ser melhor para os seus doentes.



Maria Dulce Bastos Brandão

Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar - USF S Miguel - Aces Espinho/Gaia

Deixar morrer morrendo bem

A propósito do excelente debate sobre Eutanásia decorrido na Ordem dos Médicos do Norte no passado mês de Fevereiro, com a participação assertiva do Sr. Bastonário, Dra Edna Gonçalves, médica de cuidados paliativos, Prof. António Sarmiento, intensivista entre outros, foi referido o facto de que em Portugal há 60 mil doentes necessitados de cuidados paliativos e só 20 mil os têm.

Sou Médica de Família de 2000 pessoas entre as quais muitos idosos totalmente dependentes com multipatologia, doenças crónicas, AVC, IC, Diabetes, Demência... este será o cenário comum a muitos colegas quando temos pirâmides etárias com base estreita e vértice alargado, de carácter regressivo. Muitos destes doentes estarão incluídos nos 40 mil que não têm acesso a cuidados paliativos propriamente ditos, mas são acompanhados até morrer pelos seus médico e enfermeiro de família.

A realidade do Médico de Família é, então, a de acompanhar muitos dos doentes que morrem em casa e que são cuidados, por vezes durante muitos anos por um cuidador familiar: mulher, marido, filhos (também se falou no debate que Portugal está no 25º lugar dos países onde se morre melhor).

Temos também consciência de que, cada vez mais, os familiares resistem a levar os seus doentes para os hospitais por múltiplas razões, nomeadamente a dificul-

dade de mobilização e transporte, as longas horas de espera, o medo das infeções hospitalares. Tendo o doente Médico e Enfermeiro de família atribuídos e disponíveis, muitas vezes sendo a única instância acessível é-nos pedido que lidemos com a situação do doente de forma a evitar idas ao serviço de urgência ou mesmo à consulta. O Médico de Família acompanha todos estes doentes e muitas vezes os cuidadores são também seus doentes.

A realidade também nos diz que há dificuldades do médico e dos cuidadores em lidar com a morte. Os familiares cuidadores pressionam o médico para intervir, porque não querem deixar morrer o seu ente querido.

Nós médicos somos formados numa cultura do intervir e curar sempre, subjacendo o medo que o doente morra.

Lidando com o doente e com o cuidador, quantas vezes centramos a nossa atenção mais no cuidador, porque este verbaliza toda a an-

gústia e, de facto, pode queixar-se e o doente tantas vezes não o pode fazer. Então, esquecendo o doente, intervimos excessivamente prolongando a sua vida por vezes anos, incapazes de confrontar o doente e o cuidador e tendo em conta o pedido do cuidador.

Medicações múltiplas para dislipidemia, antiagregantes plaquetares, antibióticos, dispositivos alguns invasivos, como SNG, PEG, aspirador de secreções, algaliação... não para aliviar mas para prolongar...

Não sabemos lidar com a morte nem com a angústia dos familiares.

Preparamos o nascimento com todos os cuidados e pormenores, tantos que até "não se nasce" em Portugal (taxa de fecundidade mais baixa de toda a Europa) e não nos preparamos para a morte; que faz parte da vida, do ciclo de vida que dizemos apoiar na MGF.

É urgente pensarmos a morte e cuidar dos que estão a morrer e dos seus cuidadores.

Temos um lugar privilegiado ali-
cerçado numa relação de confian-
ça médico-doente que construí-
mos tantas vezes durante anos e
que nos permite prestar cuidados
e fazer abordagens para morrer
bem. Necessário é trabalhar as
emoções próprias, do cuidador e
do doente...

Então sugiro alguns pontos para
reflexão:

Aceitar a inevitabilidade da morte
como o culminar de uma vida.

Reconhecimento de todo o bem
feito em favor do doente, particu-
larmente da família que cuida.

Dialogar com família sobre trata-
mento de alívio/tratamento que
prolonga o sofrimento e não serve
o doente.

Regularidade de consulta (domi-
cílio).

Disponer-se ao atendimento quando
necessário através de um telefone-
ma ou pessoalmente.

Após a morte acompanhar e
apoiar os familiares em consulta:
ouvir a narrativa.

Reforçar positivamente todo o es-
forço feito pelo doente, de forma
aliviar o sentimento de culpabili-
zação.

Ter em conta que durante anos o
cuidador teve como projecto de
vida apoiar e acompanhar o fami-
liar doente com a possibilidade de
acontecer um luto patológico.

Organizar reuniões multiprofis-
sionais para colocar dúvidas e de-
linear estratégias de abordagem.

Não se trata de matar portanto,
mas de acompanhar aliviando,
não prolongando.

Isto exige ao médico tempo, for-
mação e coragem.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2016

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

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

18 de Junho, sábado, 15h - Coimbra

A Cirurgia Cardíaca: seis décadas de história, sempre a evoluir - Manuel Antunes

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

Lançamento do livro "As causas de morte dos reis de Portugal" - Armando Moreno

Outubro, (data a definir)

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

5 de Novembro, sábado, 10h - Palácio Nacional de Mafra

**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



H. Carmona da Mota

Pré-história dum SNS a haver

Cuidados continuados em Coimbra 1510 – 1764

O Rei D. Manuel resolveu agregar os hospitais e albergarias de Coimbra num único edifício que mandou construir – o Hospital Real, da Conceição ou Novo. Havia duas casas onde os doentes podiam convalescer depois de “despedidos” do Hospital Real. Os doentes incuráveis eram transferidos para outros hospitais onde ficavam a cargo da Misericórdia. Tal como agora, os Regimentos dos Hospitais eram prerrogativa real.

Neste contexto, o autor selecionou excertos de Regimentos de antigos hospitais de Coimbra, transcritos da publicação de Cristiana Nunes pela sua pertinência contextual.

Nos el rey fazemos saber a vos proveedor e scrivam que ora sooes e aos que depois de vos veherem...
Registo e Ordenança d’El Rey D. Afonso o Quinto (1452)

Convalescença, alta e visitas domiciliárias

Havera hum Medico que será nomeado por esta Meza; será de boa fama, assim em letras como em caridade para que desta sorte melhor assista aos nossos munto amados enfermos. (no Hospital de convalescença)

Á sua consciencia encarregamos a entrada e sahida dos mesmos convalescentes, para que nem admita os que ahinda não devem entrar em numero de convalescentes e verdadeiramente devem ahinda ser curados no Hospital Real: nem tambem os despeça antes de bem entender estar nos termos de hirem para suas cazas: o que fará, conservada a uniam com o Irmaão Mordomo Vizitador da mesma Convalescença.

E porque conhecemos se não poderá executar bem este fim, sendo Medico dos que costumao curar no hospital: detriminamos com força de formalidade nam seja nomeado algum Medico que seja da obrigação do Hospital Real. Antes se depois de ser nomeado pela Meza, e ahinda tendo muitos annos de serviço na Convalescença entrar em numero ou do servisso do Hospital, se nomeará logo outro em seu lugar; por quanto o damos já por despedido, como condição na sua nomeaçam.

Regimento do Hospital da Convalescença. Coimbra 1764

Cuidados paliativos

Se alguns enfermos forem recolhidos no dicto nosso Esprital Novo segundo nosso regimento e per espaço de algum tempo se mostrarem incuráveis mandamos que sejam enviados e recolhidos nos espritais de Myrileios e Corpo-de-Deus a aly lhe faça a Misericórdia caridade como dicta he.

D. Manuel 1510

De: Cristiana Nunes. Assistência Médica em Coimbra - 900 Anos de História. CHUC; 2015