

Ordem Médicos

ano 32 n.º 173 Outubro | 2016 Mensal | 2€



Consequências sanitárias do TTIP - pág. 29

entrevista
Pedro Câmara Pestana
AMP Student:
queremos criar
uma cultura de
comunicação
científica - pág. 37



Ciclo de conferências
"Que Futuro?"
**A Constituição e
o futuro de
Portugal** - pág. 24



Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 32
N.º 173
Outubro 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:
Zaocubo

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

Impressão:
A. J. Sá Pinto & Filhos, Lda
Viseu

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
n.º 1, alínea a do artigo 12 do Decreto
Regulamentar n.º 8/99



Sumário

editorial

05 Esmagados, emigrados ou...
Associados?

informação

09 Ordens avançam com plano de
emergência para a saúde

10 Boas práticas de registos clínicos
em Cirurgia

11 Regras e transparência

12 A Revista de Medicina
Desportiva informa

13 Revogação de licenças de alguns
softwares de prescrição

14 Dever de segredo e dever de
denúncia dos crimes contra
a vida intra-uterina

17 Porque faltam médicos no SNS?

18 Cessação de contrato de funções
públicas após exame
da especialidade

19 Urgência externa e interna de
Medicina Interna e Curso de
VMER

22 Compensação por intervenção
em diligências judiciais

23 Homologação de pós-graduação
em "Gestão e Direção dos Serviços
de Saúde"

actualidade

24 A Constituição e o futuro
de Portugal

28 Protocolo de relacionamento
ético entre IF e médicos

29 Consequências sanitárias do TTIP

35 Lisboa vai acolher o
*46º Congresso da International
Society for the History of Medicine*

entrevista

37 Pedro Câmara Pestana
AMP Student: queremos criar
uma cultura de comunicação
científica

SRN - informação

44 Prémio Banco
Carregosa/SRNOM
Promoção da investigação
como forma de melhorar
a Medicina

48 Razões para comemorar o SNS

49 A ditadura informática no SNS



SRS - informação

50 "Queremos ser informados
e vamos ser chatos"

51 Novas iniciativas e eventos
na Secção Regional do Sul

53 "Negociações secretas
e sem transparência"

54 Reunião anual da IAMRA
debateu problemas dos médicos

SRC - informação

56 "Formação Médica é o principal
instrumento para a qualidade
assistencial" assume Carlos Cortes

57 Carlos Cortes destaca
"Marca da inovação técnica"
da Medicina Interna

58 Dia Internacional do Idoso:
Trabalhar em rede é a melhor
solução

opinião

60 «Morte assistida»,
uma reflexão crítica

64 "Omeletes sem ovos"

65 E agora? Mais uma tarefa? *Click?*

66 Águas termais: excelentes aliadas
na saúde e bem-estar físico e mental

68 Cuidador informal
– finalmente o seu reconhecimento?

69 Sejamos um só!

70 Não deveriam os cuidadores ter
prioridade de acesso?

72 As verdades que se impõe serem
ditas com prudência, coragem e
esperança - parte II

78 Mitos, verdades e riscos
das hormonas bioidênticas

80 Uma perspetiva romântica
do ser Médico de Família

81 Crónicas da (des)motivação

histórias da história

82 As causas de morte dos reis
de Portugal

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: Rui Henrique
ANESTESIOLOGIA: Paulo Ferreira de Lemos
ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR: José Fernandes e Fernandes
CARDIOLOGIA: Mariano Pego
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: António Marinho da Silva
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA: Paulo Pinho
CIRURGIA GERAL: António Menezes da Silva
CIRURGIA MAXILO - FACIAL: Paulo Coelho
CIRURGIA PEDIÁTRICA: Paolo Casella
CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA: 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: Fernando Jorge Prior Caldas Pereira
MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques
MEDICINA INTENSIVA: José Artur Paiva
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: Jaime Manuel Simões Nina
NEFROLOGIA: José Diogo Barata
NEUROCIQUIRIA: 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: Augusto Ribeiro
DERMATOPATOLOGIA: Esmeralda Vale
ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão
EEG/NEUROFISIOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA: Jorge Amil Dias
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA: Carlos Freire de Oliveira
HEPATOLOGIA: Luís Tomé
MEDICINA MATERNO-FETAL
MEDICINA DA REPRODUÇÃO: Carlos Calhaz Jorge
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Helena Jardim
NEONATOLOGIA: Daniel Virella
NEUROLOGIA
NEUROLOGIA PEDIÁTRICA: José Carlos da Costa Ferreira
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
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: Maria de Fátima Soares Costa Carvalho
HIDROLOGIA MÉDICA: Luís Cardoso Oliveira
MEDICINA DA DOR: Beatriz Gomes
MEDICINA FARMACÉUTICA: 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



Esmagados, emigrados ou... Associados?

Com algumas flutuações e cambiantes, tem sido óbvia a estratégia para a medicina portuguesa, contando com a conivência mais ou menos activa de sucessivos Governos/Ministérios da Saúde: destruir os pequenos prestadores privados, reduzir à mínima expressão possível o SNS e fomentar o desenvolvimento de três grandes grupos privados da Saúde, essencialmente controlados por multinacionais da Saúde.

Como se destruíram os pequenos prestadores privados?

Essencialmente através da imposição de regras de licenciamento absurdas e inatingíveis e de elevados custos de registo, contando com o braço armado chamado ERS para a liquidação final, concretizando

dedicadamente o trabalho policial no terreno.

Está actualmente a decorrer um novo trabalho de actualização das Portarias de Licenciamento das várias tipologias de unidades de saúde e, mais uma vez, a Ordem dos Médicos insiste que as regras que oficialmente visam garantir aos cidadãos a prestação de cuidados de saúde de qualidade devem ser temperadas pelo bom senso e, por isso mesmo, serem aplicáveis ao sector público, privado e social (incluindo as IPSS).

Todavia, para o Estado, incluindo o actual Governo, parece prevalecer um estranho conceito. Impor aos privados regras de licenciamento absurdamente estratosféricas, que nenhum pequeno presta-

dor consegue cumprir! Enquanto as IPSS e o sector público não têm que ter instalações nem respeitar os tais critérios de 'qualidade', alegadamente essenciais para garantir as boas práticas médicas, pelo que, para eles, 'que se lixem' os doentes.

Para este Estado não faz mal (será até desejado?) que o pequeno prestador seja obrigado a encerrar. Para eles, 'que se lixe a proximidade'.

Para que fique escrito, na discussão em curso com o actual Governo sobre a Portaria do licenciamento dos laboratórios de 'análises clínicas', se as regras que a tutela procura impor forem efectivamente publicadas, 99% dos laboratórios de pequena

e média dimensão serão obrigados a encerrar portas, com todas as óbvias consequências! Mas será 'isto' que sucessivas maiorias parlamentares desejam?!...

Simultaneamente, a legislação das Convenções também prejudica os pequenos prestadores, induzindo o seu encerramento e promovendo a concentração em poucos oligopólios, pelo que, para eles, 'que se lixe a concorrência'. Já aconteceu na diálise em ambulatório e está a acontecer em todos os sectores.

Em paralelo, as Seguradoras vão impondo unilateralmente preços cada vez mais baixos aos profissionais de saúde, sem cuidarem que um acto médico de qualidade tem obrigatoriamente um valor mínimo, abaixo do qual a qualidade se perde inapelavelmente e se pratica *dumping*, prejudicando os doentes e contribuindo para a falência dos pequenos prestadores. Contudo, para eles, 'que viva o lucro', custe o que custar.

Se a tudo isto se juntar o crónico e deliberado atraso nos pagamentos do Estado aos prestadores de serviços/convenções, (vide as recentes notícias sobre atrasos no pagamento dos cheques-dentista) facilmente se percebe que o caldo tem sido cuidadosamente preparado e conduzido de acordo com a estratégia descrita no primeiro parágrafo. Para eles são bem vindas as falências/vendas ao desbarato dos pequenos prestadores.

Que seja dita a verdade. Os grandes privados não cresceram pelo efeito da sua alegada qualidade, excessivamente pouco auditada. Cresceram porque foi implacavelmente implantada uma estratégia global de destruição da concorrência pública e privada.

O resultado final é o Estado e os cidadãos ficarem progressivamente capturado pelos poucos prestadores restantes, com aumento da

despesa e perda progressiva de qualidade, num mercado que deixa de ser concorrencial.

E como se destrói o SNS?

Simples, cortando-lhe drasticamente o financiamento, com todas as inevitáveis consequências, brandindo a desculpa oficial e comunicacional de que é essencial para o 'salvar', de que os cortes são apenas no desperdício e "nas gorduras".

Desta forma, para a opinião pública, de baixo nível global de literacia, o 'matador' consegue desfilar vestindo a pele de 'salvador'!

Contudo, depois, como se pode ver pelas notícias da comunicação social, os doentes do SNS chegam a esperar 16 meses por uma ressonância no CHLC... E o Hospital de Beja aguarda desde 2004 por um aparelho de RMN! Etc., etc...

A cada ano que passa sem o mínimo de investimento no SNS, o desgaste do equipamento e das instalações vai-se agravando, sendo em muitos casos verdadeiramente dramático.

Como é que o Estado favorece as IPSS? Fácil e limpinho. Contratualizando directamente e sem concurso, não impondo quaisquer regras de licenciamento, não efectuando quaisquer auditorias. O que se passa nas IPSS? A tal Qualidade? Os recursos humanos? Ninguém sabe, ninguém pergunta, ninguém audita, ninguém se preocupa. Por enquanto, as IPSS são campo 'sagrado' do desconhecido. Obviamente, mais uma vez com ponderação e equilíbrio, as IPSS têm de ser envolvidas nos processos de licenciamento e qualidade. Com transparência, há lugar para todos.

Nesta equação só falhou uma parcela: a crescente emigração médica. Se não fosse este fenómeno, que irá continuar a crescer, a medicina em Portugal já estaria com-

pletamente proletarizada, com prejuízo dos médicos, dos doentes e da qualidade da Saúde. Só os estultamente distraídos (que são muitos...) é que não querem perceber. Desde 'a crise' já emigraram mais de 1500 médicos.

Para os médicos que trabalham para os oligopólios privados felizmente que há SNS, que faz o *benchmarking* dos vencimentos. Não fora o referencial do SNS, os vencimentos no sector privado já estariam bem mais esmagados. Mas o futuro não augura nada de bom, com os preços pagos por Seguradoras, ADSE e Oligopólios privados a decrescerem progressivamente...

Lamentavelmente, os médicos continuam de costas voltadas uns para os outros, exageradamente individualistas e com muito pouco sentido associativo. Aos médicos só restam três alternativas, referidas no título deste curto editorial.

Os que emigram, garantem melhores condições sociais, profissionais e de trabalho, melhor remuneração, melhor futuro, maior respeitabilidade e menos horas de trabalho.

Os que ficam, continuarão a ser progressivamente prensados entre um sector privado oligopolizado e um SNS cada vez mais residual. Espera-se que o actual Governo salve o SNS com financiamento e não com palavras. A salvação pela palavra pertence a outro (respeitável) departamento.

Para os médicos que ficam, a alternativa é associarem-se e fortalecerem as associações que os representam.

A Ordem dos Médicos, dentro do seu espartilho estatutário, tem procurado cumprir a sua missão de forma independente, interventiva e assertiva. Para fazer mais, o que todos desejaríamos, precisará

de novos Estatutos e de uma organização interna substancialmente diferente.

Os Sindicatos têm por objecto uma missão sindical que incide sobretudo nos médicos assalariados. Certamente as lutas sindicais irão intensificar-se, pois acumulam-se justificações para tal e os médicos já estão saturados de serem desconsiderados.

O que faz falta, então? Fazem muita falta Associações Médicas temáticas, por especialidade, fortes e participadas, que evitem a contínua degradação da remuneração médica, em particular no sector privado ambulatorio. Se os médicos não se associarem, dentro em pouco tempo serão remunerados com descontos em cartões de compras de grandes superfícies...

Já se tentou, num passado recente, criar a Associação dos Médicos de Medicina Liberal. Falhou por falta de voluntários disponíveis para trabalhar pelo bem comum, com prejuízo da sua vida familiar e profissional. É fundamental recuperar a iniciativa.

Existe actualmente a APCMG (<http://www.apcmg.pt>), com grandes dificuldades de crescimento e intervenção. Entre outras iniciativas, lançou, e mantém activa, uma petição pública (a que já fiz referência em momento anterior), visando levar a Assembleia da República a discutir medidas em defesa dos consultórios e clínicas de pequena e média dimensão.

A Federação Nacional de Prestadores de Cuidados de Saúde (<http://www.fns.pt>) tem desenvolvido uma importante actividade, mas resulta essencialmente da congregação de prestadores, não agregando o médico individual, podendo haver alguma divergência de interesses.

Uma Associação Profissional de

Médicos de cada especialidade, se nela participarem quase todos os especialistas da respectiva especialidade que trabalham no sector liberal, terá força suficiente para negociar com Seguradoras e Oligopólios Privados e para, se necessário, lhes dobrar os joelhos.

Naturalmente, para se tornarem mais fortes e mais eficientes, as associações profissionais médicas, por especialidade, deverão depois constituir uma grande Associação Nacional de Médicos em Profissão Liberal, ganhando dimensão e capacidade de enfrentar os grandes grupos da Saúde, seja qual for a sua natureza.

Já imaginaram o que seria, sob liderança de uma forte e participada associação profissional, se todos os médicos de uma determinada especialidade, ou várias em simultâneo, se recusassem a trabalhar com uma seguradora ou com um oligopólio privado?!... Os médicos, unidos, têm poder suficiente para regular o mercado de uma forma decente e digna.

A conclusão é simples e linear e não vejo outra alternativa.

Médicos: associem-se, ou então não se queixem!...

Surreal da Costa

Leal da Costa, um dos mais inábeis e arrogantes Secretários de Estado do anterior Governo, não deixou memória como Ministro da Saúde, para além da fotografia à entrada do respectivo Ministério e de, formalmente, poder assinar artigos como ex-Ministro!

Como Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, entre outras iniciativas de má memória e de muitos cortes cegos, assinou Portarias que definem algumas das TNCs.

Por exemplo, Leal da Costa considera que "a acupuntura é a terapêutica que utiliza métodos de diagnóstico, prescrição e tra-

tamentos próprios assentes em axiomas e teorias da acupuntura, utilizando a rede dos meridianos, pontos de acupuntura e zonas reflexológicas do organismo humano, com o fim de prevenir e tratar as desarmonias energéticas, físicas e psíquicas". Não se sabe se Leal da Costa definiu o que são 'desarmonias energéticas'...

Leal da Costa afirma ainda que "entende a subluxação (no conceito da quiropráxia) como lesão ou disfunção em que o alinhamento, a integridade do movimento e/ou a função se consideram alterados, embora o contacto das superfícies articulares esteja intacto, essencialmente como uma entidade funcional que pode influenciar a biomecânica e ter implicações neurológicas". Não se sabe se Leal da Costa consegue explicar cientificamente que é uma 'subluxação no conceito da quiropráxia'...

Leal da Costa, com a sua formação científica (!), defende que "a fitoterapia é uma terapêutica com uma concepção holística, energética e natural do ser humano, e métodos de diagnóstico, prescrição e tratamento próprios assentes em axiomas e teorias específicos". Não se sabe se Leal da Costa recomenda aos seus amigos estes métodos de diagnóstico assentes em axiomas e teorias específicos... Etc. Porém, Leal da Costa, numa inenarrável, indescritível e surreal diatribe, publicada num jornal *online*, considera uma perigosa heresia que as profissões autorreguladas da Saúde tenham chegado a um consenso histórico sobre a definição dos seus actos próprios! Para Leal da Costa, todas as TNCs podem (e devem) ter os seus actos próprios definidos, mas os médicos dentistas, os farmacêuticos, os psicólogos, os nutricionistas, os enfermeiros, os biólogos e os médicos, NÃO!

Todo o artigo é demagógico e delirante, ao ponto de chamar os Podologistas de TNCs, de considerar que até os Bombeiros ficam em riscos de ilegalidade e de asseverar que o SNS passará a ter dificuldades em contratar profissionais de saúde! Surreal, contraditório e, objectivamente, não credível. Um verdadeiro mistério, esta agitada aporrinhação de Leal da Costa. O que lhe falha em fundamentação e razoabilidade, sobra-lhe em adjetivos e previsões catastrofistas.

De facto, reconfirma-se, Leal da Costa nunca conseguiria ser um bom maestro, quer em sentido musical, quer em sentido de gestão de um equipa.

Todos os instrumentos musicais têm as suas características bem definidas, tocando maravilhosamente em orquestra quando devidamente afinados e conduzidos. Também os profissionais de saúde sabem trabalhar em perfeita harmonia e em equipa *multitask* com os seus actos próprios consensualmente articulados.

Aventurando-me pelos campos não convencionais que Leal da Costa subscreveu enquanto governante, diria que o artigo por ele agora publicado resultará certamente de uma ressabiada desarmonia energética crónica, agravada por alguma subluxação quiroprática. Possivelmente, um candidato a manipulação cervical. Verdadeiramente surreal. Mas não surpreendente.

Como nunca devemos perder o sentido de humor, dedico ao colega Leal da Costa uma frase de João Soares: "É bem melhor pensar sem falar, do que falar sem pensar".



Espanto

Mais uma vez, os médicos são confrontados, sem pré-aviso, com alterações no programa de prescrição eletrónica de medicamentos (PEM). Uma colega escreveu-me: "Não sabia que as atualizações eram tão más. Nunca nos dizem o que vão fazer e eis que, de repente, aparecem com muitas novas notificações e pop-ups e clicks! Acho que isto já é a gozar connosco."

A novidade: o Infarmed aprova e comparticipa novos medicamentos, porque os estudos de farmacoeconomia demonstram as suas vantagens para os doentes, mas depois não quer que os médicos os prescrevam, transformando a PEM num permanente e repetido inferno de cliques!

"NÃO SABIA QUE AS ATUALIZAÇÕES ERAM TÃO MÁS. ACHO QUE ISTO JÁ É A GOZAR"

Como referiu outra colega, "...NÃO AGUENTO MAIS CLICKS NA MINHA VIDA MÉDICA!!!! Quero ver doentes e não olhar para o computador toda a consulta!!!"

Mas afinal, se 'eles' querem 'poupar' dinheiro, porque comparticipam os fármacos que não querem que sejam usados?

Pergunta outro colega, "se temos de justificar quando prescrevemos um medicamento mais caro, porque é que a farmácia não tem de justificar quando dispensa um medicamento mais caro?" Porquê este tratamento diferenciado?

Depois não se admirem que os médicos emigrem e saiam do SNS para o privado. ●

In "Correio da Manhã" -21 de abril de 2016



Herbicida e saúde

A concentração do glifosato, o herbicida Roundup (e outras marcas), na urina de portugueses é das mais elevadas do mundo.

De forma chocante (corrupta?) e inédita a nível europeu, anteriores Ministérios da Agricultura, violando a lei e a proteção dos portugueses, excluíram o glifosato das análises de controlo em Portugal.

Como é possível um nível tão elevado de herbicida no nosso corpo? Será a água que bebemos? As rações animais, com cereais transgénicos, e a carne que comemos? Os alimentos? E quais? Contacto direto e

PORTUGAL GANHA EM DIFERENCIAR-SE NA AGRICULTURA BIOLÓGICA

inalação nos jardins e passeios? É urgente e obrigatório que o Governo faça análises sistemáticas. Não arranjem desculpas!

Como molécula pura e não apenas devido à taloamina, múltiplos estudos demonstram a associação e a plausibilidade biológica do glifosato como fator na génese de alguns cânceros, doença celíaca e renal, autismo, infertilidade, malformações congénitas e outras patologias.

Portugal deve votar contra a continuação da utilização deste produto tóxico na Europa e proibir a importação de transgénicos roundup-ready e de alimentos contaminados com glifosato. Na Economia e na Saúde, Portugal ganha em diferenciar-se na agricultura biológica. ●

In "Correio da Manhã" -5 de maio de 2016



Ordens avançam com plano de emergência para a saúde

Os bastonários das Ordens profissionais da área da Saúde querem apresentar ao Presidente da República um Plano de Emergência para o setor. O pedido de audiência já seguiu para Belém.

As Ordens profissionais do setor da Saúde – Enfermeiros, Farmacêuticos, Médicos, Médicos Dentistas e Nutricionistas – pediram uma audiência a Marcelo Rebelo de Sousa, a quem pretendem apresentar uma proposta conjunta com uma série de medidas urgentes para o setor. O “Plano de Emergência para a Saúde” está a ser ultimado para ser apresentado em primeira mão ao Presidente da República.

As Ordens consideram que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) se encontra à beira da rutura, suborçamentado e com graves carências ao nível das infraestruturas e dos recursos humanos e técnicos. O SNS não sobrevive ao contínuo e grave subfinanciamento e desinvestimento de que tem sido alvo ao longo dos últimos anos.

Estima-se que em 2015 as despesas públicas em Saúde tenham cor-

respondido a apenas 5,8% do PIB, longe ainda dos 6,5% da média da OCDE. Ainda que um maior financiamento não garanta, por si só, a solução de todos os problemas que atravessam o SNS, ou assegure os cuidados de saúde de qualidade que os cidadãos exigem, seriam necessários mais de 1.200 milhões de euros já no Orçamento de Estado para 2017, para nivelar o país com a média da OCDE.

Ignorar esta realidade é contribuir para a fragilização do SNS e agravar as condições de assistência em saúde à população, pelo que as Ordens profissionais vão apelar ao Chefe de Estado para que continue a assumir um papel central na procura de consensos em torno do futuro do SNS.

As medidas que as Ordens pretendem apresentar ao Presidente da República abrangem matérias como o reforço do investimento

em novas infraestruturas de saúde, em equipamentos e na sua manutenção; na reorganização dos serviços no sentido de responder aos desafios do envelhecimento, da proximidade dos cuidados e da acessibilidade, nomeadamente às novas tecnologias de saúde.

Para as Ordens, o SNS deve ser capaz de responder às atuais necessidades de saúde dos portugueses: um sistema adaptado e humanizado, centrado nas pessoas, na prevenção da doença, no trabalho de equipa, nas qualificações dos profissionais que o integram e numa integração efetiva entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, numa perspetiva de complementaridade e universalidade que promova a eficiência do sistema e minimize o desperdício e a duplicação de recursos.

Errata - Alteração ao Acordo coletivo – descanso compensatório

Publicámos na edição de setembro, na página 23, uma informação sobre a alteração ao Acordo Coletivo relativa a descanso compensatório a qual, por falta de precisão, necessita ser corrigida. Assim: a clarificação introduzida relativamente aos descansos compensatórios por trabalho noturno faz-se pelo **Aviso nº 9746/2016**, de 5 de agosto, para os médicos em **Contrato de Trabalho em Funções Públicas** e pelo **Boletim de Trabalho e Emprego nº 30**, de 15 de agosto, para os **médicos sindicalizados em Contrato Individual de Trabalho**.

O **Aviso nº 9745/2016**, que também referimos na edição passada, refere-se ao Acordo Coletivo de Trabalho para os **médicos da Região Autónoma dos Açores** e a uma deliberação oriunda da respetiva Comissão Paritária, sendo uma transposição das deliberações da sua congénere do Continente.

Boas práticas de registos clínicos em Cirurgia

Publicámos no site nacional da Ordem dos Médicos (www.ordemdosmedicos.pt), na área reservada aos órgãos consultivos do Conselho Nacional, nomeadamente, nas informações do Conselho Nacional de Auditoria e Qualidade, o relatório "Boas Práticas de Registos Clínicos em Cirurgia", trabalho elaborado em 2016 sob coordenação deste órgão consultivo, com a participação dos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos. Publicamos em seguida um breve resumo desse documento.

Este trabalho, que pode ser consultado no site www.ordemdosmedicos.pt, explicita conteúdos do episódio de internamento como o registo clínico admissão ao internamento/cirurgia de ambulatório, registos intraoperatórios, cuidados pósanestésicos (UCPA), registos de alta de internamento/cirurgia de ambulatório e registos de relatório de internamento/cirurgia de ambulatório, com indicações, por exemplo, sobre o momento correto para a sua elaboração e os conteúdos e campos essenciais a incluir nestes documentos. Na introdução do relatório lêem-se algumas indicações importantes para o enquadramento de todos esses procedimentos de registo;

Os cirurgiões deverão, de acordo com as boas práticas cirúrgicas, assegurar que:

- Todos os registos estão legíveis e legais, completos e atualizados, e que apresentam detalhes necessários para a inequívoca identificação do utente, do processo clínico, do autor do registo, do responsável pela informação e da razão de ser do evento registado;

- Todos os eventos médicos (consulta, contactos com o utente, visita, prescrição, ato terapêutico ou diagnóstico) se encontram registados,

efetuados de forma legal e devidamente identificados, datados e assinados;

- O registo de eventos importantes ou comunicações ao utente (exemplo: prognóstico ou complicações potenciais) foram efetuados e que cada alteração ao plano de cuidados estabelecidos se encontra registada e que a respetiva nota de consentimento atualizada consta do processo;

- O processo operatório está completo, devendo esta informação acompanhar o utente e ser suficientemente específica para que o acompanhamento seja efetuado por outro médico.

O final deste documento contém a explicação da importância de efetuar registos corretos e detalhados: "O registo das intercorrências e das complicações deverá ser efetuado com particular cuidado no caso de o utente necessitar de ser admitido numa unidade de cuidados intensivos ou transferido para outra instituição hospitalar.

Em todos os processos, deve existir um registo detalhado, com todos os MCDT efetuados, tratamentos e resultados, bem como cópias da documentação entregue ao utente ou enviada a outros médicos ou

profissionais de saúde.

Sempre que na intervenção cirúrgica, ou no internamento, ocorram situações atípicas tais como: procedimentos associados não previstos inicialmente, tratamento antibiótico por infecção adquirida na comunidade ou no hospital, suspeitada ou confirmada, e internamentos significativamente mais prolongados, deve ser efetuado um registo no processo para que clarifique a razão destas ocorrências.

Nos registos efetuados é essencial que a informação esteja suficientemente detalhada para que outro médico possa assegurar os cuidados ao utente em qualquer altura.

A importância da descrição detalhada da técnica decorre, entre outros, da possibilidade do utente poder vir a ser intervencionado posteriormente por equipa distinta, que beneficiará no restabelecimento da estratégia operatória dum relato exato dos procedimentos anteriores efetuados.

O Conselho Nacional de Auditoria e Qualidade é composto por Carlos Carvalho Ferreira, David Silvério Rodrigues, Jacinto Oliveira Monteiro, Jorge Amil Dias, Jorge Pinto Tomaz e Carlos Santos Moreira (coordenador).



Regras e transparência

Divulgamos o comunicado do Conselho Nacional sobre problemas recorrentes do setor da Saúde que se devem “à contínua falta de regras, de transparência, de vontade e de liderança, sem que o Ministério da Saúde possa alegar o desconhecimento dessas mesmas situações”. Um dos problemas citados neste comunicado é a “selva e injustiças na contratação de médicos para o SNS”.

"Muitos dos problemas que acontecem na Saúde devem-se à contínua falta de regras, de transparência, de vontade e de liderança, sem que o Ministério da Saúde possa alegar o desconhecimento dessas mesmas situações.

Duas questões são recorrentes, mas o Ministério da Saúde nada faz para as resolver, pelo que a Ordem dos Médicos vem propor soluções concretas. Como pode fazer em todos os dilemas da Saúde, porque para isso tem conhecimento e competência.

Problema 1 – Médicos que adormecem no Serviço de Urgência
Soluções:

- Criação de um **Registo Nacional de Trabalho no Serviço de Urgência** que permita controlar o número de horas semanais de urgência/consulta aberta realizadas por cada médico sem vínculo ao SNS em regime de prestação de serviços – seja através de empresas ou em nome individual – pois, ao contrário do que acontece para os médicos com vínculo ao SNS, não há qualquer legislação que regule, registre e controle os seus tempos de trabalho.

Do ponto de vista jurídico há a referir que o Estatuto do SNS, no seu artigo 22.º B, determina que:

1 - A realização de trabalho suplementar ou extraordinário no âmbito do SNS não está sujeita a limites máximos quando seja necessária ao funcionamento de serviços de urgência ou de atendimento permanente, não podendo os trabalhadores realizar mais de 48 horas por semana, incluindo trabalho suplementar ou extraordinário, num período de referência de seis meses.

2 - A prestação de trabalho suplementar ou extraordinário e noturno deve, sem prejuízo do cumprimento do período normal de trabalho, garantir o descanso entre jornadas de trabalho, de modo a proporcionar a necessária segurança do doente e do profissional na prestação de cuidados de saúde.

Ora, se a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados que lhes são prestados são obrigatoriamente garantidas pelos limites de tempos de trabalho dos profissionais, então esses limites têm de ser aplicados a todos os médicos que trabalhem no SNS, independentemente do vínculo jurídico, e a todos os médicos que trabalhem por conta de outrem.

- Sem qualquer prejuízo da legislação em vigor e dos acordos e direitos sindicais que se aplicam aos médicos que trabalham por conta de outrem, que seja fixado em 72h

semanais o limite máximo de trabalho de urgência/consulta aberta prestado pelos médicos sem vínculo ao SNS em regime de prestação de serviços – seja através de empresas ou em nome individual – estabelecendo igualmente uma pausa obrigatória mínima de 11h de descanso após cada período de 24h de trabalho seguidas, com penalizações severas para os prevaricadores.

- Em nome da segurança dos doentes e da capacidade de trabalho dos profissionais, a Ordem dos Médicos defende o fim definitivo dos turnos de 24h de trabalho seguido, em serviço de urgência. Esta proibição deve ser definitivamente legislada pelo Governo no sentido de impedir a sua violação, excepto em situações excepcionais. Enquanto tal não acontecer, que seja obrigatório um período de 4 horas de descanso nocturno em cada turno de urgência de 24h seguidas (outros profissionais têm descansos obrigatórios, para segurança de todos), devendo as escalas de urgência ser dimensionadas com os meios humanos necessários para a assistência aos doentes ser normalmente garantida.

- Que o Ministério da Saúde não

lave as mãos como Pilatos e demonstre a coragem de publicar em circular normativa o **Regulamento do Interno no Serviço de Urgência**, elaborado em conjunto pela CNIM e pela Ordem dos Médicos, para colocar termo aos abusos e sobrecargas de trabalho que algumas administrações continuam a impor aos médicos Internos e visando, entre outros objectivos, proibir definitivamente os turnos de 24h, que a Lei nem sequer prevê.

- Que sejam severamente penalizadas as administrações hospitalares que não cumpram os descansos compensatórios previstos na lei e nos acordos alcançados com os Sindicatos.

Problema 2 – Selva e injustiças na contratação de médicos para o SNS

Continuam a verificar-se mudanças sucessivas e diferentes regras nos concursos de médicos para o SNS e a contratação de médicos sem qualquer concurso, mesmo com concursos a decorrer, permi-

tindo os mais descarados favorecimentos e injustiças, que levam muitos médicos à emigração, por se sentirem completamente injustiçados.

Soluções:

- Que os concursos para o SNS seja abertos e institucionais, com a justa valorização curricular e júris de composição eclética, como sempre foram antes da Troika.

- Que sejam proibidas as contratações directas sem concurso, excepto no prazo de um ano a contar a partir do momento em que um concurso entretanto aberto tenha ficado deserto.

Está nas mãos do Ministério da Saúde resolver os problemas da Saúde em Portugal. Todas as responsabilidades pelas circunstâncias que entretanto aconteçam devem ser assacadas ao Ministério da Saúde.

A Ordem dos Médicos recorda que continua a receber queixas provenientes de vários hospitais referentes a escalas de urgência

com um número insuficiente de profissionais, médicos e não médicos, não por falta desses mesmos profissionais no 'mercado português' mas porque não são recrutados ou justamente remunerados devido aos exagerados cortes financeiros na Saúde, consequência de um financiamento insuficiente do SNS, que o actual Governo teima em não resolver. Finalmente, a Ordem dos Médicos sublinha que há cerca de uma década foi um Governo que proibiu os médicos de se dedicarem em exclusividade ao SNS e que desde então nenhum Ministro da Saúde quis voltar a implementar, por métodos a discutir com os Sindicatos Médicos e a Ordem dos Médicos, a dedicação exclusiva/plena ao SNS. Os sucessivos Ministros têm abordado o assunto somente de forma demagógica e/ou hipócrita.

Ordem dos Médicos, Lisboa, 11 de Agosto de 2016"



revista de **Medicina DESPORTIVA** informa

A **Revista de Medicina Desportiva Informa** tem sido um projeto editorial, com edição bimestral e tiragem atual de 6.100 exemplares e de distribuição gratuita, via CTT (cerca de 5.500 revistas), para os médicos de Medicina Geral e Familiar, Medicina Desportiva, e muitos de Fisiatria e de Ortopedia. As edições de Maio e de Novembro têm tiragem de 6.500 (enviadas para os médicos Fisiatras juntamente com a Revista da Sociedade Portuguesa Medicina Física e Reabilitação) e, pontualmente, algumas têm tiragem de 8.500 exemplares. A sua qualidade é garantida pelas Comissões Científicas e de Colaboradores constituídas por individualidades de referência a nível nacional, com muita experiência na Medicina Desportiva. É apoiada / complementada por um site www.revdesportiva.pt, certamente um dos mais completos a nível mundial. Conta já com cerca de 800 mil visualizações de conteúdos em pouco mais de seis anos. Desde janeiro que tem uma aplicação gratuita, também, na Appstore e na Google play. Para mais informações, contactar: Revdesportiva, lda. Rua do Sobreiro 225, Canidelo – 4400-590 V N Gaia | Telefone 22 7810869 | www.revdesportiva.pt.



Revogação de licenças de alguns *softwares* de prescrição

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) enviaram o comunicado que transcrevemos em seguida relativo à revogação de licenças de alguns *softwares* de prescrição.

Antes da notificação enviada aos médicos no dia de ontem (dia 19 de outubro de 2016) é importante referir que, em pelo menos uma ocasião (agosto de 2016) todos os médicos com registo no Portal de Requisição de Vinhetas e Receitas (PRVR) foram por nós notificados da necessidade de se certificarem de que a versão de *software* que tinham em utilização cumpria todos os requisitos legais.

Mais importante do que isso, as empresas haviam, também elas, já sido notificadas no mesmo sentido por diversas vezes:

1. As empresas de *software* foram por diversas vezes notificadas pela SPMS para corrigir as suas versões de *software*:

1) seja ao abrigo da Portaria 224/2015;

2) seja ao abrigo da decisão do Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa relativamente ao Proc. 609/15.8BELSB.

2. Relativamente ao ponto 1.2 as empresas, na última notificação, receberam, para além de vídeos demonstrativos do comportamento esperado da respetiva aplicação, indicação de que estas credenciais, caso não fizessem demonstração cabal da sua adaptação, seriam revogadas no dia 11 de outubro pelas 18.00, tendo esta indicação sido transmitida à Direção de Assuntos Jurídicos e Contencioso (DAJC) e encaminhada para o Tribunal.

3. As empresas tinham, pois, conhecimento e estavam na posse de toda a informação que lhes permitiria resolver esta questão junto dos respetivos clientes, uma vez que esse prazo lhes havia sido transmitido de forma bastante clara.

A decisão do Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa relativamente ao Proc. 609/15.8BELSB, sendo inédita, vai, ainda assim, ao encontro daquilo que tem sido defendido pela própria Ordem dos Médicos no sentido de ser dada a possibilidade aos médicos de (havendo indicação terapêutica de um determinado medicamento para uma determinada patologia) poderem fazer essa prescrição.

Constituindo uma mudança de paradigma, a implementação daquela decisão em tempo recorde, implicou por parte da SPMS, um substancial esforço e investimento, sendo importante assegurar que esta implementação se alarga a todo o Sistema de Saúde Português.

Tal só é possível garantindo que apenas operam no mercado os *softwares* que verifiquem todos os requisitos legais. Este esforço de implementação teve correspondência por parte de algumas empresas (que conformes) mas não de todas.

Ainda assim, tendo em conta as diversas solicitações por parte dos médicos, por terem sido no-

tificados muito em cima da hora, em conjunto com o compromisso das empresas em resolver as questões pendentes de resolução relativamente à decisão do Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa relativamente ao Proc. 609/15.8BELSB, até 31 de outubro de 2016, a SPMS tomou a decisão de dilatar o prazo para revogação das credenciais dos *softwares* que não verifiquem esta condição por igual período.

Durante este período, a SPMS terá a sua equipa técnica disponível para trabalhar com os fabricantes de *software* no sentido de garantir o cumprimento da legislação em vigor e da decisão do Tribunal supracitada.

Entretanto, sugerimos aos médicos um contacto com a sua empresa de *software* no sentido de garantir que na data de 31 de outubro de 2016 a versão de *software* que estão a utilizar cumpre com todos os requisitos legais.

Nessa data (31 de outubro de 2016), as versões de *software* cuja conformidade não seja possível verificar, verão as suas credenciais revogadas. A SPMS manterá uma lista permanentemente atualizada dos *softwares* que verificam essa conformidade no seu website em <http://spms.min-saude.pt/product/pem/>

Dever de segredo e dever de denúncia dos crimes contra a vida intra-uterina

Publicamos a informação do departamento jurídico a propósito do dever de segredo e dever de denúncia dos crimes contra a vida intra-uterina, em resposta a uma solicitação onde se perguntava se há dever de denúncia quando uma doente confessa ao médico ter efectuado uma interrupção de gravidez fora dos prazos.

A consulente pretende ser esclarecida sobre se está obrigada ao dever de denúncia de facto criminoso quando uma doente lhe confessa ter efectuado uma interrupção de gravidez fora dos prazos em que a mesma não é punível, ou seja, aqueles que se encontram previstos no artigo 142.º do Código Penal.¹

Pretende, ainda, saber se ao não revelar o facto criminoso pode ser considerada cúmplice do sobredito crime.

Vejamos em síntese como a ordem jurídica enquadra a realidade supra referida e factualidades conexas.

A matéria do segredo médico coloca em conflito vários deveres, nomeadamente:

- O **dever de sigilo**² que se destina à salvaguarda da reserva da intimidade da vida privada do doente;
- O **dever de comunicar/informar terceiros ou mesmo denunciar o doente às autoridades**, se a manutenção do segredo colocar em causa a segurança e saúde de terceiros.

Da abordagem deontológica:

O segredo médico, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Médicos e no Código Deontológico da Ordem dos Médicos, é condição essencial da relação médico-doente, resultando de um direito inalienável de todos os doentes, e representando uma obrigação ética e deontológica do médico, que abrange todos os factos que tenham chegado ao seu conhecimento no exercício da sua profissão ou por causa da mesma.

Este dever, previsto no artigo 139.º do Estatuto da Ordem dos Médicos na versão aprovado pela Lei 117/2015, de 31 de Agosto e nos artigos 29.º e seguintes do Código Deontológico, aprovado pelo Regulamento com o n.º 707/2016 que foi publicado na 2.ª série do DR, de 21 de Julho de 2016, assenta num interesse moral, social, profissional e ético e é a base para a confiança do doente no médico (vide www.ordemdosmedicos.pt).

Constitui, assim, um dos pilares de sustentação da profissão médica e é assegurado, desde logo, pela Constituição, pela Conven-

ção do Direitos do Homem e a Biomedicina, pelo Estatuto da Ordem dos Médicos, pelo Código Deontológico da Ordem dos Médicos, pelo Código Penal e por muitos outros normativos. Protegem-se deste modo dois bens: a reserva da vida privada e a inviolabilidade da pessoa humana (protecção da respectiva dignidade através da confiança depositada em determinados profissionais).

Não obstante a importância deste dever na prática da profissão médica, por permitir uma base de confiança mútua, a verdade é que ele não tem carácter absoluto já que comporta excepções.

O Código de Deontologia Médica delimita algumas situações que permitem a escusa do segredo, ou seja, aquelas em que o médico poderá ser autorizado a prestar informações que, de outra forma, estariam sujeitas a este dever.

São elas, nomeadamente, as previstas no artigo 139.º, n.º 6 do Estatuto da Ordem dos Médicos³, a saber:

a) *O consentimento do doente ou,*

em caso de impedimento, do seu representante legal, quando a revelação não prejudique terceiros pessoas com interesse na manutenção do segredo profissional;

b) O que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do médico, do doente ou de terceiros, não podendo em qualquer destes casos o médico revelar mais do que o necessário, nem o podendo fazer sem prévia autorização do bastonário;

c) O que revele um nascimento ou um óbito;

d) As doenças de declaração obrigatória.

E as que decorrem complementariamente do Código Deontológico (CDOM), designadamente:

Artigo 33.^o

Precauções que não violam o segredo médico

1 — A obrigação do segredo médico não impede que o médico tome as precauções necessárias, promova ou participe em medidas de defesa da saúde, indispensáveis à salvaguarda da vida e saúde de pessoas que possam contactar com o doente, nomeadamente dos membros da família e outros conviventes.

2 — Sendo a preservação da vida um valor fundamental, deverá o médico, em circunstância em que um doente tenha um comportamento que traga um risco real e significativo para a vida ou perigo grave para a saúde de outra pessoa, tentar persuadi-lo a modificar o seu comportamento, nomeadamente declarando que de outro modo irá revelar a sua situação às pessoas interessadas. Se o doente não modificar o seu comportamento, apesar de advertido, o médico deve informar as pessoas em risco, caso as conheça, após comunicar ao doente que o vai fazer.

3 — Nas situações em que o risco de vida e o perigo para a saúde ou vida de terceiros seja grave ou iminente, o

médico deve tomar as medidas adequadas a evitar que o mesmo se produza, devendo adotar as providências necessárias junto das entidades competentes.

Artigo 27.^o

Menores, idosos e deficientes

1 — O médico deve usar de especial solicitude e cuidado para com o menor, o idoso, o deficiente ou pessoa particularmente indefesa quando verificar que os seus familiares ou outros responsáveis não são capazes ou cuidadosos para tratar da sua saúde ou assegurar o seu bem-estar.

2 — Sempre que o médico, chamado a tratar um menor, um idoso, um deficiente, um incapaz ou pessoa particularmente indefesa, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus-tratos ou assédio, deve tomar as providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertar as autoridades competentes.

Existem obviamente outras disposições legais avulsas, dispersas por vários ramos do ordenamento, que autorizam a revelação do segredo médico em situações muito específicas, que não iremos apontar por nos interessar, neste momento, uma abordagem genérica do assunto.

Da abordagem jurídico-penal:

O Código Penal prevê que a violação do dever de segredo pode consubstanciar um crime, punível com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias, conforme se retira do respectivo artigo 195.^o, que diz “Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias.”

Estamos, assim, perante um crime de dano contra a privacidade. Feito o enquadramento deste

tipo de crime, analisemos situações que implicam a autorização ou imposição de revelação de factos correspondentes a segredos.

A respeito das autorizações cumpre ponderar se um eventual dever de denúncia obrigatória, no caso de médicos funcionários públicos, consagrado no artigo 242.^o do CPP, poderá prevalecer sobre o dever de segredo.

Tem-se entendido de forma negativa, defendendo-se a prevalência do dever de segredo sobre os interesses da justiça penal na sua vertente meramente repressiva.

Como estamos no âmbito do delito de segredo profissional devem ser sempre ponderados o bem jurídico da privacidade (valor pessoal individual) e o bem jurídico da confiança (valor colectivo-institucional).

O que a doutrina defende, designadamente o Prof. Manuel da Costa Andrade, é que os valores ou interesses encabeçados pelo processo penal não justificam só por si a revelação do segredo, só devendo esta ser admitida em casos extremos de crimes mais graves que ponham em causa a paz jurídica.

A síntese que o Mestre e Juiz Desembargador Cunha Rodrigues⁴ faz é paradigmática para a situação em apreço:

“O segredo continua a ser, na actualidade, fundamentalmente um problema de deontologia, mas de deontologia aberta às realidades de um mundo em rápida mutação.

Compreende-se, por isso, que as legislações tendam a admitir a quebra do segredo médico como ultima ratio, deixando, ainda assim, ao médico uma margem, tanto quanto possí-

vel ampla, de ponderação.

Ao legislador compete eleger os casos em que os superiores interesses da comunidade justificam a quebra do segredo.

O resto pertence ao médico. A ele, só a ele, cabe a última decisão, tendo sempre presente a relação de confiança que deve existir entre si e o doente, relação que é pressuposto e condição da eficácia do acto médico e, nessa exacta medida, da própria função social da medicina.”

Atento o que fica dito é de concluir telegraficamente em resposta às questões formuladas:

A médica não é obrigada a denunciar criminalmente uma interrupção de gravidez ocorrida fora dos prazos legais, nem o deve fazer considerada a função essencial do segredo médico na relação médico-doente e em que a confiança é um dos pilares fundamentais.

O Consultor jurídico,
Paulo Sancho
2016.08.03

1 - Artigo 142.º

Interrupção da gravidez não punível

1 - Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

- Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- Se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
- Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, exceptuando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
- A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas.
- For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

2 - A verificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez é certificada em atestado médico, escrito e assinado antes da intervenção por médico diferente daquele por quem, ou sob cuja direcção, a interrupção é realizada, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

3 - Na situação prevista na alínea e) do n.º 1, a certificação referida no número anterior circunscreve-se à comprovação de que a gravidez não excede as 10 semanas.

4 - O consentimento é prestado:

- Nos casos referidos nas alíneas a) a d) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo e, sempre que possível, com a antecedência mínima de três dias relativamente à data da intervenção;
- No caso referido na alínea e) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo, o qual deve ser entregue no estabelecimento de saúde até ao momento da intervenção e sempre após um período de reflexão não inferior a três dias a contar da data da realização da primeira consulta destinada a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável.

5 - No caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, respectiva e sucessivamente, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral.

6 - Se não for possível obter o consentimento nos termos dos números anteriores e a efectivação da interrupção da gravidez se revestir de urgência, o médico decide em consciência face à situação, socorrendo-se, sempre que possível, do parecer de outro ou outros médicos.

7 - Para efeitos do disposto no presente artigo, o número de semanas de gravidez é comprovado ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as leges artis.

2 - “Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias.” (artigo 195º do Código Penal)

3 - O CDOM tem uma norma idêntica que é o artigo 32º.

4 - Citado a pag. 596 do livro “O segredo médico como garantia de não discriminação” – Coimbra Editora – 2009, da Professora Doutora Maria do Ceú Rueff

notícia

Regulamento dos Prémios SOPEAM 2016

Divulgamos no site nacional (www.ordemdosmedicos.pt) os regulamentos dos prémios SOPEAM atribuídos anualmente nas seguintes categorias:

- Prémios literários:
 - Prémio António Patrício (poesia);
 - Prémio Marcelino Mesquita (teatro);
 - Prémio Revelação (poesia e teatro).
- Prémio de fotografia.
- Prémios artísticos:
 - Prémio Celestino Gomes (escultura);
 - Prémio revelação.

A data limite para participação é o mês de Fevereiro de 2017. Os interessados devem consultar os regulamentos para poderem participar (para localizar os regulamentos bastará a qualquer momento inserir na pesquisa do site nacional da OM a sigla SOPEAM). Estes concursos são abertos a todos os médicos sócios da SOPEAM e a estudantes de Medicina.



Porque faltam médicos no SNS?

Publicamos em seguida a carta da médica dermatologista Patrícia Santos sobre o pedido de rescisão de contrato de trabalho, na região autónoma dos Açores onde é referida a carência de médicos...

Para aqueles que ainda não perceberam porque faltam médicos no Serviço Nacional de Saúde/Serviço Regional de Saúde

Com autorização da Colega, publicamos a carta de rescisão de que tivemos conhecimento, enviada pelo Conselho Médicos dos Açores. É uma carta muito bem escrita, educada e assertiva, que explica fundamentadamente os motivos que levaram a Colega à rescisão do SRS dos Açores.

É lamentável (os comentários e os adjectivos são da minha responsabilidade) que profissionais altamente diferenciados e dedicados sejam maltratados e desqualificados desta forma.

Depois de um exame de progressão na Carreira Médica, exame esse que é extremamente exigente e que atesta a qualidade de todos os que a ele se submetem e são aprovados, o SRS dos Açores recusou-se reconhecer de forma justa a mais valia da Colega Dermatologista e a estimular e premiar a sua dedicação ao SRS.

A resposta natural foi a rescisão do contrato, por uma questão de dignidade pessoal e profissional. A Colega ficou melhor do que estava, com uma vida bem mais calma, mas perderam os doentes açorianos e o SRS dos Açores. A falsa solução a que o SRS dos Açores recorreu, em desespero de causa, é muito mais cara e sem permitir uma adequada continuidade de cuidados. Como é possível?!...

Esperamos que, com mais este exemplo, aqueles que parecem demonstrar alguma dificuldade de entendimento percebam melhor porque é que, estando a formar médicos acima das necessidades do país e a exportar médicos para a Europa, o SNS e o SRS têm dificuldade em contratar e estabilizar médicos nas suas instituições.

José Manuel Silva

"Na sequência da audiência que me concedeu no passado dia 2, em que lhe explicitarei as razões que me motivaram a solicitar a rescisão do contrato individual de trabalho que celebrei com o Hospital, em 30 de Dezembro de 2009, venho elencar os argumentos expendidos que fundamentam os motivos profissionais invocados no pedido de rescisão.

1) A 24 de Fevereiro de 2006 obtive o Grau de Assistente de Dermatologia, tendo iniciado funções no Serviço de Dermatologia do Hospital do Divino Espírito Santo, como Assistente Eventual, ao abrigo de um contrato administrativo de provimento.

2) Em Maio de 2007, depois de concurso interno de provimento para Assistente Hospitalar de Der-

matologia do HDES, fui provida em Assistente Hospitalar de Dermatologia, em regime de tempo completo sem dedicação exclusiva (35 horas semanais), do quadro de pessoal do HDES.

3) Em Junho de 2007 fui nomeada Diretora do Serviço de Dermatologia, acumulando a minha função de Assistente Hospitalar com a da Gestão do Serviço.

4) Em 30 de Dezembro de 2009, celebrei com o Hospital do Divino Espírito Santo um contrato individual de trabalho de 28 horas semanais, após confirmar que este vínculo não prejudicaria a minha progressão na carreira, objetivo que sempre considerei fundamental para o aperfeiçoamento técnico e atualização permanentes.

5) A carreira médica que tenho desenvolvido como especialista em Dermatologia e Venereologia, desde 2006, tem tido uma componente pública hospitalar que considero fundamental, a par da atividade privada que desenvolvo no meu consultório.

6) O desenvolvimento da carreira médica está condicionado à aquisição de graus que são obtidos mediante períodos de formação e provas públicas de competência, que requerem motivação e esforço assinaláveis.

7) Obtive o grau de consultor na sequência de provas públicas, em Janeiro de 2015, depois de ter entregue currículo em Junho de 2012 e aguardado dois anos e meio para

a realização do referido exame.

8) Conforme refere o preâmbulo do despacho conjunto (Vice-Presidência do Governo Regional dos Açores/Secretaria Regional da Saúde) n.º 2739/2015 de 22/12/15 a aquisição de graus, "sendo determinantes para a qualificação do pessoal médico, revelam-se também essenciais como instrumentos de gestão na atividade dos serviços e estabelecimentos de saúde, quer em termos de cuidados assegurados às populações, quer em matéria de formação e qualificação de outros profissionais, em particular no âmbito do aumento da idoneidade e capacidade formativa associada ao internato médico".

9) Mas, salvo melhor opinião, o mencionado despacho n.º 2739/2015 produz os efeitos contrários aos que enuncia no seu preâmbulo. De facto, ao não considerar a situação específica do contrato individual de trabalho de 28 horas, cuja iniciativa partiu do Conselho de Administração em funções em 2009, vem defraudar legítimas expectativas dos opositores aos concursos de habilitação ao grau de consultor que, como a signatária, pretendiam seguir a carreira médica com contrato individual de trabalho, e fá-lo à *posteriori*, isto é, já depois de adquirido o grau de consultor.

10) A existência de carreiras médicas, essencial para a retenção de quadros qualificados nos hospitais públicos,

exige incentivos remuneratórios que não sejam insignificantes e, se é verdade que tal incentivo existe para os médicos do quadro da função pública - o aumento de assistente para assistente graduado, primeira posição, que é a situação da signatária, é de 20,83%, valor aplicado aos médicos anteriores a 31/12/2012 - é também verdade que a aplicação do citado despacho aos contratos individuais de trabalho, se traduziria no aumento de 5,53% no salário da signatária, conforme me foi comunicado pelos vossos serviços, o que é inaceitável no contexto do reconhecimento de uma carreira médica com o mínimo de dignidade.

11) A minha interpretação é que o citado despacho, na senda do que tem vindo a ser feito no Continente - e o que é factual é que o efeito, no Continente, tem sido a saída dos melhores profissionais dos hospitais públicos, entre eles dermatologistas - tem por objetivo anular a possibilidade de fazer carreira aos médicos em Contrato Individual de Trabalho sendo, por isso, expectável e normal que a minha decisão seja a de não aceitar as condições remuneratórias a que conduz e, conseqüentemente, fazer cessar o vínculo contratual que tinha desde 2009.

12) O facto de desistir da carreira médica, reagindo à aplicação do referido despacho n.º 2739/2015, não invalida que, no âmbito da medicina privada que passarei a desenvolver a tempo inteiro, quei-

ra colaborar com o Hospital do Divino Espírito Santo, à semelhança da Dra. Francisca Estrela, em condições de igualdade com outros dermatologistas da Região e, certamente, em condições de preferência relativamente aos dermatologistas que vêm do Continente todos os meses devido à carência desta especialidade no Hospital do Divino Espírito Santo.

Senhor Presidente,

Os dez anos em que me dediquei de corpo e alma ao Hospital, que foi o centro da minha vida profissional, foram muito gratificantes e corresponderam à concretização dos valores que me foram transmitidos pela educação que recebi. A cessação abrupta da minha carreira médica, que eu lamento, deve-se, em exclusivo, à aplicação cega, nos Açores, da política que tem sido seguida no Continente que é a de afastar os quadros mais válidos da função pública.

Nada mais posso fazer senão reagir racionalmente aos desincentivos que estão a ser aplicados.

Quero, todavia, transmitir-lhe a minha consideração pelo excelente trabalho que se faz no Hospital do Divino Espírito Santo, a bem da população, e reafirmar o meu interesse em continuar a colaborar, noutra contexto e nos moldes que considerar úteis à instituição."

Cessação de contrato de funções públicas após exame da especialidade

Foi feito um pedido de informação ao departamento jurídico sobre a cessação de contrato com funções públicas, por um interno que realizou o exame de acesso à especialidade e que estava interessado em cessar funções com a maior brevidade possível, após a realização das respetivas provas. Sobre os prazos legais necessários para solicitar a resolução do contrato, sem interferir com a aferição do grau de especialista, respondeu o departamento jurídico da OM que "a rescisão do contrato deverá ser pedida com 30 dias de antecedência relativamente à data pretendida mas deverá ter em conta que só com a homologação da nota do exame final é que juridicamente se pode afirmar que adquiriu o grau de especialista de ..., pelo que deverá ter em conta a data previsível dessa homologação, não sendo suficiente a publicitação/comunicação do resultado do exame final".



Urgência externa e interna de Medicina Interna e Curso de VMER

Divulgamos em seguida a carta que foi dirigida à directora clínica do Hospital de Santarém a propósito das escalas de urgência onde se alerta para a necessidade da instituição respeitar, "sem enviesamentos nem invenções", o Regulamento do Interno no Serviço de Urgência. A OM informa que estará atenta e que será, naturalmente, exigente e crítica com a instituição hospitalar.

Exma Sra Dra
Maria Lopes Jorge,
MI Directora Clínica do Hospital
de Santarém,

Agradeço a sua carta de resposta à minha interpelação e a referência à tranquilidade das escalas de urgência das outras especialidades de primeira linha.

A "excepção" da Medicina Interna não é despienda, pelo que justifica as críticas efectuadas, que reiteramos, até porque é uma especialidade nuclear e de grande intensidade de trabalho no serviço de urgência.

Da mesma forma como, podendo correr tudo bem durante anos seguidos, não são injustas as críticas às mortes no curso de comandos, que naturalmente obrigam a um rigoroso inquérito e a melhoramentos futuros. O mesmo acontece quando os médicos cometem um erro grave, apesar de uma vida de trabalho 'limpa', ou quando as urgências colapsam no Inverno e no Verão, apesar do 'esforço' dos seus responsáveis.

Surpreende-nos, por isso, o teor

algo 'calimérico' da sua resposta. Até porque sabemos que há desigualdades e insuficiências significativas na constituição das equipas de urgência de Medicina Interna, permitindo, desequilibradamente, que umas sejam menos robustas do que outras. O que pode e deve ser corrigido.

Não é "normal nem aceitável" a imensa lista de responsabilidades que tinha o Chefe de Equipa no dia mencionado, sendo o único internista escalado! Assim, como é possível prestar um serviço de qualidade e com segurança (para médico e doente)?

Não pomos em causa o esforço que todos farão, incluindo a Colega, para resolver os problemas! Mas não chega. Se o esforço chegasse para injustificar críticas, então seria proibido criticar, porque acredito que (quase) todas as pessoas deste país façam o seu esforço, o melhor que podem e sabem. Estranho é, com tanto 'esforço', estarmos pela terceira vez em bancarrota...

Concordo com a Colega quando refere que o mercado de trabalho

está desregulado e mercenário. Mas a culpa é de graves erros de um anterior Ministro da Saúde e da não resolução dos problemas por sucessivos Ministros da Saúde/Governos. E não é por falta de médicos que os hospitais têm problemas, da mesma forma como a dramática e grave falta de enfermeiros nos hospitais e nos CSP não se deve à insuficiência de formação de enfermeiros em Portugal.

O problema das urgências resolver-se-ia seguramente em mais de 90% se as horas extraordinárias do SNS fossem repostas pela sua justa retribuição e os médicos adequadamente remunerados (questões sindicais, é verdade, mas sem as quais a qualidade e os preceitos constitucionais do SNS e os direitos dos doentes dificilmente serão respeitados). A essa reposição temos instado o actual Ministro da Saúde. Há soluções para todos os problemas, os da Saúde e os do país!

Como não tem competência para resolver os problemas, à Ordem dos Médicos cabe a função de

os denunciar, quando considera que o deve fazer, em defesa dos doentes e para pressionar a sua resolução; todos sabemos que o esforço de administrações e tutela aumenta quando as deficiências se tornam públicas... E creia que, no panorama actual do SNS, nem 10% das (más) notícias que chegam ao nosso conhecimento são transmitidas publicamente... Continuaremos a fazê-lo, incluindo as lacunas na urgência do Hospital de Santarém, tendo em conta as alíneas b) e c) do artº 3º do anexo I da Lei 117/2015 de 31 de Agosto. Não obstante me regozijar com os esforços descritos na sua carta, chocou-me profundamente a sua inquietante frase “quem mais exige menos colabora”!

Será que considera que, apesar de mal remunerados, em *burnout*, sem perspectivas de Carreira, trabalhando em condições particularmente difíceis, suportando todas as sucessivas decisões que têm causticado o SNS, os doentes e os profissionais, os médicos têm a obrigação de fazer horas extraordinárias sem limite, para serem ‘bons colaboradores’ e ‘facilitarem a vida’ à administração/tutela? Naturalmente que têm a obrigação de respeitar o Código Deontológico, a *leges artis*, os doentes, os horários e a Lei. Mas trabalhar indefinidamente na urgência, para além da Lei, com más condições e ‘sem’ remuneração, essa obrigação não têm, ninguém tem. Que fique claro!

Pergunto-me, e pergunto-lhe directamente, o que tem sido feito de concreto e objectivo para que, conforme as suas palavras, se tenha “... desenvolvido uma atitude de motivação dos especialistas pertencentes ao mapa de pessoal para garantirem a disponibilidade...”? Aguardo.

Cara Colega, o último parágrafo

da sua carta é, perdoe-me a minha fria e crua opinião pessoal, extraordinariamente perturbador, pela confusão de conceitos que evidencia, pelo enviesado significado que atribui aos termos ‘solidariedade’ e ‘compreensão’ e pela ‘pessoalização’ do cargo que transitoriamente ocupa. Compreendo e sou solidário com a médica Maria Lopes (a pessoa), mas, como é meu dever, sou exigente e crítico com a Directora Clínica Maria Lopes (a instituição). Não misture nem confunda as duas realidades, como, infelizmente, tantos fazem, com péssimos resultados!...

Conhecemos bem as dificuldades que os Hospitais enfrentam, como consequência da sua asfixia financeira. Temos sido veementes nessa denúncia.

Porém, como Directora Clínica, a Colega apenas tem duas opções: ou tem condições para colaborar na gestão do Hospital de Santarém com respeito pela Constituição, pelos profissionais e pelos doentes (aos quais deve toda a lealdade, não à instituição Ministro da Saúde), ou deve demitir-se honrosa, fundamentada e publicamente do cargo, para defesa do seu bom nome e do Hospital de Santarém, denunciando as insuficiências que obstaculizam o respeito pelas boas práticas em Saúde e pelos doentes. Se porventura sente uma grande afinidade e prazer pelo exercício do cargo que temporariamente desempenha e pretende cumprir o orçamento que lhe é imposto pela tutela à custa da violação dos direitos e da vida dos profissionais e de pactuar com uma menor qualidade dos cuidados de Saúde prestados aos doentes, entre outras medidas restritivas, então deverá assumir todas as inerentes consequências institucionais e não terá, como instituição, nem a compreensão nem a solidariedade da

Ordem dos Médicos. A escolha é da Colega.

Até porque a Ordem dos Médicos não pode ser compreensiva com ilegalidades e falta de ética. Refiro-me, agora, à ignominiosa nota de serviço interna nº 77/16 de 18/08/2016. O segundo critério é indescritível, ilegal e patológico! Seleccionar internos para um curso de VMER pelo nível de “Colaboração com o Departamento de Urgência Geral nas escalas de urgência (disponibilidade para trocas e/ou realização de horas extra)”?! Como muito resumidamente refere o departamento jurídico da Ordem dos Médicos, “o segundo critério definido não é legal, desde logo porque viola o princípio da igualdade, na vertente da não discriminação. Efectivamente, estão a ser discriminadas pessoas que, pelas mais diversas razões, não tenham a possibilidade de realizar trocas ou horas extraordinárias no Serviço de Urgência, sendo certo que a disponibilidade para o fazer não constitui um dever dos médicos. Por outro lado está a ser violado o princípio da justiça e da razoabilidade. Estes princípios estão densificados no Código do Procedimento Administrativo e são particularmente relevantes em sede de relações laborais”. Essa mentalidade de “quem não ‘colabora’ deve ser preterido/castigado/enviado para o Tarrafal ou Sibéria” é perigosamente doentia, salazarenta e estalinista. Iremos comunicar à IGAS esta ilegalidade e ponderaremos um procedimento disciplinar.

Os nossos níveis de perplexidade elevam-se quando tomamos conhecimento que as seis médicas Internas do primeiro ano de Medicina Interna são ilegalmente escaladas sozinhas na Urgência Interna, numa escala independente do Serviço de Urgência externa, sem

obrigatoriedade explícita de funções de tutela ou apoio dos membros de equipa de urgência da área médica presentes e sem qualquer experiência prévia tutelada, uma questão que talvez vá ser parcialmente resolvida (com internos a tutelar internos?!), infelizmente só depois da reclamação das mesmas (também serão consideradas como 'não colaboradores')! Recordar-se que já em várias ocasiões os médicos Internos escalados na Urgência Interna foram obrigados a fazer transporte inter-hospitalar de doentes críticos deixando desguarnecida a Urgência Interna...

Sugiro que nos próximos transportes de doente crítico, demonstrando o seu espírito de colaboração com o Hospital, seja mobilizada a Directora Clínica, na ausência de outra alternativa, melhorando o acompanhamento dos doentes críticos com uma Assistente Hospitalar Graduada Sénior de Cirurgia Geral e evitando que a Urgência Interna fique desprotegida ou entregue a médicos com outras funções...

Poderia continuar a desfiar o rol de disfuncionalidades, como, por exemplo, Internos do segundo ano, ainda sem terem a formação apropriada, a serem obrigados a assumir a responsabilidade da Unidade Médico-Cirúrgica da Urgência (não pode voltar a repetir-se!), mas creio que já poderei ficar por aqui.

Finalmente, reitero a necessidade do Hospital de Santarém respeitar, sem enviesamentos nem invenções, o Regulamento do Interno no Serviço de Urgência, já publicado na Revista da Ordem dos Médicos. Estaremos vigilantes.

Cara Colega, se aceita cargos públicos e não consegue ou não pode resolver os problemas, está exposta e tem de estar preparada para

as críticas públicas; se os resolver e a instituição funcionar bem, terá direito a justos elogios públicos. Se comete ilegalidades e não as corrige, está exposta a críticas e a processos. Se pretende ser apenas uma obediente cumpridora de ordens da tutela, mesmo quando estas colidem com o nosso Código Deontológico e com os legítimos direitos dos doentes, não terá a solidariedade, nem a compreensão, da Ordem dos Médicos. Se for uma acérrima defensora dos 'seus' profissionais, dos 'seus' doentes e da qualidade dos cuidados de

saúde prestados no 'seu' hospital, será credora da nossa solidariedade, compreensão, reconhecimento e aplauso. Se não está preparada para as dificuldades do cargo e para respeitar a ética e a legalidade, ou se a tutela não lhe dá condições suficientes para prover as necessidades do Hospital, demita-se. Iremos estar particularmente atentos ao que se passar no Hospital de Santarém.

Com os mais cordiais cumprimentos,

José Manuel Silva

publicidade

Bolsa de Avaliadores Comissão de Avaliação de Medicamentos

A Comissão de Avaliação de Medicamentos (CAM) é um órgão consultivo do INFARMED, responsável pela análise técnico-científica dos novos medicamentos.

Constituição da Bolsa de Avaliadores

O INFARMED, I.P., pretende constituir uma Bolsa de Avaliadores para a Comissão de Avaliação de Medicamentos (CAM).

Descrição das funções

Avaliações de medicamentos, designadamente autorizações de introdução no mercado e outros assuntos de carácter técnico relacionados com medicamentos.

Perfil técnico de avaliador

- Formação universitária com experiência especializada nas áreas das ciências médicas ou farmacêuticas.
- Conhecimentos e competências na área específica a que se candidata.
- Ausência de interesses, financeiros ou outros, em qualquer entidade sujeita às atribuições do INFARMED, I. P., que sejam suscetíveis de afetar a sua imparcialidade e independência.

Condições

Os membros da CAM têm direito a uma compensação própria pela emissão dos pareceres que lhe sejam solicitados.

Candidaturas:

- As candidaturas devem ser formalizadas conforme formulário disponível em <http://www.infarmed.pt/> e deverá incluir uma carta de motivação e uma nota curricular (máximo de duas páginas) que servirão de base aos critérios de avaliação das candidaturas. As candidaturas estão abertas nas seguintes áreas de especialidade:
- Área clínica: cardiologia, dermatovenereologia, doenças infecciosas, endocrinologia, farmacologia clínica, gastroenterologia, genética médica, ginecologia / obstetrícia, hematologia clínica, imunoalergologia, medicina geral e familiar, medicina interna, nefrologia, neurologia, oncologia médica, pneumologia, psiquiatria, reumatologia.
 - Biodisponibilidade e bioequivalência.
 - Estudos não clínicos (farmacologia ou toxicologia).
 - Qualidade do medicamento.

Informação adicional consulte

www.infarmed.pt



Compensação por intervenção em diligências judiciais

A OM foi questionada por um colega a propósito do ressarcimento de despesas decorrentes das sistemáticas solicitações para acompanhamento em tribunal em ações periciais ou diligências associadas a processos de investigação ou ações decorrentes de atos médicos - onde se torna necessária a presença legal de um representante da Ordem dos Médicos para garantia da correta aplicação dos princípios éticos e deontológicos. Estas participações incluem acompanhamento de perícias e buscas, esclarecimentos de interrogatórios, etc. Na sequência das questões colocadas pelo colega, o departamento jurídico emitiu um parecer sobre compensação por intervenção em diligências judiciais, o qual passamos a transcrever.

O Médico ... apresentou uma exposição na qual, em síntese, reclama pela falta de compensação das diversas intervenções que tem tido em diligências judiciais, nas quais, para além de despender muitas horas, suporta, ainda, despesas com a alimentação.

Vejamos, pois a legislação aplicável.

Em conformidade com o estabelecido no artigo 17.º do Regulamento das Custas Processuais, as entidades que intervenham nos processos ou que coadjuvem em quaisquer diligências, salvo os técnicos que assistam os advogados, têm direito às remunerações previstas no Regulamento.

A remuneração é fixada numa das seguintes modalidades, tendo em consideração o tipo de serviço, os usos do mercado e a indicação dos interessados:

- a) Remuneração em função do serviço ou deslocação;
- b) Remuneração em função do número de páginas ou fracção de um

parecer ou relatório de peritagem.

Assim, uma vez terminada a diligência, o interessado deve requerer que lhe seja pago o serviço realizado, indicando o respectivo valor e, em item separado, deve requerer também o pagamento das despesas de transporte que se justifiquem e desde que não tenha sido disponibilizado transporte pelo tribunal.

O pagamento será feito se o montante pedido estiver contido na tabela existente, que prevê como valor mínimo 1 UC (Unidade de Conta) e máximo 10 UC.

A UC tem actualmente o valor de € 102,00.

O requerimento tem de ser apresentado até ao encerramento da audiência.

Atento o exposto, o Dr. ..., deve apresentar requerimento nos processos em que tenha tido intervenção nos termos acima expostos, caso eles ainda não tenham terminado.

Juntam-se, para o efeito, as mi-

nutas respectivas, que devem ser adaptadas às circunstâncias concretas de cada caso.

Esta informação é aplicável a todas as situações em que os médicos sejam nomeados como peritos, consultores técnicos ou como representantes da Ordem dos Médicos em diligências judiciais de busca a consultórios ou instalações de médicos.

Faz-se nota de que, sempre que a intervenção nos processos tenha lugar na qualidade de testemunha o valor que é devido é menor pois apenas visa compensar as despesas com a deslocação, e deve também ser requerido o seu pagamento até ao encerramento da audiência.

Para estas situações em que os médicos apenas são chamados como testemunhas* existe uma minuta que se encontra disponível no site da Ordem dos Médicos há alguns anos.

A Consultora Jurídica,
Paula Quintas

2016-08-30

*Nota da redação: na ROM de Junho de 2014 (que pode ser consultada em www.ordemdosmedicos.pt) publicámos uma informação do departamento jurídico em que se explica como proceder para receber honorários por peritagem médica. O direito ao pagamento de honorários abrange tanto os médicos que sejam designados pela OM como peritos, como os relatores de pareceres pedidos pelos tribunais. A informação sobre a compensação devida às testemunhas em processos judiciais foi publicada na revista de julho/agosto de 2012, que também pode ser consultada no site nacional.

Minutas:

Minuta 2 (representante da OM para buscas a consultório /clínica, ou outras instalações de médicos) que deve ser adaptada à situação concreta

TRIBUNAL DE (identificação do Tribunal e Secção)
PROCESSO N.º

Exmo. Senhor
Dr. Juiz de Direito

[NOME], tendo sido nomeado pela Ordem dos Médicos para acompanhar a diligência de busca ao ..., realizada no processo supra identificado, vem requerer a V. Ex.ª, ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 17.º do Regulamento das Custas Processuais, que determine que lhe seja feito o pagamento do serviço prestado, no montante total de € ..., tendo em consideração o tempo despendido na diligência que, conforme ressalta dos autos, teve a duração de x horas.

Mais requer que lhe sejam pagas as despesas de transporte entre o local da sua residência, sita na ..., e o Tribunal, num total de x km, a que acrescem as portagens.

E.D.

Minuta 1 (consultor técnico) que deve ser adaptada à situação concreta

TRIBUNAL DE (identificação do Tribunal e Secção)
PROCESSO N.º

Exmo. Senhor
Dr. Juiz de Direito

[NOME], tendo sido convocado para prestar esclarecimento enquanto consultor técnico no dia ..., no processo em epígrafe, vem requerer a V. Ex.ª que determine que lhe seja feito o pagamento do serviço prestado, no montante total de € ..., tendo em consideração o seguinte:

1. Tempo despendido na diligência – ... horas, já que a mesma teve início às ... horas e fim às ... horas;
2. A especial diferenciação da matéria e o tipo de esclarecimentos prestados, tudo como melhor consta da documentação da diligência;
3. Despesas de transporte entre o local da sua residência, sita na ..., e o Tribunal, num total de x km, a que acrescem as portagens..

E.D.

Homologação de pós-graduação em “Gestão e Direção dos Serviços de Saúde”

O Conselho Nacional de 16.09.2016, homologou o parecer do Colégio de Competência de Gestão dos Serviços de Saúde sobre a pós-graduação em “Gestão e Direção dos Serviços de Saúde” da Porto Business School: “Vem a Direção da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde, comunicar a V. Exa. que em reunião de 2 de julho de 2016, após a análise da documentação da candidatura apresentada pela Porto Business School, foi decidido por unanimidade homologar a Pós-Graduação em “Gestão e Direção dos Serviços de Saúde”, já que esta cumpre os requisitos exigidos no ponto 3 dos Critérios de Admissão na Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos.

De realçar que o Coordenador desta Pós-Graduação aceitou incluir no Plano Curricular existente a unidade “Ética e Deontologia”, constituída em 3 sessões de duas horas (1 sessão em cada ciclo do Curso).

Dado que esta Pós-Graduação se destina a Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos e Técnicos Superiores de Saúde que pretendam uma especialização em Gestão e Direção de Serviços de Saúde, é entendimento desta Direção que a frequência desta UC terá que ter carácter obrigatório de frequência e avaliação para todos os alunos que frequentem a Pós Graduação.”



A Constituição e o futuro de Portugal

No dia 22 de Setembro, o Auditório da Ordem dos Médicos, em Lisboa, recebeu o constitucionalista Jorge Miranda, no âmbito do ciclo de conferências "Que Futuro?". O conferencista abordou temas como o passado, presente e futuro da Constituição, enquadramento de Portugal no mundo e que condições para enfrentar o futuro, numa conferência permeada por um grande pessimismo quanto a um mundo em que os titulares dos cargos políticos parecem não saber o que é a *res publica* e em que não há racionalidade nos conflitos internacionais. Mas Jorge Miranda ainda tem alguma esperança para um país cuja Constituição é estudada por outros países como um bom exemplo...

No ano em que se comemoram quatro décadas da Constituição portuguesa, aprovada em abril de 1976, Jorge Miranda começou a sua intervenção analisando as origens do documento que regula os princípios, deveres e direitos fundamentais, desmistificando alguns dos equívocos que houve a propósito da Constituição. "A Constituição não foi feita num laboratório nem numa faculdade; foi o produto de circunstâncias históricas bem definidas", num contexto internacional que também era complexo (com o Maio de 68 ainda muito presente, o fim da guerra fria e da guerra do Vietna-

me, tudo circunstâncias que "levaram à radicalização da política em Portugal"). "Mesmo assim foi possível realizar um recenseamento eleitoral de raiz antes do final de 1974", no qual se recensearam 6,5 milhões de cidadãos. Os partidos foram-se organizando, recordou, e no início de 1975 a opção era haver eleições com um pacto MFA-partidos ou não se fazerem eleições. "A opção foi fazer eleições. (...) Uns acreditavam que a legitimidade democrática ia prevalecer, outros achavam que se dissolvia a assembleia constituinte...". O clima político não se acalmou e depois do verão quente veio aquilo a que Jor-

ge Miranda se refere como o "outono escaldante", que culminaria com o 25 de novembro, golpe cujo fracasso faria com que começasse a mudar o ambiente político no país. "Entretanto a Assembleia Constituinte foi aprovando normas". Jorge Miranda recordou Barbosa de Melo* que, nas suas palavras, foi "um dos constituintes mais importantes e dos que mais defendeu o direito à dignidade humana", que morreu poucos dias antes desta conferência. Na formulação da Constituição não houve dificuldades quanto ao estabelecimento dos direitos fundamentais. O problema foi com os direitos

sociais pois não se conseguia conciliar a visão do PCP, PS, PPD,... “O campo dos direitos sociais espelha essas várias concepções”, mas no que se refere à organização do poder político “houve uma preocupação muito democrática”, sublinhou o conferencista, exemplificando com a consagração do poder de representação popular. “A partir de 1976 a evolução da Constituição é no sentido de se consolidar a democracia pluralista”, explicou Jorge Miranda, enquadrando os anos seguintes e a importância nesse processo de consolidação de eventos como o pedido de adesão à Comunidade Económica Europeia em 1977, a adesão à Convenção dos Direitos do Homem em 1978 e das eleições de 1980, que permitiram a primeira revisão constitucional de 1982, na qual se suprimiria o Conselho da Revolução. “Desde 1820 que não tínhamos uma situação como esta pois, de uma forma ou de outra, os militares tinham sempre um protagonismo enorme na vida política; (...) mesmo durante o salazarismo havia sempre oficiais na chefia do Estado”.

Avaliando o Estado de Direito Democrático do país, Jorge Miranda referenciou como se conseguiram criar relações muito positivas entre Portugal e os países africanos e outras questões igualmente po-

sitivas como o “reforço dos direitos fundamentais”, com uma abertura ao mundo e uma Constituição que é estudada noutros países. “Encontrámos um certo equilíbrio”, naquilo que definiu como sendo “um apaziguamento constitucional”. Para o constitucionalista e professor jubilado da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, a dignidade da pessoa humana, o pluralismo e a descentralização são valores sempre essenciais da Lei Fundamental e que considera que foram respeitados e salvaguardados. Mas, quanto à situação geral do país, o conferencista confessou-se “muito mais pessimista”: “desde logo por causa da situação complexa da Europa e do mundo”, facto que “pesa para um país pequeno virado para o mundo, como é o nosso”. Jorge Miranda considera que o cenário mundial atual é o “pior desde a II Grande Guerra”. “Muitos dizem ter soluções mas vejamos, por exemplo, o caso da reforma do Estado: ainda temos uma estrutura que remonta ao tempo de Salazar e que foi por ele criada nos anos 30!”. Segundo Jorge Miranda, esta é uma área em que “não houve evolução a não ser as agências de regulação, as quais, por vezes, tenho dúvidas se funcionam”. Outras questões que considerou negativas e como sendo retroces-

sos, em vez de reformas, foram a “banalização das ordens profissionais” e “as 35 horas para os funcionários públicos”. “É um retrocesso! E os outros profissionais? Os agricultores? Os farmacêuticos? Os taxistas?”, questionou. “Os médicos ou os enfermeiros que têm uma responsabilidade enorme é uma situação completamente diferente da de um funcionário público de uma secretaria...”

Maior respeito na saúde e no ensino (“e muito mais investimento nestas áreas”), adequação do sistema judiciário e diminuição das desigualdades são condições obrigatórias para Portugal enfrentar o futuro, segundo Jorge Miranda que salientou as deficiências do sistema de ensino. “Na área das ciências sociais há uma crise manifesta” e no campo da saúde considerou que o SNS ainda funciona, “apesar de tudo”, mas que devia estar melhor.

Jorge Miranda falou da necessidade de existir um “direito fiscal justo e que contribua para o progresso da economia” pois “a área em que estamos pior é precisamente a economia onde se verificam algumas medidas de caráter fiscal que, no mínimo, considero estranhas”. Ainda com o pensamento na economia nacional, o constitucionalista não escondeu a sua perplexidade por continuarem, to-



dos os anos, a acontecerem tantos incêndios, resultado do “desleixo do Estado e dos proprietários”. “Todos os anos é isto: os incêndios a consumirem e destruírem uma riqueza enorme”.

Além do pessimismo económico, Jorge Miranda confessou-se igualmente pessimista quanto à “ética republicana” e exemplificou com o caso do secretário de Estado que foi a França a custas de uma empresa: “Em qualquer país democrático bem estruturado, o secretário de Estado teria sido imediatamente demitido”. Recordando o étimo da palavra República, declarou como o “desinteresse pela coisa pública” o aflige e deu exemplos do que defende com o intuito de criar um maior respeito pela *res publica*: “devia haver limitação de mandatos, não deviam existir mordomias em consequência do exercício de cargos públicos”, não deviam existir passagens promíscuas entre cargos, “são coisas que, na nossa classe política, me causam desgosto (...) pois há todo um conjunto de fenómenos de compadrio e conluio entre vida política e vida económica”. Lamentavelmente, este tipo de situações foi referida pelo conferencista como representando uma crise de valores profunda e internacional e exemplificou com o caso do ministro dos negócios estrangeiros alemão que dizia que era doutorado, mas não era, e que geria uma *off shore* nas Bahamas (que teve que se demitir). “Não há democratização na Europa”, afirmou, ao referir que o Parlamento Europeu “conta muito pouco”. Especificamente sobre o enquadramento nacional, Jorge Miranda lembrou que “o orçamento que vamos ter que cumprir vai ser aprovado em Bruxelas e não pelos nossos deputados democraticamente eleitos”. É preciso “tirar todas as ilações políticas



da consciência de que um político está ao serviço da *Res Publica*”. “Temos que ser muito exigentes com os titulares dos cargos políticos e exigir o máximo rigor, sem ter medo”. E quanto aos titulares dos cargos, não hesitou em referir que “as pessoas têm que ter vergonha nas atitudes que tomam”. Sobre a posição de Portugal, num mundo em que há cada vez mais desigualdades, em que há guerra no norte da Nigéria, na Síria, etc. e em que o Estado Islâmico multiplica a sua influência, Jorge Miranda classificou-a como sendo “preocupante” pois no tempo da guerra fria ou da crise dos mísseis de Cuba “havia alguma racionalidade que evitou a guerra” mas “o que se está a assistir hoje em dia não tem qualquer racionalidade”, concluiu.

Antecipando os desafios futuros da Lei Fundamental, falou sobre a necessidade de reforçar os poderes em relação à Europa. Alertou ainda que nas regiões autónomas, em algumas áreas, se foi longe demais na autonomia pois “é chocante

que no valor da cobrança de um imposto nacional a receita fique nas regiões autónomas”.

O constitucionalista quis terminar a sua descrição da visão sobre o futuro do nosso país de uma forma positiva, deixando uma nota de esperança pois “Portugal tem, 900 anos de história em que sobrevivemos a muitas crises e uma identidade forte com ligações muito boas com os PALOPs, (...) Temos recursos marítimos que não têm sido acautelados, é certo, mas que ainda podem dar consistência ao nosso país e temos uma constituição democrática”.

* Nota da redação: António Barbosa de Melo, investigador e professor catedrático da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, integrou, em 1974, a Comissão para a elaboração da lei eleitoral para a Assembleia Constituinte, da qual foi também deputado. Nesse período foi, a par de Jorge Miranda, uma das vozes mais empenhadas em consagrar as normas constitucionais que salvaguardassem o pluralismo democrático e a liberdade económica na Constituição da República Portuguesa.



Protocolo de relacionamento ético entre IF e médicos



Na sequência das alterações introduzidas ao Código Deontológico da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA) para as práticas promocionais da indústria farmacêutica (IF) e para as interações com os profissionais de saúde e instituições, organizações ou associações constituídas por profissionais de saúde, e com o contributo da Associação dos Médicos Portugueses da Indústria Farmacêutica (AMPIF), procedeu-se a uma revisão do protocolo existente de modo a regular as relações entre a IF e a Ordem dos Médicos (OM), no sentido de criar regras de transparência, que tornem ainda mais rigorosos os princípios e procedimentos adotados. O protocolo sobre relacionamento ético foi assinado no dia 28 de setembro e está disponível para consulta no site nacional da OM.

A colaboração entre a APIFARMA e a Ordem dos Médicos foi encetada em 1992 com o objetivo de criar um canal de comunicação que permitisse obviar pedagogicamente eventuais infrações cometidas pelos respetivos membros aos Códigos Deontológicos de ambas as Instituições, ao Decreto-Lei n.º 72/91, de 8 de fevereiro e à Diretiva 92/28/CEE, de 31 de março, referente à publicidade de medicamentos para uso humano. Em 2002 as instituições signatárias firmaram um protocolo que foi revisto em 2016. Com este protocolo regulam-se as relações entre a indústria farmacêutica e os médicos, concretizando os procedimentos necessários à

prossecação dos princípios e re-

gras deontológicas vigentes, no respeito pela saúde e vida dos doentes. Pretende-se com esta regulamentação desenvolver regras que tornem ainda mais rigorosos os princípios e procedimentos adotados, nomeadamente no que respeita às condições de atribuição de apoios e aos critérios de reconhecimento de idoneidade técnica, científica e pedagógica aos eventos cuja participação possa ser apoiada. Neste protocolo (que pode ser consultado em www.ordemdosmedicos.pt) definem-se metodologias para a OM proceder à avaliação conducente a uma decisão relativa ao reconhecimento de idoneidade dos eventos.

Presentes na assinatura do protocolo estiveram o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, o presidente da direção da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, João Almeida Lopes e o secretário-geral da Associação dos Médicos Portugueses da Indústria Farmacêutica, Miguel Pais de Ramos, tendo todos sido unânimes em realçar a importância deste protocolo tripartido. José Manuel Silva manifestou o interesse em manter o protocolo atualizado, interesse comum às três instituições, enquanto João Almeida Lopes salientou que “os tempos que vivemos exigem transparência”.



Consequências sanitárias do TTIP

O TTIP - *Transatlantic Trade and Investment Partnership* e as suas consequências sanitárias foram o tema abordado na conferência que se realizou na Ordem dos Médicos, em Lisboa, no dia 7 de outubro. O encontro contou com as intervenções de José Manuel Silva (bastonário da Ordem dos Médicos), Jorge Sampaio (ex-Presidente da República Portuguesa) e dos representantes espanhóis José Bono Martínez (ex-presidente do *Congreso de los Diputados*) e Juan José Rodríguez Sendín (presidente *Consejo General de Colégios*). Todos os intervenientes foram unânimes em alertar para a necessidade de excluir deste tratado as questões relacionadas com a saúde e reiteraram a importância de que quaisquer negociações sejam pautadas pela máxima transparência e pela defesa intransigente do interesse público, pois todos consideram alarmante o facto de, inicialmente, as negociações do TTIP terem sido conduzidas com grande secretismo.



Jorge Sampaio (ex-Presidente da República Portuguesa), Juan José Rodríguez Sendín (presidente *Consejo General de Colégios*) e José Bono Martínez (ex-presidente do *Congreso de los Diputados*)

A primeira intervenção da tarde foi efetuado por **José Manuel Silva** que começou por recordar como o Tratado Transatlântico, “um tratado dito de livre-comércio entre os EUA e a UE”, é, para muitos, “o cavalo de Tróia das grandes multinacionais” que surge num momento de “globalização selvagem e desregulada” e em que a União Europeia devido a “uma desindustrialização acelerada” e à “quase estagnação económica” se encontra “numa complexa encruzilhada, com um elevado desemprego, precariedade, austeridade, acentuação das desigualdades e desagração



Jaime Teixeira Mendes, Jorge Sampaio, José Manuel Silva, Juan José Rodríguez Sendín e José Bono Martínez

do Estado Social”, condições que a deixam naturalmente vulnerável. Referindo-se ao capitalismo desregulado que penaliza sempre os mais frágeis e que é “o pior inimigo das pessoas”, José Manuel Silva recordou o título de um editorial do *British Medical Journal*, de dezembro de 2014, onde se lia “como o capitalismo do século XXI nos está a trair”, salientando que é necessária uma profunda transformação democrática deste sistema. “Do outro lado do Atlântico e precisamente pelas mesmas razões, a economia americana também enfrenta os mesmos graves problemas, mau grado os permanentes estímulos da Reserva Federal, permitindo alarmantes fenómenos como Donald Trump. Nesta situação complexa, os grandes interesses corporativos das multinacionais desejam elevar a fasquia

a novos paradigmas de controlo e poder no comércio internacional, para conseguirem implementar as suas estratégias e continuarem a aumentar os lucros, a todo o custo, a uma escala cada vez mais global. O TTIP, inicialmente negociado debaixo de um enorme secretismo, corresponde exatamente a este paradigma, já que aponta não apenas ao livre-comércio mas sobretudo ao alargamento e à salvaguarda dos lucros das grandes multinacionais, colocando-os fora do alcance de todas as instâncias de poder atuais, quer sejam Estados, grupos de Estados, ONU, tribunais internacionais ou quaisquer outras”, alertou. Segundo o bastonário da OM, o TTIP, “com o fito de agilizar e desregular o comércio entre os dois lados do Atlântico”, “procura pulverizar todas as barreiras legais que

o condicionam, sejam elas direitos dos consumidores, direitos laborais, normas de saúde pública, ativos e empresas estatais, proteções ambientais, privacidade e liberdade na NET, políticas públicas relativas a medicamentos, mineração, infraestruturas, combustíveis, agricultura, etc.” referindo-se aos riscos dessa abordagem, explicou como se pretende “nivelar por baixo” pois “as normas americanas são muito mais permissivas”, nomeadamente com a inclusão de um capítulo designado por ISDS (*Investor-to-State Dispute Settlement*) “que visa resolver de forma célere, sigilosa e desigual os conflitos entre os investidores e os Estados, sempre que os primeiros vejam ameaçados os seus lucros presentes ou futuros por decisões políticas dos governos”. Caso o tratado avançasse, “os governos

“O TTIP aponta sobretudo ao alargamento e à salvaguarda dos lucros das grandes multinacionais, colocando-os fora do alcance de todas as instâncias de poder atuais”
– José Manuel Silva



“Ninguém deve ser ingênuo quanto às ameaças que o TTIP pode colocar ao Serviço Nacional de Saúde português e ao modelo social europeu” – José Manuel Silva

ficariam totalmente manietados e impossibilitados de agir na defesa do bem comum perante um diretório internacional tipo Clube de Bilderberg”, cujo objetivo seria reforçar o consenso em torno do capitalismo ocidental de mercado livre e os seus interesses, legitimando um novo paradigma de “comércio livre e poder absoluto das grandes multinacionais, que faria com que os valores da cidadania, da democracia, da soberania e da própria liberdade fossem profundamente afetados e limitados”.

Embora os defensores do tratado transatlântico aleguem que a assinatura do TTIP e dos tratados congêneres “constituiria um forte estímulo para a economia mundial”, existem estudos que demonstram que o “PIB da União Europeia decresceria, com redução dos salários e aumento do desemprego”, advertiu José Manuel Silva.

Especificamente no setor da Saúde, com o TTIP, “as grandes empresas farmacêuticas poderiam reforçar as patentes dos principais medicamentos de referência de modo a fazer disparar o seu preço e a restringir bastante o uso de genéricos”, um panorama em que, a verificar-se, os serviços estatais não poderiam suportar os custos acrescidos o que teria graves e evi-

dentos prejuízos para os doentes. Foi neste cenário que as Ordens dos Médicos portuguesa e espanhola entenderam organizar esta conferência para promover o debate com transparência e na defesa do interesse público nas negociações do TTIP pois, como sublinhou José Manuel Silva: “não podemos permitir que os serviços públicos, como a Saúde, Educação e Segurança Social, três dos pilares fundamentais das sociedades europeias, sejam abertos ao comércio internacional desregulado! Os prestadores públicos simplesmente não seriam capazes de competir com o poder global das multinacionais e acabariam por soçobrar, com grave prejuízo das pessoas e dos Estados”. Se inicialmente não se conheciam as posições da Comissão Europeia, “hoje sabe-se que muitas preocupações foram incorporadas nas mesas de negociação, sendo colocadas proteções para os serviços públicos fundamentais, como a Saúde” e já é público que a

Comissão Europeia e o Parlamento Europeu terão assumido a posição de que, sem proteção da Saúde Pública e dos Serviços Públicos de Saúde, não haveria acordo mas “os Estados Unidos estão a pressionar fortemente na defesa dos seus interesses”. “Ninguém deve ser ingênuo quanto às ameaças que o TTIP pode colocar ao Serviço Nacional de Saúde português e ao modelo social europeu”, alertou o bastonário da OM, antes de passar a palavra aos restantes oradores.

Números que têm rosto e nome: 1/3 das pessoas não tem acesso a medicamentos essenciais

Jorge Sampaio, ex-presidente da República, iniciou a sua intervenção referindo que esta é uma matéria muito “complexa e incerta” e que paira uma grande incerteza



Não se pode “diminuir a capacidade dos Estados na defesa dos interesses nacionais” – Jorge Sampaio

“Como é que é possível que os governos não se imponham e não obriguem a que se fixe um preço justo que não seja abusivo?!”

- José Bono Martinez

quanto ao futuro do Tratado pois não se sabe se as negociações foram suspensas ou se foram abandonadas definitivamente. Sem se pronunciar nem a favor nem contra o Tratado Transatlântico, mas referindo ser, por norma, favorável em termos gerais aos tratados internacionais por serem instrumentos de regulação de uma globalização que “não se autorregula” e que podem favorecer os países pequenos como Portugal na defesa dos seus interesses, Jorge Sampaio referenciou a necessidade de, pelo menos, se questionar e avaliar “a bondade de um tratado como o TTIP”, numa época de mudança profunda, nomeadamente do ponto de vista do equilíbrio de poderes a nível global, contextualizou, referenciando o fim da guerra fria, o futuro pós-brexit, a crise financeira de 2008 e o 11 de setembro, como fatores que abrem brechas e criam ameaças à paz e prosperidade no mundo, contribuindo para que vivamos momentos em que os consensos internacionais são mais difíceis de alcançar. Denota-se “uma crescente incapacidade para encontrar soluções para os desafios e ameaças” referiu, exemplificando com a guerra na Síria, o combate ao terrorismo, a crise dos re-



fugiados, a luta contra o ébola ou o zika, o desemprego dos jovens ou o aumento das desigualdades sociais. Jorge Sampaio referenciou cinco desafios que a Europa enfrenta e a que tem que dar resposta:

- problemas económicos (como reativar a economia e como torná-la mais competitiva a nível global);
- problemas do euro (como gerir melhor a questão das dívidas soberanas?);
- problemas sociais (entre eles, o desemprego);
- problemas de segurança (como o controlo das fronteiras e as migrações, necessitando dar resposta à crise de Schengen e à crise dos refugiados);
- crise de confiança (“num modelo de governo que evidencia falhas e crescentes insuficiências”).

Além do contexto europeu, o ex-presidente da República também falou sobre as alterações da economia mundial, com as novas economias emergentes como a China ou Taiwan que, juntamente com o Japão, “dominam grande parte do comércio, do fluxo de matérias primas, dos recursos energéticos e da produção industrial à escala global”, num contexto de intensa competição

que está muito centrado nas relações comerciais entre os EUA e a China. Estas relações comerciais envolvem um “vasto conjunto de propósitos estratégicos, geopolíticos e geoeconómicos”.

Em conclusão, e no que se refere ao campo da saúde (medicamentos, patentes, equipamentos médicos, farmacocímicos e agroalimentares), Jorge Sampaio defendeu que se pesem os prós e os contras e que não se nivele por baixo e alertou para a necessidade de dotar os cidadãos de uma proteção adequada dos seus direitos e que não se pode “diminuir a capacidade dos Estados na defesa dos interesses nacionais”.

José Bono Martínez, ex-presidente do Congresso dos Deputados espanhol, começou por referenciar que uma em cada três pessoas no mundo não tem acesso aos medicamentos essenciais (número que sobe para 50% quando analisamos os países menos desenvolvidos), “números que têm rosto e nome”. Segundo José Bono Martínez é preciso lutar pelo acesso aos medicamentos necessários e essenciais porque o contrário traduz-se numa “violação do direito humano à saúde e aos cuidados de saúde”. Durante a sua intervenção, em que defen-



“O que interessa que digam que o TTIP não irá afetar o nosso sistema de saúde se depois criarem condições que obriguem os nossos médicos a emigrar?”

- Juan José Rodríguez Sendin

deu o acesso aos avanços e inovações terapêuticas, referiu alguns números de grande relevo que cita de um estudo de 2015 sobre o acesso a novos medicamentos no contexto da hepatite C (estudo da autoria de Pedro Pita Barros, Fernando Lamata et al):

- “mais de 35 mil milhões de euros é o valor que a indústria farmacêutica gasta, por ano em *marketing*”;

- “25 mil milhões de euros é o valor gasto em investigação”;

- “140 milhões de seres humanos têm hepatite C, dos quais 700 mil morrem anualmente devido à doença”;

- “os medicamentos não chegam a 1% dos doentes por que são caros”;

- “um tratamento que custa 42 mil euros por pessoa - preço médio pago nos países da OCDE - e 74 mil euros nos EUA, custa, para a indústria farmacêutica, cerca de 300 euros, já incluindo os custos da investigação”.

Desses números, José Bono Martínez conclui que há falta de transparência no momento dos acordos que se fazem para definir e fixar o preço dos medica-

mentos e que “é preciso obrigar a baixar o preço dos fármacos e definir licenças” porque como referiu o secretário geral das Nações Unidas em 2015, aqui citado por Bono Martínez: “o fracasso nessa redução do preço dos fármacos patenteados está a ter como resultado que milhões de pessoas não tenham acesso aos medicamentos”. “Como é que é possível que os governos não se imponham e não obriguem a que se fixe um preço justo que não seja abusivo?!”, questionou José Bono Martínez. “O preço está a ser calculado com base no custo máximo que o consumidor está disposto a pagar para obter o benefício esperado”, concluiu, recordando que nos países subdesenvolvidos a indústria nem sequer comercializa certos medicamentos porque não tem interesse económico, e salientou que não é contra um sobrepreço que ressarcie o investimento na investigação e inovação mas que deverá ser um preço justo e que não impeça o acesso aos medicamentos pois, como salientou, o atual sistema de patentes é “perverso”. Essa é precisamen-

te uma das matérias que o TTIP pode, em sua opinião, influenciar negativamente: “o TTIP vai servir para reforçar o sistema de patentes” e trará um “menor controlo de riscos para a saúde pública, uma penalização dos Estados, com um aumento imparável dos preços dos medicamentos, ao blindar o atual sistema de patentes”.

Quem disser que Portugal e Espanha gastaram acima das médias da OCDE mente!

Juan José Rodríguez Sendin, presidente da OMC, defendeu na sua intervenção a necessidade de “ir contra a corrente” e ironizou “agora já sei para que servia a matemática que aprendi no curso: é para que não me mintam e para não deixar que me enganem. Portugal e Espanha nunca gastaram acima das médias da OCDE e quem disser o contrário mente!”, referiu enquadrando os cortes generalizados e na saúde que nos últimos anos penalizaram os cidadãos dos dois países, com

violação do “pacto que se firmou após a segunda Guerra Mundial e que nos permitia sonhar que os nossos filhos poderiam ter um futuro melhor. (...) Afinal, quem tinha muito dinheiro agora tem mais, e os rendimentos do trabalho, pelo contrário, diminuiram muito”, referiu aludindo à transferência da riqueza para o mundo do capital. Em Espanha desapareceram 45.000 postos de trabalho (30.000 enfermeiros e 10.000 médicos), com “consequências tremendas”: “a doença mais grave que nos aparece na consulta de medicina geral e familiar, hoje em dia, é a pobreza”, sublinhou. “As pessoas choram na consulta; vivemos tempos de pobreza sem precedentes nas últimas décadas”, referiu considerando que a crise está fora de controlo. “Vamos sacrificar tudo o que conseguimos em termos sanitários? Vamos permitir que uma pessoa que não tenha recursos financeiros fique sem tratamento e morra?” “Os governos não controlam os preços dos medicamentos. Em Espanha baixaram a despesa com saúde

mas aumentaram a despesa com medicamentos”, referiu Rodriguez Sendin alertando que os governos não podem continuar a submeter-se aos monopólios internacionais. “Não podemos continuar tão dependentes da indústria farmacêutica, a qual já não é mais do que um conjunto de conglomerados financeiros que compram e vendem as moléculas à melhor oferta”.

Referindo não ser contra os Tratados de Livre Comércio, o presidente da OMC defendeu que apenas se opõe às consequências negativas diretas e indiretas que o TTIP pode trazer para os nossos sistemas públicos de saúde, como seria o caso da consolidação e perenização das patentes. Existem ainda outras questões que têm que ser acauteladas pois, como referiu Rodriguez Sendin: “o que interessa que digam que o TTIP não irá afetar o nosso sistema de saúde se depois criarem condições que obriguem os nossos médicos a emigrar?”

A conferência foi moderada pelo jornalista Júlio Magalhães e contou ainda com a presen-

ça e intervenção do presidente do Conselho Regional do Sul da OM, Jaime Teixeira Mendes (cuja a posição se encontra resumida nesta edição da ROM, nas páginas da SR Sul) e de outros representantes da OM, como Maria de Lurdes Gandra (S.R. do Norte), João Grenho (S.R. do Sul) e José Santos (coordenador do departamento internacional da OM). Após a mesa redonda que finalizou o encontro, no encerramento, José Manuel Silva manifestou a sua esperança de que os 28 países da União Europeia possam falar a uma só voz na defesa dos interesses dos seus cidadãos, numa Europa solidária que não podemos esperar que se construa de um momento para o outro ou sem termos que ultrapassar momentos de sobressalto, construindo uma Europa mais unida, mas também um mundo mais unido: “É uma obrigação social que todos temos que cumprir; não é um caminho fácil mas tem que ser percorrido.”





Lisboa vai acolher o 46º Congresso da International Society for the History of Medicine

Foi durante a edição deste ano, que se realizou em setembro na Argentina, que a candidatura portuguesa foi apresentada e aceite com entusiasmo pelos membros da International Society for the History of Medicine. O 46º congresso dessa sociedade realizar-se-á de 3 a 7 de setembro de 2018 na Reitoria da Universidade Nova de Lisboa e divulgamos desde já algumas das temáticas que serão abordadas. Na 45ª edição, Anabela Leitão e Maria do Sameiro Barroso apresentaram duas interessantes comunicações.



Anabela Leitão



Maria do Sameiro Barroso

O 45º Congresso da International Society for the History of Medicine (ISHM), que se realizou nos dias 5 a 9 de setembro na Argentina, reuniu cerca de duas centenas de investigadores de todo o mundo, tendo constituído uma oportu-

nidade única de trocar experiências e saberes, sobretudo no que respeita à História da Medicina na Argentina e na América Latina. Anabela Leitão e Maria do Sameiro Barroso assinalaram a presença portuguesa entre os participantes

desse 45º Congresso. Dando continuidade ao seu trabalho sobre as primeiras médicas portuguesas, Anabela Leitão debruçou-se sobre Amélia Cardia, tendo apresentado a comunicação, “Hysterical fever, a case of atypical fever by Amelia Cardia, one of the first portuguese female medical doctors”.

No âmbito do estudo da litoterapia antiga, uma das linhas de investigação a que se tem dedicado, Maria do Sameiro Barroso apresentou a comunicação, “Malachite, the healing gem of green Nature”. O resumo destas comunicações pode ser lido na área de história da medicina do site nacional da Ordem dos Médicos (www.ordemdosmedicos.pt).

Foi também durante este encontro que a candidatura portuguesa foi apresentada e aceite com entusiasmo. Assim, o 46º congresso

realizar-se-á de 3 a 7 de setembro de 2018 na Reitoria da Universidade Nova de Lisboa. A proposta de candidatura à organização do 46º Congresso da International Society for the History of Medicine, em Lisboa, em 2018, assinada por Amélia Ricon Ferraz, delegada da ISHM em Portugal, António Aires Gonçalves e Maria do Sameiro Barroso, foi apresentada por esta última e aceite, com grande entusiasmo, tanto pelos membros da direção da ISHM como pelos participantes no encontro de 2016, prevendo-se uma grande afluência para o encontro que se realizará na capital portuguesa.

O 46º Congresso da ISHM tem como entidades patrocinadoras iniciais a Ordem dos Médicos, o seu Núcleo de História da Medicina e as três secções regionais, a Universidade Nova de Lisboa e a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Divulgamos em seguida a lista de tópicos previstos para o programa cujo tema geral é “**Medicina portuguesa e medicina no mundo**”:

- 1 - Paleopatologia: investigação atual abordagens científicas;
- 2 - Etnomedicinas, matéria médica antiga e avaliação científica atual;
- 3 - As mulheres na medicina;
- 4 - Hospitais e assistência médica hospitalar;
- 5 - Endemias e epidemias;
- 6 - Venenos, antídotos e medicina forense;
- 7 - O ensino médico;
- 8 - História do pensamento anatómico;
- 9 - Medicina greco-romana, judaica, árabe e medieval;
- 10 - História da cirurgia e obstetrícia;
- 11 - Anestesia e história da dor;
- 12 - Medicina nas Descobertas: medicina oriental e ocidental;
- 13 - Medicina na arte e literatura;
- 14 - Coleções médicas privadas e de museus;
- 15 - Prémios Nobéis da Medicina;
- 16 - Doenças e causas de morte de grandes figuras da história, ciência e medicina, política, arte e literatura;
- 17 - Medicina e guerra;
- 18 - Comunicações livres.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2016

26 de Novembro, sábado, 14h30 - Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos, 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

Errata - Manuel dos Santos Lima - “África: que Futuro?”

Na edição nº 172 de setembro de 2016, na reportagem sobre o VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, a ROM cometeu um erro, tendo trocado a fotografia do escritor e professor universitário, Manuel dos Santos Lima, pela fotografia do bastonário da Ordem dos Médicos da Guiné Bissau, Agostinho N’Dumba. Assim, a imagem que se encontra na página 45 da ROM de setembro pertence ao bastonário da Ordem dos Médicos da Guiné Bissau que participou na mesa “diagnósticos nacionais de saúde” que vem resumida na reportagem nas páginas anteriores. Publicamos, nesta edição, a fotografia correta de Manuel dos Santos Lima, orador na mesa “língua e pátria”, onde efetuou a intervenção “África: que Futuro?”. Pelo lapso, que muito lamentamos, apresentamos as nossas desculpas aos visados.



Pedro Câmara Pestana

Médico interno do ano comum; Editor-chefe da *AMP Student*



AMP Student:
queremos criar
uma cultura de
comunicação
científica

Pedro Câmara Pestana é um jovem médico interno - do ano comum - com algum trabalho desenvolvido na área pedagógica e da educação médica, tanto no Conselho Pedagógico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa como na Associação de Estudantes. Em regime de voluntariado trabalhou em projetos como “Medicina Mais Perto: Moçambique”; do seu percurso, salientam-se ainda 12 anos de escutismo no CNE, como elemento estruturante que contribuiu muito para a sua formação, enquanto pessoa e cidadão. Em 2015 aceitou entrar num projeto inovador que dava os primeiros passos: a *AMP Student*, parte integrante da Acta Médica Portuguesa (AMP). Em 2016 aceita o desafio de coordenar o projeto, como Editor-Chefe, cria uma equipa de trabalho mais alargada e dinamiza a relação com as faculdades de medicina, aumentando substancialmente quer a capacidade de resposta da *AMP Student* quer o número de trabalhos científicos de estudantes de medicina que têm divulgado. A ROM entrevistou o Editor-Chefe da *AMP Student* e dá agora a conhecer o trabalho já desenvolvido e os projetos futuros.

Revista da Ordem dos Médicos – **Fale-nos um pouco da AMP Student.**

Pedro Câmara Pestana - A AMP Student é um projeto muito ambicioso da Acta Médica Portuguesa. Começou em 2015, altura em que entrei como editor associado. O objetivo da AMP Student era criar um espaço de comunicação de ciência para os estudantes de medicina e jovens médicos, que permitisse não só que publicassem os seus trabalhos originais mas que, também através desse trabalho, desenvolvessem competências que curricularmente as faculdades começam a estar atentas mas para as quais ainda não têm oferta estabelecida.

ROM – Os artigos que os estudantes de medicina publicam na AMP Student são indexados?

PCP – Sim, esse era um dos nossos objetivos iniciais: criar um espaço onde os estudantes publicassem de forma indexada, portanto, tal como qualquer outro artigo da AMP. Essa é precisamente a matriz que nos distingue de outras publicações pois, por exemplo, na *Student BMJ* os artigos dos estudantes não são indexados. Na Acta Médica Portuguesa, o artigo de um estudante submetido à secção da AMP Student passa por um processo editorial igual ao de um médico especialista e a única diferença que terá é que destacamos o facto de o autor ser um estudante. O processo de *peer review* é exatamente igual e a qualidade para o superar tem que ser idêntica. A única diferença é de facto a faixa etária.

ROM – Em 2016 passou a Editor-chefe do projeto...

PCP – O meu percurso foi sobretudo ligado à educação médica e à pedagogia, seja no conselho pedagógico seja na associação de estu-



dantes e foi nesse tipo de funções, onde participei em projetos de reformas curriculares ou no desenho e implementação de inquéritos de avaliação de ensino, que acabei por conhecer o Prof. Rui Tato Marinho, que dirige a Acta Médica Portuguesa. Foi um acaso feliz que acabou por me permitir fazer parte, em 2015, como editor associado da equipa pioneira da AMP Student que era coordenada pelo Henrique Cabral. O Prof. Rui Tato Marinho convidou-me para ficar a liderar em 2016. Tendencialmente tenho mais facilidade nas áreas da pedagogia e da educação médica do que na área científica pelo que o desafio exigiu de mim algum estudo e formação na área da edição científica mas aceitei, com a condição de ter autonomia e que me

fosse dado um voto de confiança para poder construir uma equipa e reorganizar a AMP Student, pois tinha como objetivo chegar a mais estudantes. Por entender que a estrutura da AMP Student deve ser democrática e captar os melhores recursos, foi nossa intenção, não só garantir estabilidade para os próximos anos, permitindo a continuidade de pessoas e processos, como iniciar uma procura permanente e ativa do mérito em cada uma das Escolas Médicas, para que os atuais autores, revisores e representantes locais da AMP Student pudessem, mediante a qualidade do seu trabalho, aspirar a ser editor associado e fazer parte do processo decisório ou indicação de nomes para editor-chefe da AMP Student.

ROM – Quanto tempo é um mandato de Editor-chefe da AMP Student?

PCP – Consideramos a renovação importante, por isso, apesar de não haver uma definição formal, decidimos que o mandato seria de um ano, pois é um período que permite a quem entra para a coordenação trazer alguma reorientação e novas ideias mas que, ao mesmo tempo, garante a estabilidade da própria AMP Student, uma vez que parte do corpo editorial se mantém.

ROM – O grupo de trabalho da AMP Student divide-se entre representantes locais e equipa editorial. Pode falar-nos um pouco da importância dessa estrutura?

PCP – Em 2016 a equipa passou a ser constituída por mim, que sou interno do ano comum, como editor-chefe, uma colega, interna do ano comum, que por outros compromissos profissionais abandonou recentemente a equipa, a Rita Ramalho, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, o Bernardo Marques da Silva e a Mariana Fernandes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e a Joana Revés da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. O alargamento da equipa editorial ajudou-nos a melhorar a nossa capacidade de resposta.

ROM – E os representantes locais?

PCP – No início do projeto sentimos que era difícil ligarmo-nos “à fonte”, ou seja, aos estudantes. Foi por isso que criámos um comité de editores associados mais alargado e os representantes locais, um por cada escola médica nacional. Fizemos um concurso nacional e, através de uma grelha pré-definida, efetuámos a seleção dos representantes locais em cada

uma das escolas médicas. São eles que trabalham como elo de ligação entre a AMP Student e a associação de estudantes, os órgãos de governo e as estruturas de investigação das faculdades, e funcionam como elemento de divulgação junto dos estudantes. Criámos assim uma estrutura mais ágil que nos permite dar outro tipo de resposta que antes não conseguíamos ter.

ROM – Falou há pouco de competências curriculares que os estudantes poderão adquirir através da AMP Student. Pode especificar?

PCP – Através da AMP Student os estudantes podem, além de publicar os seus trabalhos numa revista indexada, melhorar o chamado “currículo invisível”: adquirindo uma série de competências para as quais as faculdades de medicina não contribuem diretamente mas que é suposto os estudantes terem no final do seu curso. Por exemplo, a capacidade de desenvolver e comunicar o produto da sua atividade científica. Podem encontrar vários exemplos de qualidade no nosso site.

ROM – Que tipo de informação útil aos estudantes de medicina podemos esperar encontrar no site?

PCP – O site serve o propósito de divulgar a produção científica dos estudantes mas também de lhes prestar formação em termos de competências científicas e noutras domínios do seu desenvolvimento pessoal. Temos algumas infografias mais didáticas, que são, no fundo, artigos da AMP numa linguagem mais “digerida”. Por exemplo, uma infografia sobre como fazer uma pesquisa bibliográfica; dicas para fazermos um bom título, uma infografia na área das *soft skills* sobre como fazer uma

boa comunicação em ciência, com conselhos muito práticos, como é que se constrói um *powerpoint* e até infografias que são fora do âmbito da produção científica mas que valorizam o currículo dos estudantes como a que lançámos já em outubro sobre como criar um bom perfil de *LinkedIn*.

Não só tivemos a preocupação de usar a linguagem certa para comunicar com os estudantes como também procurámos ir atrás de uma série de áreas que valorizem o estudante como um todo. E temos os *online posts* que vieram dar uma grande ajuda e que foram uma ideia feliz que concretizámos este ano...

ROM – Em que consistem os *online posts*?

PCP – Sentíamos que os estudantes até publicarem os seus artigos não tinham estágios intermédios que lhes permitissem desenvolver trabalho científico suficiente para terem a confiança de publicar numa revista indexada e, nesse sentido, criámos os *online posts*, o tal “degrau intermédio” que faltava. São uma forma dos estudantes produzirem ciência numa estrutura muito mais simples que é publicada, de uma forma não indexada, somente no site da AMP Student mas que passa por um processo de *peer review* especial, uma vez que é feito por “revisores estudantes”, que se inscrevem no nosso site e que são supervisionados pela equipa editorial. Isto permite-nos formar potenciais autores num esquema mais fácil de submissão e, ao mesmo tempo, potenciais revisores ao fazermos críticas construtivas às próprias revisões que recebemos. O nosso objetivo é que o estudante que comece a publicar um *online post*, quando chega à faculdade, acabe o seu curso a publicar um artigo original ou uma revisão

numa revista científica, quer seja a Acta Médica Portuguesa ou outra.

ROM – Têm tido muita adesão por parte dos estudantes de medicina?

PCP – A adesão tem sido considerável, embora aquém das nossas expectativas iniciais que eram, talvez, excessivamente otimistas. A verdade é que está a correr como seria expectável: o ano passado publicámos 5 artigos de estudantes na AMP e este ano já vamos em 10 artigos indexados. Temos 17 *online posts* publicados e várias infografias. Em termos de revisores temos cerca de 40 estudantes inscritos na nossa plataforma. Acho que, nos artigos, o ritmo é razoável mas nos *online posts* o movimento que esperávamos só tem acontecido porque tem existido um grande empenho e trabalho de angariação de *online posts* da parte de todos, editores associados e representantes locais.

ROM – Referiu a necessidade de aprendizagem dos processos editoriais. Parte dessa aprendizagem foi através de uma visita ao BMJ. Que análise comparativa faz das duas estruturas, AMP e BMJ?

PCP – Na estrutura do BMJ, que tem um contexto e dimensão diferentes claro, a equipa é ultraprofissionalizada. No BMJ há mais funcionários jornalistas do que médicos, o que é de grande relevância porque nós, pela nossa formação em medicina, não estamos habilitados a fazer o tratamento jornalístico que por vezes é necessário. Esse tem que ser um dos desígnios futuros: trazer mais *know how* quer para a AMP quer para a AMP Student. Enquanto AMP Student, queremos, no futuro, vir a incorporar estudantes de jornalismo, de *design* e de informática na estrutura da revista para con-

seguirmos ser mais eficazes na nossa comunicação.

A AMP é equiparável ao BMJ na medida em que é a revista científica oficial da Ordem dos Médicos, tal como o BMJ em relação à British Medical Association (BMA), devendo assim ser responsável por aquela que é uma vocação da OM: estimular os estudantes e os médicos a produzir ciência. Vim para a AMP Student porque senti que podia ajudar a desenvolver o projeto, sabendo que o faria em simultâneo com o meu desenvolvimento nesta área; aprender com uma estrutura em formação, como é o caso da AMP Student, é um desafio diferente do que chegarmos a um projeto com uma estrutura que já está pronta. Infelizmente a estrutura da AMP funciona bem à custa de muito poucos. São precisas mais pessoas e outro tipo de incentivos para funcionar melhor. Tenho esperança que, tendo em conta a fase de eleições que a OM está a viver, em todos os programas eleitorais de candidatura a bastonário venha claramente definida uma estratégia para a Acta Médica Portuguesa, enquanto veículo principal de comunicação de ciência da OM. Não acho que nós, enquanto AMP Student, tenhamos que ter vencimento, mas acredito que devemos sobretudo ter mais apoios financeiros, logísticos e menos burocracia no sentido de desenvolver a nossa atividade com dignidade. Tudo isto salvaguardando a necessária independência e autonomia editorial que a AMP e AMP Student devem ter em relação à OM. O atual Bastonário foi sensível a estas necessidades e temos conseguido alguns apoios no desenvolvimento desta atividade mas continua a existir uma grande parte do que fazemos que decor-

re da nossa boa vontade...

ROM – O site da AMP Student é um exemplo desse trabalho e boa vontade...

PCP – Sim. O site da AMP Student foi criado pela nossa equipa editorial sem qualquer custo ou apoio. Também fizemos uma imagem nova e uma página do *facebook* autónoma para a AMP Student. O trabalho com as escolas médicas também está a ser feito de raiz. Além do ano comum, que estou a frequentar, digamos que a AMP Student é o meu segundo trabalho quando chego a casa. Felizmente os editores associados são muito capazes e competentes e têm conseguido encontrar a motivação necessária para desenvolver este trabalho e dar o seu contributo para a AMP Student.

ROM – Dão uma natural relevância à comunicação...

PCP – Para nós é fundamental! Acharmos importante adaptar o logotipo para algo mais jovem, mantendo naturalmente a referência à Acta Médica Portuguesa. Depois de, numa primeira fase, termos começado por comunicar através do Facebook da AMP, tivemos a noção clara de que seria necessário adequar a nossa comunicação aos estudantes e jovens médicos, que é necessariamente diferente da forma de comunicar para médicos especialistas; essa consciência da importância de comunicar bem fez-nos autonomizar quer o site quer a página do *facebook*.

ROM – A visita ao Student BMJ foi relevante para o trabalho que estão a desenvolver na AMP?

PCP – Sim, passámos alguns dias em Londres a assistir às reuniões e organização do processo editorial do BMJ e do Student BMJ e, depois dessa visita, alterámos para me-



lhor o nosso método de funcionamento: por exemplo, agora todos os artigos que entram na *AMP Student* têm uma nota editorial que é baseada numa série de premissas. Temos em conta se o artigo está bem estruturado, se os objetivos do artigo foram bem desenhados, se os métodos se adaptam a esses objetivos, se os resultados são adequadamente apresentados, se a sua discussão se foca nos resultados desse manuscrito, ou se as referências bibliográficas estão bem colocadas, etc. Existem uma série de variáveis que têm sido analisadas e que permitem que o nosso processo editorial seja agora muito mais fiável. A visita ao BMJ foi apenas uma das ações de formação pois também desenvolvemos, com o apoio do Prof. Rui Tato Marinho, um plano de sessões com o conselho editorial da AMP.

ROM – Podemos dizer que o processo editorial da AMP Student se tornou muito mais pedagógico...

PCP – Claro. No caso do autor não perceber a razão da rejeição do seu trabalho temos agora a possibilidade de, caso o autor solicite, oferecer uma resposta mais estruturada. Cada artigo leva uma nota formal do conselho editorial – sobre se cumpre as normas, se está bem redigido, se não há conflitos de interesses óbvios – e uma nota editorial que faz uma análise mais exhaustiva. Com base nesses dois documentos o Editor Chefe pode analisar o artigo de uma forma mais esquemática e objetiva, decidindo de forma mais célere, se o artigo segue ou não para o processo de *peer review*.

ROM – Pode falar-nos um pouco da estratégia internacional da

AMP Student?

PCP – Se em termos nacionais, com a criação dos representantes locais, temos conseguido ter uma implementação muito maior, em termos internacionais ainda estamos a dar os primeiros passos...

ROM – Mas já estabeleceram contactos?

PCP – Temos estabelecido alguns contactos com congressos internacionais no sentido de divulgar a *AMP Student*. Na visita a Londres também estabelecemos uma parceria informal com o *Student BMJ*. Participamos na divulgação de inquéritos e outras iniciativas da *Student BMJ* e também temos tido algum apoio dessa organização em iniciativas pontuais, de que é exemplo o envio de um *online post* do Matthew Billingsley, Editor Chefe da *Student BMJ*, com o

objetivo de estimular a produção científica.

ROM – Quais os desafios futuros da AMP Student?

PCP – Com a estrutura montada, o grande desígnio em 2017 será precisamente a internacionalização da marca porque, de facto, essa é a área que está menos desenvolvida. Consideramos importante criar uma rede internacional de comunicação de ciência com outros parceiros pois, apesar do seu crescimento recente, ainda não há assim tantos jornais de estudantes e seria interessante conseguirmos criar uma organização que abarcasse este tipo de revistas. Esse é um objetivo muito ambicioso que precisaria de um mandato dedicado apenas a esse desígnio.

ROM – A AMP Student pode ter um papel na promoção da lusofonia?

PCP – Claro! Nós publicamos artigos em inglês e em português. Fazemos partilha dos nossos artigos com grupos relevantes do Brasil, Angola e Moçambique. Mas são pontes que estão a acontecer numa base ainda pouco definida. Mas, na minha opinião, esse é um grande desafio futuro: a AMP Student estabelecer-se como a revista científica preferencial dos estudantes de medicina no mundo da lusofonia.

ROM – Que outros objetivos realça, a curto e longo prazo?

PCP – O V Simpósio da AMP, que decorre no dia 4 de Novembro, que tem uma grande componente dedicada aos estudantes, mas também aos médicos em geral e onde falaremos de investigação clínica, problemas da educação médica, etc. Fruto da cooperação que fizemos com vários congressos organizados por estudantes e jovens médicos em Portugal (publicámos

alguns *online abstract books* e oferecemos a divulgação no nosso site e *facebook* e, em contrapartida, deram-nos a oportunidade de apresentar o projeto da AMP Student) este ano teremos também a apresentação dos melhores artigos desenvolvidos por estudantes e jovens médicos nesses mesmos congressos. A longo prazo, como referi, queremos estabelecer a AMP Student como o veículo preferencial da comunicação científica dos estudantes e jovens médicos em Portugal e no mundo da lusofonia e que a AMP Student tenha um papel pedagógico relevante na formação de autores, revisores e editores científicos para que, desde as bases da escola médica, os alunos sejam incentivados a participar na produção e edição científica: queremos criar no nosso país uma cultura de comunicação de ciência.

ROM – De que outras formas a AMP Student tem contribuído para a inovação na Acta Médica Portuguesa?

PCP – Por exemplo, vamos lançar, numa primeira fase apenas *online*, os *patient articles*, porque entendemos que a produção científica tem ainda mais relevância na medida em que seja também relevante para os doentes. A relevância clínica não deve ser definida única e exclusivamente pela prevalência da patologia ou pela inovação que um fármaco pode trazer. Com os *patient articles* também abordamos, entre outros temas, o valor que o diálogo e a relação médico-doente podem ter na relação terapêutica. A título de exemplo, o BMJ tem um *patient editor* que angaria artigos de doentes onde explicam, entre outras coisas, a importância do diagnóstico ter sido comunicado de uma ou outra forma. Com este tipo de artigos podemos aprender o que foi bem feito e replicar.

Também no site da Acta Médica Portuguesa, vamos lançar os *video abstracts* que são uma forma dos autores promoverem o seu trabalho de maneira muito simples, esquemática e elucidativa. Estas são algumas ideias que a Acta Médica Portuguesa está a desenvolver mas que partem da estrutura inovadora e ágil da AMP Student.

ROM – Um projeto com cerca de 2 anos de vida, já tem muito trabalho desenvolvido...

PCP – Ao fim de praticamente dez meses deste “mandato” a AMP Student já concluiu grande parte daquilo que era o seu plano executivo para 12 meses. Não posso esquecer que fazemos parte de um caminho e de um projecto maior, que é a Acta Médica Portuguesa, e que quando o Prof. Rui Tato Marinho assumiu a AMP em 2011, altura em que havia cerca de 300 artigos em atraso, iniciou um caminho que permitiu que o fator de impacto anteriormente alcançado continuasse a crescer – estando agora nos 0,304 – e, só no ano passado, tivemos 834 submissões e foram publicados 134 artigos. A dinâmica que a AMP passou a ter, a capacidade e vontade de ir buscar jovens estudantes de medicina e de fazer, de novo, da AMP, um bastião de inovação na comunicação científica da Ordem dos Médicos deve-se ao Prof. Rui Tato Marinho a quem agradeço em meu nome pessoal e da equipa da AMP Student. Com uma estrutura pequena (Carla de Sousa, Miguel Reis, Rui Matos, Helena Donato, José Carona Carvalho e o Prof. Rui Tato Marinho) conseguimos fazer uma edição mensal este ano com muito boa vontade de todos. Da nossa parte, já há tanta coisa feita mas ainda fica muito por fazer. Estamos muito orgulhosos de fazer parte desta equipa.



Prémio Banco Carregosa/SRNOM

Promoção da investigação como forma de melhorar a Medicina

Durante cerca de 4 meses, foram mais de 80 os projectos candidatos ao primeiro prémio Banco Carregosa/SRNOM. O galardão, criado pela Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos e patrocinado pelo Banco Carregosa, foi entregue no dia 22 de Setembro à jovem médica pediatra Liane Costa. O investigador Mário Sousa e o gastroenterologista Eduardo Pinto foram os vencedores das duas menções honrosas entregues no âmbito do mesmo prémio. O presidente da SRNOM, Miguel Guimarães, garante que “a investigação é que tem permitido a evolução a largos passos da Medicina”. Texto Maria Martins › Fotografia Digireport

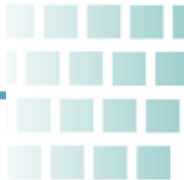
A SRNOM e o Banco Carregosa entregaram um prémio total no valor de 25 mil euros, 20 mil para a investigação vencedora e os restantes 5 mil às duas menções honrosas. Em entrevista ao “Dinheiro Vivo”, Miguel Guimarães referiu que “estes prémios, embora modestos, são um apoio à investigação clínica, que no nosso país é muito limitada, tendo em conta que é absolutamente fundamental para a evolução da Medicina”.

A cerimónia de atribuição do prémio, no dia 22 de Setembro, aconteceu no Salão Nobre da SRNOM e contou com a presença de várias personalidades de

renome do grande Porto e do país. Miguel Guimarães, presidente da SRNOM, Alexandre Figueiredo, membro do Conselho Distrital do Porto da OM, e Maria Cândida Rocha e Silva, Presidente do Conselho de Administração do Banco Carregosa, representaram as instituições envolvidas na realização do concurso, tal como Sobrinho Simões, Presidente do júri. Da Câmara Municipal do Porto estiveram presentes o vereador Manuel Pizarro e, para uma conferência sobre “Investigação e Cultura”, o presidente, Rui Moreira. O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Fernando

Araújo, encerrou a cerimónia de atribuição deste prémio.

“Childhood obesity-related inflammation and vascular injury - Impact on the kidney” foi o projecto vencedor, e foi desenvolvido pela pediatra do Hospital de São João, Liane Costa. As duas menções honrosas foram entregues aos projectos “Determinação de marcadores específicos das células estaminais testiculares humanas” e “Risk factors associated with refractoriness to esophageal dilatation for benign dysphagia”, de Mário Sousa, professor e investigador do ICBAS, e Eduardo Pinto, gastroenterologista do Hospital de São João, respectivamente.



Incentivar a investigação clínica em Portugal

O prémio, “que tem um significado muito especial para a SRNOM”, é o cumprir de um importante objectivo da Secção Regional para com os seus médicos. O presidente da SRNOM, Miguel Guimarães, acredita que “a OM tem que estimular mais a actividade de investigação clínica junto dos jovens médicos e apoiar também os médicos na formação”. Para o dirigente, este tipo de prémios tem como objectivo primordial a melhoria dos cuidados de saúde em Portugal. Miguel Guimarães elogiou a investigação de Liane Costa, “um trabalho notável (...) que é muito actual”, sublinhando que a questão da obesidade infantil “foi o único indicador, dos indicadores de saúde analisados em 188 países, que não melhorou em nenhum deles”. O dirigente não quis deixar de parabenizar, igualmente as duas menções honrosas, que se destacaram entre os cerca de 80 trabalhos candidatos, “alguns deles de uma qualidade excepcional”.

O presidente da SRNOM considerou esta iniciativa “um primeiro passo” que deve ser repetido nos próximos anos. Realçando novamente a “importância que a investigação e a formação têm para a qualidade da Medicina”, Miguel Guimarães concluiu a sua intervenção com uma mensagem sobre a emigração jovem: “Sem os nossos jovens, nós perdemos as pessoas que podem ajudar a recuperar Portugal”, afirmou.

Maria Cândida Rocha e Silva, a representar o Banco Carregosa – patrocinador do prémio –, afirmou que “este pedido foi aceite com o maior gosto” e que foi “com grande satisfação” que o



banco soube que se tinham candidatado 80 trabalhos.

Assim, “se é verdade que se espera das instituições financeiras que devolvam à sociedade em que estão inseridas parte dos lucros que a sociedade lhes permitiu ganhar, esta área de investigação médica é das que mais nos apaixonam e mais merece a nossa atenção”, referiu.

Ainda no sentido de valorizar a investigação científica, a Presidente do Banco Carregosa reiterou: “Num mundo em que tudo muda tanto todos os dias, é a estes investigadores que se pede a maior capacidade de actualização”.

Presidente do júri e considerado o patologista mais influente do mundo, Sobrinho Simões garante que ficou “espantado com a qualidade” dos trabalhos apresentados. Além da qualidade surpreendente, o concurso ficou marcado “pelas características inter-geracionais” do conjunto de candidatos. Sobrinho Simões sublinhou que o Porto tem uma “grande tradição na investigação médica”, o que pode ser um dos factores para explicar o elevado número de candidaturas. O patologista reconheceu que a tarefa de escolher um vencedor “foi muito difícil”, pois nunca imaginou “encontrar trabalhos tão bons”, sublinhando que “a ciência é grande arma do Séc. XXI”.

Alexandre Figueiredo, o médico que teve “a ideia deste prémio”, garantiu que esta distinção espelha

“a preocupação extrema” que a SRNOM tem vindo a demonstrar com os seus médicos e com a qualidade da Medicina. “O exercício de uma Medicina de qualidade é indissociável do desenvolvimento científico”, explicou o anestesiológico, lamentando, por outro lado, que seja “tão difícil fazer investigação em Portugal”.

“Investigação e cultura”

O presidente da Câmara Municipal do Porto, Rui Moreira, foi convidado especial da cerimónia, tendo apresentado uma palestra sobre “Investigação e cultura”. Depois de enaltecer a iniciativa, Rui Moreira lamentou que no nosso país haja “vezes demais a tentação de não premiar o mérito”. É a atitude de premiar que “encoraja a busca da excelência”.

“Ciência e cultura são dois pilares inseparáveis desse mundo mais vasto do conhecimento em que se baseia a nossa civilização e o progresso que alcançamos ao longo dos tempos” – foram as palavras com que começou a sua intervenção sobre a importância de associar a cultura à investigação, sublinhando ainda não ser “por acaso” que o anterior vereador da Cultura, Paulo Cunha e Silva, era médico.

Rui Moreira defendeu que a cultura não deve ser “um adorno”, an-



tes deve ser vista como “o cimento agregador da nossa vida colectiva”. Tal como a cultura, “também a ciência necessita de um ambiente de liberdade criativa”, defendeu o dirigente, referindo com satisfação que já vão longe os tempos em que preconceitos constituíam barreiras à evolução da ciência.

Um segundo elo de ligação entre a investigação e a cultura é, para Rui Moreira, representado “pela relação mais directa entre a criação cultural e as tecnologias disponíveis”. “A evolução científica e tecnológica abriu caminhos a formas de expressão diversas e alternativas em áreas da criação de natureza intemporal”, explicou. Rui Moreira garante que “não há limite para a cultura, tal como não há fronteira para a ciência. A sede de conhecer e a capacidade de criar são intrínsecas às duas”.

Manuel Pizarro, médico e vereador da Câmara Municipal do Porto, reforçou as palavras do presidente Rui Moreira, garantindo que “é muito relevante ter escolhido a associação entre investigação e cultura”. Acrescentou ainda que esta “associação” diz muito sobre “a identidade da profissão médica no nosso país e na nossa cidade em particular”.

Os projectos vencedores

“*Childhood obesity-related inflammation and vascular injury - Impact on the kidney*” é o título de um projecto inovador e actual sobre a obesidade infantil. Liane Costa, antiga estudante da FMUP, recentemente especializada em Pediatria, a exercer no Hospital de São João, foi a grande vencedora do Prémio Banco Carregosa/SRNOM, resultado de uma decisão unânime do júri, o que mostra a elevada qualidade do trabalho. Trabalho que, segundo a vencedora, contribuiu para a “percepção dos impactos da obesidade no rim e na vasculatura das crianças em idade pediátrica”. A jovem médica lamentou que estudos desta natureza nunca tenham sido publicados e, sobretudo, as barreiras existentes à investigação em Portugal, acrescentando que estes dados são, na sua maioria, “inovadores” e estão muito pouco explorados na idade pediátrica.

A pediatra mostrou-se muito feliz com a distinção conseguida, considerando estes prémios “uma forma de fomentar e promover a investigação clínica nos médicos”, uma prática que considera “extremamente importante”: “Em Portugal temos um longo caminho a

percorrer. Estes prémios que promovem a investigação são muito importantes porque, de facto, são um incentivo suplementar à tentativa de conjugação da actividade médica assistencial com a actividade de investigação”, acrescentou.

Liane Costa investiu neste projecto durante o internato da especialidade e, como principal desafio, aponta a dificuldade em conciliar a prática clínica e a investigação. Mesmo assim, esse é o seu principal objectivo para o futuro, uma vez que não quer deixar de trabalhar em nefrologia pediátrica e, ao mesmo tempo, investir numa carreira como investigadora. Liane Costa considera o Prémio Banco Carregosa/SRNOM “uma iniciativa ímpar em Portugal em termos de estimulação e valorização de projectos de investigação clínica” e promete investir os 20 mil euros “na prossecução de objectivos nesta linha de investigação”. Enquanto jovem médica, olha para este prémio como um incentivo para os colegas mais novos – “uma prova de como é possível, em Portugal, ser médico e, ao mesmo tempo, fazer investigação clínica”.

O investigador do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Mário Sousa, venceu uma das menções honrosas com o projecto “*Determinação de marcadores específicos das células estaminais testiculares humanas*”. Após uma colaboração com o IPO, “com crianças que vão ser sujeitas a tratamento oncológico”, surgiu a ideia de “fazer um trabalho para elas que tem a ver com a preservação da fertilidade”, explicou, lembrando com alguma emoção que já são 80% as crianças sobreviventes de doenças oncológicas em Portugal.

A maior dificuldade que tem encontrado ao longo da vida profissional é o facto de se focar na infertilidade. O professor lamenta que,



neste momento, este problema não seja considerado prioritário “no nosso país e no resto do mundo”. Ainda assim, é com esperança que, depois desta menção honrosa, vê o futuro da investigação da infertilidade após as doenças oncológicas, considerando prémios como este “essenciais para a classe médica”.

O outro trabalho que mereceu destaque foi o de Eduardo Pinto, gastroenterologista no Centro Hospitalar de São João, com um estudo sobre “*Risk factors associated with refractoriness to esophageal dilatation for benign dysphagia*”.

“Este trabalho foi desenvolvido porque nós percebemos que havia alguma escassez na literatura científica relativamente a factores de risco para refratariedade às dilatações esofágicas na situação das estenoses esofágicas benignas”, começou por explicar Eduardo Pinto, que garante que esta investigação teve como principal objectivo melhorar a prática clínica no Serviço de Gastroenterologia do Hospital de São João e, acima de tudo, “tentar oferecer um melhor serviço aos doentes”.

Tal como a vencedora do prémio Banco Carregosa/SRNOM, o gastroenterologista não quer sobrepor a sua carreira como investigador à actividade clínica, no entanto, como salientou, “é sempre bom pensarmos o que podemos trazer de novo” para a nossa prática.

Celebrar a ciência

Já a noite ia longa quando, para encerrar a sessão, o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Fernando Araújo, se dirigiu às várias dezenas de pessoas presentes.

A investigação clínica é uma área pela qual Fernando Araújo disse nutrir “um particular apreço”. Enquanto Secretário de Estado está ciente “dos desafios que se colocam hoje a qualquer médico que pretende fazer investigação no âmbito do SNS” e dos obstáculos que os profissionais de saúde enfrentam em Portugal para conciliar carreiras médicas e de investigação.

Fernando Araújo afirmou que prémios como este constituem um importante incentivo: “Iniciativas como esta da SRNOM e do Banco Carregosa são fundamentais”, reitera. Acrescentou ainda que uma boa formação médica é muito importante na “promoção do conhecimento científico” e vice-versa, sublinhando que “melhorar a formação na medicina” deve ser um dos objectivos do Ministério da Saúde.

Fernando Araújo terminou afirmando que o Governo vê na Ordem dos Médicos “um aliado essencial em diversas áreas, nomeadamente na promoção de uma cultura científica entre os



Liane Costa é uma jovem médica de apenas 32 anos. Terminou em 2016 o internato de especialidade em Pediatria. Estudou na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, onde é professora assistente e investigadora. Além da experiência em Portugal, esteve 3 meses em Filadélfia, EUA, a trabalhar na área da nefrologia pediátrica, no “The Children’s Hospital of Philadelphia”.

Venceu o prémio Banco Carregosa/SRNOM por decisão unânime do júri, que destacou a actualidade e originalidade da sua investigação, uma vez que são escassos os trabalhos sobre o impacto da obesidade infantil nos rins e na vasculatura das crianças.

médicos portugueses”.

Com estas palavras de incentivo do membro da actual equipa do Ministério da Saúde, a noite de entrega do prémio Banco Carregosa/SRNOM terminou com chave de ouro e, sobretudo, com a esperança que esta iniciativa seja, como destacou Miguel Guimarães, “um primeiro passo” para um maior investimento futuro na área da investigação clínica em Portugal por parte de todas as entidades, e em particular da Ordem dos Médicos.

Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos



Razões para comemorar o SNS

Artigo de opinião publicado a 15 de setembro no jornal Público

Se existe opinião consensual na sociedade portuguesa, a ideia que é na saúde que existe o melhor serviço público do país será, seguramente, uma das mais frequentes. Para muitos, pode não passar de um lugar-comum, debitado con-

soante os ventos políticos que sopram no momento. Mas, para os profissionais que nele trabalham, é, além de uma constatação justa, o reconhecimento mínimo perante a complexidade do trabalho que desenvolvem.

ciadas; estamos constringidos no acesso a meios de diagnóstico e terapêutica; penamos numa arquitectura informática pesada, burocrática e ineficiente; somos efectivamente mal pagos para o nível de qualificação técnica e de responsabilidade que a profissão exige.

Diga-se o que se disser, são eles que constituem, de facto, o maior activo do Serviço Nacional de Saúde (SNS). São protagonistas e embaixadores em simultâneo. Vestem a camisola da causa pública. Compreendem a importância e dimensão do seu trabalho, que garante um acesso justo e equitativo à Saúde. Que providencia bem-estar e qualidade de vida a uma população que não tem oportunidade de recorrer a outros cuidados. E que assegura a manutenção de um serviço público que, pela sua natureza e definição, irá sempre garantir o que o sector privado não terá interesse em oferecer.

É indesmentível que as condições são precárias. Poderia citar inúmeros exemplos concretos que tive oportunidade de constatar nos anos em que exerço funções dirigentes na Ordem dos Médicos. Cito dois em particular e dos mais recentes, o Hospital de Vila Real e o Centro de Saúde Fernão de Magalhães, em Coimbra. O primeiro é um verdadeiro estudo de caso: uma unidade que é sede de um Centro Hospitalar – Trás-os-Montes e Alto Douro – com mais de 450 mil utentes na sua área de intervenção, que é classificada pelo Ministério da Saúde como um hospital polivalente, mas cujos serviços estão de tal forma carenciados em termos de médicos que, na realidade, a prestação de cuidados está mais próxima de um hospital menos

Razões para comemorar o SNS

Debate Serviço Nacional de Saúde
Miguel Guimarães

Se existe opinião consensual na sociedade portuguesa, a ideia que é na saúde que existe o melhor serviço público do país será, seguramente, uma das mais frequentes. Para muitos, pode não passar de um lugar-comum, debitado consoante os ventos políticos que sopram no momento. Mas, para os profissionais que nele trabalham, é, além de uma constatação justa, o reconhecimento mínimo perante a complexidade do trabalho que desenvolvem.

Diga-se o que se disser, são eles que constituem, de facto, o maior activo do Serviço Nacional de Saúde (SNS). São protagonistas e embaixadores em simultâneo. Vestem a camisola da causa pública. Compreendem a importância e dimensão do seu trabalho, que garante um acesso justo e equitativo à Saúde. Que providencia bem-estar e qualidade de vida a uma população que não tem oportunidade de recorrer a outros cuidados. E que assegura a manutenção de um serviço público que, pela sua natureza e definição, irá sempre garantir o que o sector privado não terá interesse em oferecer.

Olhando o exemplo dos médicos, vejo na esmagadora maioria dos 26 mil colegas que trabalham no SNS extraordinários exemplos de competência, idoneidade e dedicação. São públicos os nossos motivos de descontentamento: não existimos em número suficiente para as necessidades de intervenção, que é classificada pelo Ministério da Saúde como um hospital polivalente, mas cujos serviços estão de tal forma carenciados em termos de médicos que, na realidade, a prestação de cuidados está mais próxima de um hospital menos



qualificado. O segundo exemplo, que pode testemunhar há poucos meses atrás, é possivelmente das unidades de saúde com condições físicas mais precárias e inseguras que já vi. Um espaço assustador, que desata a integridade física dos profissionais e utentes, e que envergonha um país do mundo civilizado.

Os dois casos que refiro têm um aspecto comum: o exemplar sentido do compromisso dos seus médicos e restantes profissionais. O testemunho que recolhi em ambas as instituições – replicável em

“No dia em que se assinalam os 37 anos do SNS, reconheça-se o trabalho daqueles que o constroem diariamente”



científicos. De resto, se o SNS consegue comparar, muitas vezes favoravelmente, com sistemas de saúde em países mais desenvolvidos, em muito se deve à competência e qualidade dos seus quadros. Há também consenso político nesta matéria. No dia em que se assinalam os 37 anos do Serviço Nacional de Saúde, reconheça-se e valorize-se o trabalho daqueles que o constroem diariamente.

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos



espaço assustador, que desafia a integridade física dos profissionais e utentes, e que envergonha um país do mundo civilizado.

Os dois casos que refiro têm um aspecto comum: o exemplar sentido de compromisso dos seus médicos e restantes profissionais. O testemunho que recolhi em ambas as instituições - replicável em muitas outras - é de resiliência face às dificuldades e de uma grande

dedicação aos respectivos serviços, que coloca os doentes e a ética profissional acima dos interesses individuais.

Esta é, felizmente, a regra e não a exceção. Os médicos não são privilegiados de coisa nenhuma. São servidores públicos de excelência e representam o que de melhor o país consegue produzir em termos académicos, técnicos e científicos. De resto, se o SNS consegue com-

parar, muitas vezes favoravelmente, com sistemas de saúde em países mais desenvolvidos, em muito se deve à competência e qualidade dos seus quadros.

Haja também consenso político nesta matéria. No dia em que se assinalam os 37 anos do Serviço Nacional de Saúde, reconheça-se e valorize-se o trabalho daqueles que o constroem diariamente.

A ditadura informática no SNS

Artigo de opinião publicado a 30 de setembro no Observador

Os médicos portugueses estão 'indignados'. Vivem diariamente o drama da ditadura informática que invadiu o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Uma ditadura sem regras, intolerante, desesperante, disfuncional e excessivamente burocrática. Em que a instabilidade dos programas e aplicações informáticas é desastrosa e o estado obsoleto em que se encontram muitos equipamentos (computadores) é sinistro. E esta situação provoca um sentimento de desalento e revolta nos profissionais de saúde e um enorme sentido de injustiça e ansiedade nos doentes. O que está a contribuir para agravar a relação médico-doente e a própria qualidade da medicina.

No momento em que os médicos estão sujeitos a uma pressão excessiva e inaceitável para produzirem mais números, mais consultas, mais procedimentos, mais cirurgias, sem qualquer respeito pelo tempo e pela qualidade, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e o Ministério da Saúde (MS) continuam a bombardear os médicos com programas e aplicações informáticas disfuncionais para tudo e mais alguma coisa. Os médicos querem trabalhar e muitas vezes não conseguem ren-

tabilizar o tempo. E a sua relação com o doente vai-se deteriorando. Perdem muitos minutos preciosos para abrir programas, para "saltar" de aplicações em aplicações, para ultrapassarem "janelas" desnecessárias, para tentarem prescrever medicamentos através da receita médica desmaterializada (utilizando a já famosa Prescrição Electrónica Médica - PEM), para ligarem e desligarem o computador na esperança de ultrapassarem os problemas informáticos. Numa parte significativa dos casos sem sucesso.

Esta ditadura informática é um dos primeiros e principais obstáculos a um atendimento verdadeiramente focado no doente. É tempo de dizer basta! Não podemos continuar a aceitar promessas que não são cumpridas. Sempre que contestamos o "cortejo" de disparates informáticos que se vão sucedendo, alguém nos diz que tudo se vai resolver rapidamente. Falso. A situação em vez de melhorar, agrava-se. E a probabilidade de erro em saúde aumenta. Para desespero dos médicos e dos doentes.

É urgente e obrigatório reduzir a complexidade e o peso excessivo dos sistemas informáticos na me-

dicina. Exigindo ao Ministério da Saúde a integração das várias aplicações informáticas, a simplificação de processos de identificação e o investimento em equipamentos e hardware. E responsabilizando as instituições dependentes do MS e o próprio MS pelas disfunções graves das aplicações e sistemas informáticos que tenham consequências negativas para os doentes e para os médicos. Não podemos continuar a ser responsáveis pela irresponsabilidade de outros. De resto, os SPMS já demonstraram, durante demasiado tempo, a sua incapacidade para resolver o problema.

Os sistemas informáticos devem ser concebidos para ajudar a melhorar a qualidade da medicina. Para simplificar processos e procedimentos. Para garantir informação fiável e acessível aos médicos dos doentes. Para preservar a confidencialidade dos dados pessoais. E não o contrário, como está a acontecer desde há alguns anos. É preciso acabar com esta ditadura informática no SNS e devolver a Medicina à sua faceta mais humana, mais próxima do doente. Os médicos e os doentes agradecem.

Sérgio Silva pertence à comissão de acompanhamento da PEM

“Queremos ser informados e vamos ser chatos”



Os frequentes problemas de funcionamento do sistema de prescrição electrónica (PEM) impedem muitas vezes os médicos de fazer o seu trabalho e prejudicam os doentes, na impossibilidade de registo das receitas. O dirigente do Conselho Regional do Sul (CRS) Sérgio Silva diz sobre o assunto: “Queremos ser informados e vamos ser chatos”, dirigindo-se aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

Com o objectivo de procurar resolver os problemas em definitivo e dar um contributo com esse fim, a Ordem dos Médicos criou uma comissão de acompanhamento do sistema, que identificará os problemas recorrentes e exigirá dos SPMS as explicações e as medidas necessárias para evitar que as anomalias frequentes se repitam.

Desta Comissão faz parte Sérgio Silva, do Conselho Regional do Sul, que explicou os objectivos da medida: “Queremos ser ouvidos e fazer parte da decisão”. O dirigente lamenta que tantas vezes os médicos se vejam impedidos de usar o sistema por razões que nunca são explicadas e que impedem o trabalho durante horas, em alturas em que estão em curso actualizações e “muitas modificações”.

“Eles não podem argumentar com as dores de crescimento do siste-

ma, têm que ser responsabilizados pelas falhas no funcionamento”, considera Sérgio Silva, para quem “a excepção não pode ser a regra”. Os problemas que têm surgido recorrentemente impedem os médicos de prescrever electronicamente e a legislação também não lhes permite que o façam manualmente. Por isso, o dirigente alerta para os casos de grande risco. “É preciso acautelar as situações das falhas de receitas de medicamentos que podem pôr os doentes em risco de vida, como por exemplo o caso da insulina”, defende.

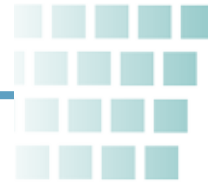
As falhas de funcionamento no sistema de prescrição electrónica vieram desde a sua criação e os médicos debatem-se inúmeras vezes com elas. Nunca foi possível obter explicações plausíveis nem verificar a resolução em tempo útil. Para além disso, os médicos

que precisam do sistema “tiveram formação zero”, recorda Sérgio Silva, que aponta como única ferramenta de apoio “um modelo de autoformação” inconsequente e lamenta que não haja “um manual sequer, embora fosse o mínimo exigível haver um”.

Em síntese, refere o dirigente, “a prescrição electrónica é uma matéria de grande responsabilidade que os médicos vão descobrindo por si e transmitindo uns aos outros”. Na verdade, diz, “a plataforma é muito pesada e sempre que eles mexem no programa aquilo tudo bloqueia” e passam horas sem solução.

Sérgio Silva considera que há uma solução simples, que é “os técnicos mexerem na PEM de madrugada, como se faz nas empresas e nos bancos, por exemplo”.

A Comissão criada na Ordem vai



procurar que que tudo seja devidamente esclarecido. “Queremos respostas dos responsáveis; vamos contactar os SPMS para que seja possível actuarmos em conjunto”, remata o dirigente.

As dificuldades de funcionamento são muito frequentes, por exem-

plo, em meados de Setembro, durante toda uma manhã, ocorreu um bloqueio com restrição de acesso ao histórico das prescrições. O sistema só permitia acesso depois de os utentes autorizarem na plataforma. Antes disso, e sempre que tentavam ir ao histórico

das prescrições, os médicos deparavam-se com uma mensagem impeditiva e que avisava que a disponibilidade estava condicionada à autorização dos doentes, o que Sérgio Silva considera “o total desrespeito para com os médicos e para com os utentes”.

Novas iniciativas e eventos na Secção Regional do Sul

O Conselho Regional do Sul, em três anos, lançou novas iniciativas, corrigiu problemas de funcionamento administrativo e encetou um plano de mudanças que visa facilitar aos médicos todos os processos desde a sua inscrição às renovações de cédulas, mas também organizar eventos científicos e culturais do interesse dos médicos.

Sábados do Saber – trazer à Ordem sessões de interesse científico



Ana Abel

Ana Abel tem sido, no Conselho Regional do Sul, a dirigente responsável por uma iniciativa inovadora e que se vem realizando várias vezes por ano. As sessões de Sábados do Saber reúnem os médicos pela manhã e abordam aspectos clínicos e científicos, com intervenções de reputados especialistas nas matérias abordadas. A dirigente explica que o CRS “achou que era importante não só fazer divulgação como fazer sessões de interesse científico dentro da Ordem dos Médicos”. Para tanto, preparou as primeiras sessões já há

dois anos: “Em 2014, foi quando elas se iniciaram, nós fizemos as duas primeiras sessões sobre temas tão importantes como a oncogénese e a heterogeneidade dos tumores; foram os dois temas abordados nesse primeiro ano”.

Desde os primeiros momentos que o ciclo Sábados do Saber revelou que a decisão do CRS foi acertada, como explica Ana Abel: “Tem tido uma aceitação grande dos médicos, num sábado, que começa às nove horas e termina ao meio dia e meia. Efectuaram-se até agora dez sessões, os temas são temas muito abrangentes e os oradores são sempre pessoas de grande referência. São sessões muito interessantes e que mantêm uma afluência importante.”

A dirigente foi também responsável pela preparação do Prémio Professor Jorge da Silva Horta, cujas distinções desta primeira edição serão entregues numa sessão solene que decorrerá no próximo dia 10 de Dezembro. Ana Abel explicou que o prémio foi criado “porque não havia, ao nível dos jovens médicos, divulgação nem promoção dos seus trabalhos nomeadamente nesta área que é a área da investigação clínica”.

“Pretendemos que o Prémio Jorge da Silva Horta tenha uma periodicidade bienal, aliás isso vem referido no regulamento. Essa periodicidade será possível desde que nós consigamos – e estamos a trabalhar afincadamente para isso – parcerias com entidades que o entendam fazer connosco e que possam dar essa continuidade no futuro”, defendeu Ana Abel. O prazo de candidatura iniciou-se a 15 de Setembro e terminou a 31 de Outubro.

Casa do Médico – uma solução para o prejuízo acumulado



Sérgio Silva

Um dos processos mais complexos que o Conselho Regional do Sul enfrentou foi o prejuízo recorrente da operação na Casa do Médico de S. Rafael, em Sines, uma situação a queurgia pôr cobro. O dirigente Sérgio Silva foi indicado para avaliar a situação e apresentar opções para a sua solução.

“Verificámos que a rentabilidade que o equipamento estava a trazer era muito deficiente, com défices acumulados na sua exploração”, explicou Sérgio Silva, que admitiu serem poucas as soluções para resolver o problema.

“Tínhamos dois caminhos possíveis”, referiu o dirigente, “ou se vendia ou se salvaguardava o património e conseguia anular o défice acumulado”. Assim a opção foi estabelecer um protocolo com a empresa proprietária do Hotel D. Vasco, de Sines, que assim passou a gerir em regime de concessão a Casa do Médico, “salvaguardando os direitos que os médicos têm na utilização”. Sérgio Silva considera que esta “foi a solução encontrada e que nos satisfaz a todos”.

Cultura - mudar de paradigma

O pelouro da Cultura no Conselho Regional do Sul, pertenceu, nestes três anos, a Pedro Miguéis, que tem dedicado a sua acção dentro da Secção a estes aspectos, com novas realizações e mudanças nas que já se faziam antes, como as exposições.

“No universo dos médicos a cultura é algo que embora sendo importante sociologicamente e socialmente, verificamos que é uma área de actividade em que os médicos são mais observadores, são mais auditores ou leitores do que propriamente executantes, artistas, criativos”, refere o dirigente.

Pedro Miguéis explica então qual foi o ponto de partida dos novos ventos que sopraram na cultura: “Com base nesta ideia, quando o Conselho Regional do Sul foi eleito, tratámos de realizar um manifesto de carácter cultural, abordando estes temas, no qual desenhámos um conjunto de actividades nas quais nos fomos empenhando ao longo destes três anos. Daí que a ideia base, no fundo, foi modificar este paradigma que já citámos e, portanto, daí lançamos aquilo que chamámos novas iniciativas culturais.”

Entre estas iniciativas e novidades, o dirigente destaca “a criação do Coral Aesculapides, que tem vindo a actuar com muitíssimo sucesso”. De igual modo, constituiu novidade a criação e o lançamento de cursos de expressão e de dramaturgia. Pedro Miguéis refere também que se foi “dando lugar, no espaço da galeria, ao aparecimento de novas formas de expressão das artes plásticas, com incremento dos encontros de autores e de artistas plásticos, sem esquecer as pessoas amantes da música e praticantes da música”.

Em tempo de balanço, Pedro Miguéis considera que estas iniciativas e o novo conceito de abordar a cultura na Secção Regional do Sul tiveram bom acolhimento. “Portanto, consideramos que os resultados foram, para já, satisfatórios; no entanto, temos a noção de que esta preferência de dar lugar, de dar janelas, digamos assim, de apresentação aos artistas médicos, aos poetas médicos, aos escritores médicos, aos pintores médicos, aos músicos médicos, ainda está longe de ter atingido aquele desiderato de efectivamente trazermos mais gente à Ordem sob o ponto de vista dos acontecimentos culturais”, referiu o dirigente.



Pedro Miguéis

Cédula profissional – tudo mais fácil

Mário Durval



Um dos momentos mais importantes para os novos médicos é a sua chegada a membros da Ordem, quando pela primeira vez têm que se registar e obter a sua cédula profissional. Este processo de inscrição era lento e penalizador para os médicos. Assim, o Conselho Regional do Sul decidiu avançar com medidas que facilitassem a vida aos jovens médicos e reduzissem o tempo perdido com este processo.

Mário Durval, o dirigente responsável pela coordenação e aplicação destas novas medidas explica: “O Conselho Regional do Sul lançou um novo processo de inscrição online no site da Secção, permitindo aos médicos que se inscrevem pela primeira vez na Ordem tratar, de forma rápida, quer da inscrição quer da cédula. Num futuro imediato, esse processo, quando estiver totalmente afinado, tornar-se-á ainda mais célere e o médico vem apenas uma vez à Ordem e tratará não só do seu registo, mas também levará o certificado e tratará da sua cédula em escassos minutos.”

Mário Durval revela ainda que “para concluir esta relação dos médicos com a Ordem de uma forma mais eficiente, esperamos dentro em breve ter todas as requisições de documentos online, para evitar as deslocações desnecessárias à sede da Ordem”.

Presidente do CRS condena TTIP “Negociações secretas e sem transparência”

Jaime Mendes condena veementemente as negociações do *Transatlantic Trade and Investment Partnership* (TTIP), que têm sido “feitas de uma maneira secreta e sem transparência” e podem ter consequências nefastas no sector da saúde.

Jaime Teixeira Mendes



O presidente do Conselho Regional do Sul manifestou estas preocupações num encontro sobre o tema que a Ordem dos Médicos organizou no dia 7 de Outubro com a participação da sua congénere espanhola, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, que contou com intervenções de Jorge Sampaio e de

José Bono Martínez, ex-presidente do Congreso de los Diputados de España.

Na sua intervenção, Jaime Mendes condenou “este comportamento negocial” que considerou lesivo e se traduz num “atentado à democracia dos povos e à democracia portuguesa”.

Aos que defendem que o TTIP não tem qualquer relevância para o sector da Saúde, o presidente do Conselho Regional do Sul adverte que “o sector agro-alimentar será o mais afectado e poderá criar problemas de saúde pública a que os médicos terão que dar resposta, como é por exemplo o caso dos alimentos transgénicos e as suas potenciais consequências sanitárias.

O dirigente considerou ainda que a única maneira de o Tratado ser aceitável é “excluir tudo o que afecte a saúde, os serviços de saúde, a saúde pública, a distribuição farmacêutica e o regime de patentes”. “Todas as questões que se prendem directa ou indirectamente com a saúde têm que ficar fora do TTIP”, concluiu.

Reunião anual da IAMRA debateu problemas dos médicos

O *burnout* e as consequências no trabalho e na vida pessoal



A IAMRA (International Association of Medical Relators Authority) teve a sua reunião anual em Melbourne (Austrália), entre os dias 20 e 23 de Setembro. Os médicos de todo o mundo, aí reunidos, debateram vários assuntos, entre os quais se destaca a ameaça que enfrentam com a sobrecarga de trabalho e a tensão a que estão submetidos, que tem consequências no emprego, na carreira e na reputação.

O dirigente do Conselho Regional do Sul José Santos, membro do Departamento Internacional da Ordem, participou na reunião anual da IAMRA, que culminou com a Assembleia Geral, em Melbourne, a 23 de Setembro. A questão do stress e do *burnout* foi um dos temas apresentados nas reuniões prévias.

O representante português refere no seu relatório da reunião, que “os médicos sofrem de excesso de trabalho, stress mantido e *burnout*. Cada vez se torna mais importante diagnosticar as doenças resultantes do *burnout*, assim como ajudar esses mesmos profissionais que sofrem de *burnout*.”

Num estudo efetuado nos Estados Unidos, e ao contrário do que até aqui acontecia, com “mais médicos que sofrem de *burnout* em idades profissionais mais avançadas, aparece agora uma nova área, dos internos em formação”, o que tem repercussões “tanto para a prática como para a sua saúde mental”.

No relatório, José Santos destaca a

importância que estes estudos atribuem ao “uso de computadores e de sistemas informáticos altamente complexos”, que acabam por criar situações de “stress mantido, de diminuição marcada do envolvimento com os doentes e controlo de toda a atividade clínica e pessoal, levando a um elevado número de suicídio em médicos jovens”.

As situações de tensão no trabalho e de falta de condições têm consequências “no emprego, na carreira e na reputação”, refere o relatório, bem como nos aspectos pessoais, com um “aumento da mortalidade e das alterações psicossociais”. Também a nível clínico se repercute, designadamente com a prática de uma medicina defensiva e o óbvio aumento de custos, tal como o aumento da tensão e de ingestão de drogas.

A questão do aumento da tensão no trabalho também pode advir de aspectos como o decurso de investigação de uma entidade reguladora sobre um médico. Na reunião foi apresentado um estudo efectuado no Reino Unido, em que as conclusões são claras.

José Santos refere no seu relatório que “o médico, ao ser submetido a uma investigação, corre um risco muito aumentado de cometer suicídio, estar sujeito a doenças mentais, divórcios e perda de poder financeiro. Ao mesmo tempo, fica mais vulnerável, diminuindo a qualidade de atendimento aos pacientes” e praticando uma “medicina de má qualidade”.

Este estudo conclui ainda que “os problemas psiquiátricos graves e todas as doenças psicossociais levam a um aumento da vulnerabilidade do médico”. Neste contexto, recomenda-se que, em tais circunstâncias, os reguladores devam propor “inicialmente fazer-se um inquérito, definir se existem ou não razões suficientes para que se justifique investigação e só depois se necessário avançar com a investigação”.

Nestes casos, refere José Santos no seu relatório, “também há que não menosprezar e até ter muito em conta os problemas e comportamentos relacionados com a vergonha de se ser investigado” e deve haver “a noção exacta da gravidade do aumento do número de doenças mentais e risco de suicídio”. Concluindo, “investigar só quando for estritamente necessário e com indícios mais ou menos bem definidos”.

Na reunião anual da IAMRA, debateram-se ainda assuntos como a regulação médica, com a discussão de vários casos e queixas clínicas e alguns aspectos da telemedicina, a revalidação e recertificação e, na Assembleia Geral final, entre outros assuntos, discutiram-se também os mecanismos para elevar o nível educacional médico e a respectiva creditação em cada país, a exigência de manter a competência médica contínua, ou o aumento da produtividade dos médicos, com recurso a práticas, competências e informação.



APRESENTAÇÃO
DO ESTUDO

EVOLUÇÃO DO ESFORÇO MÉDICO NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

JAIME TEIXEIRA MENDES

Presidente do Conselho Regional do Sul

RAQUEL VARELA

Co-autor

RENATO GUEDES

Co-autor

CONFERÊNCIA DE

**MICHAEL
ROBERTS**

ECONOMISTA

3 DEZ 2016 . 17H00

AUDITÓRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS



"Formação Médica é o principal instrumento para a qualidade assistencial" assume Carlos Cortes

A reunião anual Coração no Centro, organizada pelo Serviço de Cardiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra juntou mais de meio milhar de peritos nacionais e internacionais, durante dois dias, nos auditórios do CHUC. Este ano, o tema central foi "Valvulopatias - o Estado da Arte".

Convidado a participar na cerimónia de abertura, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, enalteceu o dinamismo científico e formativo da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. "Formação Médica é o principal instrumento para a qualidade assistencial", assumiu Carlos Cortes.

A sessão de abertura da reunião anual Coração no Centro

contou com as intervenções do Prof. Doutor Mariano Pego, presidente da Comissão Organizadora e Diretor de Serviço de Cardiologia dos HUC - CHUC, do Prof. Doutor Américo Figueiredo, subdiretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e vice-presidente da Secção regional do Centro da Ordem dos Médicos, do Diretor Clínico do CHUC, Prof. Doutor José Pedro

Figueiredo, e da Prof. Doutora Maria João Ferreira, Vice presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Nesta sessão, Mariano Pego anunciou a inauguração de uma sala híbrida para implantação de próteses valvulares. Trata-se de mais um passo no tratamento da Doença Valvular Cardíaca.





Carlos Cortes destaca "Marca da inovação técnica" da Medicina Interna

Coimbra acolheu as X Jornadas do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado (NEDF) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), evento científico presidido por Armando Carvalho, que lidera o Serviço de Medicina Interna A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Nos dias 7 e 8 de outubro, os especialistas em Hepatologia reuniram para discutir, entre outras temáticas, a hepatite B e C, uma causa importante de morte e de indicação para transplante hepático. Presente na cerimónia de abertura, Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), destacou o papel determinante da Medicina Interna na formação médica. "Fico muito satisfeito pelo facto da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e do Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos estarem juntos nesta questão. Esta visão de que a formação médica não existe, apenas, com o intuito do saber pelo saber mas, antes, pela visão que aqui expressam no sentido em que a formação médica tem como objetivo primordial tratar os doentes cada vez melhor".

Neste encontro científico - que centrou o debate em temas como o fígado gordo, as doenças hepáticas autoimunes, a cirrose hepática, os nódulos hepáticos, as hepatites virais - Carlos Cortes salientou o elevado nível de exigência da formação médica em Portugal como garante da qualidade assistencial, e, em especial, a capacidade dos internistas "na divulgação do conhecimento" e como "marca na inovação técnica". O presidente da SRCOM sublinhou, por isso, o reconhecimento da Ordem dos Médicos pelo contributo dos internistas na divulgação do saber e, recordando acontecimentos mais recentes, "a co-

ragem" na defesa técnica dos interesses dos doentes e na "defesa incessante pela qualidade da medicina". Carlos Cortes reporta-se, designadamente, aos doentes de Hepatite C: "Apesar de pressões políticas, nunca vacilaram no interesse do doente. Hoje muito doentes estão melhor em Portugal, por causa da vossa intervenção".

Armando Carvalho, que lidera o Serviço de Medicina Interna A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos deu conta que o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos validou o

processo de criação formal da competência de Hepatologia no seio da Medicina Interna.

Foram ainda intervenientes na sessão: Luís Campos, Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Maria Jesus Banza, atual coordenadora do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado; José Pedro Figueiredo, Diretor Clínico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Recorde-se que as hepatites B e C atingem perto de 2% dos portugueses e são uma causa importante de morte e indicação frequente para transplantação hepática.

Dia Internacional do Idoso: Trabalhar em rede é a melhor solução

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, em parceria com o consórcio Ageing@Coimbra, organizou a 2 e 3 de outubro, as celebrações do Dia Internacional do Idoso, no Alma Shopping. Dois dias intensos: uma exposição tecnológica, vários debates na Livraria Bertrand e atividades físicas. Com o aumento da esperança média de vida em Portugal, novos desafios se têm colocado designadamente à comunidade médica. Mas não só.

Na sessão de encerramento deste evento, foi anunciada a criação, em Coimbra, da Comissão Municipal de Proteção ao Idoso, ideia que será validada na reunião da Assembleia Municipal marcada para o mês de dezembro. O atual vereador com o pelouro da Educação, Ação Social e Família, Jorge Alves, que anunciou a criação desta comissão, justificou que é necessário acorrer a alguns dos mais prementes problemas que

os idosos do concelho de Coimbra estão a enfrentar (designadamente a solidão). Na prática, acrescentou o responsável autárquico, esta e outras medidas só terão sucesso se todas as entidades trabalharem em rede.

Aliás, o trabalho de várias instituições e o seu desempenho papel em rede foi, precisamente, o denominador comum das intervenções que decorreram na Livraria Bertrand durante os dois dias que assinalaram o

Dia Internacional do Idoso. "As boas experiências devem ser apoiadas e divulgadas", assinou o psiquiatra João Redondo na sessão de encerramento.

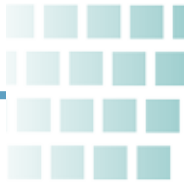
João Malva, Coordenador Científico do consórcio Ageing @ Coimbra, destacou o facto deste consórcio olhar sempre a pessoa humana "na sua plenitude". Face à curva demográfica do nosso País, João Malva chamou, pois, a atenção para se encontrar soluções para o futuro. Daí



Sessão de autógrafos



Debate na Livraria Bertrand



que, olhando para o caso em concreto dos idosos no concelho de Coimbra, o comissão José Manuel Nascimento, da PSP de Coimbra, tenha alertado para o progressivo isolamento dos idosos. "As esquadras estão abertas 24 horas, 365 dias por ano, somos um bom meio de resposta", sublinhou. Momentos antes, também o major da GNR Paulo Poiares deu conta das potencialidades tecnológicas aplicadas aos mais velhos não deixando, porém, de alertar para o esvaziamento do contac-

to humano que tal propicia. Envelhecimento ativo e proximidade de cuidados poderão parecer chavões no discurso mas são o caminho que urge trilhar.

"Fragilidade Física e Cognitiva", "Isolamento e Redes de apoio ao idoso", "Mobilidade no Idoso e Quedas" foram temas em debate com especialistas na área da psiquiatria, farmácia, psicologia, imunologia, entre muitas outras.

No piso O do Alma Shopping, decorreu uma exposição tecno-

lógica, onde esteve em destaque o fato "Simulador do Idoso" que proporciona a experiência de ser idoso. A apresentação do livro "O Homem que não Tinha Idade", de Fernando Correia, e atividades desportivas completaram o intenso programa que assinalou o Dia Internacional do Idoso.



Sessão de encerramento



Simulador do Idoso



Piso O do Alma Shopping



José Manuel Jara

Médico Psiquiatra, Chefe de Serviço hospitalar reformado, Presidente da Assembleia Geral e sócio fundador da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares de Portugal

"Morte assistida", uma reflexão crítica

Quem estiver atento vai-se inteirando dos termos do debate em matéria tão sensível e passional. Os adeptos do Movimento "Direito a Morrer com Dignidade" que atribuem a si próprios o mérito de suscitaram a discussão, querem levar para a frente os seus desígnios, sentindo a urgência da questão. Em termos de luta de ideias a despenalização da "morte assistida", tanto na versão de **suicídio assistido** como da **eutanásia**, teria como oponentes os defensores de um Estado insuficientemente laico, fruto de convicções religiosas e cativo de preconceitos. Pelo contrário, quem se move pela despenalização seria arauto de uma razão iluminada, sem sacralizações descabidas e conservadoras.

Quem estiver atento vai-se inteirando dos termos do debate em matéria tão sensível e passional. Os adeptos do Movimento "Direito a Morrer com Dignidade" que atribuem a si próprios o mérito de suscitaram a discussão, querem levar para a frente os seus desígnios, sentindo a urgência da questão. Em termos de luta de ideias a despenalização da "morte assistida", tanto na versão de suicídio assistido como da eutanásia, teria como oponentes os defensores de um Estado insuficientemente laico, fruto de convicções religiosas e cativo de preconceitos. Pelo contrário, quem se move pela despenalização seria arauto de uma razão iluminada, sem sacralizações descabidas e conservadoras.

Será possível entender esta apologia de uma morte voluntária ajudada ou executada por outro como fruto de um racionalismo inquestionável a toda a prova? Jacques Attali, intelectual e político bem conhecido, escrevia em 1981 (Diccionaire du siècle XXI, p. 131): "(...) a liberdade fundamental é o suicídio; por consequência o direito ao suicídio direto ou indireto é um valor absoluto neste tipo de sociedade do futuro". Este pequeno trecho, que passo sem comentários, serve apenas para evidenciar que qualquer postura ou causa está mergulhada numa ideologia, conceito esquecido nos debates, como se a ideologia fosse neste caso tão só a religiosa. Atente-se nesta confissão de uma das líderes do movimento português, Direito a Morrer com

Dignidade: "*Quem apenas pede espaço para que todos possam minimamente morrer de acordo com as suas convicções sobre a vida e a morte, assunto tão íntimo como as convicções religiosas*" (Laura Ferreira dos Santos, Público, 17/03/2016). Estaremos perante uma celebração laica da morte como direito sacralizado?

Há muitas formas de ver um problema sem reduzir a contenda a um despique entre laicidade e religiosidade. As questões neste domínio complexo abrangem a antropologia, a medicina, a ética, o direito, a sociologia, a psicologia, a história e a filosofia, numa interdisciplinaridade aberta. A atitude dogmática não é só a confessional no sentido religioso, pode ser também uma postura de piedosa autoridade

moral da vanguarda pelo direito à morte.

Um breve parágrafo esclarecedor. Há uma rede de adjetivos à volta do termo “eutanásia”. Pode considerar-se com significado rigoroso a “eutanásia ativa voluntária” em que a pessoa interessada solicita que a matem e obtém a satisfação do pedido, sendo um terceiro que a executa e não o próprio; e a “eutanásia não-voluntária e involuntária” em que a morte é executada sem o pedido da vítima. O pressuposto básico da noção de eutanásia é a intencionalidade deliberada da execução da morte como fim. O “suicídio assistido” configura uma situação em que o requerente da morte obtém de terceiros o meio para se matar, em geral fármacos letais, mas é o próprio que terá de os administrar a si mesmo. A designação “morte assistida” é um eufemismo genérico menos conotado negativamente, que abrange os dois outros indistintamente.

A questão do suicídio assistido e da morte executada a pedido (eutanásia voluntária) não é linear. É complexa, tanto no plano teórico como prático. Por isso, apenas meia dúzia de países em todo o mundo, aderiram a soluções legislativas: quatro Estados americanos (em 46), que apenas permitem o “suicídio assistido” para doentes terminais, com prognóstico de a “seis meses da morte”, em nenhum caso a eutanásia; a Holanda, a Bélgica e o Luxemburgo, que permitem o suicídio assistido e a eutanásia, numa abrangência de casos menos restritiva, questionada nos seus limites por uma extensão pouco delimitada e inquietante; a Suíça, que permite o suicídio assistido pouco medicalizado, com patrocínio de associações

vocacionadas e por vezes com fim lucrativo; e o Canadá, mais recentemente. No Reino Unido foram feitas várias tentativas de legislar, sempre naufragadas; a última, a Lei Falconer, já é tão restritiva como a do Estado de Oregon, mas não passou. Em França, a Lei de 2005, Lei Leonetti, rejeita o suicídio assistido e a eutanásia, valorizando os cuidados paliativos e regras adequadas para minorar o sofrimento e evitar uma medicalização despropositada no fim da vida; foi aprovada por unanimidade no parlamento francês.

Outra questão menos considerada é a da vantagem “assistencial” destas medidas da chamada morte assistida. A urgência com que se vê a necessidade de “legalizar” não reflete a realidade. De um modo geral poderá dizer-se que o número de pessoas que solicitaram e viram satisfeitos os pedidos não representa uma percentagem significativa, variando consoante as condicionantes legais. De notar que a legalização, gerada por movimentos de opinião que não incluem maioritariamente, por motivo óbvio, os candidatos imediatos à “morte assistida” não responde de facto a nenhuma prática ilícita corrente, visando institucionalizar oficialmente um novo direito à morte. Outra noção pouco lembrada é a da antiguidade da solução de “morte assistida”. Quem tiver interesse, poderá consultar uma obra pioneira nesta matéria, publicada em 1922, da autoria conjunta de um prestigioso jurista alemão de direito criminal, Karl Binding, e de um professor de psiquiatria, Alfred Hoche. A obra justifica detalhadamente o “suicídio assistido” e a “eutanásia a pedido” para doentes

com “sofrimento insuportável” e situações terminais. Mas, a par desse “grupo”, também justifica a “eutanásia não-voluntária” para a “eliminação de vidas indignas de ser vividas” (Euthanasie-Le dossier Binding & Hoche, Editeur Le Sarmant, 2002). Nessa época prevaleciam ideias de eugenia e seleção racial, de crença malthusiana, que viriam duas décadas mais tarde a ter efeitos de perversidade maligna na Alemanha nazi, entre 1938 e 1942.

Na Inglaterra e nos EUA, as sociedades pela eutanásia eugénica viriam, a partir dos anos 70 do século XX, a gerar as novas associações, como a *Dignity in dying* (UK) e *Compassion in dying* (USA), já sintonizadas com o ideário paladino da “morte assistida” caridosa e salvífica. Embora seja claro que o que move os promotores da despenalização da “morte assistida” é uma intenção benévola, não poderemos ignorar que neste mundo mercantilista em que todos os valores tendem a ser faturados, pode haver uma deriva secundária economicista de tais medidas. A implementação de melhores cuidados paliativos será sempre mais dispendiosa, pois não faz um *curto-circuito* no processo de morrer. Não é outro o diagnóstico que João Semedo, líder do Movimento pelo direito a morrer com dignidade, faz das nossas “insuficiências” e “ineficiências” em cuidados paliativos, mas esses cuidados mesmo que fossem adequados não dispensam, a seu ver, a expedita “morte assistida” para um *exitus* consciente (DN- 3/03/2016).

Outros problemas situam-se nos múltiplos obstáculos mais ou menos relevantes com que se depara o propósito de despe-

nalizar. Equivocadamente, tanto no Manifesto como na Petição, fala-se de “despenalização da morte assistida”. Errado, não é “despenalizar a morte assistida”, mas sim possibilitá-la. A despenalização seria sim a do “Homicídio a pedido da vítima” (artigo 134º) e do “Incitamento ou ajuda ao suicídio” (artigo 135º), através da alteração do código penal português. Não é tarefa fácil. Se é certo que o suicídio não é delituoso tal não significa que seja um direito positivo. Mal de nós se a sociedade passasse a promover o suicídio, quando todas as políticas da Saúde Mental se orientam para a prevenção do suicídio como objetivo essencial. Sabe-se que a maioria dos casos de suicídio resultam numa medida significativa de perturbações psiquiátricas não compensadas. Mas também de fatores socioculturais facilitadores ou inibidores dessas condutas autodestrutivas e tragicamente fatais em muitos casos. Ora, a alteração destas interdições do código penal não deixam de abrir a porta a uma liberalização do suicídio, mesmo controlada e restringida a uma população pré-definida. Pode o Estado reger-se por duas orientações contraditórias, quando a sociedade mediática generaliza imprudentemente e sugestiona sem restrições?

Confunde-se muitas vezes autodeterminação com livre arbítrio. As decisões de uma pessoa muito doente fisicamente, tantas vezes afetada também psiquiatricamente, são multideterminadas, espelham a complexidade da vida e das relações com os outros. A leitura da vontade da pessoa que manifesta o desejo de morrer, sem mediação interpretativa, sem descer à profun-

didade do ser, sem um enlace afetivo com o outro, é fruto de uma psicologia elementar, ingénuo e pseudo-racional. E não é pela insistência reiterada num pedido de morte assistida que se pode extrair a verdade absoluta do desejo, tantas vezes ambivalente, incerto e apelativo. Intenção autodestrutiva autoagressiva, culpabilizante, fruto do desgaste e sofrimento da doença física e da concomitância de uma depressão clínica não avaliada e tratada. São muitas as chamadas de atenção para estas questões por parte de associações médicas e de psiquiatria, nacionais e internacionais. Atente-se nesta afirmação de um estudo do Royal College of Psychiatry: *“O desejo de apressar a morte nos doentes terminais é pouco comum e, na maioria dos casos, transitório, e fortemente associado à depressão”* (Assisted dying for the terminaly ill: the debate continues- Annabel Price, Consultant Liaison Psychiatrist; Simon Wesley, President RCP- September 2014).

A Associação Psiquiátrica Mundial na “Declaração sobre Padrões de Ética na prática psiquiátrica” (Madrid, 25/08/1996, confirmado e outros congressos mundiais) estabelece que “o primeiro dever do médico é a promoção da saúde, a redução do sofrimento e a proteção da vida”. E, a propósito da eutanásia, alerta para que “o psiquiatra deve estar muito consciente de que as opiniões de um doente podem ser distorcidas por doenças mentais como a depressão, sendo o papel do psiquiatra em tais situações tratar a doença”.

A Associação Médica Mundial (WMA) vem reiteradamente aprovando e confirmando, em deliberações votadas em As-

sembleia Geral, e em outras iniciativas, que tanto o suicídio assistido como a eutanásia não são éticas e devem ser condenadas pelos profissionais da medicina. O carácter controverso e difícil de aceitar das soluções de “morte assistida” torna-se manifesto pela generalizada rejeição por parte das associações médicas. E, naturalmente, pela grande maioria das associações de profissionais envolvidos diretamente na assistência em cuidados paliativos.

Em Portugal, o Regulamento da Deontologia Médica publicado em Diário da República em 2016 estabelece no seu artigo 65º o que passamos a citar:

- 1- O médico deve respeitar a dignidade do doente no momento do fim da vida;
- 2- Ao médico é vedado a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia.

Esta questão é da máxima relevância. Muito dificilmente se poderão integrar na medicina, como atos médicos, os procedimentos do suicídio a pedido e da eutanásia. O médico passaria a obedecer a uma vontade estranha à sua profissão, como executor de um pedido, coagido por uma lei contrária à deontologia e à medicina. Assim se entende o esforço argumentativo do destacado jurista José de Faria Costa, ao tentar introduzir na “essência” do “ato médico”, como modelo pós-moderno e pós-hipocrático, a eutanásia e o suicídio assistido (*in* “As novas questões da vida e da morte no direito penal: Em redor da noção de acto médico” - Coimbra Editora, 2010). O médico seria mandatado para executar a “assistência” para a morte, legitimando o ato como um “tra-

tamento” final. Todo o teor se poderá reduzir a uma simples equação tautológica: desde que a prática da “morte assistida” seja executada por um médico passa a ser “médica”.

A objeção a estes procedimentos não pode ser por cada médico individualmente, terá de ser geral, visto que fere princípios deontológicos básicos. Os direitos na relação entre médico e doente não podem ser unilaterais. O médico não pode ser reduzido a um instrumento, tal como o doente. Parceiros numa relação com respeito pela dignidade de cada um e pelos valores humanos e profissionais. Por sua vez a lei não pode subverter princípios elementares da profissão de médico.

Questão final neste percurso sobre tema tão importante, sobre a vida, a doença, o sofrimento, a finitude, o morrer e a morte. Na Constituição da República Portuguesa reza assim o artigo nº 24º:

1- A vida humana é inviolável. Na petição e no manifesto dos defensores da causa da “morte assistida” acrescentam, “mas

não como dever irrenunciável”. O que quer dizer isto? É vago. Significa que a pessoa pode renunciar à vida? Que a pessoa pode livremente suicidar-se, atentar contra a sua vida? É certo, embora a maior parte das vezes o faça por limitação à sua verdadeira liberdade que se orienta para a vida. Seria absurdo punir o suicida. Mas a questão não é essa! A questão é a da prestação da morte por um terceiro, executada contra outra pessoa, mesmo que o pedido pareça justificado. Será possível um ato deste tipo sem ferir a Constituição? Em assunto de tanta relevância como a do artigo 24, só com uma grande ginástica jurídica se pode ultrapassar esta anomalia sem ferir de morte o princípio que a exclui.

Na Recomendação nº 1418 da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa (1999), diz-se o seguinte na primeira alínea: “A vocação do Conselho da Europa é proteger a dignidade de todos os seres humanos e os direitos que daí decorrem”. E na alínea 9- C- i- «Reconhecer que o direito à vida, especialmente em

Ao médico é vedado a ajuda ao suicídio, a eutanásia e a distanásia.

relação ao doente terminal ou a morrer é garantido pelos estados membros, de acordo com o artigo 2) da Convenção Europeia dos Direitos Humanos que estabelece que ninguém deve ser privado da sua vida intencionalmente”.

Quantos casos foram julgados em Portugal ao abrigo dos artigos do Código Penal por “homicídio a pedido” e a “ajuda ao suicídio”? Seria bom saber o que se iria de facto despenalizar em termos de realidade praticada... Será pelo caminho apressado da morte a pedido que o país avança nos direitos, liberdades e garantias do cidadão? Não. Nem tudo é permitido mesmo no espírito mais liberal.

Lisboa, 20 de Agosto de 2018

informação

Medicina Geral e Familiar: regulamento da prova teórica

Divulgámos no site nacional o regulamento da prova teórica de Medicina Geral e Familiar onde se definem prazos, funções dos elementos do júri, deveres dos candidatos no dia em que se realiza a prova teórica de avaliação e os respetivos direitos, como, por exemplo, “alertar os elementos do júri sobre irregularidades detetadas na sala onde decorre a prova”, informações aos candidatos antes do início da prova, como seja a total proibição de uso, para qualquer fim, de telemóvel ou outro dispositivo eletrónico, condições a que obedece a realização da prova, exemplos de situações que são consideradas irregularidades e informação sobre as comissões que elaboram a prova, nomeadamente a sua composição, quem nomeia os elementos da comissão e suas competências.



João Fernandes

Interno de Formação específica de Medicina Geral e Familiar

“Omeletes sem ovos”

Estão a terminar quatro anos de internato. . . Ao longo deste tempo, foi possível construir com os utentes, da lista que partilho com a minha orientadora de formação, uma relação médico-doente profícua.

É reconfortante perceber que somos reconhecidos como “médico de família” (ou como parte dessa equipa) e que, de facto, prestamos cuidados de continuidade, que manejamos e solucionamos problemas (de saúde, sociais...) ao longo do tempo; que acompanhamos famílias nas suas dinâmicas em evolução.

No entanto, somos inundados de burocracias e prazos, programas informáticos que não funcionam, que fazem qualquer um perder a cabeça, que constroem a realização de uma consulta em que realmente consigo *olhar* para o doente e não para a infeliz máquina em que sou obrigado a codificar, registar, prescrever, clicar uma dúzia de vezes antes de fazer sair uma simples receita de paracetamol. E depois ouvem-se expressões como “nem olhou para mim...” “estive lá dentro 5 minutos...”, “só olhou para o computador”...

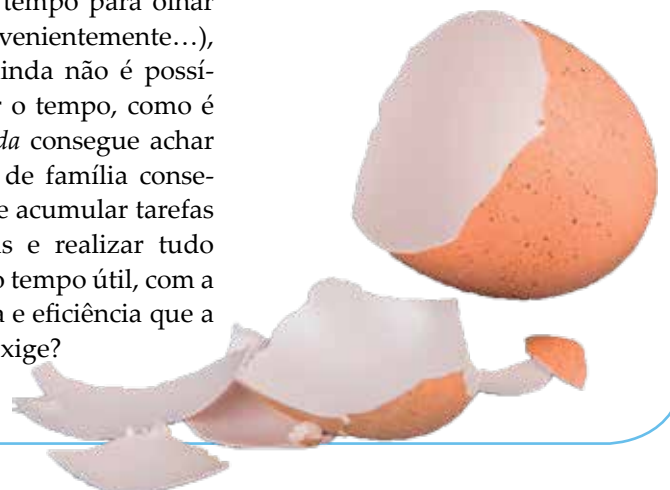
Deparei-me há pouco tempo com uma expressão peculiar numa portaria: “No âmbito dos cuidados de saúde primários, considera-se que o médico de família

acompanha o utente/trabalhador ao longo da vida, pelo que é *o profissional de saúde que está melhor habilitado* para diagnosticar e tratar as doenças dos trabalhadores e promover a sua saúde no seu contexto geral e laboral.” E assim, num piscar de olhos, mais uma competência foi transferida para o médico de família.

Com o aumento do número de utentes por lista, o atraso imposto pelos sistemas informáticos que teimam em não colaborar, os sistemas de avaliação de produtividade (*avaliam mesmo isso?*) que pedem cliques atrás de cliques para que fique *provado* que o doente foi bem observado (por vezes nem dá tempo para olhar para ele convenientemente...), e sendo que ainda não é possível multiplicar o tempo, como é que *quem manda* consegue achar que o médico de família consegue acumular e acumular tarefas e competências e realizar tudo isso, no mesmo tempo útil, com a mesma eficácia e eficiência que a sua profissão exige?

Somos de facto aptos e, se calhar, mesmo os mais habilitados para muitas coisas. Conhecemos os nossos utentes, as suas famílias e as suas particularidades, se calhar melhor do que qualquer outro médico. Sim, nos CSP é possível manejar uma grande variedade de problemas quer de saúde, familiares, sociais e até laborais. Mas não peçam para fazer omeletes sem ovos! Pedem CSP de qualidade e de proximidade, que é (imaginem!) o que me propus a fazer quando escolhi a especialidade. Mas dêem-me ferramentas e tempo de qualidade!

Não é possível fazer omeletes sem ovos!





Teresa Moura Bastos

Médica Interna do 4º ano de Medicina Geral e Familiar

E agora? Mais uma tarefa? *Click?*

O consumo de tabaco é a primeira causa evitável de morte e de doença em Portugal. É o fator mais importante, mencionado nos múltiplos programas nacionais de saúde, para prevenção e controlo das doenças oncológicas, cardiovasculares, respiratórias e de saúde mental.

Segundo a Lei do Tabaco (nº 109/2015), publicada em Diário da República a 26 de agosto de 2015, devem ser criadas “consultas de apoio intensivo à cessação tabágica em todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), contudo, é nossa obrigação, enquanto internos e especialistas de Medicina Geral e Familiar, também intervir a este nível na prática clínica diária, nomeadamente através da intervenção breve. Esta consiste numa abordagem de curta duração (habitualmente não excede os 10 minutos) que contempla a avaliação do consumo de tabaco e da motivação para deixar de fumar (estadio motivacional segundo Prochaska e DiClemente), bem como as estratégias que poderão ser adotadas para uma mudança de comportamento (estratégias dos 5 As e 5 Rs).

Claro está que, tendo em consideração o tempo limitado das nossas consultas e a diversidade de problemas que muitas vezes temos de gerir, pode colocar-se a questão da exequibilidade do anteriormente exposto. Assim sugere-me evocar o conceito de

“agendamento” da consulta... Porque não marcar uma consulta específica para a intervenção breve a nível da cessação tabágica, tal como fazemos com muitos dos outros problemas apresentados pelos nossos utentes?

Também podemos colocar a questão da eficácia desta intervenção, sendo ela tão simples e breve. Sabe-se que este tipo de intervenção *per se* é responsável por cerca de 13 a 16 % dos utentes que deixam de fumar. E o que fazer aos 84-87% dos utentes cuja intervenção não é eficaz? Aqui surge a importância da consulta de apoio intensivo à cessação tabágica estar disponível em todos os ACeS, o que vem contrapor o modelo anterior, francamente insuficiente, em que estas estavam organizadas a nível das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Não podemos contudo cair na utopia de que basta uma legislação surgir para que tal seja exequível. É necessário tempo, formação e empenho de múltiplos profissionais, que estejam disponíveis para abraçar este projeto, bem como para que dele os utentes tirem os respetivos dividen-

dos, quer a nível de saúde, quer de uma forma mais global, na redução dos custos inerentes ou decorrentes do consumo de tabaco. A formação nesta área é de extrema importância e é uma orientação reafirmada pelo novo programa prioritário, o “Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo”. Na minha opinião, a formação de qualidade nesta área ainda é insuficiente para grande quantidade de profissionais de saúde nela interessados, sendo como tal essencial apostar a este nível.

Assim, não será mais um *click* mas sim o investir fortemente na prevenção, para que no futuro, um dos principais problemas da nossa sociedade seja idealmente um problema residual.

Documentos consultados: Direção Geral de Saúde. Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números. 2013; Direção Geral de Saúde. Consumo do tabaco, estratégias de prevenção e controlo; Direção Geral de Saúde. Cessação tabágica e ganho ponderal – Linhas de Orientação. 2015; Assembleia da República. Lei do Tabaco – lei nº 109/2015. Diário da República. 1ª Série, 26 de agosto de 2015; Direção Geral de Saúde. Cessação Tabágica – Programa tipo de atuação. 2007.



Marisa Barros

Interna de Medicina Geral e Familiar, na USF Camélias, ACeS Gaia; Pós-Graduada em Climatologia e Hidrologia pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Águas termais: excelentes aliadas na saúde e bem-estar físico e mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “Saúde” como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doença.

Portugal é um dos países da Europa com maior riqueza de águas termais. Segundo o Decreto-Lei nº 90/90, define-se água mineral natural como “a água considerada bacteriologicamente própria, de circulação profunda, com características físico-químicas estáveis na origem (...), de que resultam propriedades terapêuticas ou simplesmente efeitos favoráveis à saúde”. O Decreto-Lei nº142/2004 define termalismo como o “uso de água mineral natural e outros meios complementares para fins de prevenção, terapêutica, reabilitação ou bem-estar”. Podem assim ser consideradas duas grandes vertentes do termalismo: o termalismo “clássico”, que consiste numa terapia específica para uma determinada patologia e o termalismo de “bem-estar”, mais associado a programas de prevenção da doença e lazer.

Dada a riqueza e diversidade mineral das águas minerais utilizadas, são inúmeros os benefícios que a crenoterapia (utiliza-

ção das águas minerais naturais como tratamento/prevenção de determinadas patologias) proporciona à saúde e bem-estar dos utentes. As águas termais apresentam propriedades benéficas no tratamento de problemas respiratórios, digestivos, músculo-esqueléticos, doenças endócrinas e metabólicas, patologias do foro urinário e dermatológico...

Esta prática está associada a uma baixa iatrogenia, um elevado grau de tolerabilidade e contribui para uma diminuição da polimedicação e dos respetivos efeitos secundários. Além disso, possui um impacto indireto na gestão dos recursos em saúde, com diminuição dos gastos e taxas de absentismo.

Os tratamentos podem ser aplicados a diferentes grupos de pessoas: indivíduos saudáveis, indivíduos portadores de transtornos não-específicos e indivíduos com problemas de saúde definidos. Estas intervenções visam: a promoção da saúde (melhoria geral da saúde e do bem-estar,

bem como uma redução/eliminação dos fatores de risco); a prevenção (redução do risco para condições específicas de saúde); o tratamento (supressão ou redução dos sintomas da doença, nomeadamente: redução da dor, aumento da amplitude do movimento, redução da pressão arterial, melhoria da função pulmonar...) e reabilitação (estratégias que possibilitam às pessoas com deficiências e com doenças crónicas incapacitantes, estratégias de compensação e adaptação do ambiente às necessidades específicas dessas pessoas).

O bem-estar que é proporcionado nas estâncias termais aborda a saúde humana num sentido holístico. Cada vez mais, a estadia termal é aproveitada para implementar modificações de hábitos de vida, tendo assim um papel fulcral na promoção da saúde e prevenção da doença. É progressivamente reconhecido o seu papel na erradicação de fatores de risco, tão prevalentes na nossa sociedade, nomeadamente: sedenta-

rismo, maus hábitos alimentares, stress e o tabagismo. Cada terapeuta participa assim, de um forma ativa, na proteção da sua saúde e na prevenção de doenças. A crenoterapia contribui para a otimização da qualidade de vida e da saúde em geral.

Nas estâncias termais é possível explorar o meio ambiente envolvente, associado a paisagens naturais e a uma alimentação e gastronomia local. Em quase todas as estâncias termais existem atividades relacionadas com o desporto. A prática termal, já reconhecida desde a antiguidade e que já atravessou períodos de crise, apresenta hoje perspectivas futuras inquestionáveis. As águas termais são, efetivamente, excelentes aliadas na saúde e bem-estar físico e mental.

Por tudo isto, penso que seria importante a reposição da participação do Estado. Sem dúvida que muitos utentes poderiam beneficiar com os tratamentos termais, porém, por motivos financeiros não os realizam.



Concessões termais em julho de 2015

Legenda

- Setor de atividade
- Engarrafamento
- Engarrafamento/Termalismo
- ▲ Termalismo
- ◆ Termalismo/Geotermia

1:2.100.000

Sistema de referência: PT-TM06/ETRS89

notícia

PEM: aplicação gratuita disponível para pequenos prescritores privados

A PEM, Prescrição Eletrónica Médica, define uma nova abordagem à prescrição de medicamentos, sustentada por normas de orientação clínica, assim como promove a desmaterialização dos procedimentos associados ao circuito de prescrição – dispensa – faturação – conferência, que visam alcançar a eficiência e segurança no circuito do medicamento. Neste momento, a Prescrição Eletrónica de Medicamentos, através da aplicação dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), em ambiente privado é já uma realidade.

Conforme protocolo assinado entre a Ordem dos Médicos e a SPMS, para os Prescritores que aufram até 50 receitas, promovendo assim a substituição gradual da prescrição manual, é possível beneficiar das vantagens que esta aplicação apresenta, em ambiente privado, fora da Rede Informática da Saúde (RIS), ou seja, não estando disponível nestas condições nas instituições do Sistema Nacional de Saúde. Se é um Pequeno Prescritor, poderá solicitar o seu acesso através do preenchimento de um formulário que foi desenvolvido para o efeito e que se encontra disponível na página da SPMS em <http://spms.min-saude.pt/product/pem/>

Posteriormente, ser-lhe-á dado o acesso à aplicação, onde poderá começar a prescrever desde logo. Convidámo-lo a que use a 'receita Sem Papel' desde início, oferecendo uma maior comodidade aos seus utentes através do envio de SMS's gratuitos. Relembramos que a utilização desta aplicação é gratuita e está disponível apenas para Pequenos Prescritores Privados.



Alberto Costa

Especialista em Medicina Geral e Familiar; Mestre em Saúde Ocupacional;
Faculdade Medicina Universidade Coimbra

Cuidador informal – finalmente o seu reconhecimento?

A prática da Medicina Geral e Familiar de ambulatório permite o contacto com o doente no seu ambiente familiar. As visitas domiciliárias são por isso determinantes no conhecimento do indivíduo, da família, dos seus anseios e expectativas.

O conhecimento de muitas patologias, só estará completo com a observação do paciente no seu ambiente habitual. O Médico só estará realizado com o conhecimento permitido com as visitas domiciliárias, o exercício clínico no seu expoente máximo. Não restam dúvidas que existem doentes, e não doenças, e que o indivíduo é um todo que deve ser avaliado integrado no seu contexto existencial!

Observar um doente, muito assado, numa cama ou maca de hospital, com boa iluminação, arejamento, espaço físico adequado e dispo de todos os meios técnicos, é muito diferente de algumas consultas realizadas em ambiente domiciliário.

A nossa prática clínica domiciliária tem permitido testemunhar o empenho e dedicação de muitos Cuidadores.

Autênticos e genuínos atos de amor praticados pelos Cuidado-

res a familiares ou amigos com vários graus de dependência e a necessitarem de ajuda. Exemplos desinteressados de puro altruísmo!

O Médico não pode ficar indiferente e a sociedade não podia esquecer que existe uma dimensão humana e social que teria de ser reconhecida e recompensada.

Quando em 2011 assumimos a responsabilidade da **Coordenação do Conselho Nacional dos Cuidados Continuados**, ficou mais fácil abordar esta temática. Sensibilizado para a necessidade dos cuidados de proximidade, apresentei ao **Conselho Nacional dos Cuidados Continuados** proposta/projeto legislativo que posteriormente foi aprovada em Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos.

Após encaminhamento para o Ministério da Solidariedade e Segurança Social, estava dado o primeiro passo para o reconhe-

cimento pela sociedade do **Cuidador Informal**.

O **Plano Nacional de Saúde 2012-2016** recomendava a criação de “*cuidadores informais*”, para a prestação de cuidados e gestão de algumas situações. Cuidar de um doente no domicílio implica uma correta avaliação das capacidades físicas, psíquicas e emocionais da família. O Cuidador não deverá só por si substituir-se aos agentes de saúde indicados para o acompanhamento e/ou tratamento da situação clínico-funcional do doente. O Cuidador deve funcionar como importante elemento de preservação dos ganhos funcionais obtidos pela intervenção dos agentes de saúde.

Foi por isso com agrado que registámos a posição da Assembleia da República Portuguesa. Em 18 de julho de 2016, a Assembleia da República, aprova a **Resolução da Assembleia da**

República nº130/2016, recomendando ao Governo medidas de apoio aos Cuidadores Informais e a aprovação do seu Estatuto. Recomenda que se reconheça: direitos e deveres em sede de Estatuto do Cuidador, a possibilidade de deduções fiscais, a criação de mecanismos de apoio adicional, promover o acesso a informação e formação aumentando a sua capacitação na prestação de cuidados a pessoas dependentes, melhorar a articulação entre os Cuidados de saúde Primários e a Rede Nacional de Cuidados Continuados.

A *Resolução da Assembleia da República nº 130/2016* tal como foi apresentado na nossa proposta, foi mais além e recomenda que se aprovelem medidas de alargamento temporal de licenças para assistência a familiar dependente, condições favoráveis de acesso à pré-reforma com aquele fundamento, possibilidade de gozo de horários reduzidos, flexíveis, promoção de teletrabalho, entre outras, e não esquecendo a recomendação para ser avaliada a possibilidade de apoios diretos, considerando a poupança que geram ao evitar

a institucionalização dos dependentes.

Compete pois desta forma registar, que se trata de uma medida justa, de reconhecimento pela sociedade do relevante serviço efetuado pelo Cuidador Informal.

Mas sem dúvida que o maior e mais relevante serviço prestado, não será tanto à sociedade, mas sim ao indivíduo dependente, que assim vê possibilitada a sua permanência no seio da família. Pensamos ser de enaltecer o reconhecimento agora concretizado.



Catarina Isabel Correia Dias Ribeiro

Interna de 1º Ano de Formação Específica de Nefrologia
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Sejamos um só!

Diz-se por aí que vivemos tempos difíceis na saúde... Hoje talvez mais do que nunca... Porque não optamos por uma abordagem holística, colocando de parte o “individualismo”? Porque vivemos presas a mentalidades enraizadas e a preconceitos que teimam em persistir?

Não individualizemos a saúde, mas façamos dela uma missão (a nossa missão!), uma causa social transversal a quem dela cuida. Unindo recursos seremos mais fortes. Seremos capazes de dar aquele passo em frente... Derrubemos muros e construamos pontes! O Serviço Nacional de Saúde precisa de “nós” e não de “eus”!

Não fiquemos restritos à nossa área de conforto, sejamos abertos à novidade e aprendamos entre colegas: abracemos reuniões inter e multi disciplinares, promovendo a discussão de pareceres e opiniões; transmitamos saber e não nos limitemos a ouvir, mas escutemos.

Promovamos a comunicação entre especialidades... Se a formação médica especializada existe é para que dela possamos fazer uso. Não tenhamos medo de “pedir” ajuda... Olhemos para a saúde como uma necessidade emergente de articulação de cuidados com objetivos comuns.

Esqueçamos “rivalidades” e “hierarquias” antigas... Saibamos respeitar a diferença. E que o Juramento de Hipócrates não cesse no papel mas integre o quotidiano de cada um, fazendo-se jus à premissa “os meus colegas serão meus irmãos”...

Sejamos um só Serviço Nacional de Saúde!

Manuel Baptista Ferreira Dias
Cuidador informal

Não deveriam os cuidadores ter prioridade de acesso?

Manuel Baptista Ferreira Dias tem 70 anos, é reformado e presta cuidados essenciais à sua esposa, que tem 90% de incapacidade atestada. Com a sua autorização reproduzimos a carta que dirigiu à OM, entre outras entidades, em que assina “um português do povo”, a propósito da falta de reconhecimento do papel dos cuidadores informais e da necessidade de haver maior respeito e mais direitos para quem cuida do outro. A OM revê-se nos princípios nucleares aqui defendidos.

“Exmos Srs, permitam-me que comece por apresentar-me!

Chamo-me Manuel Baptista Ferreira Dias, tenho 70 anos, sou reformado, vivo em Oeiras... e sou cuidador!

Apresento, desde já, as minhas desculpas por vir ocupar um pouco do vosso precioso tempo, mas como nossos ilustres representantes, gostaria que me esclarecessem o seguinte:

Se estiver numa qualquer agência notarial, aguardando a minha vez, e se chegar um advogado, passa à frente de toda gente - marrecos, coxos, cegos, etc. - pois tem prioridade. A última vez que verifiquei éramos todos iguais (pelo vistos uns são mais iguais que os outros) de modo que me é difícil compreender que o tempo do advogado seja mais importante que o meu.

Este exemplo que referi é o ponto de partida para o meu pedido de esclarecimento, que é o seguinte: como referi inicialmente,

sou cuidador, e sou cuidador de uma pessoa muito especial na minha vida... a minha esposa! São 51 anos de casamento abençoado. Mas com a velhice, de bom só nos dá a experiência de vida, e ainda assim somente passados cinco anos, comecei a tratar de exercer os direitos que nos assistem, preenchendo um sem número de documentos, contactando instituições, falando com este e com o outro. Porque, se no que respeita aos deveres o processo é automático e célere, o contrário acontece quanto aos direitos!

Tudo isto enquanto presto cuidados essenciais à minha esposa, com 90% de incapacidade atestada, que necessita da minha ajuda para os cuidados mais básicos. Assim, e para que V. Exas. fiquem com uma ligeira noção do nosso dia-a-dia, este começa a levantá-la, tratar da sua higiene pessoal, nas necessidades fisiológicas, vesti-la, preparar

e dar-lhe o pequeno-almoço, instalá-la na sala numa cadeira de rodas (que tive que adquirir) em frente à televisão para que se possa distrair. De seguida arrumo o quarto onde dorme, faço a cama, hospitalar (que também tive que adquirir para facultar mais comodidade e bem estar). Dou-lhe água, medicação, aconchego-lhe a roupa... enfim, em tudo o que ela precisar, inclusive levá-la ao wc onde lhe pego em peso para a conseguir colocar na sanita (uma vez que as dimensões desta não permitem entrar com a cadeira e transferir lateralmente), ou quando lhe dou banho. Almoço, lanche, jantar, deitá-la... E rezar para que seja uma noite calma!

No dia seguinte?!? A mesma rotina. Isto durante 365 dias do ano! Mas não me queixo. É o meu dever, a minha obrigação como marido. Cuidar de quem cuidou de mim!

Para poder tratar dos tais direi-

tos que referi, tenho que, por vezes, me ausentar de casa deixando a minha esposa sozinha. Uma dessas ausências resultou em queda da minha esposa e consequentemente numa ida ao hospital com uma fractura no úmero.

E eu na farmácia... à espera! É a senhora que vê dez cremes para mãos, diferentes, ouvindo as características de cada um pela voz paciente da farmacêutica, outra perfumes, uma outra sabonetes adelgaçantes...

Agora a minha questão: não deveriam os cuidadores ter prioridade de acesso? Possuírem um documento, identificando-os como tal e permitindo-lhes essa prioridade - como acontece com os advogados nas repartições públicas?! Pensem, por favor, neste assunto. Até porque, o facto de existirmos e de cuidarmos dos nossos familiares, é menos dinheiro que o Estado (que somos todos nós) paga a instituições para o fazer.

Provavelmente, esta minha sugestão irá parar ao cesto dos papéis, mas sendo eu um optimista (embora esclarecido) por natureza, não espero resposta da vossa parte, nem de nenhuma das outras entidades a quem enviarei cópia desta carta, mas se houver pelo menos alguém que pense neste assunto, dar-me-ei por satisfeito!

Oeiras, 15 de Abril de 2016

PS: Como as nossas reformas são baixas, à semelhança da maioria dos reformados (que não são banqueiros ou possuem *offshores*), não posso contratar ninguém para me ajudar, sob pena de depois faltar na despesa/frigorífico e nos medicamentos."

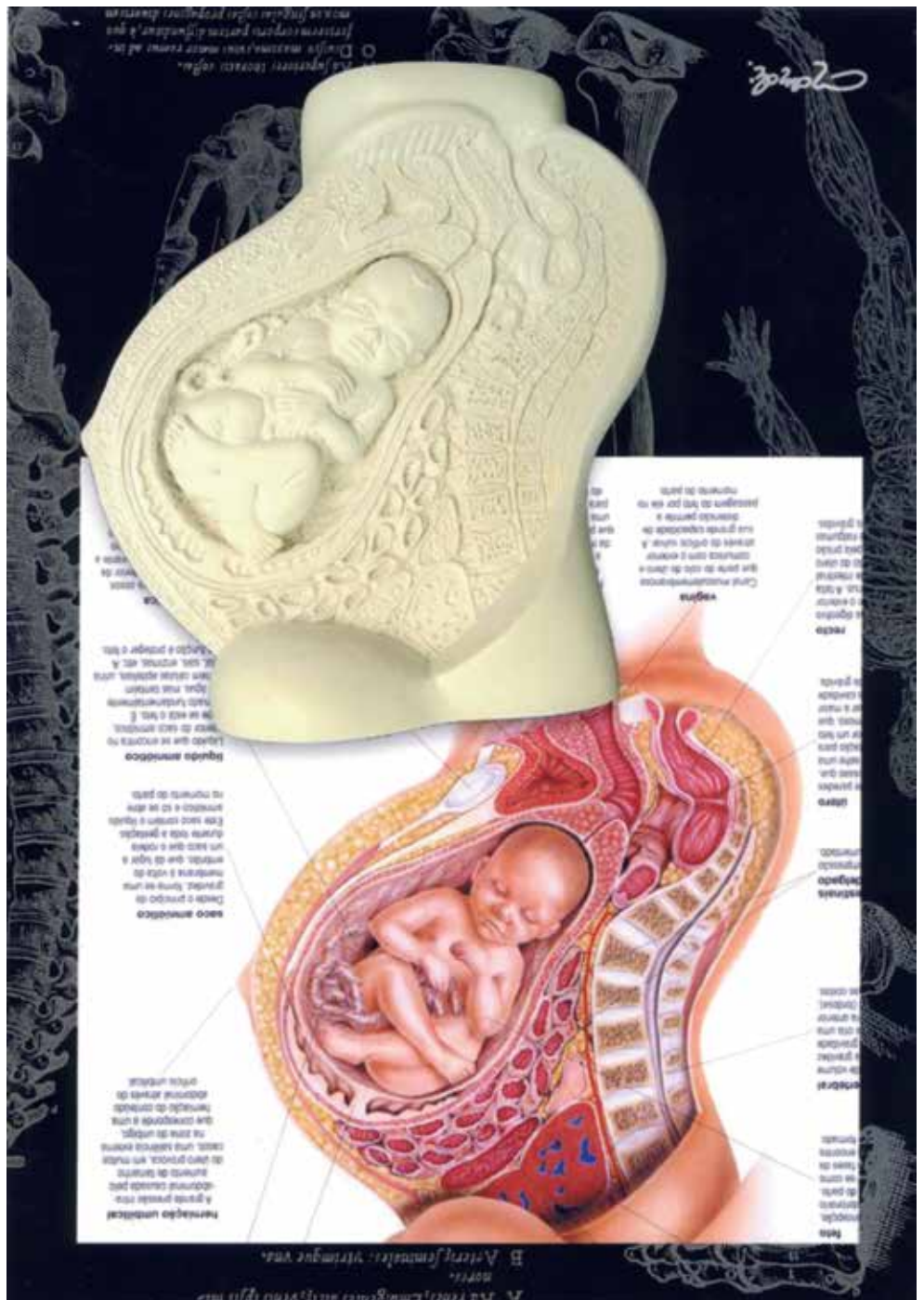


Imagem de escultura realizada pelo autor do artigo, Manuel Baptista Ferreira Dias

NOTA DA REDAÇÃO: A Ordem dos Médicos revê-se nos princípios nucleares defendidos neste artigo, esperando que com a divulgação do mesmo se possa chamar a atenção da sociedade e dos responsáveis políticos para a necessidade de dar melhores condições aos cuidadores informais que ao se entregarem ao acto de cuidar de outrem, poupam consideráveis somas ao Estado. A ROM agradece a autorização do autor para publicação deste testemunho.



José M. D. Poças

Médico Internista e Infeciologista; Diretor de Serviço de um Hospital EPE, em regime de CIT sem exclusividade

As verdades que se impõe serem ditas com prudência, coragem e esperança - parte II

"Quem perdeu a confiança não tem mais nada a perder" (Públio Sírio, escritor romano, 85 aC – 43 aC)

III)- Os Médicos

Diz-se, vulgarmente, que os médicos usufruíram, durante demasiados anos, de uma capacidade de influência que lhes era de todo indevida, e que, conseqüentemente, o denominado "poder médico" teria que ser posto irremediável e definitivamente em causa, porque prejudicaria os restantes setores da sociedade, por ser manifestamente desmesurado e absolutamente injusto. Esta "destruição" começou, no nosso país, com o celeberrimo "consulado" da ex-ministra Leonor Beza e não mais parou. Não sou dos que clamam, acéfala e hipocritamente, que todos os médicos se têm comportado sempre conforme os ditames da ética e da deontologia profissional, e que nunca nenhum deles terá cometido qualquer erro grave e condenável, segundo os mesmos princípios referidos. Veja-se, por exemplo, os casos recentemente denunciados pelo denominado "4º poder", em que Juntas de avaliação de incapacidade (compostas e presididas por médicos?) deram como aptos para o seu trabalho, doentes com um grau de incapacidade tal que, num deles, até o então Ministro da Saúde interveio no dia seguinte, ordenando publicamente o apuramento de responsabilidades e

pondo cobro imediato a tão iníqua e desumana decisão. Não. Os Médicos, são Homens, e por conseguinte, padecem potencialmente dos mesmos defeitos que os demais cidadãos. Embora, alguns, por vezes, se desculpem que foram "pressionados", que lhes foi sugerida "veladamente" determinada decisão, ou que têm também o direito de salvaguardar o seu posto de trabalho (e correspondente salário...) que se sentiriam ameaçados, etc. Independentemente dessas alegadas "desculpas", a verdade que deveriam interiorizar é a de que têm efetivamente muito mais responsabilidades morais do que a grande maioria dos outros cidadãos, e que isso é conveniente ser reconhecido e aceite de bom grado como um "preço inerente a pagar", por toda a sociedade.

Apenas, o que os arautos daquela inqualificável política provocaram foi, precisamente, ao procederem à generalização injusta daquilo que sempre foi uma exceção, colocarem toda uma classe em causa perante a sociedade onde se insere, não só não acabando com o exercício fraudulento da medicina (extensível às demais profissões da área da saúde) como se vai constatando quase quotidianamente, mas fazendo assim projetar

o odioso de forma indiscriminada sobre a generalidade dos seus membros, como se cada um deles fosse sempre passível de poder ser, a qualquer momento, eventual suspeito de qualquer irregularidade. Já pouco faltará para nos exigirem que demonstremos antecipadamente que não somos desonestos, e não que nos tenhamos "apenas" que defender de uma qualquer acusação minimamente credível. Completamente lamentável. Deveras revoltante.

"Esqueceram-se" que esse dito "poder" emana diretamente do facto de a saúde ser vulgarmente entendida como o mais precioso dos bens sociais, o que se reflete certamente no generoso reconhecimento dos doentes que, espontaneamente, ao longo da milenar história da humanidade, sempre manifestaram o seu sentido reconhecimento por quem lhes aliviou o sofrimento, lhes fez finalmente o diagnóstico correto de uma determinada enfermidade mais enigmática ou de reservado prognóstico, ousou realizar uma delicada e arriscada intervenção cirúrgica, ou, tão só, soube ouvir atentamente os seus desabaços em momentos de desespero, forneceu os conselhos de que estavam tão carentes em períodos de angustiante

incerteza, ou, ainda, “apenas” soube tocar-lhes carinhosamente na mão quando lhes palpou o pulso, cruzou um olhar cúmplice, deu-lhes um caloroso abraço, ou esteve solidariamente presente, em respeitoso silêncio, aquando dos seus últimos momentos de vida. E que este sentimento foi, de algum modo, com o evoluir da complexidade da Medicina que atualmente se pratica, extensivo aos restantes profissionais do setor, sejam eles enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, odontologistas, nutricionistas, assistentes sociais, etc., porque a verdadeira atividade clínica exerce-se, hoje em dia, predominantemente, em equipa, em que o médico, sendo naturalmente o seu líder, com frequência, nem sequer é o profissional mais presente à “cabeceira do doente”, ou aquele que fez a “diferença” que acaba por ser determinante no desfecho final perante a perceção afetiva do doente.

Que se saiba, nenhum doente se lembrou, ainda, de agradecer aos inventores de toda a parafernália de tecnologias que literalmente invadiram o quotidiano dos hospitais, ou aos políticos que ousaram legislar determinadas reformas, não porque alguns desses avanços não tenham sido, muitas vezes, efetivamente fundamentais para a ação direta dos profissionais, mas tão-somente porque, mais uma vez tenho que o enfatizar, estão demasiado afastados do ambiente onde o sofrimento humano encontra as respostas adequadas ao seu alívio, com a proximidade necessária e o imprescindível calor humano. Não compreender isto, é desconhecer a realidade diariamente vivida pelos doentes e pelos profissionais de saúde, é imiscuir-se de forma desadequada e indevida na tão singular relação médico doente, e é não ter conseguido

apreender a dimensão transcendente do ato médico em si mesmo, na venerável tradição hipocrática. Quando, há cerca de três anos, pela implementação da famosa lei das incompatibilidades, os médicos (e demais profissionais) foram literalmente ameaçados disciplinarmente se tivessem a “ousadia” de aceitarem uma qualquer “prenda” dos seus doentes, esta absurda e iníqua disposição só terminou, por ordem da própria hierarquia ministerial, quando um nosso colega teve a coragem de perguntar, publicamente, ao então Ministro da Saúde, onde deveria depositar o poema que uma das suas doentes lhe tinha espontaneamente oferecido como sinal de profundo reconhecimento. Ridículo! Inconcebível! Considero então oportuno lembrar, aqui e agora, a propósito, quatro histórias verdadeiramente inesquecíveis que corporizam perfeitamente este sentimento de gratidão que jamais qualquer ilustre burocrata conseguirá entender na sua essência: recusar uma oferta pode ser entendido, pelo próprio doente, como uma terrível ofensa e desconsideração, por mais “insignificante” que possa ser, minando pois irreversivelmente a relação médico-doente, ainda que algumas delas não passem de tocantes e genuínas intenções, embora carregadas de pleno simbolismo.

Na primeira destas quatro histórias, decorria o verão do ano de 1983 e estava eu a realizar o estágio de Saúde Pública no Centro de Saúde de Azeitão, nas instalações do antigo Hospital da Misericórdia, situado numa antiga capela e muito próximo da casa onde nasceu o insigne poeta sadino, Sebastião da Gama. Nesse mesmo estágio, era suposto, durante os seis meses estipulados para a sua duração, exercer as funções de clínico geral e desenvolver al-

guma atividade no domínio da saúde escolar, sobretudo ao nível das escolas primárias da freguesia. Um certo dia, fui abordado por uma das enfermeiras para observar um doente que esta nunca ali vira antes, mas que alegava ter-se deslocado propositadamente, embora sem qualquer marcação prévia, exclamando necessitar mesmo urgentemente de ter uma consulta médica. Respondi afirmativamente e, ao observá-lo passados alguns minutos, deparei-me, um tanto ou quanto surpreendido, com a figura esguia de um pastor de gado dos arrabaldes da Serra da Arrábida, com o aspeto de um sexagenário bem curtido pelas muitas agruras que seguramente lhe teriam marcado a vida. Tinha tomado antes um dos poucos banhos de que se lembrava, com água à temperatura ambiente, porque ter canalização e eletricidade eram “luxos” que jamais fizeram sequer parte do seu imaginário, quanto mais da sua simplória existência. Vestiu-se depois com a melhor roupa que dispunha, ainda que mantendo manifestamente um aspeto muito humilde. Teve, contudo, o cuidado de colocar na carteira de cabedal já muito puído, algum dinheiro (que deveria certamente resguardar de possíveis intrusos nalgum secreto lugar, que não no banco) e a sua parca documentação. “Para o que *desse e viesse*”, como soe dizer-se em linguagem popular. Não tinha família próxima, vivia numa modestíssima habitação com as suas cabras e ovelhas, que eram o seu magro sustento, raramente descia ao povoado, nunca tinha ido à escola, e não sabia, obviamente, o que era um centro de saúde e muito menos da existência e do enorme alcance social do SNS. Só sabia que tinha chegado a hora de procurar um médico (o que nunca fizera antes). Como não tinha con-

fiança com praticamente nenhum dos habitantes da vila, acho que terá decidido recorrer àquele local, mais por intuição, do que por outro qualquer critério (ou, talvez mesmo, por pensar que as instalações da Misericórdia ainda lá se situassem, quem sabe...). Não tinha pois, nem televisão, nem rádio ou telefone, pelo que as poucas notícias ser-lhe-iam transmitidas apenas pelas raríssimas visitas que recebia, pelos clientes, ou mesmo pela sua própria imaginação. As fiéis companhias que sempre lhe tinham ajudado a passar os constantes momentos de solidão eram os seus cães de guarda, as estrelas cintilantes no breu da noite e o sibilar melodioso da brisa vinda do mar, do outro lado da montanha, que soprava sempre no final de cada tarde.

Não me recordo, ao certo, dos pormenores da sua história clínica mas o que jamais esquecerei foi o que se passou, depois de ter efetuado a anamnese e a posterior observação clínica, após o que decidi dar-lhe uma amostra de um certo antibiótico (uma das regulares ofertas da generalidade dos laboratórios farmacêuticos, que guardávamos religiosamente numa pequena farmácia colocada num velho armário de madeira bem fechado à chave, para assim acudirmos prontamente aos muitos doentes socialmente mais necessitados). Lembro-me que não entendi ser imprescindível requisitar-lhe algum exame auxiliar de diagnóstico (tê-los-ia feito, se fosse mesmo necessário?...), e, ao dar-lhe finalmente uma noção muito elementar daquilo que era o diagnóstico mais provável, da necessidade em voltar a observá-lo de novo passado uma semana, e de o elucidar acerca da posologia do referido medicamento, imediatamente deitou a mão à carteira e colocou

em cima da minha secretária uma nota de 500 escudos, agradecendo-me, com modos próprios de gente de poucas falas, a consulta efetuada. Foi perfeitamente inútil tentar recusar o dinheiro ou explicar-lhe que tinha recorrido ao sistema público de saúde, pelo que não havia lugar a pagamento algum de forma direta e que tal recebimento constituiria, pela minha parte, uma gravíssima quebra do código de ética (com eventuais implicações disciplinares). Levantou-se de imediato, apertou-me energicamente a mão e disse-me que não tinha por hábito dar algo aos clientes com quem negociava o leite, o queijo, a carne ou a pele dos animais do seu gado, por encarar que isso era inerente ao seu negócio. Saiu logo depois, em passo rápido, e despediu-se com um seco aceno de *“até daqui a uma semana, doutor”*. *O que fazer com o dinheiro*, murmurei comigo próprio! Decidi que o melhor seria partilhar essa dúvida com a Ana, a minha esposa, que estava no gabinete ao lado, no exercício de um estágio de idêntica índole. A solução foi rapidamente encontrada no domingo seguinte, quando nos deslocámos à famosa feira local, que se realiza impreteivelmente todos os meses com a mesma cadência, desde há muitas dezenas de anos. Comprámos um par de botas novas de cabedal e algumas peças de roupa que supusemos poderem ser-lhe úteis, em especial em tempo de mais rigorosa invernia (tendo gasto, contudo, muito mais do que o valor *“indevidamente”* recebido!). Ao terminar a consulta, onde compareceu de novo sem qualquer marcação, na semana seguinte, este teve então a oportunidade de se regozijar, já com um olhar um pouco mais vivo, com as notórias melhorias clínicas registadas. Recebeu, de seguida, sem sequer questionar,

mais uma preciosa *“oferta”*, mas não tendo notoriamente a verdadeira consciência que fora (parcialmente) paga com o seu próprio dinheiro. Desta vez (felizmente) não quis pagar a consulta e, por fim, lá exclamou, já à saída: *“Obrigado, doutor, isto vem mesmo a calhar, pois o outono já aí está à porta não tarda”!!!* A segunda história é, em parte, o reverso da anterior. O Sr. Eduardo Carvalho, um notável poeta popular sadino quase completamente desconhecido da grande maioria dos seus concidadãos, infelizmente já falecido há quase duas décadas, mas que eu nunca tinha encontrado antes, foi por mim reanimado, após uma súbita paragem cardiorrespiratória, no Serviço de Urgência, tinha ele quase oitenta anos. Não encontrou outra forma de me retribuir aquilo que, qualquer médico que se preze considerava ser a consequência lógica da sua estrita obrigação profissional, senão escrevendo dois sonetos denominados, respetivamente, *“Paragem Respiratória”* e *“Reconhecimento”* logo na própria madrugada desse *“fatídico”* acontecimento, dedicados à minha pessoa e a um dos meus colaboradores (o colega Mário Parreira), e que incluiu posteriormente num dos sete livros de poemas que ainda veio a editar! Ofereceu-mos sempre, com o maior desvelo, bem como a todos os internos que comigo estagiaram durante os cinco anos em que sobreviveu a esse episódio, o que todos aceitaram como natural prova de elevado apreço pessoal. Volvidos mais de vinte anos, estava eu a preparar uma conferência sobre precisamente os temas de *“A relação médico-doente e o ato médico”* que proferi, a convite da Sociedade de Artistas e Escritores Médicos, na manhã do dia em que decorreu a cerimónia de lançamento do meu livro *“Ode ou Requiem”* quando, ao

entrebriar um dos seus livros, que arrumara numa das estantes da minha biblioteca, deparei com um subscrito fechado que dizia “*Para o meu Médico, com Votos de Feliz Natal*” e que eu jamais dera pela sua existência. Supus que, lá dentro, estaria uma folha com mais um dos seus sentidos poemas, escrito com uma caligrafia de me fazer corar de inveja e de vergonha. Assim era, de facto. Só que, na realidade, dentro desse papel, existia ainda outra “coisa”: nem mais, nem menos do que um cheque de 50.000 escudos! Que ele, naturalmente, soube que eu nunca depusitei... e que, certamente, jamais o faria! Como levar a mal este último gesto? Como não aceitar as outras prendas, de “valor” incomparavelmente superior? Quem teria coragem disso e em nome de que princípios? Quais as consequências, se o tivesse feito, por minha própria iniciativa, ou por “imposição” alheia?

A terceira história diz respeito a uma senhora de origem humilde, mas com uma postura simultânea de altiva dignidade e de afável trato, oriunda do campo e, em tempos, uma apreciada boleira, na altura em que a conheci há uma boa meia dúzia de anos já septuagenária, que sempre tinha sabido levar uma vida de muito trabalho sem se lembrar, sequer, de exibir qualquer insequente e desnecessário queixume. Nunca tinha perdido a noção exata da capital importância de propiciar uma esmerada educação aos seus dois filhos, encarando os estudos como o meio privilegiado de se poder “*subir honestamente na vida*”, como as pessoas do povo mais genuíno costumam dizer. Veio a ter duas netas que optaram por ser enfermeiras por vocação, o que muito a enchia de natural orgulho. A D^a Teodora, como se chama, vive hoje

numa unidade de cuidados paliativos, onde já a tenho visitado, tendo sido tratada por mim em duas ocasiões, na enfermaria do Serviço que dirijo no Hospital de S. Bernardo. Na primeira destas, por um pneumonia, e a outra, por uma infeção urinária complicada que surgiu depois de uma fratura patológica do colo do fémur, que se apurou ter origem numa neoplasia disseminada e altamente indiferenciada com metastização óssea múltipla. O que jamais esquecerei foi, que aquando do primeiro desses dois internamentos, já o meu filho João Ricardo namorava com a sua neta mais nova, a jovem e bonita Sara, numa das minhas idas ao hospital ao fim de semana (como faço frequentemente, para observar outros doentes, anónimos cidadãos), ao querer agradecer esse gesto, olhou-me muito fixamente nos olhos e, antes de eu sair, exclamou com uma voz, simultaneamente doce e decidida: “*Doutor, não sei como agradecer-lhe. Não tenho grandes posses para lhe retribuir o facto de me ter restituído a saúde, bem como a possibilidade de assim poder continuar a acompanhar ainda, por mais algum tempo, os projetos de vida das minhas duas adoradas netinhas. Acho que a única forma possível de o manifestar será a de lhe oferecer a mão da minha netinha mais nova para que esta se venha a casar com o seu querido filho*”. No segundo internamento, já o casamento se tinha efetivamente realizado e o jovem casal tinha decidido emigrar, como muitos, na véspera de eu e a minha esposa partirmos de férias para os visitar em Inglaterra, onde passaram a residir (e para onde tinha ido viver também a outra neta), estava ela deprimidíssima no leito da enfermaria e em situação clinicamente muito instável quando, antes de me despedir, decidi fazer uma chamada

telefónica por “*Skype*” através do meu telemóvel. Ter conseguido falar, naquele contexto tão difícil, com os seus “netos”, resultou muito melhor do que qualquer medicamento que eu lhe pudesse ter mandado administrar, pelo que não deixou de exclamar, com os olhos tolhidos de lágrimas vertidas pela mais genuína felicidade: “*Fico-lhe a dever mais esta. Mas agora, não tenho mesmo mais nada com que lhe possa retribuir*”... Preserva ainda hoje uma impressionante dignidade na forma como encara a vida e não perdeu de todo a capacidade de se emocionar de alegria quando recebe visitas, sobretudo quando estas lhe levam as ansiadas notícias acerca das suas netas! A última história, ocorreu muito recentemente. Numa destas tardes, entre as consultas do hospital, realizadas logo depois da hora do almoço, e as consultas privadas, no meu consultório, efetuadas no final da tarde, fui instado a comparecer num pequeno auditório da cidade, para assistir a uma peça representada por alguns dos “*utentes*” da Cáritas Diocesana de Setúbal (e bastante aplaudida pelos restantes), quase todos doentes do Serviço que dirijo no Hospital de Setúbal (antigos sem-abrigo e/ou ex-toxicod dependentes) e que consistiu na teatralização de excertos verídicos da sua própria vida. Histórias que, como costume dizer muitas vezes, resultam sobretudo da dolorosa vivência daquilo que é ter muitos e intermináveis momentos em que alguém teve que “*pensar muito mais com o estômago do que com o coração ou com a cabeça*”! No final, num emocionado e improvisado discurso de encerramento, o presidente daquela prestimosa instituição (o meu amigo Eugénio Fonseca), virou-se para a assistência e lançou solenemente um repto a todos os que assistiam,

advertindo que deveríamos colocar sempre às nossas consciências antes de fazermos qualquer tipo de julgamento precipitado sobre o caráter de algum dos nossos semelhantes: *“E se fosse comigo?”*. Seguidamente, para além de agradecer a presença de algumas individualidades e sobretudo aos próprios autores, bem como aos responsáveis por aquela inolvidável iniciativa, entrecruzou levemente o seu olhar com o meu, e referindo-se à minha pessoa de modo indireto, exclamou: *“Por favor, não desista, nunca, porque, no final, a doença não há-de vencer”*. À saída, constatei o enorme empolgação dos “artistas” que, ao verem-me, transbordavam de alegria, orgulho e gratidão! Já à noite, a trabalhar no meu escritório e a ouvir música, enviei um “mail” ao meu amigo, e disse-lhe: *“Ninguém tem que me agradecer nada. Absteve-me de tecer públicas considerações para manter a mesma coerência por si expressa. Limite-me a comportar todos os dias de modo a não ter vergonha da cara que vejo de manhã refletida no espelho quando procedo à higiene matinal”*. Ou seja, *“apenas tenho feito, sempre e só, a minha estrita obrigação de médico e de cidadão. O verdadeiro privilégio dessa inesquecível tarde foi, antes, todo meu”*. Poder assistir a tão comovente manifestação do génio criativo que se esconde no interior do mais “insuspeito” dos cidadãos, com uma autenticidade e uma coragem inultrapassáveis, capaz de emocionar o espírito e aquecer a alma do mais distraído dos seres humanos, não nos acontece presenciar com frequência. Mas que grande lição de vida, murmurei com os meus botões, madrugada fora. Os verdadeiros médicos (e os seus doentes) sabem perfeitamente dar o devido valor ao clima de sentimentos e de cumplicidade que vivemos em circunstâncias se-

melhantes. Como o meu amigo me disse no “mail” de resposta, no dia seguinte, *“também das pedras podem brotar flores!”* Mas, e os demais, os que não se sentem sequer tocados por momentos como estes...???! A realidade atual tem descaracterizado profundamente a verdadeira imagem do profissional de saúde, edificada segundo os princípios que foram enunciados previamente. Naturalmente que o médico, sem ter sequer direito em sonhar reivindicar o seu próprio enriquecimento patrimonial no exercício da respetiva atividade profissional que escolheu e que exerce, deve, no entanto, poder ter uma vida suficientemente desafogada que lhe permita não ser quase que obrigado a escravizar-se, trabalhando simultaneamente em múltiplos empregos, e jamais encarando cada novo doente, sobretudo, como mais um meio da sua própria subsistência económica. Ter de trabalhar nas atividades árduas da urgência hospitalar com sessenta e muitos anos, como cada vez mais se vai vendo por aí, essencialmente para ajudar a recompor a reforma que foi recentemente cortada por via da aplicação retroativa de medidas administrativas, ao arrepio das naturais expectativas iniciais e de compromissos previamente assumidos, é deveras inquietante. Ter um vencimento de interno da especialidade, ou mesmo de especialista, que funcione como um enorme e permanente estímulo à emigração ou à necessidade de ter que realizar sucessivos turnos extras de urgência noutras instituições hospitalares que não naquela onde se tem o principal vínculo contratual, só para fazer face aos compromissos financeiros do dia-a-dia, de índole pessoal e familiar (porque ali são muito mais bem remuneradas!), é promover a absoluta descaracterização da ati-

vidade clínica e contribuir muito para retirar o tempo e as energias necessárias à exigentíssima formação profissional, bem como ao convívio com os amigos e a própria família, instituição basilar de toda a sociedade.

Os médicos mais velhos sentem que foram literalmente desconsiderados no que concerne ao modo como o tema relativo às horas extraordinárias das urgências tem vindo a ser tratado pela hierarquia do Ministério ao longo dos últimos anos. O entendimento correto e o princípio efetivo em que se baseia, tem de ser este: só existiam porque eram necessárias, não para compor os ordenados dos médicos, mas para o adequado tratamento dos doentes. Não digo que não existissem exageros pontuais, que seriam muito mais do foro do planeamento e organizacionais, do que da responsabilidade individual dos próprios. Mas que, se eram efetuadas, e apenas enquanto fizessem falta, sublinho, deveriam ser, logicamente, adequadamente remuneradas. O que se fez crer na opinião pública foi precisamente o inverso. Logo, se o fator monetário ainda foi suficiente para prolongar esta penosa atividade por parte de muitos médicos já naturalmente cansados pela idade, não será depois de terem saído dessa prestação e de se terem sentido justificadamente ofendidos no seu caráter, que muitos destes irão voltar, mesmo que o Ministério venha agora acenar com uns “miseros trocos”, desdizendo em teoria o que os anteriores responsáveis afirmaram com a sua prática gestonária. Não por simples birra, ou por considerarem adequadas ao melhor tratamento dos doentes as “soluções” entretanto implementadas. Mas antes por uma mera questão de dignidade! E esta, para quem tem “coluna vertebral”, não tem pre-

ço, não se paga, nem será jamais uma simples “moeda de troca” no contexto de um qualquer banal ou aviltante “negócio”!

Mais recentemente, determinou-se que iriam ser suspensas as contratações através das celeberrimas empresas de recursos humanos, e que cada hospital teria que tentar resolver internamente o problema da carência em meios humanos que tal decisão acarretará, voltando a privilegiar-se a contratação individual de médicos (cuja maioria são apenas “especializados” na “indiferenciação”, deve ser enfatizado!) e obrigando a que os internos das mais diversas especialidades se desdobrem semanalmente, no sentido de preencherem as múltiplas lacunas que irão logicamente surgir a curto prazo. Ao mesmo tempo, na imprensa, anuncia-se em grandes parangonas que se pagam anualmente milhões em horas extraordinárias no sector da saúde, sobretudo aos médicos, como se isso fosse um roubo ao erário público, quando a verdade é que se trata apenas de uma consequência direta do facto de as autoridades reconhecerem implicitamente que afinal este trabalho é mesmo fundamental para a devida assistência às populações, pelo que se terá então de concluir, com a devida honestidade, que afinal tal necessidade não resulta mesmo de um qualquer repugnante capricho dos médicos, mas antes de uma imposição superior que lhes é particularmente penosa de cumprir. Pergunto então, com a sobrecarga de trabalho contínuo que estas decisões irão inevitavelmente provocar, quem se responsabilizará pelo facto de as seguradoras se irem colocar posteriormente de fora de qualquer responsabilidade para defenderem os profissionais que, no decurso do exercício das suas atividades, venham a ter um

qualquer acidente, quer quando o lesado é o próprio, quer quando é o doente, dado alegarem que isso se ficou a dever ao seu natural (e evitável...) cansaço? Será isso justo? Será assim que se pensa mobilizar a vontade dos médicos? Quem poderá então exigir que estes profissionais sejam intimados a trabalharem mais do que o legalmente estipulado?

O resultado prático é que, em muitas instituições, as equipas médicas têm estado de facto irremediavelmente depauperadas, sem a diferenciação de outrora ou a experiência necessária para fazer face a muitas e complexas solicitações, sendo maioritariamente compostas por profissionais de fora da instituição, por vezes sem qualquer especialidade, desinseridos de uma hierarquia funcional verdadeiramente atuante, pois integram antes e a título precário, o contingente de uma ou mais das firmas existentes, supostamente “especializadas” em recursos humanos, que não têm qualquer pejo em invadir diariamente a nossa caixa de correio eletrónico, ou mesmo de abusivamente nos contactarem telefonicamente, como no outro dia me aconteceu, exclamando solenemente: *“O doutor tem um turno para fazer amanhã no Hospital de Évora”*. Eu, que não só nunca me inscrevi para tal, como desde que deixei de fazer urgências no meu Hospital, aos quase 57 anos de idade, nunca mais o procurei fazer em mais nenhuma instituição pública ou privada!!! Tática também seguida pelas várias empresas “especializadas” em “estudos de mercado”, a quem nunca forneci os meus contactos, aceitei responder aos referidos inquéritos (sempre sobre a área da inovação terapêutica), tal como nunca recebi o que propagandeiam dar em troca, mas que desrespeitosamente nos invadem

com mais do que incomodativa frequência, sem a nossa prévia autorização, só porque “alguém” lhes forneceu de forma não autorizada o endereço eletrónico ou o número do telemóvel pessoal, e porque, supostamente, uma lista de contactos é, nos dias que correm, também mais uma valiosa mercadoria transacionável para aqueles que não atribuem qualquer valor ao respeito pelo direito à privacidade dos cidadãos. Mais uma vez, e sempre, uma questão de dignidade!

Os médicos foram, assim, soezmente empurrados para o desempenho de funções que resultam de um vazio causado pelas “reformas” que têm vindo a ser implementadas, mas que, sendo, sem sombra de dúvida, nobres no conteúdo funcional, o método de recrutamento utilizado no que concerne aos meios humanos mais se assemelha ao dos “mercenários”, do que ao dos discípulos de Hipócrates, de Amato Lusitano, ou de muitos outros dos nossos venerandos Mestres de antanho. Por tudo isto, não admira que, no seio da esmagadora maioria da classe (e em muitos outros profissionais do setor) existam níveis elevadíssimos de “burnout”, como se vai concluindo através dos vários estudos que têm sido realizados e publicados, o que acarreta logicamente muitas e nefastas consequências para a saúde física e psíquica dos próprios, bem como se reflete muito negativamente na qualidade do seu exercício profissional, com óbvias implicações na saúde das populações, ao contrário do supostamente pretendido.

Nota: 2ª de 4 Partes. Continua no nº 174 de novembro com o capítulo IV)- O Sistema. Capítulos anteriores I)- Introdução e II)- Os Doentes foram publicados no nº 172 de setembro.



Andreia Antunes

Ginecologista e Obstetra, HUC; Sexologista Clínica, SPSC; Mestre em Senologia, UB; Mestre em Medicina Estética e Anti Envelhecimento, UCM

Mitos, verdades e riscos das hormonas bioidênticas

As alterações hormonais associadas à menopausa afetam negativamente a qualidade de vida da mulher. A grande maioria dos estudos clínicos e meta análises realizados sobre a terapêutica hormonal de substituição (THS) mostraram que esta reduz a mortalidade e melhora a qualidade de vida se iniciada antes do 60 anos e nos primeiros 10 anos de menopausa. Contudo, um estudo da *Woman's Health Initiative* (WHI) publicado em 2002, incluindo mulheres até aos 79 anos que iniciaram THS além de 10 anos pós-menopausa e que analisou os efeitos da THS com hormonas sintéticas, revelou riscos como o aumento de cancro da mama e aumento de risco trombo-embólico. Os ecos negativos deste estudo, que teve vários erros metodológicos, refletem-se até aos nossos dias: os *media* semearam "ervas daninhas" que cresceram num terreno fragilizado como é a mulher em menopausa, lançando uma infundada controvérsia sobre a segurança da THS. Uma dessas "ervas daninhas" é a dita terapêutica hormonal com hormonas bioidênticas (THB), que está a ganhar popularidade entre as mulheres na menopausa. A THB é entendida pelo público como "natural" e promovida assim em oposição à THS, por sua vez entendida pelo público como "sintética".

Primeiramente, é importante entender o que são as hormonas bioidênticas: termo criado pelos *media*, que se refere a químicos derivados de plantas, modificados para serem estruturalmente idênticos às hormonas endógenas (estradiol, estrona, estriol, progesterona, testosterona e dihidroepiandrosterona). O público assume que estas ao serem derivadas de plantas são mais seguras que as de fabrico sintético em relação ao risco de cancro da mama, etc. A verdade é que todas as hormonas são sintetizadas em laboratório (bioidênticas e convencionais). Todas são sintetizadas por enzimas a partir de precursores, para terem a mesma

estrutura química e molecular das hormonas sexuais humanas. Os produtos da THS aprovados pela EMA (*European Medicines Agency*) e pela FDA (*Food and Drug Administration*), também são, na maioria, quimicamente idênticos às hormonas endógenas (17-b estradiol, estriol e progesterona) e por isso também são hormonas bioidênticas. Além disso, têm a vantagem de passar por um rigoroso controlo de qualidade que garante a sua pureza, eficácia e segurança. A THB, por sua vez, pode ser um manipulado de farmácia ou produzida por laboratórios que estimulam a venda personalizada através de um médico que recebe benefícios

financeiros por cada doente a quem a prescreve. Os manipulados foram durante anos o único mecanismo de disponibilidade de drogas ao público, mas esse papel foi lógica e progressivamente assumido pela indústria farmacêutica, com múltiplas vantagens em termos de eficácia, potência, riscos e para a realização de estudos clínicos randomizados. Saliento ainda que a eficácia e segurança da THB nunca foram avaliadas em ensaios clínicos alargados, o que limita a sua validação. Os custos económicos e a regulação da manufatura inviabilizam, mesmo no futuro, a sua análise alargada. Um inquérito realizado a mu-

heres que usavam THB, verificou que estas acreditavam que por serem derivados de plantas eram mais naturais, tinham menos efeitos adversos e menos riscos; quase como uma alquímica fonte de juventude. A FDA e a EMA não regulam a manufatura da THB por ser considerada suplementos alimentares; assim, não é submetida a testes clínicos, nem é obrigada a bulas indicando efeitos adversos ou riscos, o que perpetua a falsa percepção de segurança. Teoricamente tem os mesmos riscos que a THS, mas o risco real, maior ou menor, é desconhecido. Existem descritos casos de carcinoma de endométrio associados à THB. A maioria das mulheres acredita que uma vantagem da THB é a capacidade de individualizar a dose de acordo com a necessidade de cada uma. No entanto, essa individualização precisa é dificilmente alcançada já que os níveis de hormonas no sangue são difíceis de regular devido às suas variações fisiológicas. Por outro lado, com as múltiplas vias de administração da THS (oral, vaginal, transdermica), múltiplas dosagens e fármacos disponíveis, é possível fazer com a THS uma terapêutica "à la carte". Defensores das hormonas bioidênticas também apresentam como vantagem a possibilidade de individualização da dose pelo teste da saliva para dosear o nível hormonal no organismo. No entanto, a correlação entre os níveis fisiológicos reais e os apresentados na saliva não é fiável, já que a dosagem possui diversos interferentes como o período do dia, dieta e até método utilizado. Já os limites de segurança de dose para a THS estão bem estabelecidos, devendo usar-se a menor dose que alivie os sintomas, o principal objetivo da THS. A *Australasian Menopause Society* emitiu um aviso sobre a THB e as conclusões deste foram apoiadas por inúmeras sociedades do Canadá, Brasil, E.U.A. e Europa: "uma desvantagem desta terapia é que se pode comprar livremente na *internet* ou em farmácias, sem intervenção de um médico que avalie os riscos e benefícios. Se a mulher não teve uma avaliação médica, a sua segurança está em risco e perde oportunidade de discutir e aprender sobre a sua saúde".

Termino referindo ainda que a THB é mais dispendiosa, o médico que a prescreve é o responsável legal por um efeito adverso ou uma queixa que possam surgir, devendo a mulher ser informada que a THB não está bem estudada, pode comportar riscos desconhecidos e que as sociedades científicas não recomendam o seu uso.

Fontes bibliográficas:

www.menopause.org; Course, "Understanding the Controversy: Hormone Testing and Bioidentical Hormones," convened by The North American Menopause Society.

www.menopause.org.au; Bioidentical Hormones for Menopause Symptoms: Advice by the AMS.

www.endocrino.org.br; Hormônios Bioidênticos.

www.mayoclinicproceedings.com; Bioidentical Hormone Therapy: Concise review for clinicians.

<http://dx.doi.org/10.1080/13697137.2016.1196047>; Revised Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy.

www.imsociety.org; Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy.



"O Alquimista" de Pietro Longhi (1702-1785) - fragmento

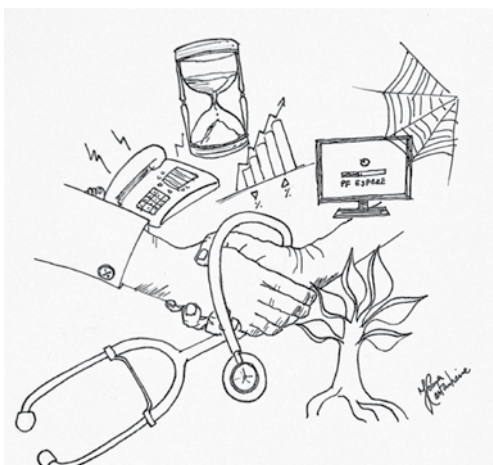


Joana Castanheira

Médica Interna de formação específica em Medicina Geral e Familiar
USF Fiães – ACeS Entre Douro e Vouga I

Uma perspetiva romântica do ser Médico de Família

Medicina Geral e Familiar, uma disciplina e especialidade que nos dota de uma sensibilidade especial para lidar com as pessoas e os seus problemas. O privilégio de uma relação médico-paciente única.



Do Médico de Família é esperado o domínio de várias capacidades, que, em quatro anos de formação, temos de começar a desenvolver. 'Começar' porque só com o tempo e com a prática, se afinam.

A reta final de um percurso de quatro anos está a aproximar-se. Uma experiência feliz, enriquecedora, porém exaustiva em alguns momentos pela dedicação que exigiu. Um balanço positivo que me faz acreditar que foi a escolha certa. Desse balanço, que sentimentos? Que pensamentos?

Sentir orgulho no papel que podemos desempenhar na vida de uma pessoa, de uma família e o

impacto que podemos ter na comunidade. Daí emerge a maior motivação.

O desejo de que esse papel e a sua importância sejam verdadeiramente reconhecidos e valorizados. E porque agora tenho realmente a noção que o nosso papel é importantíssimo, que a nossa existência na rede de cuidados de saúde é fundamental. Porque ser Médico de Família é cada vez mais fazer parte da base dos cuidados, não apenas em teoria. E essa base não tem uma conotação redutora, pelo contrário, é uma base complexa, que dá sustento a inúmeras actividades, interacções, preocupações, intersecções, e é o sustento de cuidados que são contínuos, longitudinais, constantes.

Entender a prevenção como uma prioridade fundamental, nos seus vários níveis, e investir de facto nela. Encarar a vertente preventiva, que me parece ainda continuar a ser algo desvalorizada, com responsabilidade, com empenho.

Sentir, por vezes, a força esmoecer por notar que o Médico de Família é tratado como "pau para toda a colher", como se a especia-

lidade não tivesse competências concretas e servisse para desentascar, "tapar buracos".

Sentir a pressão do tempo de consulta que é limitado, especialmente para dar resposta a utentes tão "exigentes" e cada vez mais informados. Ultrapassar os constrangimentos informáticos, que tantos minutos consomem e tanto nos consomem.

Notar um sentimento geral de asfíxia pela imposição de indicadores de base economicista, sem fundamentação científica sólida. Apesar de outros terem grande utilidade no apoio à actividade assistencial, no apoio à prestação de cuidados de qualidade, mais rigorosos.

Sentir o peso da responsabilidade de prestar cuidados tão abrangentes e constantes. E, apesar da sensação de instabilidade e insegurança subjacentes a um futuro incerto, manter uma atitude positiva, acreditar que valerá sempre a pena.

Sentir o orgulho, que nos auto-valoriza, para que um dia sejamos acreditados como merecemos.

Serei a única a pensar sobre este assunto? De certo que não.



Carla Veiga Rodrigues

UCSP São Neutel, Centro de Saúde Chaves 1. ACeS Alto Tâmega e Barroso, ARS Norte

Ana Beatriz Pereira Figueiredo

USF das Conchas. ACeS Lisboa Norte, ARSLVT

Sara Rocha

UCSP B, Centro de Saúde Chaves 1. ACeS Alto Tâmega e Barroso, ARS Norte

Crónicas da (des)motivação

O internato médico corresponde a uma etapa que possui tanto de maravilhosa como de dramática. Constitui, para além de um momento de curiosidade e descoberta, um período de extrema inquietação e incerteza, pautado ainda pelo esforço, dedicação e sacrifício pessoal de cada um. As horas previstas no horário de trabalho são frequentemente inferiores às horas de trabalho real e do interno espera-se um alargado número de deveres e requisitos, tais como o estudo, a manutenção de um ‘estado de arte’ em constante atualização e a realização de relatórios e trabalhos, sejam eles por prazer ou por obrigação curricular.

Esta é uma realidade transversal às mais variadas especialidades, mas particularmente vívida na Medicina Geral e Familiar. A pressão das obrigações curriculares, o *burnout* do ‘cuidador do poster/comunicação oral/artigo’, as exigências laborais e o défice causado nas nossas vidas pessoais deixam-nos sucessivamente desanimados e desprovidos da motivação com que outrora caminhávamos para os nossos locais de trabalho.

Concomitantemente, é preciso lembrar que o interno tem também direitos, inúmeras vezes esquecidos e relegados para segundo plano. O ‘interno sem voz’ e o ‘interno pactuante’ são papéis que desempenhamos em demasia, ora por medo de represálias, ora por incapacidade de lutar contra um sistema enraizado e baseado puramente em hierarquias. Acreditamos que existe uma manifesta falta de oportunidade e tempo para o diálogo sincero entre todos os ‘escalões’, perdendo-se as palavras no vazio onde deveria exis-

tir a cooperação e solidariedade. Consideramos que as numerosas associações de internos são imprescindíveis, mantendo uma disponibilidade incansável para ouvir os colegas e refutar este padrão de ‘silêncio alheio’, tendo sempre presente a máxima “juntos somos mais fortes”.

Recentemente decorreu em Copenhaga a Conferência Europeia da WONCA, na qual se verificou uma forte representação portuguesa. Os eventos organizados pela WONCA são sempre reuniões científicas de excelência, onde a partilha de conhecimentos e experiências é uma constante e nas quais podemos encontrar colegas dos mais variados pontos do planeta, que muitas vezes são assoberbados com as mesmas inseguranças e frustrações que nós.

A sessão de abertura foi extremamente interessante, enriquecida com apresentações, discursos e acompanhada por música. A banda original ‘The Presidents’, formada pelos presidentes de associa-

ções de Medicina Geral e Familiar dos países envolvidos e pelo presidente do Comité Científico do congresso, tocou despretensiosamente, ignorando as mesas de honra, cargos e distinções. Foi uma agradável surpresa ver a espontaneidade com que desceram ao nível dos ‘comuns mortais’ e entoaram hinos de união como ‘*All you need is love*’, com visível deleite da plateia.

O discurso de abertura do Presidente da Wonca World, o Professor Michael Kidd, foi particularmente marcante e constituiu o ponto alto da sessão. O Professor começou por usar contos de Hans Christian Anderson, famoso escritor dinamarquês, para estabelecer metáforas com vários lugares-comuns da atualidade. **Quem não se lembra da história do ‘Patinho Feio’?** A história de um pequeno pato que após ser humilhado e destrutado pelos seus pares por ser diferente, acaba por crescer e se transformar num maravilhoso cisne?

Na opinião do professor Michael Kidd, 'os internos e jovens médicos de medicina geral e familiar são os patinhos feios dos sistemas de saúde'. É incontornável que os internos e jovens médicos de MGF são um grupo de pessoas motivadas e interessadas que lutam diariamente contra o preconceito do "generalista", tornando-nos gradualmente os médicos mais custo-efetivos do Sistema Nacional de

Saúde. Gerimos a nossa responsabilidade médica ao mesmo tempo que equilibramos vidas pessoais, trabalho, estudo e currículo. Somos esforçados, trabalhadores, empenhados, temos vontade de ajudar, criar, construir mais pontes de diálogo para otimizar tudo o que temos a oferecer.

Não temos qualquer dúvida que um dia seremos bonitos cisnes, valorizados e respeitados pelos

colegas. Ajudem-nos atingir esse momento em plena partilha de conhecimentos, sem constrangimentos ou preconceitos. Façam com que cresçamos com a vossa sabedoria e orientação, no seio do vosso respeito. Queremos chegar a cisnes, e manter a vontade de fazer mais e melhor pelos nossos doentes.

histórias da história



Armando Moreno

As causas de morte dos reis de Portugal

Publicamos em seguida o resumo relativo à conferência em que Armando Moreno apresentou a sua obra "as causas de morte dos reis de Portugal", no âmbito do ciclo de conferências organizadas pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos.

As Causas da morte dos reis de Portugal estão, em variadíssimos casos, relacionadas com os principais eventos dos seus reinados. Assim, para se entenderem essas causas, é feita uma breve revisão dos eventos fundamentais que então ocorreram seguida, naturalmente, das causas que os motivaram. Em alguns casos mais antigos, é através desses eventos que é possível concluir daquelas causas pois os testemunhos, como se espera, da morte de reis que viveram há nove séculos, não foram devidamente registados, não obstante a alta posição social que ocupavam e a existência de cronistas, nomeados pelos próprios monarcas que, no entanto, em virtude de a morte constituir um

evento desagradável, nem sempre se entregaram à ingrata tarefa de registar os pormenores da sua ocorrência.

A longa lista de monarcas portugueses faz prever uma tarefa árdua e complicada para resumir, em sucintas palavras e exíguo tempo, mas com rigor e algum pormenor, cada uma das situações que o autor da exposição nos propõe, apresentando os motivos imediatos, mediatos e causas adjuvantes. Em alguns casos em que a morte ocorreu de modo violento em batalhas, as dúvidas mantêm-se e os vários registos reflectem as modas da Medicina nas respectivas épocas como hoje se admite, com frequência, as doenças vasculares, nos primeiros tempos da

nacionalidade as causas emotivas e psicóticas eram assinaladas com maior frequência.

A exigência de casamentos entre as famílias coroadas, conduziram também a situações de consanguinidade, responsáveis por surgimento de taras e desvíos mentais assinaláveis que se encontram registados nos anais da História. De qualquer modo, há que vencer as dúvidas, tirar conclusões, estabelecer directivas até obter um conjunto de hipóteses e conclusões credíveis como é feito no presente trabalho.

Nota: fotografia da autoria do historiador Miguel Infante.