

Revista Ordem Médicos

ano 30 n.º 152 Julho-Agosto | 2014 Mensal | 2€

Médicos portugueses
no estrangeiro
pág. 18

Bastonário visita instituições de
saúde da Madeira e Açores
pág. 43

Viva os 35 anos do SNS!
pág. 8



Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 30
N.º 152
Julho - Agosto 2014

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

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

Impressão:
Multiponto, SA
Rua D. João IV, 691
4000-299 Porto

Depósito Legal: **7421/85**
Preço Avulso: **2 Euros**
Periodicidade: **Mensal**
Tiragem: 46.000 exemplares
(10 números anuais)

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



editorial

05 Para quê fazer de conta?!

informação

08 Viva os 35 anos do SNS!

09 Declaração de suspensão
da colaboração dos Médicos
com o Ministério da Saúde

10 Ordem dos Médicos preocupada
com o ensino pré-graduado

11 Conferência de imprensa
do Conselho Regional do Sul
Dificuldades nos cuidados
hospitalares e primários

14 Conferência de Imprensa
do Conselho Regional
do Norte da OM
Revogação da portaria
da reforma hospitalar

actualidade

18 Médicos portugueses
no estrangeiro:
uma realidade multifacetada

31 Em defesa da classificação
do HMB

32 Relevância da formação médica
para a estruturação do SNS

38 Greve dos médicos
com a compreensão da população

40 Dia do Médico 2014 na SRN
Prémio Daniel Serrão atribuído a
Luís Carlos Mendonça

43 Bastonário visita
Conselho Médico da Região
Autónoma da Madeira

59 Saúde nos Açores:
disfuncionalidades e falta
de motivação
Faial precisa de captar
especialistas

68 Acessibilidade a serviços
essenciais como os cuidados
de saúde

entrevista

70 Não somos perfeitos mas estamos
muito acima da média mundial

opinião

75 "A esperança tinha razão"
SNS – 35 anos

77 A propaganda do task-shifting

79 15 Anos a "lutar contra todas as
doenças, até mesmo a injustiça"

histórias da história

80 O escorbuto na armada
de Vasco da Gama

82 notícias

Nota da redacção: Os artigos assinados são da inteira responsabilidade dos
autores, não representando qualquer tomada de posição por parte da Revista da
Ordem dos Médicos.

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

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

ANATOMIA PATOLÓGICA: Pedro Oliveira
 ANESTESIOLOGIA: Paulo Ferreira de Lemos
 ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR: José Fernandes e Fernandes
 CARDIOLOGIA: Mariano Pego
 CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: José Monterroso
 CIRURGIA CARDIOTORÁCICA: Manuel Antunes
 CIRURGIA GERAL: Pedro Coito
 CIRURGIA MAXILO - FACIAL: Paulo Coelho
 CIRURGIA PEDIÁTRICA: Paolo Casella
 CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA: Vítor Fernandes
 DERMATO - VENEREOLOGIA: Manuela Selores
 DOENÇAS INFECCIOSAS: Fernando Maltez
 ENDOCRINOLOGIA - NUTRIÇÃO: Mário Rui Guerreiro Mascarenhas
 ESTOMATOLOGIA: Rosário Malheiro
 FARMACOLOGIA CLÍNICA: Henrique Luz Rodrigues
 GASTROENTEROLOGIA: José de Almeida Berkeley Cotter
 GENÉTICA MÉDICA: Jorge M. Saraiva
 GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA: João Silva Carvalho
 HEMATOLOGIA CLÍNICA: Alexandra Mota
 IMUNOALERGOLOGIA: Elza Tomás
 IMUNOHEMOTERAPIA: Luísa Pais
 MEDICINA DESPORTIVA: Paulo Beckert Rodrigues
 MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO: Cecília Vaz Pinto
 MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques
 MEDICINA INTERNA: António Martins Baptista
 MEDICINA LEGAL: Francisco Corte Real
 MEDICINA NUCLEAR: Maria do Rosário Vieira
 MEDICINA DO TRABALHO: José Eduardo Ferreira Leal
 MEDICINA TROPICAL: José Lopes Martins
 NEFROLOGIA: João Ribeiro Santos
 NEUROCIRURGIA: Nuno Maria Salema Pereira dos Reis
 NEUROLOGIA: José Fernando da Rocha Barros
 NEURORADIOLOGIA: João Abel Marques Xavier
 OFTALMOLOGIA: Rui Daniel Mateus Barreiros Proença
 ONCOLOGIA MÉDICA: Maria Helena Gervásio
 ORTOPEDIA: Paulo Felicíssimo
 OTORRINOLARINGOLOGIA: Artur Condé
 PATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Cirne Carvalho
 PEDIATRIA: José Lopes dos Santos
 PNEUMOLOGIA: Henrique Queiroga
 PSIQUIATRIA: Luiz Carlos Viegas Gamito
 PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA: Pedro Monteiro
 RADIOLOGIA: Maria Amélia Ferreira Estevão
 RADIONCOLOGIA: Ângelo Oliveira
 REUMATOLOGIA: José António de Melo Gomes
 SAÚDE PÚBLICA: Pedro Serrano
 UROLOGIA: José Palma dos Reis

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: Vasco Ribeiro
 CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: José Filipe Farela Neves
 ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão
 EEG/NEUROFISIOLOGIA: Maria Regina Brito
 GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA: Jorge Amil Dias
 HEPATOLOGIA: Rui Tato Marinho
 MEDICINA INTENSIVA: Rui Paulo Moreno
 MEDICINA DA REPRODUÇÃO: Carlos Calhaz Jorge
 NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Fernando Rosa
 NEONATOLOGIA: Daniel Virella
 NEUROPEDIATRIA: José Carlos da Costa Ferreira
 ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: Maria José Ribeiro
 ORTODONCIA: Teresa Alonso

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

ACUPUNCTURA MÉDICA: João Pires
 EMERGÊNCIA MÉDICA: Carlos Mesquita
 GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: José Pedro Moreira da Silva
 HIDROLOGIA MÉDICA: Luís Cardoso Oliveira
 MEDICINA DA DOR: Beatriz Gomes
 MEDICINA FARMACÊUTICA: Ana Maria Nogueira
 MEDICINA HIPERBÁRICA: Oscar Camacho



Para quê fazer de conta?!

Volto à Economia, como reflexão antes de férias, por duas razões.

1 - Porque a Saúde está em grave sofrimento por causa da Economia, não é por razões intrínsecas à Saúde.

2 - Para que fique (re)escrito o que desde sempre venho afirmando. É que quando (res) surgir o agravamento da crise nacional, vamos ter muitos dos que agora defendem as medidas que estão a ser tomadas, que se alimentam do Sistema e que dizem que não há alternativa, a transformarem-se repentinamente em críticos e a afirmarem que “há muito tempo” tinham apontado o dedo “aos

erros de governação”.

Sem ser disfarçável pela demagogia política que nos invade todos os dias, a situação do país está cada vez pior, sem bom porto à vista. A dívida pública aumenta contínua e assustadoramente e os objectivos de crescimento traçados para o país poder fazer face ao serviço da dívida são absoluta e factualmente inatingíveis para a economia real portuguesa e europeia.

Como vários especialistas têm afirmado e é perfeitamente evidente, o programa de “ajuda” aos PIGS europeus mais não foi do que um programa de recapitalização da novamente pode-

rosa banca alemã e, sobretudo, um programa de nacionalização da dívida.

Sob a capa da “ajuda” aos países do Sul, com a qual a Alemanha lucra ostensivamente, parte essencial da dívida foi transferida para os Estados e instituições nacionais dos países em dificuldades, agravando as suas perspectivas de futuro. Ou seja, nós somos simultaneamente devedores e credores de nós próprios e não vamos conseguir pagar. É económica e matematicamente impossível.

Por exemplo, recorde-se, para que não se perca a memória, que um dos últimos despachos de Vítor Gaspar, enquanto mi-

nistro das Finanças, assinado no dia em que pediu demissão, foi uma Portaria que forçou o fundo de reserva da Segurança Social (FEFSS) a comprar até cerca de quatro mil milhões de euros de dívida pública nacional nos dois anos seguintes.

Segundo o Diário Económico, a intenção é que o Fundo aplique até 90% da sua carteira em dívida pública portuguesa. Para cumprir esse objectivo, o FEFSS terá de colocar “9 dos seus 10 ovos” em dívida pública portuguesa, alienando os seus activos em carteira e prescindindo de um conjunto diversificado de investimentos seguros, onde se incluíam acções de empresas e títulos de dívida de outros países da OCDE.

Naturalmente, pelo seu “bom desempenho” nacional, Vítor Gaspar foi premiado com um emprego milionário no FMI... Outros se seguirão...

Quer isto dizer que, como inevitavelmente vai acontecer, quando a dívida portuguesa for parcialmente perdoada ou reestruturada, nós, portugueses e instituições nacionais, seremos os primeiros a irmos à falência, porque a finança portuguesa foi meticulosamente colocada num círculo vicioso pelo plano de Angela Merkel e dos seus homens de mão em Portugal.

De formas diferentes, todos os últimos governos têm conduzido Portugal para o abismo. Do ano 2000 até 2014 a dívida pública aumentou de 61.000.000 para 214.000.000 de euros (quanto se extraviou pelo caminho...) e continua a crescer.

Esta dimensão da dívida é impagável e alguma coisa vai acontecer, com o desfecho talvez precipitado pelo não inesperado escândalo do Grupo ES,

o Grupo/Banco do Regime, o que só foi possível porque contou com múltiplas complicitades, a todos os níveis.

Recordemos uma passagem de um artigo da Forbes deste ano, para que ninguém duvide da realidade nacional e internacional: “Warren Buffett is well known for his famous warning about derivatives as ‘weapons of mass destruction’. Well, recently he went much further with Forbes Magazine, flatly prognosticating someday (he doesn’t know when) a massive financial ‘discontinuity’, which the dictionary refers to as an ‘ending, expiration, halt, lapse, a shutdown, a stoppage’, that could very well be worse than 2008”.

Resumindo, é a população que está a pagar as consequências perversas da globalização ultraliberal e desregulada dos mercados e dos erros da finança mundial, que não foram ainda estruturalmente corrigidos. Por isso mesmo, a crise de 2008 irá repetir-se, como afirma Warren Buffet.

Também em Portugal, os vícios do regime político vigente não foram corrigidos nem beliscados. São as pessoas e a Saúde que estão a pagar os principais efeitos da crise, pela qual não foram responsáveis. Depois do BPN e do BPP, qual vai ser a factura a pagar pelo BES? Mas nestas fraudes milionárias não há presos, porque só alguns grupos profissionais foram eleitos como alvo por este opaco Governo.

Dizem que não há alternativas?! Há!

Basta analisar os efeitos nas bolsas e no euro da decisão de demissão irrevogável de Paulo Portas, há um ano, e da falência

do GES. Afinal, o que se passa em Portugal influencia o mundo! O que significa que Portugal pode (e deve) e tem como assumir uma posição mais forte na renegociação/perdão parcial/mutualização da dívida, relativamente à qual o euro e a Europa também têm responsabilidades.

Mas o caminho traçado por Angela Merkel e os seus seguidores nacionais, sem colocar em causa a necessidade de muitas das medidas que foram tomadas, foi o de uma capitulação total e verdadeira traição à pátria, hipotecando irremediavelmente o nosso futuro. Quando se verificar um inevitável perdão parcial da dívida, e quanto mais tarde for, pior será, a Segurança Social portuguesa desaparecerá e a banca portuguesa, muito “exposta” à nossa dívida, correrá o risco de colapso, porque entretanto a dívida pública foi verdadeiramente nacionalizada, e as ondas de choque serão dramáticas.

Precisamos de novos caminhos. Mas para exigirmos novos caminhos à Europa, temos primeiro de os impor em Portugal, em que a “Reforma do Estado” foi metida na gaveta, porque interfere com os interesses da classe política instalada.

Volto a insistir na necessidade de se mudar o modelo de governação nacional, para se poder entrever um futuro para os nossos filhos e netos neste desgraçado país.

Que dizer dos governantes que se regozijam com a redução da taxa de desemprego quando ela se deve não à criação de mais emprego mas no essencial à emigração, que está a comprometer o futuro demográfico do país?

Todavia, infelizmente, o “sistema” não se vai reformar de dentro para fora, pelo que a Sociedade vai ter de impor modificações de fora para dentro.

Três das medidas mais emblemáticas e de maior impacto seriam a redução do número de Deputados, a instauração de círculos uninominais, com um círculo nacional compensatório, e a publicação de uma Lei de Incompatibilidades dos Deputados e detentores de cargos públicos, embora com uma remuneração justa.

A maioria dos Deputados nunca seria eleita numa eleição directa, por falta de curriculum e de atributos. Se queremos bons Deputados, eles têm de deixar de ser “eleitos em pacote”.

A partir daqui, tudo começaria a mudar no país.

Enquanto a Sociedade Civil não se organizar e a estrutura e organização da cúpula do poder não mudar, para além de mais impostos e menos vencimentos, nada de substantivo se modificará em Portugal e cá teremos brevemente uma nova Troika. Ou pior ainda.

Terão os portugueses capacidade de impor a imprescindível mudança?

CORREIO DA SAÚDE

● JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Alarme em Aveiro

Faltas de material, de recursos e de enfermeiros, aparelhos avariados e outros obsoletos, falsas programações, ausência de diálogo, desconsideração dos profissionais, médicos perseguidos e trocados ilegalmente por questionarem e exigirem condições para os doentes, diretores demitidos sem fundamento aparente, serviços à beira do colapso, incumprimento de promessas, desrespeito pelas escalas de urgência, dificuldade de acesso a informação científica, estratégias e objetivos desconhecidos.

Se Aveiro não defender o seu hospital, teme-se pela sua qualidade e pelo seu futuro

A Ordem dos Médicos promoveu uma reunião de médicos em Aveiro, no passado dia 2. A sede esteve cheia! E cheia de relatos de problemas! Fiquei espantado com o que ouvi sobre o Conselho de Administração (CA), sobre o clima de medo, desmotivação, revolta e desorganização. É o mesmo CA que reteve impunemente na gaveta, durante mais de um ano, doentes hematólogicos com patologia oncológica. A Ordem comunicou esta situação à IGAS.

O Ministro da Saúde continua a apoiar este CA? Se Aveiro não defender o seu hospital, teme-se pela sua qualidade e pelo seu futuro.

CORREIO DA SAÚDE

● JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Em defesa da honra!

Já após um outro apelo, a Ordem dos Médicos (OM) fez um comunicado público que reitera o pedido ao ministro da Saúde para deixar os médicos trabalhar. Pediu-se para repor o anterior programa informático de prescrição eletrónica médica, o SAM, pois o que foi imposto no início de 2014, a PEM, tem graves insuficiências e bloqueios. Nalguns casos, e quando tudo corre bem, os tempos de prescrição por receita chegam aos oito minutos!

Nesta sequência e neste mesmo jornal, Moita

Quando tudo corre bem, os tempos de prescrição por receita chegam aos oito minutos

Flores escreveu um artigo inacreditável e inaceitável. Confundiu, faltou gravemente à verdade, afirmou que os médicos não queriam a PEM para evitar o combate à fraude e insultou! Moita Flores ‘esqueceu-se’ de que o combate à fraude foi feito na vigência do SAM e não com a PEM e que os médicos sempre apoiaram o combate à fraude!

Porque a liberdade de expressão tem limites, a OM irá colocar um processo por difamação a Moita Flores, que apenas será retirado caso este se retrate e peça desculpas públicas usando o mesmo espaço onde deturpou e insultou.

In “Correio da Manhã” - 10 de Abril de 2014

In “Correio da Manhã” - 24 de Abril de 2014



Viva os 35 anos do SNS!

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) comemora, no próximo dia 15 de Setembro, o seu 35º aniversário. Embora atravesse tempos difíceis, não vamos permitir que seja destruído. Foi uma conquista que muito custou alcançar. Porque tudo faremos para preservar um bem que é de todos, não poderíamos deixar de comemorar os seus 35 anos de existência e de história. A Ordem dos Médicos vai, por isso, fazer honra ao SNS.

Com foco na Região Centro, mas um pouco por todo ao país, vamos dar a conhecer bons exemplos daquilo que se faz no SNS. Um SNS que (ainda) nos une a todos. Acreditamos na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Acreditamos nos princípios fundadores do SNS: universal, equitativo e tendencialmente gratuito. Acreditamos que temos um propósito: colocar ao serviço das pessoas o exercício de uma medicina de excelência.

De 8 a 15 de Setembro, Coimbra será o ponto de convergência. Queremos chegar a todos porque a todos serve o SNS. Sociedade civil, profissionais de saúde, associações de doentes, comunidade académica e empresarial, poder local, novos e velhos. Todos serão envolvidos neste momento de celebração. A voz do nosso SNS far-se-á ouvir.

Vamos organizar diversas atividades culturais, mas vamos também colocar a sociedade a pensar, através de debates e tertúlias. Vamos sair à rua, ao encontro dos cidadãos, para lhes mostrar que o SNS está vivo e que está nas mãos de todos nós lutar pela defesa da sua saúde.

Apesar das medidas que têm vindo a ser tomadas e que o têm enfraquecido, mantemos orgulho no SNS. Aquele SNS que tem servido de exemplo a muitos países por todo o mundo. Aquele SNS que permitiu ganhos significativos em saúde. Aquele SNS que tem a pessoa no seu centro e que continua a ser condição indispensável para uma sociedade que se quer democrática, livre e justa.

Juntos, iremos comemorar os 35 anos do SNS. Acreditemos na união. Celebre-se e faça-se pensar.

Viva os 35 anos do Serviço Nacional de Saúde!

P¹a Comissão Organizadora,
Inês Morgadinho Barros de Mesquita
Vogal do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos



COMEMORAÇÕES · 35 ANOS
DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO DA ORDEM DOS MÉDICOS



Declaração de suspensão da colaboração dos Médicos com o Ministério da Saúde

Comunicado

Os médicos estão a ser coagidos pelo Ministério da Saúde a optar entre a desqualificação do seu trabalho ou a emigração, ambas as situações com prejuízo do SNS e dos doentes.

Na verdade, é crescente o número de médicos a emigrar e a sair para o sector privado, pois cada vez é mais penoso trabalhar no SNS, progressivamente despojado de meios e sobrecarregado de indicadores absurdos e dificuldades crescentes, com as estatísticas manipuladas a substituírem os doentes, e com os médicos, uma profissão de elevada exigência, complexidade e alto risco, a serem remunerados abaixo de mecânicos, sem que o Ministério denote qualquer preocupação com essa situação. Daí muitos concursos ficarem desertos.

O Ministério dedica mais atenção a alimentar notícias na comunicação social, como ilustra o caso dos “inadaptados” e da repescagem de situações, do que a promover um diálogo efectivo e sério com os médicos e com os doentes, particularmente

importante no período prévio à publicação de erros legislativos, que procure soluções positivas para ambas as partes, para os doentes e para o SNS. A Ordem dos Médicos não assinará acordos vazios de conteúdos concretos e devidamente datados, ao contrário de outros.

Agreve convocada pela FNAM, em vez de ser considerada como um sinal de alerta, foi completamente desvalorizada e, com base na mistificação, reduzida a uma mera iniciativa de carácter político-partidário, sendo ostensivamente ignoradas todas as importantes questões concretas elencadas pela Ordem e pelos Sindicatos.

O que se passa na Saúde em Portugal é grave, como demonstram as urgências sobrelotadas, os hospitais com pessoal insuficiente, os doentes sem Médico de Família e a realidade (esperada e prevista) de cada vez mais doentes oncológicos terem de ser operados no sector privado (as listas de espera para cirurgia oncológica não podem ser manipuladas e os doentes não podem esperar, pelo que são as primeiras a sofrer com o esvaziamento programado de

recursos do SNS...).

Desde o início do mandato do Ministro da Saúde que a Ordem se mostrou disponível para apoiar todas as medidas de carácter técnico, independentemente dos interesses eventualmente afectados, vontade essa consubstanciada no acordo assinado com a DGS e que se traduziu na produção e auditoria de múltiplas Normas de Orientação Clínica.

O Ministério lança recorrentemente acusações à Ordem dos Médicos, mas foge ao debate honesto e frontal dos problemas da Saúde, porque sabe que não tem razão nas suas afirmações (ver artigo anexo). Quem acusa publicamente deveria estar disponível para o debate público, olhos nos olhos. Mas o Ministro da Saúde evita o contraditório directo, consciente da fragilidade e incompletude dos seus argumentos e afirmações.

Assim, considerando que,

- a) Por todas estas e pelas razões reunidas no memorando de preocupações que Ordem e Sindicatos Médicos entregaram ao Ministério da Saúde,
- b) Pela falta de respeito e consideração que o Ministério da

Saúde evidencia relativamente ao trabalho médico,

c) Pela postura do Ministério da Saúde, cuja política se pode ilustrar pelas intenções subjacentes e pelo secretismo com que enviou para publicação a “Lei da Rolha”, cuja última versão não deu a conhecer a ninguém e que está na mesma linha censória do Despacho 9635/2013,

A Ordem dos Médicos, sem deixar de cumprir todas as suas obrigações legais e convidando já o Ministério da Saúde para reatar o diálogo (estando disponível para o fazer ainda em Julho ou mesmo em Agosto), tal como

tinha previamente anunciado vem apelar formalmente aos médicos, até indicação em contrário, que:

1. Informem directamente os seus doentes da gravidade e impacto negativo da actual política do Ministério da Saúde nos cuidados que lhes são prestados.
2. Continuem a denunciar à OM (em cada Secção Regional) todas as situações de deficiência, insuficiência ou pressão que possam pôr em risco a saúde dos doentes e o seu tratamento de acordo com as boas práticas médicas.
3. Recusem assinar todo e qualquer tipo de contratualização

imposta de indicadores absurdos, ainda para 2014 ou para 2015.

4. Cessem a participação em Grupos de Trabalho e recusem imediatamente toda e qualquer colaboração graciosa com o Ministério da Saúde, ACSS, ARS, DGS, Infarmed, Hospitais e ACES, incluindo as comissões de NOCs e Auditorias.

Só unidos, os Médicos poderão preservar um futuro com Qualidade para medicina em Portugal.

Ordem dos Médicos, 18 de Julho de 2014

Ordem dos Médicos preocupada com o ensino pré-graduado

No dia 10 de Julho, a Ordem dos Médicos teve uma audiência com o Secretário de Estado do Ensino Superior, no sentido de o sensibilizar para algumas questões essenciais para a área do ensino médico como sejam a necessidade de redução do *numerus clausus*, a revisão do processo que permite inscrições na OM sem avaliação de equivalências por parte das Universidades e a revisão do concurso especial para acesso ao curso de Medicina para titulares do grau de licenciado, entre outros assuntos.

Nesta audiência a OM apelou ao Secretário de Estado do Ensino Superior que o Ministério da Educação dedique especial atenção a quatro pontos:

- redução do *numerus clausus* para medicina, uma medida que só terá repercussão no Sistema passados os dozes anos de formação médica, de forma a respeitar a capacidade de formação pré e pós graduada com qualidade em Portugal, muito ultrapassadas, e de acordo com o Estudo de Demografia Médica, feito pela Universidade de Coimbra e cujo resumo já publicámos na ROM (página 50 e seguintes da edição de Setembro de 2013 disponível para consulta no site nacional da OM);
- revisão da lista de deliberações genéricas publicadas ao abrigo do DL 341/2007 no que à medicina diz respeito, que permite que muitos médicos sem qualidade se inscrevam na Ordem dos Médicos sem qualquer avaliação de equivalências por parte das Universidades, com graves riscos para os doentes, médicos estes que são sucessivamente rejeitados nos hospitais;
- revisão do concurso especial para acesso ao curso de Medicina para titulares do grau de licenciado (DL 40/2007), que actualmente não se justifica, pois os médicos portugueses já estão a emigrar;
- e revisão do Despacho Normativo 6/2012 (DGE) que viola o segredo médico e que atribui a especialistas em Educação a decisão sobre questões do foro clínico.

A instituição, como é hábito, fundamentou as suas alegações e propostas num dossier de documentação e análise que foi entregue à tutela do ensino durante esta audiência. A receptividade não foi a melhor...



Conferência de imprensa do Conselho Regional do Sul Dificuldades nos cuidados hospitalares e primários

Publicamos em seguida a informação sobre três situações graves – mudanças confusas na referenciação, falta de recursos humanos e falta de capacidade de resposta de uma Unidade de Intervenção Cardiovascular - denunciadas na última conferência de imprensa do CRS que teve lugar no dia 15 de Julho.

Mudança na referenciação prejudica gravemente os doentes

Os médicos de Cuidados de Saúde Primários da área da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano estão preocupados com os efeitos produzidos pela alteração do modelo de referenciação, que desviou os utentes de Setúbal, para onde têm bons transportes, para Évora, onde chegam a ter que pernoitar por falta de soluções de transporte. Para além dos milhares de utentes que não têm médico de família, só no concelho de Sines estima-se que sejam à volta de 3 mil e no de Santiago de Cacém um cifra que pode atingir os 10 mil, os médicos debatem-se com novidades absurdas na referenciação de doentes para especialidades que não existem no

Hospital do Litoral Alentejano. Estão identificados casos como o de uma doente que padece de um problema neurológico grave que vai esperar um ano por uma consulta, cuja está marcada para Évora, para onde são inúmeras as dificuldades de transporte. Segundo os colegas do Litoral Alentejano, a deslocação a Setúbal, a capital de distrito, é muito mais fácil e faz-se com naturalidade no mesmo dia, o que pode não acontecer com a deslocação a Évora, para onde passaram a deslocar-se os doentes de especialidades como Neurologia, Dermatologia, Nefrologia ou Ortopedia infantil, por exemplo. Com este modelo de referenciação, a confusão está estabelecida e têm-se criado situações caricatas. Para Setúbal referencia-se apenas

para Obstetrícia mas, mesmo assim, ocorrem problemas inexplicáveis. Este estado de coisas conduziu a um episódio que pode ser confirmado aqui pela mãe de uma utente de Sines, que está aqui conosco. A filha, grávida e com uma complicação que precisava de seguimento foi referenciada para consulta de obstetrícia em Setúbal, onde já tinha ido antes. Mas o hospital recusou a consulta, alegando que a utente não era daquela área. O médico referenciou então para Évora, de onde chegou uma resposta semelhante. Em face das respostas obtidas, a doente nem podia ser seguida em Setúbal nem em Évora e o caso foi devidamente registado e relatado à Administração da Unidade Local de Saúde. A decisão de mudar os doentes

de Setúbal para Évora tem ainda mais um episódio triste, quando o hospital de Setúbal devolveu aos centros de saúde cerca de uma centena de processos de utentes que estavam já inscritos, mas que com o novo modelo de referênciação passariam a não poder ser ali seguidos.

Hospital do Litoral Alentejano no limiar da sobrevivência

O Hospital do Litoral Alentejano, em Santiago do Cacém, está moribundo. Faltam médicos e enfermeiros, o principal de todos os problemas, mas há problemas de organização intoleráveis, como o de funcionar há meses sem director clínico. Segundo dados da administração, há um grave problema de fixação de recursos, abriram-se 68 vagas durante o ano de 2013 nas diferentes especialidades e apenas se conseguiu ocupar um lugar na Medicina Interna. Também na área de Medicina Geral e Familiar, no contexto da Unidade Local de Saúde, das 11 vagas a concurso nem uma foi possível preencher.

O Hospital do Litoral Alentejano, que cobre uma população de 98 mil pessoas distribuídas por cinco concelhos e que se alonga por 200 quilómetros ao longo da costa, precisaria de mais 85 médicos para cumprir a sua missão, ainda segundo dados da administração. A agravar a questão da falta de médicos, no HLA trabalha-se sem direcção clínica, que está a ser assegurada interinamente por um médico de família. Segundo médicos ouvidos pela Ordem no local, essa situação transtorna o normal funcionamento, havendo uma desorganização nos serviços, com cada cabeça sua sentença, sem

qualquer linha condutora, total ausência de participação clínica no plano do hospital e respectiva contratualização. De resto, esta situação transparece para os cuidados de Saúde Primários pela falta de uma linha de articulação, o que coloca em risco a qualidade dos cuidados prestados.

A explicação que a administração tem dado para este problema é que não há estatuto remuneratório compensador, uma vez que o Ministério da Saúde cometeu o erro de não contemplar a remuneração do director clínico nas empresas de nível C, o que tem impedido que se consiga encontrar alguém para desempenhar essas funções no HLA.

O grave problema de falta de médicos obriga a administração do hospital a recorrer permanentemente a empresas de fornecimento de pessoal médico para a urgência, o que se transformou numa praga sem alternativa, uma vez que a ULSLA tem dois serviços de urgência básica, um em Odemira, que funciona praticamente apenas com médicos de empresas, e outro em Alcácer do Sal, e ainda a urgência médico-cirúrgica do próprio hospital, cujo atendimento é feito sobretudo por pessoal médico das empresas.

Os médicos queixam-se que o Conselho de Administração piorou a política de recursos humanos e só se contrata ao mais baixo preço, com empresas a pagar 16 euros à hora, o que com os descontos obrigatórios fica em 8 euros à hora, aos médicos que contratam. O serviço de Urgência acolhe em torno de 150 doentes por dia e os médicos queixam-se de que vive num permanente caos e funciona regularmente nos níveis mínimos, mesmo com grande contestação dos profissionais, que ainda na semana passada assinaram um

documento que traça a caótica situação no hospital.

Segundo médicos ouvidos numa visita que fizemos ao serviço de Urgência, normalmente estão escalados dois médicos para o atendimento geral, que asseguram o grosso de todos os atendimentos, uma vez que uma elevada percentagem dos utentes entram pela triagem, inapropriadamente, como é o caso dos doentes que já vêm encaminhados dos SUB, trazidos pelo INEM ou enviados das consultas dos CSP, já com indicação de uma especialidade; além disso, estes dois médicos, muitos dos dias, também têm que atender a urgência de pediatria, quando não existe médico escalado.

Acresce a esta situação, o facto de as escalas das especialidades de Medicina Interna, Ortopedia e Cirurgia funcionarem com médicos escalados 24 horas, em certas circunstâncias até duas vezes na mesma semana, sendo do conhecimento geral que estes médicos prosseguem depois ao serviço no dia seguinte e muitas vezes estão escalados para o INEM consecutivamente.

Por outro lado, os médicos contratados para o atendimento geral, na sua grande maioria estrangeiros e sem especialidade, aparecem nos relatórios dos episódios de urgência do ALERT com a especialidade de medicina geral e familiar, inscrita à frente do seu nome, entre parêntesis.

Nos vários serviços do hospital encontram-se profissionais desmotivados, que lutam com faltas de equipamento, exaustos pelas horas de trabalho que acumulam e sem compensações.

Por exemplo, Na Unidade de Cuidados Intensivos trabalham 3 médicos fixos e há outros que vêm de Setúbal e até do Hospital de S. José fazer serviço. Na Cirurgia há 10

médicos e mais cinco internos de especialidade e há também apenas cinco anestesistas no quadro do hospital. No hospital de dia, a consulta de Oncologia também é assegurada por um médico estrangeiro não especialista.

Este estado de coisas na área da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano tem conduzido a um abandono dos doentes mais difíceis, com decisões que contrariam os seus direitos ao tratamento e lhes retiram as legítimas esperanças de se tratarem convenientemente. É mais um caso de uma população que se tornou um fardo para o Ministério da Saúde, que tudo está a fazer para se desligar das suas responsabilidades.

Unidade de Intervenção Cardiovascular do Hospital de Santa Cruz

Segundo uma denúncia que recebemos, há uma situação grave no Hospital de Santa Cruz.

A UNICARV - Unidade de Intervenção Cardiovascular do Hospital de Santa Cruz, que pertence ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, ficou sem capacidade de resposta desde o dia 4 de Julho de 2014 por falta de manutenção e material.

Trata-se da unidade de hemodinâmica que realiza angioplastia coronária há mais tempo em Portugal e, desde essa altura, ambas as salas ficaram incapazes de funcionar em condições de segurança para os doentes por avaria no equipamento de angiologia. Desde há mais de dois anos que não há manutenções preventivas destes equipamentos nem controlo da radiação por eles emitidas. Num dos casos está inoperacional por aquecer excessivamente, pois desde há um mês que não há ar condicionado e a sala atinge temperaturas superiores a 30 graus centígrados, com prejuízo e risco dos doentes e profissionais. No outro trata-se de uma peça.

Segundo os colegas que denun-

ciam a situação, não menos importante é a falta de capacidade de adquirir dispositivos médicos para tratar por via percutânea os doentes portadores de estenose aórtica com alto risco cirúrgico. As limitações administrativas impostas desde 2012 já provocaram o falecimento de doentes em lista de espera.

Em qualquer dos casos o corpo clínico e a Direcção dos Serviços têm pedido sistematicamente ao Conselho de Administração que encontre soluções que não comprometam os tratamentos altamente diferenciados que sempre se realizaram na instituição e em Portugal. Porém, de acordo com a queixa recebida, a argumentação sistemática de falta de recursos financeiros, da lei do cabimento e de um inusitado conjunto de procedimentos administrativos que espelham a ineficiência da gestão, permite que a situação se agrave com um declínio sustentado do padrão de reposta.





Conferência de Imprensa do Conselho Regional do Norte da OM Revogação da portaria da reforma hospitalar

Na mais recente conferência de imprensa para apresentação das denúncias relativas à prestação de cuidados na região, o presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) pediu a revogação imediata da Portaria 82/201 (reforma hospitalar). Segundo Miguel Guimarães, o documento comprova o “desnorte e total desorganização” do Ministério da Saúde ao prever a extinção de dezenas de serviços na região, alguns dos quais onde continuam a abrir vagas. O CRNOM contestou ainda as restrições de que estão a ser alvo os médicos de família na prescrição de cuidados respiratórios e denunciou as listas de espera para cuidados de fisioterapia no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

A Portaria 82/2014, que classifica as unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com base em critérios técnicos e geográficos, prevê a extinção de especialidades médicas para as quais o Ministério da Saúde continua a abrir concursos. Esta foi a primeira denúncia apresentada pelo presidente do CRNOM - Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos na última conferência de imprensa realizada a 21 de Julho.

Lembrando as críticas que se vão multiplicando à proposta de redefinição do mapa hospitalar, Miguel Guimarães considerou que a Portaria 82/2014 “mais não faz do que deteriorar os cuidados de saúde de proximidade, acentuar as assimetrias já existentes e criar condições para que o país tenha doentes de primeira e de segunda categoria”, uma vez

que, na prática, vai conduzir ao “encerramento previsível de dezenas de unidades e serviços”. As garantias apresentadas por Paulo Macedo de que não vai encerrar diversas valências são a prova, de acordo com o dirigente, que “a maioria dos pressupostos decorrentes da referida Portaria não podem, e não devem, ser aplicáveis”. Nesse sentido, Miguel Guimarães considerou que a proposta “deve ser revogada e transformada em documento de trabalho”, consensualizada com as Redes de Especialidades Hospitalares e de Referência e Centros de Referência.

O presidente do CRNOM comunicou, caso a caso (ver lista), quais os serviços nos hospitais do Norte que a portaria prevê encerrar objectivamente, quais aqueles que não estão previstos existir e quais aqueles que estarão sujei-

tos a uma negociação, com base em critérios populacionais não definidos e de referência. De acordo com Miguel Guimarães, os exemplos mais graves, verificam-se no Centro Hospitalar Gaia-Espinho, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, na ULS de Matosinhos e no Centro Hospitalar do Alto Ave.

Vagas em serviços condenados a fechar

Para o CRNOM, o aspecto mais incongruente desta portaria da reforma hospitalar é o facto de condenar à extinção vários serviços para os quais o Ministério da Saúde continua a abrir concursos. Recuperando o procedimento concursal inscrito no Despacho 8175-A/2014, o Conselho Regional assinalou que, entre as

Serviços a encerrar no Norte, de acordo com a Portaria 82/2014:

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa - Grupo I

Excluídos: Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética

Não previstos: Endocrinologia e Nutrição, Medicina do Trabalho, Obstetrícia, Pedopsiquiatria e Urologia

Podem ser excluídos: Cardiologia, Gastrenterologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Pneumologia

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde - Grupo I

Excluídos: Angiologia e Cirurgia Vascular e Imunoalergologia

Não previstos: Endocrinologia e Nutrição, Medicina do Trabalho e Obstetrícia

Podem ser excluídos: Gastrenterologia e Pneumologia.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho - Grupo II

Excluídos: Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Cardiorácica e Cirurgia Pediátrica

Não previstos: Endocrinologia e Nutrição, Estomatologia, Medicina do Trabalho e Pedopsiquiatria

Podem ser excluídos: Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Grupo II

Excluídos: Genética Médica

Não previstos: Cirurgia Maxilo-Facial, Medicina do Trabalho, Medicina Intensiva, Medicina Legal e Pedopsiquiatria

Podem ser excluídos: Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética

Centro Hospitalar do Alto Ave - Grupo I

Excluídos: Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética e Imunoalergologia

Não previstos: Dermato-Venereologia, Endocrinologia e Nutrição, Estomatologia, Obstetrícia, Pedopsiquiatria e Urologia.

Podem ser excluídos: Cardiologia, Doenças Infecciosas, Gastrenterologia, Hematologia Clínica, Nefrologia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Otorrinolaringologia e Pneumologia

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga - Grupo I

Não previstos: Obstetrícia e Urologia

Podem ser excluídos: Cardiologia, Gastrenterologia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Otorrinolaringologia e Pneumologia

Centro Hospitalar do Médio Ave - Grupo I

Não previstos: Neonatologia, Obstetrícia e Pedopsiquiatria

Podem ser excluídos: Cardiologia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Otorrinolaringologia e Pneumologia

Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Grupo I

Excluídos: Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética, Imunoalergologia e Neurocirurgia

Não previstos: Dermato-Venereologia, Endocrinologia e Nutrição, Estomatologia, Medicina do Trabalho, Neonatologia, Neuropediatria, Obstetrícia, Pedopsiquiatria e Urologia

Podem ser excluídos: Cardiologia, Doenças Infecciosas, Gastrenterologia, Hematologia Clínica, Nefrologia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Otorrinolaringologia e Pneumologia

Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Grupo I

Excluído: Imunoalergologia

Não previstos: Dermato-Venereologia, Endocrinologia e Nutrição, Estomatologia, Obstetrícia, Pedopsiquiatria e Urologia

Podem ser excluídos: Cardiologia, Gastrenterologia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Otorrinolaringologia, Pneumologia e Reumatologia

Unidade Local de Saúde do Nordeste - Grupo I

Não previstos: Estomatologia, Obstetrícia, Pedopsiquiatria e Urologia

Podem ser excluídos: Cardiologia, Doenças Infecciosas, Gastrenterologia, Hematologia Clínica, Nefrologia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Otorrinolaringologia e Pneumologia

Hospital Santa Maria Maior (Barcelos) - Grupo I

Não previsto: Obstetrícia

Podem ser excluídos: Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Pneumologia

Hospital de Braga (PPP) - Grupo II

(carteira de valências definida pelo contrato de gestão)

Excluídos: Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica e Genética Médica

Não previstos: Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética, Endocrinologia e Nutrição, Estomatologia, Neuropediatria, Pedopsiquiatria e Radioterapia

Nota: Foram excluídos os CHP (Centro Hospitalar do Porto) e CHSJ (Centro Hospitalar de S. João) por pertencerem ao Grupo III e como tal poderem incluir todas as valências. O IPO do Porto foi excluído por pertencer ao Grupo IV-a e nada estar definido na Portaria sobre as valências que devem existir.



40 vagas abertas na região Norte, 16 são abertas em serviços que “podem ou irão mesmo deixar de existir” caso a Portaria 82/2014 seja aplicada (ver lista). Miguel Guimarães citou ainda alguns casos paradigmáticos sobre este concurso: a abertura de uma vaga para Oncologia Médica no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, que não tem, nem nunca teve, essa especialidade; a não abertura de qualquer vaga em três serviços que estão em ruptura no Centro Hospitalar do Porto (CHP): Anatomia Patológica, Imagiologia e Oncologia Médica; abertura de uma vaga para Cirurgia Cardio-Torácica no IPO do Porto, quando tem apenas um cirurgião nesta altura e existe um serviço estruturado num hospital próximo, o Centro Hospitalar de São João.

Os dados revelam, na opinião de Miguel Guimarães, uma de duas coisas: “ou quem fez a Portaria 82/2014 cometeu um erro grave que deve ser imediatamente corrigido, ou sabia bem o que estava a fazer e pretende alterar de forma radical a organização dos cuidados de saúde em Portugal. Por isso a Portaria deve ser imediatamente revogada”.

Cuidados respiratórios limitados

Nesta conferência de imprensa, o CRNOM acusou a ARS Norte de estar a colocar em causa o tratamento a doentes com patologia respiratória crónica. Tudo porque, na sequência de várias denúncias reportadas à instituição, os médicos de família estão a ver condicionada a prescrição de aerossolterapia (sistemas de nebulização) e o pedido de aspiradores de secreções está limi-

tado a “situações clínicas seguidas em serviços especializados”. Estes constrangimentos foram entretanto confirmados com a apresentação de uma circular normativa da ARS-Norte que impôs que a prescrição de cuidados

respiratórios domiciliários fosse restringida às consultas de especialidade hospitalar.

Miguel Guimarães contestou estas imposições, dado que “limitam a actuação dos especialistas em Medicina Geral e Familiar”

e não asseguram “os cuidados de proximidade e o acesso aos cuidados que os doentes, com doenças respiratórias crónicas, têm direito”. “Tal situação é particularmente grave no caso de doentes acamados com múltiplas comorbilidades”, acrescentou. O presidente do CRNOM sublinhou que esta restrição aos cuidados respiratórios implica “recorrer sempre a um médico especialista, sujeitando-se a todas as complicações decorrentes dos tempos de espera para consultas”. “Trata-se de mais uma iniciativa iníqua, contrária aos princípios fundamentais do Serviço Nacional de Saúde e que penaliza os doentes que não têm possibilidade de recorrer a outros serviços, nomeadamente ao sector privado”, condenou.

Vagas incluídas no Despacho 8175-A/2014, cujos serviços a Portaria 82/2014 prevê que encerrem ou possam encerrar:

- **Cardiologia**
1 CHTS, 1 CHMA, 1 ULS Matosinhos - 50% vagas abertas
- **Cardiologia Pediátrica**
1 CHGE - 100% vagas abertas
- **Cirurgia Pediátrica**
1 CHGE - 100% vagas abertas
- **Cirurgia Vascular**
1 CHTS - 100% vagas abertas
- **Dermatologia**
1 ULSAM - 50% vagas abertas
- **Endocrinologia**
1 CHTMAD, 1 ULSAM - 100% vagas abertas
- **Gastreenterologia**
1 CHTS, 1 CHEDV, 1 ULSAM, 1 ULS Nordeste - 100% vagas abertas
- **Imunoalergologia**
1 CHPV/VC - 50% vagas abertas
- **Nefrologia**
1 USL Nordeste - 25% vagas abertas
- **Oftalmologia**
1 CHTS, 1 CHMA, 1 ULS Matosinhos, 1 ULS Nordeste - 80% vagas abertas
- **Oncologia Médica**
1 CHTS, 1 CHEDV, 1 CHMA - 100%
- **ORL**
1 CHTS, 1 CHEDV, 1 CHMA, 1 ULS Matosinhos, 1 H Santa Maria Maior - 83.3% vagas abertas
- **Pneumologia**
1 CHTS, 1 ULS Matosinhos, 1 ULSAM - 60% vagas abertas
- **Pedopsiquiatria**
1 CHAA - 100% vagas abertas
- **Reumatologia**
1 ULSAM - 100% vagas abertas
- **Urologia**
1 CHTS, 1 ULS Nordeste - 100% vagas abertas

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Lista de Espera (nº doentes) Medicina Física e Reabilitação

	Vila Real	Lamego	Chaves
Fisioterapia	255	539	107
Terapia da Fala	61	52	127
Terapia Ocupacional	11	9	7
Total	327	600	241

Lista de espera para Fisiatria

O CRNOM deu, por fim, conta da grave situação que se verifica no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) na especialidade de Medicina Física e Reabilitação. Por falta de contratação de profissionais - nomeadamente de técnicos de fisioterapia, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais - as listas de espera (ver tabela) para tratamentos fisiátricos tem aumentado de forma substancial em todas as unidades deste agrupamento e, em alguns casos, há doentes que esperam anos pelos cuidados prescritos. De acordo com Miguel Guimarães, “o CHTMAD está a recusar, actualmente, consultas de Fisiatria a doentes não agudos” na sequência desta situação.



Médicos portugueses no estrangeiro: uma realidade multifacetada

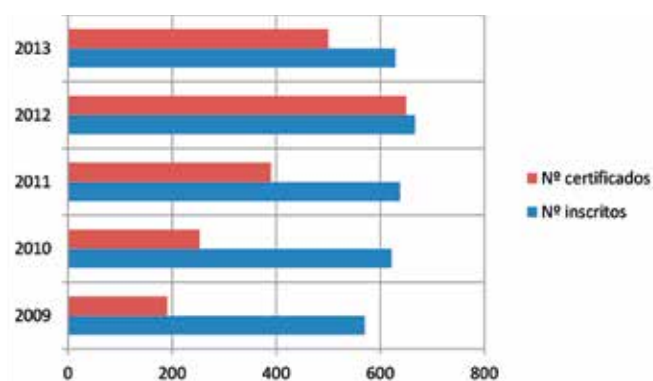
Psiquiatria, Anestesiologia, Hematologia Clínica, Urologia, Medicina Geral e Familiar... Especialistas experientes, recém-especialistas, médicos sem especialidade, médicos a frequentar o internato. Medicina pública, medicina privada. Casados, solteiros, com filhos, sem filhos. Mulheres e homens. Europa, América do Norte, Ásia, África... Temporário, definitivo, quem sabe? Razões humanitárias, razões formativas, razões económicas, opção de carreira, oportunidade, vontade de mudar, necessidade de mudar, vontade de ficar, vontade de partir, vontade de regressar...

O quadro de médicos que estão a deixar Portugal é muito diversificado. Se alguns o fazem apenas como oportunidade de formação e pretendem voltar, muitos estão a apostar em trabalhar no estrangeiro, mesmo quando a adaptação não é imediata. E, enquanto isso, segundo a tutela, Portugal continua a ter carência de especialistas em Psiquiatria, Anestesiologia, Hematologia Clínica, Urologia, Medicina Geral e Familiar...

Os números falam por si. Apresentamos apenas a título de exemplo, os dados da Secção Regional do Sul (SRS) da OM em que estão inscritos neste momento 22306 profissionais. Usámos os anos de 2009 a 2013 onde se percebem algumas tendências quanto à emissão de certificados (*good standing certificates*) a médicos portugueses destinados a serem apresentados perante instituições de outros países:

Mas como os números são apenas uma representação e estão longe de apreender as muitas *nuances*

Emissão de *Good Standing Certificates* (na SRS)



Em 2009 inscreveram-se na SRS 570 médicos dos quais 93 de nacionalidade estrangeira (33 Brasil, 6 PALOPS, 33 União Europeia, 22 resto do mundo); foram emitidos 191 certificados; Em 2010 inscreveram-se 622 médicos dos quais 89 estrangeiros (20 Brasil, 6 PALOPS, 26 UE, 37 resto mundo); emitidos 253 certificados; em 2011 inscreveram-se 638 médicos dos quais 70 estrangeiros (12 Brasil, 29 UE, 6 PALOPS, 23 resto do mundo); emitidos 390 certificados; em 2012 inscreveram-se 667 médicos dos quais 87 estrangeiros (21 Brasil, 43 UE, 23 resto do mundo); emitidos 650 certificados; em 2013 inscreveram-se 629 médicos dos quais 54 estrangeiros (32 UE, 22 resto do mundo); emitidos cerca de 500 certificados.

da realidade, escolhemos apresentar diversos casos de médicos portugueses que estão neste momento no estrangeiro. Cada um dispôs-se a falar das razões da saída, da adaptação à nova realidade, de algumas frustrações do passado e das expectativas para o futuro. A Revista da Ordem dos Médicos agradece a todos a generosidade com que acederam a partilhar estas breves impressões das suas vivências.

Se está a exercer no estrangeiro, simplesmente para nos dar conta disso mesmo e enviar o seu contacto, ou se desejar contar-nos a sua experiência para a ROM, enviando um texto com cerca de 2000 caracteres, incluindo espaços, e uma fotografia, escreva para: paula.fortunato@omcne.pt

Descontentamento perante concursos e contratações atabalhadas dos recém-especialistas

Ana Ribeiro **Psiquiatra - Dinamarca**

Terminou o internato em Abril de 2012 e foi para a Dinamarca, onde não conhecia ninguém, em Janeiro de 2013. O facto de ter sido dispensada pelo hospital onde fez o internato foi o “catalisador” dessa decisão que assentou “também nalgum descontentamento face ao número elevado de horas de trabalho, ao número e intensidade das urgências, às restrições que se começavam a fazer sentir e, sobretudo, ao tumulto dos concursos e contratações atabalhadas dos recém-especialistas”. Sempre se sentiu atraída pela ideia de poder viver, trabalhar e ‘experimentar’ outros países e, já durante o internato, teve “o privilégio de fazer um estágio na Índia”. “Portanto, foi de certa forma natural que, quando terminei a especialidade, altura em que teria forçosamente de migrar do Porto para uma cidade distante em Portugal, me sentisse tentada a optar por uma tranquila cidade dinamarquesa”. Questionada sobre a escolha da Dinamarca confessa que “não foi uma escolha activa, mas resultou de uma coincidência: terem ido pre-



sencialmente recrutar médicos psiquiatras ao hospital em que eu trabalhava naquela altura”. O processo de recrutamento, as condições de trabalho e de vida propostas “deram o empurrão final”. Na Dinamarca sente que terá “a oportunidade de realizar projectos profissionais e pessoais de uma forma diferente do que aconteceria em Portugal, com todas as tristezas, felicidades e (des)vantagens que daí advêm” pois profissionalmente sente-se mais recompensada e respeitada, nomeadamente quanto à “vida, tempo pessoais e nos direitos de cidadã” mas existem em termos familiares e sociais dificuldades com as quais Ana Ribeiro terá de

aprender a viver. Se lhe tivessem oferecido as mesmas condições financeiras e a conjuntura em Portugal fosse outra “é provável que tivesse ficado”. “Mas houve vários outros aspectos que, aliados às condições financeiras, me fizeram sair”. A adaptação a um novo país “tem sido um processo lento, porque há muitas diferenças (culturais, linguísticas, gastronómicas, climáticas), simultaneamente subtis e tão importantes de compreender. Mas ressalvo que durante este tempo, os dinamarqueses com quem trabalho foram incansáveis na tentativa de aligeirar a minha adaptação”, refere, exemplificando com o facto de lhe terem

permitido “aprender consistentemente a língua ao longo de 15 meses de aulas, incluídas no horário de trabalho”. Dos dinamarqueses sente que “reconhecem as qualidades técnicas, a capacidade de trabalho e a maleabilidade linguística dos portugueses”. Comparando os dois sistemas de saúde, começa por lembrar que existem diferentes circunstâncias, culturais e financeiras mas realça que “o sistema de saúde dinamarquês, predominantemente público, é extremamente abrangente e valorizado, e vai de encontro às necessidades (e exigências) dos

cidadãos, que por seu lado contribuem com uma carga fiscal significativa” e elogia “a solução recentemente encontrada na Dinamarca para melhorar o financiamento dos serviços de saúde mental que foi individualizá-los do restante sistema de saúde, tendo agora uma administração e orçamento próprios. Outra medida que me parece interessante, face à falta expressiva de médicos psiquiatras no país, é o recurso frequente ao terapeuta de referência, garante dos cuidados, que passa habitualmente por um enfermeiro, psicólogo ou assistente social.

Curiosamente, um método com que me tinha deparado, na prática, nos meus curtos meses na Índia”.

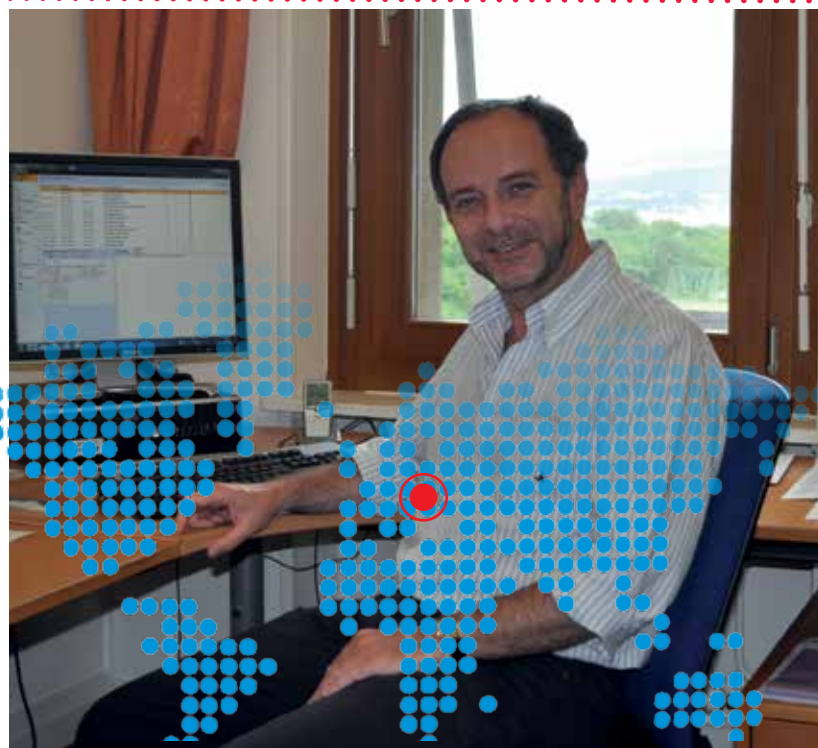
Por enquanto, a psiquiatra Ana Ribeiro quer continuar na Dinamarca, “não só para rentabilizar o enorme investimento de uma mudança grande, como também por causa da crescente satisfação” que vai sentindo no dia-a-dia. “Pretendo aproveitar a tranquilidade dinamarquesa e trabalhar com dedicação, agora que a barreira da língua está consideravelmente mitigada”, conclui.

**Desencanto e,
mais do que uma
necessidade,
uma vontade
de mudar**

António Canhão

Psiquiatra - Suíça

Outro especialista em psiquiatria e está a exercer na Suíça, onde não conhecia ninguém. “A minha vinda teve a influência directa de um colega mais novo que me precedeu neste procedimento migratório e que me informou sobre como fazer. Mas infelizmente não trabalhamos próximo”. Ao contrário de Ana, António Canhão é um especialista experiente que sentiu activamente vontade de mudar depois de um percurso ‘normal’ que durou décadas: “actualmente com 51 anos, estou a trabalhar no Centro Hospitalar e Universitário do cantão de Vaud, desde 1 de Outubro de 2013. Quando acabei o meu curso em 1987, Portugal



ainda guardava muitos hábitos criados pelo regime anterior. Um deles era o orgulhoso isolamento. As pessoas que saíam para estudar ou trabalhar eram ainda relativamente poucas e a informação disponível sobre como o fazer, quase nenhuma. Para mim a situação era semelhante. Como alentejano, ir estudar para Coimbra foi já um primeiro afastamento, que exigiu algum esforço.

Depois, a duração de um curso já de si longo, que nos obrigava ainda a um estágio de dois anos e no meu caso a mais um serviço militar obrigatório de ano e meio condicionou a minha vida até aos 30 anos, altura em que me encontrava já casado e com um filho. Nessa altura, mais preocupado em organizar a vida do que em iniciar mudanças radicais, visto que o próximo passo era

obter uma especialidade, não havia mais decisões a tomar do que fazer o internato complementar. A especialidade, essa, terminei-a em 1997, já com 35 anos. Até 2004, acreditei que poderia com o meu esforço e trabalho, construir um futuro em Portugal". Mas a desilusão foi-se instalando e com ela a vontade de mudar de rumo: "nos últimos anos, senti que todo o meu esforço, todo o meu trabalho, serviam apenas para mover uma engrenagem inútil. Uma engrenagem que cada vez mais nos cansa e desgasta, para não sairmos do mesmo sítio, ou pior ainda, sentir cada vez mais que estamos a recuar e perder qualidade de vida. Por uma série de coincidências, tomei conhecimento deste lugar aqui na Suíça, num local particularmente aprazível, com facilidade para me deslocar a Portugal e a possibilidade de ter tempo para iniciar um projecto pessoal de investigação, há muitos anos adiado. Não foi uma necessidade, foi uma vontade de mudar". Sobre ter de partir para poder realizar os seus projectos, confessa sentir-se triste: "Triste, porque vejo aqui imensos portugueses a trabalhar nas mais diversas áreas. Triste, porque o nosso trabalho e qualidade profissional são aqui reconhecidos. Triste, porque não vejo nada de especialmente diferente aqui na Suíça que a faça estar tão à nossa frente em termos de desenvolvimento geral. Triste, por não ter o mesmo para todos estes portugueses em Portugal. Porque no meu caso particular, devo sublinhar que sempre me senti reconhecido e bem tratado em todos os locais onde trabalhei". Refere algumas diferenças positivas: "as pequenas coisas, como o respeito das pessoas umas pelas outras, a ausência de 'chicos espertos',

o respeito pelos compromissos assumidos, o respeito da vontade dos cidadãos, o valor dado ao trabalho (o horário médio aqui está acima das 40h por semana e o salário mínimo médio é dos mais elevados da Europa), o reconhecimento do valor individual e a confiança nas pessoas fazem uma enorme diferença". Se há um ano atrás lhe perguntassem, com as mesmas condições financeiras, onde preferia trabalhar "a resposta seria sem sombra de dúvida – em Portugal". Hoje, com termo de comparação, mesmo com condições financeiras semelhantes, "pesaria também outros factores como as condições de trabalho e expectativas de futuro". Quanto à adaptação refere ter sido "relativamente difícil": "começando pela língua, de que conhecia apenas o mais básico e foi preciso aprender até a dominar, para compreender os outros e me fazer compreender por eles. Passando pela aprendizagem de todas as especificidades técnicas e administrativas, que em Portugal fui aprendendo ao longo de toda a vida e que aqui tive que aprender em apenas dois meses, até à mudança de estilo de vida diário e à ausência de um grupo de amigos, factor fundamental neste tipo de processos de adaptação". Do que sente mais falta é, sem dúvida, da família: "importante, a questão da família, foi e continua a ser a parte mais difícil. A ausência daqueles que fazem parte nós de uma forma muito especial é o que mais dói. As novas tecnologias ajudam, a facilidade de me deslocar, seja de férias ou de fim-de-semana ajuda também. Mas o contacto e a partilha estão sempre em falta. Para mim, que sempre tive um conceito de família como algo

de fundamental é seguramente a parte mais difícil".

Sobre as especificidades da Psiquiatria e do seu exercício num país estrangeiro explica que teve "algumas dificuldades, mas todas ultrapassáveis: formulário diferente, procedimentos de entrevista clínica particulares, gestão diferente das equipas, procedimentos legais específicos" mas "no que respeita ao tratamento e diagnóstico das patologias nada a assinalar, apenas que para mim este país é o verdadeiro *melting pot*. Desde que aqui estou tenho visto doentes de todas as nacionalidades e de uma forma concreta posso dizer desde o Chile até ao Laos". Define o contacto com pessoas novas, suíços, portugueses ou das mais diversas nacionalidades, como "um enorme factor de enriquecimento pessoal".

Ainda fazendo comparações, António Canhão não resiste ao recurso à ironia... "Por qualquer motivo técnico que deve estar ligado ao 'subdesenvolvimento' da Suíça, as faculdades de Medicina aqui não formam médicos para exportação, porque concluíram que se tratava de um investimento demasiado caro e com pouco retorno". Por essa razão, desde há muitos anos que na Suíça existem muitos médicos estrangeiros e não se notam diferenças no trato, "seja no contexto profissional, seja na preferência das pessoas em geral". "Num país com perto de 25% de imigrantes no total da população, o facto de se ser estrangeiro não é muito relevante". Apesar de se encontrar no país há pouco tempo, constata que "existe uma muito melhor articulação entre os cuidados de saúde primários e as especialidades. Assim como uma muito melhor e mais estimada e

cuidada relação entre o doente e o seu médico, que obedece a um critério de livre escolha numa estrutura de médicos, a trabalhar de forma independente". Por outro lado, "mesmo tratando-se de um país rico, noto grande cuidado na análise dos casos clínicos, exames e tratamentos a fim de evitar um desperdício, situação que é anualmente estudada e analisada e corrigida se necessá-

rio". Não gostando de dar conselhos, deixa, ainda assim, sugestões para os mais jovens: "se quiserem sair de Portugal para trabalhar noutro país façam primeiro a especialidade. Ainda é qualquer coisa muito bem-feita e com padrões de qualidade próximos do excelente; o tempo nos dirá se assim vai continuar. E, se vierem, não o façam numa perspectiva provisória, não é bom

para quem parte nem para quem recebe". O futuro é ainda uma incógnita mas por agora sente-se muito bem onde está: "Fui muito bem recebido e gosto do trabalho que faço. Tenho projectos para o futuro que posso construir e gosto do que antevejo aqui. De todas as formas vim por três anos, ainda tenho muito tempo para reflectir"...

Uma oportunidade de valorização profissional

Ana Luísa Neves

Medicina Geral Familiar
Inglaterra

Tem 31 anos, é especialista em MGF e está a fazer um doutoramento em Londres. Termina o doutoramento em Clinical Medicine no Imperial College em Janeiro de 2017 e refere que, felizmente, no seu caso não foi por uma questão de necessidade que saiu do país, "mas sim para aproveitar uma oportunidade de valorização profissional, no contexto do programa GABBA". Nesse sentido, a escolha não recaiu, inicialmente, sobre a cidade mas sim sobre o facto do Imperial College ter sido o sítio que lhe pareceu oferecer melhores oportunidades, quer em termos de formação, quer no que se refere ao desenvolvimento do projecto propriamente dito. O facto de estar num departamento multicultural e que ciclicamente recebe novos elementos, facilitou muito a sua integração e, depois das primeiras semanas, não tem



dificuldades a assinalar embora refira que a integração exige esforço e confesse que tinha três amigos, um em cada ponta da cidade, o que é, naturalmente um factor de conforto. Profissionalmente, o *feedback* sobre o trabalho é muito directo e objectivo e refere a existência de "um empenho permanente em manter as pessoas motivadas".

No que se refere à sua experiência, que é fundamentalmente académica e de investigação clínica, refere que "os nossos conhecimentos, métodos e processos de decisão são muito sobreponíveis". "Cada vez mais sinto que a formação em Portugal é de facto bastante boa, e não constitui de forma nenhuma um entrave à integração noutro país - muito

pelo contrário”. Sobre as perspectivas para os jovens médicos portugueses, afirma peremptoriamente que “a situação actual tem-se refletido nas expectativas dos jovens em termos de carreira médica e desenvolvimento profissional - e, inevitavelmente, nas perspectivas de formação médi-

ca pré e pós graduada”, factores que “no início da vida profissional devem ser bem ponderados”. “É fundamental garantir que existe capacidade de resposta formativa pós graduada”. Neste momento o seu plano é regressar a Portugal no final do doutoramento mas refere que “esta expe-

riência corresponde a um período particularmente gratificante a nível pessoal e profissional”, mas sente também que “é importante manter colaborações com instituições portuguesas” - no seu caso com a FMUP -, “de forma a poder dar continuidade a este trabalho no futuro”.

O melhor investigador na área em que queria trabalhar é dinamarquês

Bruno Heleno Medicina Geral e Familiar Dinamarca

Tem 33 anos e a sua área é a Medicina Geral e Familiar. Nunca se sentiu empurrado para emigrar e, tal como Ana Ribeiro, o país de destino foi a Dinamarca, o que tinha sido “planeado antes mesmo do início da crise financeira”. Está há 3 anos fora de Portugal, a fazer um doutoramento que termina em 2015 e conta regressar. “Correndo tudo bem, procurarei exercer clínica e actividade como investigador”. Embora não conhecesse ninguém na Dinamarca fazer o doutoramento nesse país é um projecto antigo: “não só para experimentar outras culturas de trabalho, mas porque no final do meu internato havia poucos médicos de família doutorados. Sabia que eram profissionais excelentes, mas estavam dispersos pelas 9 escolas médicas e isso não era suficiente para criar um ambiente de investigação. Para além disso, a minha ideia era que os doutorados tinham que conciliar uma actividade clínica a tempo inteiro com uma carga lectiva



grande nas universidades e isso deixava-lhes pouco tempo para fazer investigação. Escolhi fazer o doutoramento na Dinamarca porque o melhor investigador na área em que queria trabalhar era dinamarquês. O departamento universitário de MGF onde trabalho tem 19 médicos de família doutorados. Lembro-me que, quando comecei, isto era mais do que o número de médicos de família doutorados em Portugal. Para além disso, um terço desses 19 profissionais faz investigação a tempo inteiro. Esta dimensão grande facilita muito na altura de competir nos concursos para financiamento em investigação em saúde”. Sobre as diferenças que marcam pela positiva, frisa

que muitas das vantagens da Dinamarca não têm nada a ver com políticas de gestão de recursos humanos na saúde ou no ensino superior. “Há uma cultura que privilegia o tempo passado em família. É raro ver um dinamarquês no trabalho depois das 16h30. Isso permite às pessoas passarem mais tempo com a família e com os amigos. Os espaços públicos e os transportes estão muito bem pensados. Isso contribui para uma qualidade de vida elevada”. No seu caso específico e por ser uma saída motivada por razões de formação, sentiu-se muito apoiado: “sou bolseiro da Fundação para a Ciência e Tecnologia e tive apoio de todos os meus superio-



res hierárquicos que facilitaram a minha equiparação a bolseiro. Neste processo fui sempre ajudado pela minha coordenadora de USF, pela minha directora-executiva no ACES e dentro da ARS-LVT". Se tivesse duas oportunidades de trabalho com as mesmas condições financeiras em países diferentes, escolheria trabalhar em Portugal. Ainda assim, a sua visão do país é realista e não omite as dificuldades: "a questão crucial não é, na minha opinião, financeira. As condições laborais são ainda mais importantes. Conversando com os meus colegas médicos de família vejo dois problemas: o primeiro resulta do aumento do número de utentes por médico de família em conjunto com metas elevadas nos indicadores de desempenho. Vejo os meus colegas que terminaram a especialidade há cerca de 5 anos muito cansados. Em princípio eles terão mais 30 anos de actividade como médicos de família e não me parece realista pensar que consigam manter este ritmo. O segundo tem a ver com a frustração de expectativas: a reforma dos cuidados de saúde primários foi desenhada numa óptica que se fossem cumpridos determinados níveis de desempenho (relacionados com ganhos em saúde da população) haveria melhores condições de trabalho (salário, equipamentos das unidades, instalações físicas). O que oiço agora é que as metas contratualizadas mudam frequentemente e deixou de haver uma relação clara entre essas metas e os ganhos em termos de saúde da população. Acho que as pessoas começam a desmotivar-se com esta frustração repetida de expectativas". Uma situação que não se sente na Dinamarca: "de uma forma simplista, aqui

os médicos de família são prestadores de saúde privados com um regime de pagador único (as administrações regionais de saúde). Isto dá-lhes imensa flexibilidade em termos de gestão do horário de trabalho. Os médicos podem decidir qual o número de utentes que pretendem (habitualmente 1500; embora possam ir até aos 3000 em zonas muito carenciadas) e decidem quantas horas precisam de trabalhar para dar resposta a esse número de utentes. Se não forem capazes de dar resposta a essa lista, funciona a lei do mercado e os utentes acabam por mudar para outros médicos. De qualquer forma, podem também com muita facilidade escolher se querem ter menos utentes (e menos salário) para fazer coisas como passar tempo com os filhos, fazer investigação, participar num painel de orientações clínicas ou adaptarem-se às reformas. Na Dinamarca, os contratos são negociados coletivamente por um sindicato de médicos de família e as ARS. As contratualizações fazem-se em períodos regulares (creio a cada 3 ou 5 anos) o que se traduz também numa maior previsibilidade". A adaptação ao país foi "surpreendentemente fácil". "Nunca pensei que fosse tão simples mudar de um país para o outro e ter o reconhecimento de competências. A minha única dificuldade tem sido a língua".

Quando lhe é pedido que compare os sistemas de saúde dos dois países refere que não lhe parece que o sistema de saúde dinamarquês seja superior ao nosso. Mas uma coisa que aprecia na Dinamarca "é que as medidas que são aplicadas à saúde são sempre avaliadas e os dados são públicos, facilmente acessíveis e isso permite uma avaliação indepen-

dente dos resultados das medidas. Por exemplo, substituiu-se na zona de Copenhaga um serviço de atendimento de doença aguda feito por médicos de família por outro feito por enfermeiros. Em breve serão disponibilizados os dados sobre os custos de pessoal com o sistema de referenciação, os custos a montante associados à variação do número de referenciações, e um número de estudos qualitativos sobre as experiências dos cidadãos com o novo sistema". Apesar de ser solteiro e sem filhos, Bruno Heleno considera importante o facto de a Dinamarca ter "políticas de apoio a famílias jovens com licenças de maternidade e paternidade longas, horários de trabalho bem definidos, jardins-de-infância e escolas gratuitas", refere outros aliciantes como "salários elevados, 6 semanas de férias, aulas gratuitas de dinamarquês" e diferenças culturais potencialmente menos favoráveis: "existe uma separação grande entre a vida de trabalho e a vida pessoal (isto é, não é razoável esperar que colegas de trabalho se tornem amigos). A maioria dos adultos dinamarqueses (a partir dos 26 anos) tem um grupo de amigos estável e não sente necessidade de o alargar. Por isso, pode ser difícil ter mais do que uma relação circunstancial com os dinamarqueses. A maioria dos meus amigos são outros expatriados". Desenhado este quadro, confessa que "se a decisão fosse estritamente racional, o lógico seria permanecer aqui" mas pretende regressar a Portugal por "razões essencialmente familiares e de afectos. Gosto muito de viver na Dinamarca, mas não me sinto totalmente 'em casa'. Agora, as condições de trabalho - quer para médicos, quer para investigadores - são muito melhores na Dinamarca".

É provável que em Portugal não tenha essa possibilidade...

Carlos Silva

Urologista - Moçambique

Já durante o internato Carlos Silva tinha estado a exercer em Moçambique. O último local de trabalho em Portugal foi o IPO-Porto de onde se despediu para emigrar. Mas quando o fez não foi nem por razões económicas, nem por ir para um local com melhores condições para o exercício da sua especialidade... Em 2011, “após ponderação sobre um desejo pessoal” decidiu “realizar um projeto há muito pensado”, voltando para esse país onde trabalhou com um contrato durante 2 anos. De volta a Portugal em 2014, está a pensar voltar a emigrar. O seu projecto começou por ser pessoal, “percorrer África de carro, até Moçambique”, e concluiu com uma componente de desenvolvimento de um trabalho humanitário como urologista. “Juntamente com um colega urologista de nacionalidade espanhola, de forma autónoma, sem apoio de qualquer organização, fomos contratados em Moçambique, pelo MISAU (ministério da saúde), com um contrato semelhante ao de um médico local. Trabalhámos num hospital público, o segundo do país. Um hospital com condições precárias, sem meios, mas em que foi possível desempenhar uma Urologia diversificada, dada a variedade de patologias aí apresentada”. A escolha do país reporta-se à sua experiência em 2007: “sempre tive um gosto especial por viagens e durante



o ano de 2007, após interrupção temporária do internato de Urologia, fiz um voluntariado no Hospital Central da Beira e Maputo, em Moçambique. Foram 9 meses que serviram, entre outras coisas, para decidir que mais tarde regressaria a Moçambique com a especialidade terminada. Em 2011 decidi ir para Moçambique para continuar a experiência, agora com mais conhecimentos. Viver fora de Portugal, apenas pelo gosto de viajar, mas sempre com a ideia de regressar". Os dois anos foram "um tempo de trabalho excelente, que permitiu tratar uma quantidade enorme de pacientes" mas, "apesar da escassez de especialistas no país (cerca 4 urologistas nacionais para 22 milhões de habitantes) os critérios governamentais para contratação de médicos estrangeiros alterou de uma forma pouco viável, para o nível de vida do país" e foi essa a razão pela qual decidi não renovar o contrato. "Regressámos à Europa e estamos em fase de mudança, com a perspectiva de emigrar. Não sinto que 'tenho que emigrar' mas talvez haja melhores possibilidades de trabalho se o fizer. Também tenho procurado alguma forma de continuar a realização de um trabalho humanitário, que me fascina". Colocada a questão se iria, por exemplo, trabalhar para os Açores, refere como o seu contexto pessoal é muito específico: "não emigrei em busca de melhores condições financeiras. Da mesma forma, o que procuro agora não é um trabalho que me disponibilize um salário excelente, mas sim aquele em que possa exercer uma Urologia actual, com um mínimo para uma vida com qualidade e sobretudo que tenha tempo para de, forma autónoma, realizar colaborações de voluntariado (sobretudo cirúrgico) pontuais em países menos desenvolvidos. Esse

era o trabalho ideal para mim e é nisso que me apoio nesta fase de procura, no entanto sei que é provável que em Portugal não tenha essa possibilidade. Nas ilhas não me importaria de trabalhar minimamente, desde que existissem as condições que me permitissem sair, em licença sem vencimento, por um curto período, para um país com mais necessidade!"

Sem a barreira da língua, como já conhecia o país, gosta de viajar, e é "simples no que respeita a comodidade", não teve grandes dificuldades na adaptação, queixando-se apenas da burocracia moçambicana que, na fase de contratação, atrasa o trabalho e desanima. A viagem de ida esteve quase para acabar antes do tempo pois Carlos Silva conhecia um urologista em Maputo, com quem fizera voluntariado em 2007, e que foi o médico que contactou para regressar em 2011, "no entanto durante a referida viagem por via terrestre e, já na África do Sul, recebi a sua informação de que não conseguiríamos o contrato antes combinado. Mesmo assim continuámos a viagem e na chegada a Maputo começámos do zero o processo de contratação com o MISAU. Com a ajuda de um outro colega (um cirurgião na Beira) conseguimos a contratação e colocação no Hospital Central da Beira". Claro que a experiência deste urologista é em muitos aspectos totalmente diversa dos outros colegas citados nesta reportagem nomeadamente quanto ao relacionamento com os colegas moçambicanos. "A aceitação pelos médicos moçambicanos foi excelente no hospital público. São bons companheiros, querem aprender por alguém que tem uma formação europeia e tornam-se verdadeiros amigos. No que respeita à medicina privada, para a qual fomos solicitados algumas vezes,

houve um certo entrave, provavelmente pelo receio da concorrência. No entanto esse não era o nosso propósito pelo que não interferimos com o sistema estabelecido. Houve dificuldades de aceitação pelos médicos cubanos, que abundam nestes países subdesenvolvidos, e que têm um propósito de trabalho completamente diferente do nosso. A ideia que têm dos médicos portugueses ou europeus em geral é excelente. Acreditando na nossa melhor formação, procuram aprender algo de novo, sobretudo os jovens médicos ou estudantes de medicina. A verdade é que são escassos os médicos portugueses que aí trabalham, uma vez que as condições oferecidas são demasiado precárias".

Os sistemas de saúde não são comparáveis pois "Moçambique não tem meios, é desorganizado, o governo não disponibiliza muitas verbas para melhorar o sistema sanitário, tornando o trabalho um verdadeiro desafio. Uma luta diária para fazer o mesmo sem materiais ou condições como as existentes em Portugal". Em termos de sugestões aos SNS nacional, Carlos Silva recorda que há países europeus que disponibilizam tempo de trabalho para acções humanitárias em países necessitados. "Porque não em Portugal? Se assim fosse não me teria despedido do IPO e provavelmente regressaria de bom grado, uma vez que é a área que mais me atrai". Moçambique não é actualmente e sem apoios externos um local que atraia especialistas para os hospitais públicos ("onde há a real escassez"), pelo menos se tiverem em conta a vertente financeira. O jovem urologista reconhece que foi o facto de ser solteiro, ter 34 anos e não ter ninguém a seu encargo que lhe permitiu realizar este projeto. "Obviamente que com uma família tudo teria sido

muito mais complicado”. A não renovação de contrato deveu-se a vários factores como a subida considerável do nível de vida o que tornou a vida cara para o salário auferido especialmente tendo em conta que nem alojamento

nem viagens estão incluídas no contrato, mas outro aspecto que pesou foi o facto de “a Urologia ser uma especialidade muito técnica e, se bem que pude ganhar muita experiência em certas áreas, outras há em que é neces-

sário regressar para manter a prática. Portugal é o meu país e apesar de adorar viajar é aquele ao qual gosto de regressar. É a minha casa!”, conclui.

Inexistência de futuro em termos de carreira médica, sobrecarga de trabalho e falta de reconhecimento

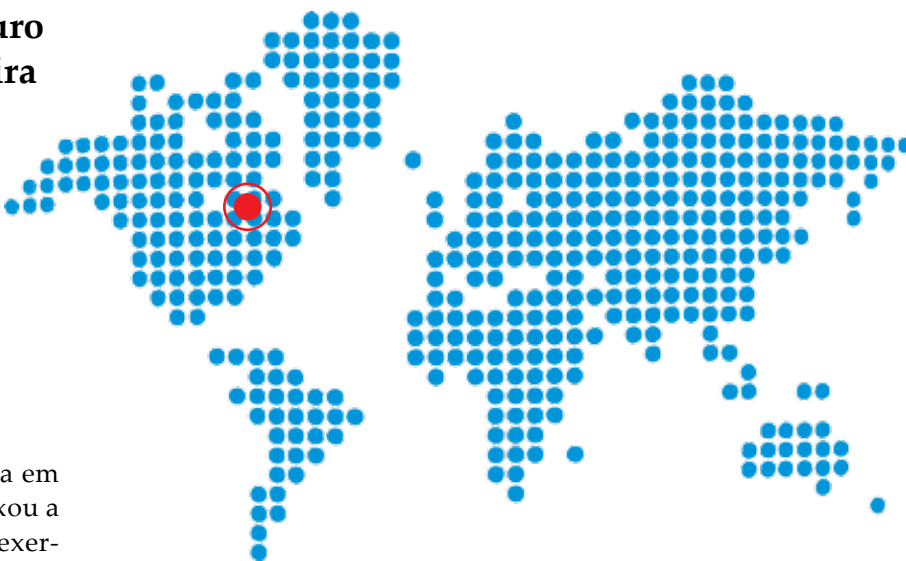
João Silva
Hematologia Clínica
Canadá

Com 38 anos, é especialista em Hematologia Clínica e deixou a ilha de São Miguel para ir exercer no Canadá. A saída não se deveu a questões financeiras mas antes ao facto de se sentir pouco valorizado. “Não tinha futuro em termos de carreira médica, estava sobrecarregado com trabalho e não era devidamente compensado/reconhecido”, ao que acresceu o facto de a imprensa estar constantemente a “denegrir” a medicina. Neste momento, ganha mais do que ganhava como especialista em Portugal durante 4 anos mas afirma sem hesitar que “claro que preferia trabalhar em Portugal, mas com o passar do tempo e a adaptação, estou a gostar da forma como se trabalha no Canadá, nomeadamente o respeito que têm por mim”. O destino escolhido prende-se com a ligação familiar e foi esse apoio que o ajudou na adaptação. Além disso, “antes de vir, já tinha estabelecido contactos profissionais

que facilitaram a entrada para o sistema local e poder trabalhar enquanto faço a minha transição com exames para certificação”. O tempo para socialização é pouco, entre estudo e trabalho, mas já foi possível aperceber-se que, de uma maneira geral, “há grande abertura para com os colegas estrangeiros”, nomeadamente para internos em formação. Quando compara os dois sistemas de saúde refere que “ambos têm os seus benefícios e prejuízos” mas defende que se houvesse um estudo adequado dos dois sistemas “poderiam ser implementadas algumas formas de aliviar os gastos do Estado com a saúde sem pôr em risco a qualidade do atendimento” e refere como exemplo que no Canadá “existem restrições ao tipo de tratamentos e exames disponíveis”, situação que considera que traz benefícios mas

também prejuízo no diagnóstico e tratamento dos doentes e realça que há uma “menor intervenção do Estado na participação dos medicamentos e uma maior influência dos seguros de saúde” o que “poderia ser algo a considerar em Portugal”.

Não tencionando regressar a Portugal para trabalhar, pensa apenas em voltar de férias para rever amigos e família porque “a política nacional não está para fazer melhorias na saúde, antes pelo contrário: penso que o pior ainda está para vir” e é por essa razão que, mesmo lamentando, aconselha “os jovens a procurarem outro país (quase qualquer outro) que ofereça melhores condições de trabalho e perspectivas de carreira”.





Aliar trabalho clínico com investigação de qualidade, sem prolongar o internato

Manuel Pedro Pereira

Anestesiologista
Dinamarca

Jovem anestesiologista de 27 anos que saiu do país para completar a sua formação, gostou da experiência e foi ficando... pela Alemanha, Suíça e Dinamarca. Frequentou o curso de Medicina no ICBAS e, ao abrigo do programa Erasmus, fez o 5º ano na Charité em Berlim. “Como gostei da experiência, tanto a nível académico como da cidade, optei por fazer o 1º semestre do 6º ano também em Berlim ao abrigo do programa Erasmus placement. Quando terminei o curso, fui aceite como interno de Anestesiologia no hospital universitário de Zurique. Ao fim do ano, surgiu a oportunidade de ingressar num

programa de doutoramento na Universidade de Copenhaga, onde me encontro desde 2012.” Foi a curiosidade em estudar e trabalhar em sistemas de saúde estrangeiros que o levou a ter essa opção: “A flexibilidade dos programas de internato tanto na Alemanha como na Suíça, assim como a possibilidade de fazer investigação durante o internato e as condições de trabalho em geral foram factores mais importantes”. Apesar de haver certas diferenças culturais que custam no início, “com o tempo, uma pessoa habitua-se” e o facto de já dominar a língua ajudou muito. Nos hospitais universitários europeus por onde passou, mais importante que a nacionalidade ou onde se tirou o curso, “é a dedicação e a qualidade do trabalho realizado”. Com uma experiência muito positiva, Manuel Pedro Pereira sublinha que “tanto a Alemanha como os países escandinavos são muito abertos a médicos estrangeiros, quer para trabalho clínico quer para investigação” pelo que o deixa a indicação “a quem esteja interessado a trabalhar nestes paí-

ses”: “aconselho a pesquisarem oportunidades nos sites dos departamentos em que tenham interesse e contactar directamente os directores de serviço”. “Para trabalho clínico, é fundamental dominar a língua do país”, relembra. Com o Sistema Nacional de Saúde português só teve contacto como utente e estudante de medicina pelo que é-lhe difícil qualquer tipo de comparação mas refere que “o SNS português é reconhecido pela sua qualidade, mesmo nos tempos actuais de crise” e que apesar de existirem “diferenças óbvias ao nível de instalações físicas”, “na qualidade dos cuidados médicos não creio que seja muito diferente”. Quando terminar o doutoramento, pretende continuar a especialidade na Alemanha: “a Alemanha tem um sistema de internato muito flexível, há também um grande investimento em investigação e em vários hospitais é possível aliar trabalho clínico com investigação de qualidade, sem prolongar em demasia o tempo de especialidade”, o que é para si um factor aliciante.



Faltam verdadeiros incentivos e recompensas à produtividade médica

Paulo Beco Medicina Geral Familiar Inglaterra

Tem 41 anos, é casado e tem dois filhos (de 7 e 2 anos). Este especialista em MGF ponderou e programou a sua mudança, com a família, e está a trabalhar em Londres desde o ano passado. “Sempre pensei que seria muito interessante trabalhar e viver fora de Portugal. Londres foi sempre uma segunda cidade para mim, que visitei anualmente e onde sempre me senti em casa. Quando comecei a pensar que estava na altura certa da minha vida para fazer esta mudança, a primeira opção teria que ser um país anglófono, e a cidade ideal é Londres. Não só tem a minha preferência pessoal, como fica a apenas 2 horas de Lisboa. Em termos familiares e educacionais

penso ser uma escolha excelente”. Um dos factores que desencadeou essa mudança foi a questão familiar. “A minha mulher encontrava-se num impasse profissional e em Londres tem outras oportunidades na área a que pretende dedicar-se”. Mesmo sem ter grandes diferenças económicas, confessa preferir trabalhar em Londres. “Em termos financeiros a diferença não é significativa porque eu já tinha uma situação estável e confortável em Portugal”. “Profissionalmente a adaptação foi muito fácil: o apoio na empresa onde trabalho é significativo, com verdadeira integração profissional e formação frequente e contínua. Familiarmente a única dificuldade foi o facto de os meus filhos não falarem inglês e terem de aprender a língua simultaneamente com mudarem de escola, novos amigos e rotinas. Mas a flexibilidade do sistema de ensino aqui, e estou a falar do sistema público, verdadeiramente direccionado para as necessidades específicas dos alunos, com uma professora auxiliar especialmente escolhida para facilitar a comunicação, permitiu que tudo esteja a

correr muito bem”. Num ambiente cosmopolita, num país multicultural, “é habitual haver em todos os ambientes de trabalho pessoas de várias nacionalidades pelo que ser português não é de forma nenhuma especial”, refere. Em Londres Paulo Beco faz medicina privada, mesmo assim, arrisca uma comparação entre o nosso SNS e o NHS britânico: “creio que a principal diferença tem a ver com a produtividade dos médicos, que apesar de estar melhorada com a criação das unidades de saúde em Portugal, não se compara com as tarefas que os médicos de família aqui desempenham”. Para melhorar essa situação considera que “teriam que ser criados verdadeiros incentivos e recompensas pela produtividade e objectivos médicos, de forma a estimular os profissionais portugueses” mas, desde que, ao mesmo tempo, fossem “também criadas as condições para desempenharem melhor as suas funções”. Outra sugestão que deixaria “é um verdadeiro suporte administrativo que não creio existir em Portugal: quando o médico tem que gastar muito do seu tempo a resolver bu-

rocracias que podiam - e deviam - ser resolvidas por outros funcionários, o tempo para a actividade médica é prejudicado". "Globalmente não creio que os resultados finais sejam muito diferentes entre os dois sistemas, com os doentes geralmente a terem em tempo útil os cuidados que necessitam. A organização está mais bem oleada aqui, com papéis mais bem definidos entre as diferentes instituições, protocolos que funcionam e são cumpridos e menor dependência

do contacto pessoal para se conseguir um resultado", conclui a esse propósito. Para "os jovens e os menos jovens" relembra que vivemos num mundo global, "em que as carreiras não estão estruturadas" e que "devem manter as suas opções profissionais em aberto, até em áreas diferentes da que inicialmente pensaram e que não devem prender-se a elos geográficos e nacionalistas, mas antes serem corajosos e não terem receio de inovar profissionalmente". O futuro des-

te especialista em Medicina Geral e Familiar, é coerente com as suas crenças e traduz-se num caminho que se irá fazendo: "neste momento pretendo continuar em Londres porque entendo que ainda existem muitas oportunidades profissionais para serem exploradas. Mas a mudança para qualquer outro país do mundo será sempre possível, desde que seja uma boa oportunidade profissional e não perturbe a harmonia familiar".

Degradação da profissão médica com vencimentos indígnos

Rui Mealha Anestesiologia Arábia Saudita

Aos 54 anos, perante cortes salariais sucessivos, Rui Mealha teve que emigrar. É especialista em Anestesiologia há 23 anos e tem igualmente a Sub-Especialidade em Medicina Intensiva há qual se dedica em exclusivo há 22 anos. É casado e, em Portugal, ficaram os filhos que estão a estudar. Apesar de sempre ter tido "o desejo de experimentar trabalhar fora" foi a "degradação da profissão médica no nosso país, nomeadamente os vencimentos indígnos e a elevada possibilidade de não haver reformas" que o levou à decisão de emigrar. Uma "necessidade de emigrar aos 54 anos que representa o resultado da profunda traição que os governantes de Portugal projectaram nos portugueses em geral e nos funcionários públicos em particular. Eu tinha exclusividade, ou seja, vivia em exclusivo do ordenado do Estado. A sen-



sação que advém dessa traição é péssima". A escolha - feita por razões económicas: "pelo mesmo vencimento, preferia viver em Portugal, obviamente" - recaiu sobre a Arábia Saudita, "por razões familiares e económicas". Se, em Portugal, tivesse a oportunidade de, com o mesmo vencimento que auferia na Arábia Saudita, ficar, por exemplo, nos Açores, confessa que "teria que considerar" os prós e os contras. Mas "talvez fosse um mal menor", acaba por concluir. Até porque "aos 55 anos não se projecta trabalhar/viver muito tempo fora de Portugal. Ser expatriado, com toda a carga de exclusão cultural, não se tolera por muito tempo nesta idade, principalmente num país com as particularidades deste em que tra-

balho e vivo atualmente", reflecte. Na comparação de sistemas de saúde, o experiente anestesiologista não tem dúvidas: "o Sistema de Saúde português é muito bom na sua essência. E os profissionais são de eleição, ombreiam com os melhores do mundo. (...) Apesar da baixa de qualidade provocada no SNS de forma propositada pelos últimos governos (que somente beneficiam o sector privado), em particular o actual, o sistema português continua a ser superior". E qual devia ser o caminho para o nosso SNS? "Teria que haver reformas, potenciar a rentabilidade e não continuar com os cortes cegos a que este governo se dedica de forma irracional", aponta, peremptoriamente.

Em defesa da classificação do HMB



No dia 26 de Junho foi entregue uma Petição ao Secretário de Estado da Cultura para a urgente classificação dos edifícios do Hospital Miguel Bombarda (HMB). Paralelamente foi feito um apelo à urgente reparação pontual de telhados nesse mesmo Hospital. Tal como a ROM noticiou nas suas edições de Abril e Maio de 2014 (reportagens relativas ao debate e à visita às instituições hospitalares da Colina de Santana), o HMB está em risco efectivo pelo que as intervenções são urgentes.

O atraso na classificação do HMB, pedido entregue há 15 meses, bem como o desrespeito pelo parecer dos técnicos da DGPC são inaceitáveis e estão a ser amplamente denunciados junto da opinião pública. O apelo para a rápida aprovação da classificação como conjunto de interesse público de vários edifícios do HMB, assumiu a forma de petição, assinada primordialmente por médicos e outros profissionais de saúde, entregue a 26 de Junho ao Secretário de Estado da Cultura. Depois das visitas ao Hospital Miguel Bombarda organizadas em Abril e Maio pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos (NHMOM), em colaboração com outras entidades, como o Instituto de Estudos e Literatura e Tradição e a Secção de História da Medicina da SGL, no dia 25 de Junho Helena Roseta, presidente da Assembleia Municipal de Lisboa, e a Comissão de Acompanhamento para a Colina de Santana, efectuaram uma nova visita, na presença de elementos da Estamo, com o principal objectivo de observarem os locais onde se verificam infiltrações e degradação, por ausência de manutenção. As entidades subscri-

toras da Classificação, juntamente com o Fórum Cidadania Lx e a Associação para a Valorização da Colina de Santana, solicitaram a intervenção do Presidente da Câmara para que se cumpra a Lei e a Estamo proceda com urgência às reparações.

Os edifícios do Hospital Miguel Bombarda constituem um conjunto de excepcional valor patrimonial, histórico e arquitetónico-artístico, único em Portugal e muito raro em termos internacionais. São um precioso testemunho histórico, de uma quinta e cerca hoje no centro da capital, posteriormente da Congregação da Missão de S. Vicente de Paulo, que após a expulsão dos Jesuítas assegurou a presença religiosa e da língua portuguesa na Ásia, e ainda do primeiro Hospital Psiquiátrico do país, com o seu íntegro arquivo e o seu acervo de arte de doentes, memória da evolução e inovação científicas desde 1848. A maioria são edifícios hospitalares de raiz, de uma notável originalidade e vanguardismo, alguns até únicos no mundo, e cuja diversidade de formas adequadas à função para que foram concebidos, mais reforça o carácter orgânico

de todo o conjunto. O HMB é um património inestimável da cultura nacional e europeia, uma extraordinária riqueza para o futuro, cuja salvaguarda prestigiaria o país. No entanto, tal como se constatou em visitas de grupo ao Museu do Hospital e outros edifícios, como as promovidas pelo NHMOM, a Estamo, empresa de capitais públicos atual proprietária, não está a proceder à manutenção pontual de telhados dos edifícios, provocando infiltrações de água em diversos locais que têm originado rombos e queda parcial de tectos e degradação de pavimentos em madeira. Esta grave situação verifica-se sobretudo em imóveis não classificados, dos quais referimos a título de exemplo, no edifício conventual (1720-1760), que resistiu incólume ao terramoto de 1755, infiltrações em claraboia que provocam inundações no gabinete onde o Prof. Miguel Bombarda foi assassinado, principal testemunho material da Revolução Republicana. Mais informações podem ser obtidas através da Associação Arte Outsider (aparteoutsider@hotmail.com).



Relevância da formação médica para a estruturação do SNS

A Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM) organizou no passado dia 25 de Junho, na Sala dos Actos da Faculdade de Ciências Médicas da Nova, uma conferência subordinada à temática “formação médica e políticas de saúde em Portugal” com a qual pretendeu não só fomentar o diálogo mas também apresentar soluções para o futuro.



A sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, a reorganização da rede hospitalar, a reforma no Internato Médico, a adequação do numerus clausus e as condições de trabalho dos profissionais de saúde em Portugal foram alguns dos temas abordados por oradores de várias áreas: José Manuel Silva (bastonário da Ordem dos Médicos), Francisco George (director-geral da Saúde), Constantino Sakellarides (Escola Nacional de Saúde Pública), Ana Jorge (ex-ministra da Saúde), Adalberto Campos Fernandes (Escola Nacional de Saúde Pública), Maria do Céu Machado (directora clínica do Centro Hospitalar Lisboa Norte), e representantes de forças políticas, escolas médicas, sindicatos médicos e estudantes partilharam pontos de vista num interessante encontro que além de chamar à atenção para as problemáticas do presente, quis perspectivar a sua solução futura. Foi precisamente

esse o enquadramento do discurso de abertura do Presidente da ANEM, **Duarte Sequeira**, que após os devidos agradecimentos nos quais dedicou uma palavra especial à Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas pela colaboração essencial, recordou que “na actualidade levantam-se importantes desafios à formação de médicos e à prestação de cuidados de saúde em Portugal. A ANEM tem de facto trabalhado na interface entre a Educação e a Saúde, dada a relevância de uma Educação Médica de qualidade na estruturação do Serviço Nacional de Saúde do futuro. Importa que as Escolas Médicas tenham condições para prestar uma formação médica de qualidade aos seus estudantes, e que todos estes estudantes possam prosseguir o seu percurso formativo com um Internato Médico que os torne médicos autónomos, especializados e de qualidade, no âmbito de um Serviço Nacional de Saúde sustentável”.

Maria do Céu Machado (directora clínica do Centro Hospitalar Lisboa Norte) iniciou a fase de conferências falando sobre “hospitais e formação pré e pós-graduada”, afirmando-se “defensora do SNS” pois “nunca teríamos os indicadores que temos hoje se não tivéssemos o SNS que temos” mas frisou que é importante mantermos a consciência de que “os médicos que formamos podem ser para o SNS ou para o sector privado”. Relembrando como um médico nunca pára de estudar se quer exercer medicina, Maria do Céu Machado prosseguiu: “presume-se que vamos continuar a fazer a formação pré e pós-graduada nos hospitais”, mas tendo em conta que 25% dos médicos irão para a especialidade de Medicina Geral e Familiar

considerou que a formação que se faz nos Centros de Saúde “é escassa”. Assim, e supondo que o ensino continuará maioritariamente a fazer-se nos hospitais que pertencem ao Ministério da Saúde e nas faculdades que pertencem ao Ministério da Educação, a directora clínica de Santa Maria congratulou-se com o facto dos hospitais universitários pertencerem de facto ao MS pois noutros países em que tal não sucede, em termos organizacionais e de financiamento geram-se situações complexas que prejudicam a formação médica. “Precisamos de pensar o que é o médico do futuro pois a ele exige-se mais do que se exigia antes”, sublinhou lembrando que “temos os médicos de MGF, de Saúde Pública e Medicina Interna” e “os super-especializados que cada vez precisam de mais conhecimento” até porque a “capacitação do doente, nomeadamente na doença crónica, é importante mas também representa um desafio para os médicos que têm que estar pre-

parados para responder às suas dúvidas”. Como achegas finais lembrou que um docente universitário é um académico e deve ter interesse no ensino e na investigação – “é essencial que onde se faz ensino sejam locais onde se faz também investigação para que se possa ter uma boa formação pré e pós-graduada” -, referiu ser uma defensora de clínicas universitárias pois “não é qualquer hospital que pode ser selecionado para ser universitário” e que devíamos ter critérios, tendo Maria do Céu Machado chegado a propor à Faculdade de Ciências Médicas “que se aplicassem os critérios de idoneidade da Ordem dos Médicos”.

Trabalhar em conjunto para um ensino integrado e de qualidade

José Manuel Silva participou numa mesa que centrou a discussão no futuro do Serviço Nacional de Saúde em Portugal, fundado na qualidade da forma-



Maria do Céu Machado e Francisco George

Temos a obrigação, para com os doentes, de garantir que todos os médicos a exercer medicina em Portugal têm qualidade

José Manuel Silva



ção dos médicos “de amanhã” ao lado de Miguel Castelo-Branco, diretor do Mestrado Integrado em Medicina na FCS-UBI e Presidente do C.A. do Centro Hospitalar Cova da Beira, Álvaro Beleza, secretário nacional da comissão política do Partido Socialista, João Semedo, coordenador do Bloco de Esquerda e Deputado e membro da Comissão Parlamentar de Saúde e que foi moderada por Marina Caldas. Considerando um exercício desadequado imaginar o que vai ser o médico do futuro, José Manuel Silva alertou os jovens estudantes que, face à imprevisibilidade desse mesmo futuro, o melhor é “estar preparado para tudo: ter qualidade, ser tecnológico, flexível, exigente, estar atento, ser bem formado!” “É evidente

que vamos ter a medicina a evoluir em diferentes caminhos e há quem diga que daqui a 30 anos já se poderá ter descoberto uma forma de combater o envelhecimento”. Sobre como podemos formar hoje médicos para o futuro, a resposta do presidente da OM é mais assertiva: “Temos que ser ecléticos na formação. (...) Devíamos reformular completamente o ensino!”, refere apesar de concordar que o ensino da medicina em Portugal tem qualidade e que, por isso mesmo, temos bons médicos “mas pode melhorar”, concluiu. Colocando aquela que definiu como sendo a “pergunta básica”, isto é “qual a missão das faculdades em termos de ensino para os preparar para o futuro?”, José Manuel Silva não hesitou em referir que “em termos de conhecimento médico é fundamental formar

médicos mais generalistas e, neste sentido, há matérias que são demasiado aprofundadas e outras que não são abordadas, e que devia levar a uma reavaliação pedagógica em termos de curso de medicina; Também precisamos formar emergencistas porque perante a emergência não temos tempo para pensar, temos que actuar. E, evidentemente, temos que preparar os jovens para as novas tecnologias, para os problemas de comunicação, as questões deontológicas e éticas do direito da saúde – e nada disso tem estado a ser feito... Continuamos com um ensino de qualidade mas que em minha opinião não está a preparar os médicos para o futuro”. Como é habitual na sua postura, o bastonário da OM não se limitou a

apresentar críticas, referindo a sua visão quanto ao caminho melhor a seguir e explicou que já no triénio passado pediu ao Conselho Consultivo para o Ensino e a Educação Médica que analisasse estas questões; Tal ainda não aconteceu mas “deve ser feito numa perspectiva de que somos um país demasiado pequeno para dizer que o ensino até ao mestrado integrado é das faculdades e que a partir daí será da Ordem dos Médicos. Devemos trabalhar todos em conjunto para um ensino integrado e continuado de qualidade”, defendeu, lamentando que, no presente, continuemos todos a trabalhar muito de costas voltadas...

Exigir mais do ensino pós-graduado traduzir-se-á numa inaceitável perda de qualidade

Sobre a proposta de revisão do internato médico José Manuel Silva fez questão de desmistificar a questão de alegadas atitudes corporativas por parte da OM, explicando que “as posições que a instituição assume baseiam-se na necessidade de defender a qualidade da formação pré e pós-graduada; neste momento as turmas são demasiado grandes e não é possível aos alunos acabarem o curso com a capacidade de serem médicos autónomos” o que é, obviamente prejudicial em termos de ensino, explicou recorrendo ao exemplo do modelo de ensino do Algarve “cuja qualidade está em causa devido às imposições da tutela de um excessivo número de alunos”. Especificamente sobre a capacidade de formação pós-graduada “que se fundamenta em critérios rigorosos de qualidade”, José Manuel Silva referiu que a mesma “está esgotada”, isto é, exigir

mais só poderá traduzir-se numa inaceitável perda de qualidade no ensino. “Temos jovens a mais a estudar o que quer dizer que acabam por ficar sem especialidade e por emigrar”, contextualizou, pois “se neste momento não temos desemprego médico é essencialmente devido a duas razões: reformas antecipadas e emigração, pois estão a emigrar centenas de colegas e muitos jovens vão tirar a especialidade para a Europa”. A fundamentar as suas palavras, recordou o estudo independente elaborado pela Universidade de Coimbra, que nas conclusões aponta para a existência - nos próximos 10 anos - de 9 mil médicos a mais.

O bastonário da OM não ignora que o desemprego é uma realidade transversal em termos sociais, mas não deixa, ao mesmo tempo, de alertar que o sector da saúde não pode ser analisado como os restantes: “o que me preocupa nesta situação de potencial desemprego médico é que ter um profissional que determina o nível de consumo com a sua caneta - característica que só existe na saúde - obriga a olhar com particular atenção para a área da medicina e para as suas particularidades ou poderá ser posta em causa a deontologia e a ética”, explicou..

Especificamente sobre o fim do ano comum, José Manuel Silva referiu que só seria possível se as faculdades pudessem substituir esse período de formação, “algo que não acontece pois o 6º ano profissionalizante não substitui o ano comum”. Quanto à prova de avaliação, “o modelo irá mudar” e a OM “defende o modelo do National Board” mas ficou o alerta que não é fácil fazer essa mudança sem um período de aprendizagem e adaptação. “Mas o mais importante – afirmou peremptório – é que o modelo do exame tem que mudar,

as perguntas têm que mudar, tem que passar a ser um verdadeiro exame de avaliação e não apenas de seriação. Gostaríamos que esse novo modelo de exame servisse também para aferir se os jovens e os profissionais que vêm de fora podem ou não ter autonomia”. “Temos que ter um crivo de avaliação da qualidade e neste momento não existe pois para os licenciados que vêm de vários países da ‘grande Europa’ basta trazerem os seus diplomas - que nem sequer sabemos se são verdadeiros -, registá-los na Direção Geral do Ensino Superior e a OM tem que aceitar a sua inscrição sem qualquer tipo de avaliação; temos a obrigação, para com os doentes, de garantir que todos os médicos a exercer medicina em Portugal têm qualidade e para isso tem que haver um modelo de avaliação de todos os profissionais e que se repita ciclicamente ao longo da vida, naturalmente adaptado às diferentes fases da vida”, concluiu o presidente da OM, aludindo à recertificação médica.

O médico como líder de equipa multidisciplinar

Álvaro Beleza (secretário nacional da comissão política do PS) começou por referir que “cada vez mais os médicos são líderes de equipas multidisciplinares de saúde em que existem muitas tarefas que antigamente só os médicos faziam e que agora outros profissionais de saúde fazem sob



Álvaro Beleza

sua orientação”. Apesar de todas as mudanças, Álvaro Beleza considera que “a medicina terá o papel que sempre teve: haverá médicos na política”, referiu exemplificando com João Semedo que é líder de um partido, “na gestão, até porque é mais fácil tornar um médico bom gestor do que adaptar um bom gestor à medicina”, e exemplificou com Adalberto Campos Fernandes, “médicos ilustres académicos”, acrescentou referindo-se a Constantino Sakellarides, “médicos na Saúde Pública, como o Francisco George, com prestígio internacional nessa área, e terá que haver sempre médicos dirigentes de sindicatos e instituições de defesa dos médicos e da medicina como João de Deus e José Manuel Silva”. Álvaro Beleza resumiu em seguida a sua visão do futuro: “O médico do futuro, além de ser líder de equipa, trabalhará mais em dedicação exclusiva a um hospital ou a uma clínica, acabando a me-



dicina de consultório; quanto aos internos vamos ter que criar um novo serviço médico à periferia porque os médicos não podem ficar todos em Lisboa. Portugal precisa de médicos em toda a sua extensão e temos por ventura um número exagerado de especialidades que terão que concentrar-se”, defendeu, considerando que “estamos a voltar ao generalista porque o médico como líder de equipa multidisciplinar tem que abarcar muitos conhecimentos”. Esta intervenção prosseguiu com uma referência à necessidade de criação de centros académicos, com administração integrada de faculdade de medicina, hospital universitário, laboratórios de investigação e que envolva “também os outros cursos da área da saúde que têm que estar ligados

à medicina”. Como nota final, Álvaro Beleza deixou um apelo de humanização: “A Europa está muito mais agnóstica e os médicos ocuparam muito o papel dos sacerdotes. O médico acima de tudo tem que ter empatia com o doente, olhar, ouvir, dar colo. (...) A crise que estamos a atravessar chama-nos ainda mais para esse dever: temos que ser humanos, éticos, honestos, amigos e próximos das pessoas porque a medicina é um serviço para os outros”.

Sistema de atribuição de idoneidade é bom e devia manter-se

João Semedo (deputado do BE e membro da Comissão Parlamentar de Saúde) explicou que o

Ministério da Saúde referiu que quanto aos três pontos mais polémicos da proposta de lei de revisão do internato – ano comum, prova de avaliação e atribuição de capacidade e idoneidade – estaria praticamente encontrado um consenso entre as várias entidades envolvidas. “Sou favorável à existência do ano comum nomeadamente por causa dos riscos da super-especialização e porque a existência desse período de formação é favorável à criação de uma boa cultura médica comum”. Quanto à prova de avaliação, João Semedo também tem ideias muito concretas: “a partir de um determinado nível é-se considerado capacitado, a baixo desse nível não. Se há uma prova final de avaliação, a prova de saída, essa prova tem que ter alguma consequência e isso tem que ser aceite como normal”. Quanto à atribuição de idoneidade aos serviços “julgo que o sistema actual é bom e que no essencial devia manter-se”, referiu o deputado, chamando, contudo, à atenção que “se não se consegue impedir o que está a acontecer, isto é, se continuam a sair mais médicos do sistema, por causa das reformas, do que os que entram, mesmo que agrupem especialidades haverá evidentemente cada vez menor capacidade formativa”. Apesar disso, o médico e deputado João Semedo considera que “em Portugal ainda não está inteiramente saturada a capacidade formativa, como demonstra um estudo recente. Numa ou noutra especialidade há um risco maior de saturação a curto prazo mas, de uma maneira geral, isso não sucede e estamos longe de ter internos que cheguem para preencher as capacidades de que dispomos”. Sobre a fixa-

ção de *numerus clausus*, assume uma “grande divergência com a OM” porque considera que “em Portugal não fará sentido estar preocupado com o número de estudantes que entram nas faculdades”, mas defende que se zeze para que a qualidade do ensino seja mantida, “o que é diferente de dizer que em Portugal há médicos a mais!” O que há, segundo João Semedo, é uma “má distribuição dos médicos” e uma “falta gritante de especialistas”.

Internato Médico: que caminhos?

Miguel Castelo Branco, director do curso de medicina da Beira Interior, alertou numa das suas intervenções para os riscos inerentes a uma mudança precipitada no sistema de avaliação dos médicos: “uma prova que permita definir quem é de facto médico ou não, é um instrumento de medição que tem que estar aferido, calibrado e correcto. Uma prova dessas tem que ser bem feita”. “O uso do actual modelo de seriação não faz qualquer sentido pois não permite aferir quem está de facto capacitado para ser médico ou não”, explicou referindo que se deve fazer uma “avaliação do médico nos seus diversos componentes: conhecimento (única coisa que é avaliada actualmente), capacidade técnica, comunicação e mesmo uma avaliação das suas atitudes, como outros países já estão a fazer (...) mas o actual modelo não serve para isso”.

Guida da Ponte resumiu a posição da FNAM explicando que não estão de acordo com o fim do ano comum, que a realização do internato médico tem que ser

feita em locais com contratualização colectiva, que o esvaziamento das atribuições da OM é inaceitável, nomeadamente no controlo da qualidade da formação médica e na atribuição de idoneidades; Este sindicato médico defende ainda uma prova nacional de seriação sem nota mínima para entrada na especialidade, “dada a dificuldade de harmonizar o ensino nas várias faculdades”, e terminou reforçando que “não podemos ter uma atitude conformista. Temos que ser pro-activos na defesa do internato médico!”

João de Deus, que falou como representante do SIM (mas que é simultaneamente presidente da AEMH – Associação Europeia dos Médicos Hospitalares), deixou bem clara a sua posição ao começar por referir que “os outros países vão agradecer se fizermos o que o Dr. João Semedo diz, pois estaremos a formar médicos para exportar”. Referindo-se à perspectiva europeia quanto à formação pré-graduada, explicou que saiu recentemente uma nova directiva de qualificações profissionais. Anteriormente a directiva falava de 6 anos ou 5.500 horas de formação e neste momento passou a ser pelo menos 5 anos e 5.500 horas. João de Deus frisou que a grande diferença está entre o ‘ou 5.500 horas’ que foi substituído por um ‘e 5.500 horas’, facto que, “se pesquisarmos bem, concluiremos que alguma das nossas faculdades não estarão a cumprir a directiva europeia...” Quanto à formação pós-graduada, incluindo internato médico e educação médica contínua, “temos reconhecidamente a melhor estrutura de internato da Europa e são os nossos colegas europeus que reconhecem essa

qualidade de ensino em termos da especialidade”, sublinhou. Este facto comprova-se pelo simples exemplo da UEMS – União Europeia dos Médicos Especialistas – que está a tentar harmonizar os programas e os tempos de formação a nível europeu, e que o faz “indo precisamente buscar essa estrutura aos nossos programas de internato”, realçou. É por essa razão que o SIM “é contra qualquer tentativa de alterar substancialmente o internato médico pois temos uma estrutura de qualidade em que a OM é o garante da mesma”. “Neste momento há 36 especialidades reconhecidas em pelo menos dois países e 14 especialidades reconhecidas em todos, portanto a harmonização é difícil mas está a ser feito um esforço nesse sentido”. Referindo-se aos problemas que se sentem - falta de apoio à formação, inclusão indevida de internos em escalas de urgência, etc. - João de Deus considera que o problema é a falta de visão e organização a longo prazo: “temos que planear quantos especialistas queremos daqui a 10 ou 20 anos, para a Ordem poder planear as capacidades formativas; mas este planeamento nunca se fez”, um planeamento que, recorde-se, cabe à tutela. Para terminar, referiu a necessidade de garantir que se fazem os concursos para que os profissionais possam progredir nas carreiras e que em relação à educação médica contínua, apesar de concordar com a recertificação, é essencial que não se escolha um modelo de recertificação baseado na mera acumulação de créditos que só garantem a participação e não qualquer tipo de efectiva formação contínua.



Greve dos médicos com a compreensão da população

A greve de dia 8 e 9 de Julho foi o segundo protesto com paralisação que opôs médicos ao ministério de Paulo Macedo. A proposta de um código de conduta ética inaceitável, a reforma hospitalar, o encerramento de serviços, a falta de profissionais, de material básico e diversas iniciativas legislativas que põem em causa quer a qualidade da medicina quer a segurança dos doentes foram os principais motivos para a convocação desta greve. O protesto foi convocado pela FNAM mas contou com o apoio da Ordem dos Médicos, de várias associações do sector, reformados e doentes. O bastonário da OM deixou claro que não foram razões sindicalistas que originaram o apoio à greve mas sim o que está previsto nos estatutos da OM, nomeadamente a defesa intransigente da saúde dos portugueses, da segurança dos doentes, da qualidade da prática médica e do sector.

A proposta de um código de conduta ética, que se traduz numa “lei da rolha”, bloqueando toda a possibilidade de denúncia de situações que poderiam afectar o Serviço Nacional de Saúde foi uma das medidas governamentais que teve influência na decisão da greve. Mesmo antes da paralisação, a Ordem dos Médicos já se tinha insurgido contra esse despacho segundo o qual, ignorando os deveres deontológicos dos médicos na defesa da segurança dos doentes, se o interesse da organização lesar o interesse dos doentes, deveria o médico remeter-se ao silêncio e respeitar sigilo. A primeira resposta da OM a este tipo de pretensões do MS foi instituir conferências de imprensa regulares para denúncia das deficiências, falhas e riscos do SNS. A falta de condições para o exercício da medicina, o trabalho médico absurdamente desqualifica-

do, os indicadores excessivos e sem sentido ou utilidade prática, os sistemas informáticos desadequados, a privação do acesso dos doentes a terapêuticas mais recentes, a sobrecarga dos utentes com os custos das despesas em Saúde com degradação da acessibilidade, a insuficiência de financiamento de hospitais e centros de saúde, etc., foram motivos mais que suficientes para este protesto que teve como momento central a concentração, dia 8 de Julho à tarde, em frente ao Ministério da Saúde. O discurso do bastonário da OM foi publicado na última edição e resume como os médicos se uniram para dizer ‘não’ “aos que querem transformar a medicina num comércio reduzido a contabilidade, estatísticas, indicadores, computadores e consultas de 10 em 10 minutos, despersonalizando e relegando para plano secundário o doente e as suas ne-

cessidades reais e humanas”.

No final dos dois dias de protesto José Manuel Silva congratulou-se com “a adesão muito elevada” mas ressaltou que o principal objectivo da greve foi “colocar os assuntos da saúde na ordem do dia”.

Alguns dados da paralisação Secção Regional do NORTE



- No Centro Hospitalar de São João, segundo informações do Sindicato dos Médicos do Norte, a greve atingiu 70% dos médicos na Pediatria e 50% na Urologia. Dos 11 blocos de cirurgia, só três terão funcionado.

- No Hospital Magalhães Lemos, a administração comunicou uma paralisação de 40%.

- No Hospital de Santo António, a administração calculou que a greve terá mobilizado menos de 50% dos médicos, embora alguns que não picaram o ponto tenham optado mesmo assim por trabalhar. Dos 35 blocos operatórios terão funcionado apenas seis.

- No IPO do Porto os blocos de cirurgia não terão funcionado, tendo sido apenas cumpridos os serviços mínimos, de acordo com a FNAM.

- No Hospital de Viana do Castelo 80% dos médicos optaram por fazer greve.

- No Hospital de Braga ter-se-á registado também uma forte adesão à greve.

Secção Regional do CENTRO



- No Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra foram desmarcadas cerca de 75% das cirurgias programadas, com uma “enorme adesão dos médicos”, quer em CS quer em unidades hospitalares segundo informação do Sindicato dos Médicos da Zona Centro.

- No Hospital da Guarda o serviço de Ortopedia e o bloco central de Cirurgia não funcionaram e foram adiadas 5 intervenções. A Consulta Externa e a Anestesia funcionaram com serviços mínimos. Na Ginecologia, três dos quatro médicos fizeram greve (fonte Jornal O INTERIOR).

Secção Regional do SUL



- O Hospital de Santa Maria, o maior do país, teve uma adesão à greve acima dos 30%, com várias centenas de médicos a fazer greve, alguns problemas na área cirúrgica com adiamento de intervenções, em particular na especialidade de Anestesiologia, que teve uma adesão de 70% (segundo dados do Conselho de Administração);

- Segundo o director clínico do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal, 43 médicos aderiram à greve mas essa adesão não pôs em causa o normal funcionamento;

- Metade dos médicos dos hospitais de Évora e de Portalegre aderiu à greve nacional; Em Portalegre o bloco operatório só terá funcionado para urgências e muitas consultas foram adiadas (informação Lusa).

Podem não existir dados absolutamente concretos da adesão, nem sobre os utentes dos serviços que tiveram que ir para casa sem serem atendidos. Mas o que é factual é que a ROM esteve num hospital de Lisboa no dia 8 de Julho, durante a manhã, e ouviu o que, um pouco por toda a imprensa se pôde ler e constatar: mesmo os doentes que não tiveram consulta colocaram-se

ao lado dos médicos e reconhecem a importância de travar algumas das medidas que o Ministério da Saúde está a tentar implementar. A greve recebeu palavras de apoio de vários sectores políticos e sociais. Dos utentes, como referimos, mesmo entre os que arriscaram e não tiveram consulta, apesar do transtorno, ouviram-se palavras de compreensão. Aliás, a Ordem dos Médicos alertou a população para não ir às consultas sem confirmar a sua realização para tentar precisamente minimizar as deslocações desnecessárias.

Dez dias depois da greve, a Ordem dos Médicos suspendeu a colaboração destes profissionais com o Ministério da Saúde por considerar que a tutela, perante a greve convocada pela FNAM, em vez de a considerar como um sinal de alerta, desvalorizou-a e, “com base na mistificação”, reduziu-a a “uma mera iniciativa de carácter político-partidário, sendo ostensivamente ignoradas todas as importantes questões concretas elencadas pela Ordem e pelos Sindicatos”. O comunicado relativo a esta suspensão de colaboração pode ser lido no site nacional bem como nesta edição da ROM. Entretanto o MS efectuou alterações substanciais ao Código de Ética que havia proposto, tendo reconhecido as razões dos médicos. Mas ainda há muitas questões em aberto.





Dia do Médico 2014 na SRN

Prémio Daniel Serrão atribuído a Luís Carlos Mendonça

18 de Junho foi, uma vez mais, o Dia do Médico na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Daniel Serrão voltou a atribuir o prémio que distingue o melhor aluno da região norte, desta vez a Luís Carlos Mendonça. O presidente do CRNOM fez uma intervenção muito crítica relativamente ao estado actual da Saúde em Portugal, considerando mesmo a necessidade de ser criada “uma nova agenda” no sector, mais vocacionada para as pessoas. A cerimónia concluiu-se com a tradicional homenagem aos médicos que cumpriram 25 e 50 anos de filiação na Ordem.

Luís Carlos Mendonça foi a figura maior da cerimónia 2014 do Dia do Médico. O jovem formado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto foi distinguido com o Prémio Daniel Serrão depois de ter concluído o último ano lectivo como melhor aluno das três escolas médicas da região norte.

No habitual discurso que precede a entrega do galardão, Daniel Serrão dirigiu uma primeira palavra de elogio a Luís Carlos Mendonça, felicitando-o por “um prémio que resulta do trabalho”. “Daqui para a frente, espero que tenha o mesmo sucesso que teve na preparação para a profissão”, acrescentou, não deixando de

expressar a sua conhecida bonomia: “espero poder entregar este prémio durante mais alguns anos... pelo menos até aos 90!”.

Conhecedor profundo da evolução do sector da Saúde em Portugal nos últimos 40 anos, Daniel Serrão não escondeu a desilusão pelo momento que os profissionais vivem. “Não era possível que o país fosse o que é, se tivesse médicos de péssima qualidade. Mas a medicina atravessa uma situação muito difícil”, lamentou o anatomo-patologista, criticando a excessiva burocratização da profissão: “a Medicina não é uma actividade humana burocratizável, porque a burocracia tem um aspecto fundamental que é

o horário. Algum médico pode garantir um horário de trabalho rígido? Claro que não”.

Problema não está nos médicos

O professor jubilado associou esta realidade à degradação de uma ideia de Estado Social que prometia “cuidados de saúde gratuitos” e que hoje não é suportável. “Como não há solução aparente, achou-se que o problema estava nos médicos”, acrescentou, ressaltando que são estes os únicos elementos da equação que “não podem fazer discriminação dos doentes. Para Daniel Serrão, o Estado pode não ter dinheiro para suportar determinadas despesas de Saúde, mas os

“médicos não têm nada que ver com isso”. “O médico foi educado para tratar pessoas doentes. Isso significa que vai dar ao doente o melhor medicamento que está disponível no mercado. O médico não está treinado para fazer diferente”.

Luís Carlos Mendonça confessou o “enorme orgulho” ao ver-lhe ser atribuído um prémio que resume “seis anos de trabalho, de grande dedicação, mas acima de grande satisfação”. O jovem médico, que aspira a uma carreira na investigação associada à cardiologia, confessou não ter assimilado devidamente a importância deste momento: “só perceberei quando aqui estiver, dentro de 50 anos, a receber a medalha comemorativa”.

O premiado deixou uma “homenagem muito pessoal” aos professores que acompanharam o seu percurso académico e que “se esforcaram por mostrar que, apesar de todos os avanços científicos, o fundamental na Medicina é o doente e a sua circuns-

tância”. No final, Luís Carlos Mendonça deixou “uma palavra especial” à família e aos amigos, como “a única certeza” que tem na vida.

O director da FMUP, Agostinho Marques, felicitou o seu antigo aluno pela distinção obtida e incentivou-o a “manter a mesma chama até ao fim”. “Deves procurar aquilo que o professor representa muito bem: uma vez médico, sempre médico. Não há reforma, nem meia reforma”, acrescentou. O responsável aproveitou a oportunidade para enaltecer a a Medicina de “muito boa qualidade” que é praticada em Portugal e confessou que a geração de Luís Carlos Mendonça o “enche de esperança” por anunciarem “um futuro talvez menos sombrio”.

Romper visão de curto prazo

No discurso que marcou a cerimónia de 18 de Junho, o presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos começou por elogiar a figura de

Daniel Serrão, enquanto referencial da medicina portuguesa. “O seu carácter marcante, o notável conhecimento e forma de estar, livre e plural, que todos lhe reconhecem, colocam-no como uma das personalidades mais transversais da sociedade portuguesa. Um senador que o Porto, o norte e o país se orgulham de ter como seu”, sublinhou.

Miguel Guimarães não deixou de fazer uma reflexão sobre o momento que a Medicina e a Saúde vivem em Portugal, mostrando-se muito crítico face à política seguida pelo executivo que apresenta “custos dramáticos na qualidade dos cuidados prestados à população”. Para o dirigente, é necessária uma “nova agenda” no sector, que se “aproxime das pessoas” e que estabeleça novas prioridades. “Temos que romper com a visão de curto prazo. A visão da sustentabilidade ‘atrapalhada e cega’ a qualquer custo. A visão da diminuição imediata da despesa sem qualquer preocupação pelos danos colaterais.





A visão que centra a Saúde nas finanças e não nos doentes. A visão que não respeita a dignidade das pessoas e limita a sua liberdade de expressão. Portugal



já acumulou três anos de atraso na modernização do seu Serviço Nacional de Saúde”.

Para o presidente do CRNOM, os médicos têm de fazer ouvir o seu “grito de revolta” perante as sucessivas investidas do Ministério da Saúde. “É uma questão de sobrevivência. A defesa dos doentes e do seu direito a cuidados de saúde qualificados é um imperativo moral dos médicos”, acrescentou.

Retomando a atribuição do Prémio Daniel Serrão, Miguel Guimarães não deixou de elogiar o “brilhante percurso académico” de Luís Carlos Mendonça, que obteve a classificação final de 17,81 valores. “Este percurso contribuiu seguramente para fortalecer o seu desejo de servir de

forma incondicional o próximo através da Medicina”, acrescentou o dirigente, que aproveitou o exemplo do premiado para desejar felicidades a todos os jovens médicos formados no norte do país. “São eles o núcleo da evolução da medicina portuguesa e dos serviços de saúde nos anos vindouros”, reconheceu.

Por fim, Miguel Guimarães saudou os colegas que completam 25 e 50 anos de exercício e que contribuíram para “elevar o nome da medicina e da qualidade da saúde em Portugal”. “O seu papel e responsabilidade na formação médica contribuem para a passagem gradual do testemunho aos mais novos”, assinalou.

Bastonário visita Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira

Idoneidades formativas e médicos afastados da coordenação dos CSP

Nos dias 5 e 6 de Maio, o bastonário da Ordem dos Médicos (OM), José Manuel Silva, visitou o Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira para perceber no terreno os problemas e as contingências dos profissionais. Foi assim dada continuidade às visitas já levadas a cabo a Bragança, Algarve e Beja, com a certeza de que só desta forma se conhecem as condições de trabalho dos médicos do país e a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde.

O Hospital dos Marmeleiros, no Funchal, foi o ponto de partida da visita da Ordem dos Médicos ao Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira. Aqui foi visitado o Serviço de Medicina Interna, dirigido por Maria da Luz Brazão e integrado por 54 médicos, 15 dos quais internos. O serviço ocupa três andares do Hospital e dispõe de 134 camas, quatro na Unidade de AVC. Por ano são atendidos cerca de 4700 doentes e a taxa de mortalidade rondou os 7,5% em 2013. À semelhança do que se passa em muitos hospitais do continente, a principal preocupação aqui assenta na ocupação das camas com idosos que a família não vai buscar. No final da visita à unidade hospitalar foi promovida uma primeira reunião de cariz informal, altura em que José Manuel Silva clarifi-

cou a sua intenção: "Sair da torre de marfim para ouvir os colegas e receber sugestões e críticas que nos queiram fazer, pois é muito importante termos esta oportunidade de dialogar."

Enquanto as questões não surgiam, o bastonário aproveitou para dar conta do problema mais recente com que, na altura da visita, a OM tinha sido confrontada e que se prendia com a intenção de os podologistas se tornarem "os médicos do pé". "Isto acontece sempre por influência de alguém, de um *lobby* de pressão, tudo funciona assim no país". Segundo José Manuel Silva, a regulamentação criada para a profissão "tornava-os completamente autónomos e donos do pé", tendo como formação apenas um curso teórico-prático de três anos.

O bastonário entende que é desejável que se queira regulamentar uma profissão, até porque "não deve haver profissões não regulamentadas em Portugal, que não tenham a sua dignidade e o seu enquadramento jurídico". Por essa mesma razão defende a regulamentação das terapêuticas não convencionais, "porque a pior coisa que pode existir é a lei da selva, é as coisas estarem desregulamentadas e não haver nenhum tipo de controlo". A este propósito, considera que "um dos aspectos principais nas terapêuticas não convencionais é que passe a ser obrigatório o registo clínico, ou seja, têm de registar aquilo que fazem, aquilo que diagnosticam, o que prescrevem e aconselham, porque assim podem ser responsabilizados, sendo que os sítios onde praticam



Reunião no Hospital dos Marmeleiros, com o Serviço de Medicina Interna



Maria Gorete Pereira, José Manuel Silva e Maria Luz Brasão

são também auditados". O responsável lembra que "no mundo ocidental quase 100% das pessoas já recorreu às terapêuticas não convencionais". Por esse motivo, "temos de olhar para isto com preocupação e não com desdém, porque se as pessoas a eles recorrem é por alguma razão", justificou. Nesse sentido, a OM decidiu colaborar na elaboração da regulamentação, sendo que algumas regras acabaram por ser integradas apenas por sugestão dos médicos. E assim "vai haver um conselho das terapêuticas não convencionais onde a OM e a Ordem dos Farmacêuticos estarão representadas, para

vermos o que se passa e termos também uma intervenção crítica", explicou.

Dirigindo as atenções para a visita na Madeira, lembrou que um dos papéis dos representantes da Ordem "é também ir ao encontro dos problemas para, falando deles, contribuir para que sejam resolvidos". "Não queremos andar a perturbar o funcionamento das instituições, mas também não queremos fazer de conta que está tudo bem e assim colaborar com a não resolução dos problemas". "A OM não faz leis, a única hipótese que tem de intervir é através do seu magistério de influência e fazer pressão, às vezes ameaçando e outras vezes concretizando, colocando notícias na Comunicação Social", disse, "porque infelizmente é a única maneira de ir pressionando a tutela para que os problemas sejam resolvidos, isto sempre a bem dos doentes". "Ao calarmos os problemas estamos a colaborar com o mau funcionamento do sistema e a nossa missão é defender a qualidade

da saúde e defender os doentes, porque essa é a melhor maneira de nos defendermos a nós. E para isso vimos ao encontro dos colegas", sintetizou.

Proliferação de cursos de Medicina

Um dos médicos presentes na reunião pediu ao bastonário para se pronunciar sobre a proliferação de universidades de Medicina no país. José Manuel Silva frisou que "a OM tem tido um papel importante a esse nível", tendo mesmo conseguido, em conjunto com os alunos de Medicina, fechar o curso de Aveiro. "De facto, o curso de Aveiro não tinha condições, foi uma decisão política. Tal como foi uma decisão política a abertura do curso de Faro, mas quando entrámos na Ordem o curso de Faro já estava em velocidade de cruzeiro e não havia condições para o parar", justificou. De resto, "têm também havido vários projectos

de cursos de Medicina privados e a esses temos dado sempre um parecer negativo fundamentado, o qual tem ajudado a atrasar o parecer positivo final”, esclareceu.

José Manuel Silva aproveitou a ocasião para frisar que uma das lutas da Ordem tem sido também a de “reduzir o número de jovens que entram nas faculdades”. “Tenho insistido que Portugal vai ter médicos a mais. Encomendámos o estudo de Demografia médica, que nos custou 74 mil euros, e temos divulgado os resultados do estudo. Portugal é o quinto país da OCDE com mais médicos e as pessoas não têm essa noção e agora há um problema. Mas também já nos foi dito pelo Ministério da Saúde, no triénio passado, que enquanto a população tiver a percepção que há falta de médicos nenhum governo irá reduzir os *numerus clausus* pois vai ser imediatamente acusado de estar a ceder ao *lobby* médico. É, portanto, mais uma vez, uma questão política.”

A propósito do planeamento que é necessário fazer, o bastonário recordou o artigo que a OM fez publicar no jornal *Expresso*, como publicidade paga, em que perguntava se Portugal quer ter médicos suficientes, ou não. “Estamos a formar médicos a mais e os especialistas estão a emigrar por causa da desqualificação do trabalho médico e vão emigrar cada vez mais se não se olhar para as especificidades deste trabalho”, afirmou.

Em relação às viaturas médicas de emergência e reanimação (VMER), o responsável frisou que a Ordem defende “a existência de uma tabela nacional que permita prescindir dos intermediários contratadores de mão-de-obra, porque estão a ganhar par-

te do dinheiro que devia ser do médico”. “Vamos ver se avança, ou não”, disse, lembrando que “há várias maneiras de voltar a qualificar o trabalho médico sem que isso se traduza num grande aumento da despesa”.

Outra das questões suscitadas durante a reunião prendeu-se com a separação entre o trabalho nos sectores público e privado. “Sou um adepto da separação, sempre trabalhei em exclusividade no sector público”, garantiu. Quanto à possibilidade de esta medida vir a ter efeitos retroactivos, caso seja implementada, José Manuel Silva entende que “não pode nem há condições para isso”. A razão por que a exclusividade nunca avançou prende-se, na sua opinião, com “falta de planeamento do trabalho médico hospitalar, pois com esta medida os médicos trabalhavam mais horas, viam mais doentes, logo, eram necessários menos médicos”. “Neste momento não há exclusividade, porque não há dinheiro para a pagar. Sugeri ao senhor ministro que começasse a exclusividade pelo lugar de director de serviço, que é o lugar mais importante do serviço. De facto, estes deveriam estar em exclusividade minimamente bem remunerada. Mas todas estas questões têm de ser feitas progressivamente. Tem de haver um período de transição. Deve ser dada preferência a quem quiser estar com exclusividade e, só isso, já fará muita diferença. Depois, progressivamente, as pessoas que vão sendo contratadas para o público irão com exclusividade remunerada.”

Quanto ao facto de estarem a sair muitos médicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para o sector privado, o bastonário deixou clara a sua perspectiva:

“Eu já disse ao senhor ministro que as pessoas estão a sair para o sector privado por culpa dele, porque ele remunera melhor no sector privado. E ele é demasiado inteligente para não saber aquilo que está a fazer e não avaliar as respectivas consequências. O Governo é liberal, tem uma perspectiva de emagrecimento do SNS e fortalecimento do grande sector privado e é isso que ele está a fazer. Está a remunerar melhor através do sector privado porque é uma maneira de transferir mais custos para a população. Cerca de um terço das despesas de saúde do país são pagas directamente do bolso das pessoas, e não dos impostos, o que está muito acima da média dos países da OCDE, muito acima daquilo que é recomendado pela OMS. É isso que este Governo pretende. As coisas não estão a acontecer por acaso.”

OM e encerramento de unidades

Uma das médicas presentes na reunião aproveitou para partilhar alguns desabafos, nomeadamente, sobre a forma como os utentes encaram o trabalho médico: “Realmente os doentes acham que os médicos são todos milionários. E também acham que só têm direitos e não deveres. A Ordem promove muito os direitos que os doentes têm, mas não esqueçamos que têm também deveres, eu não sou escrava de ninguém.” Quanto ao encerramento de centros de saúde na Madeira, a mesma médica deixou uma crítica à actuação do Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira que, nas suas palavras, sempre se pronunciou contra o fecho: “A Ordem está aqui para



Maria Gorete Pereira e Henriqueta Reynolds

defender os médicos, a economia do país e da Saúde ou para defender os doentes. Não está aqui para fazer política! Mas aqui na Madeira já aconteceu isso e não somos pagos para fazer política. A Ordem serve para defender os médicos." José Manuel Silva respondeu com uma pergunta: "Como é que se defendem os médicos sem se fazer política? Estou na Ordem para defender os doentes e essa é a melhor maneira de defender os médicos. Se apenas defendêssemos os interesses dos médicos seríamos corporativos. Mas defendendo os interesses dos doentes estamos a defender os mesmos interesses dos médicos mas de maneira muito mais social."

Presente na reunião, a presidente do Conselho Distrital, Henriqueta Reynolds, procurou justificar a situação aludida: "O que eu disse foi que o encerramento de urgências não favorecia os doentes, na medida em que não tinha sido articulado com as juntas de freguesia, com os bombeiros nem com os próprios médicos. Não havia um estudo de agilização de deslocação dos doentes aos centros de saúde mais próximos." Ao mesmo tempo, explicou que muitas das declarações que são feitas à Comunicação Social acabam por ser descontextualizadas. "As declarações são

sempre resultado de consenso e o Conselho Médico não tem medo de represálias, toma as medidas que acha que deve tomar, mas evita ir para a Comunicação Social com posições bombásticas. Não há medo, mas há cautela para não haver exposição pública quando não há necessidade", afirmou. Sobre este tema, José Manuel Silva foi também ele claro: "Na Madeira há medo e há perseguições. Mas não é só na Madeira, no continente também há e as pessoas têm medo de falar e às vezes escrevem-nos cartas anónimas para nós irmos ao encontro dos problemas. Tenho dito que não vivemos em Democracia, vivemos em partidocracia e as pessoas têm medo de ser perseguidas."

Outra médica, que também integra a OM na Madeira, assumiu-se destemida face às pressões referidas: "Eu não tenho medo de ninguém nem de nada. Ao defendermos os doentes estamos a defender os médicos. Ao defendermos uma Medicina de qualidade para os doentes estamos a defender os médicos e nós, Ordem, temos feito isso. Temos as nossas actas à disposição para verem o que estamos a fazer. Mas a nossa postura não é de passar para a Comunicação Social. A nossa dignidade é defendida dentro de portas e não temos medo de ninguém."

Formação e especialidades carenciadas

Depois da reunião a visita da OM continuou, desta feita ao Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Melo e Mendonça, dirigido por José Camacho. Altura para se debaterem algu-

mas apreensões em relação à Telepatologia, tendo uma médica chamado mesmo a atenção para os perigos desta prática, nomeadamente, quando se torna necessário trocar uma opinião com o colega que elaborou o relatório. O bastonário corroborou e acrescentou ainda a questão da responsabilidade: "O relatório é feito na Índia e, se estiver mal feito, como é que depois vamos lá fazer alguma coisa? Como é que se responsabiliza, dialoga e discute? Dessa forma vamos esvaziando o nosso país de competências técnicas."

As características da especialidade foram abordadas entre os vários médicos presentes, tendo alguém afirmado que "ninguém aguenta esta especialidade sem gostar". Ao que outro clínico retorquiu: "É o facto de ser uma especialidade carenciada que está a fazer com que enveredemos por caminhos que não são os mais desejados."

Segundo o bastonário, "estamos num momento muito delicado na Ordem em termos de ava-



José Camacho, director do Serviço de Anatomia Patológica



Serviço de Anatomia Patológica



Victor Menezes (em pé) apresentou o seu projecto para o Serviço de Ortopedia

liação das idoneidades e capacidades formativas e temos de ser muito rigorosos naquilo que fazemos". Isto porque "estamos numa situação em que temos de abrir o máximo de vagas pois temos mais candidatos do que vagas". Além disso, a Ordem está "em litígio com o Ministério da Saúde" porque este queria transferir para a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) a avaliação das idoneidades e capacidades formativas, "passando a ser um processo administrativo completamente desligado da realidade". "Para evitarmos que isso aconteça temos de ser 100% rigorosos e transparentes nas

nossas decisões", avisou, "e nas especialidades que são carenciadas temos que abrir um número de capacidades formativas suficientes para renovar e garantir o futuro da especialidade". "Não conseguiríamos explicar a ninguém que estávamos a formar médicos a mais mas com lacunas de especialistas nalgumas especialidades. Não é aceitável que isso possa acontecer. Na última reunião geral de Colégios esse foi o tema central porque os Colégios devem ter essa percepção. Vivemos um momento diferente e perspectiva-se um novo futuro, que a Ordem tem de liderar. Tem de haver um compromisso entre

a qualidade da formação e a necessidade de especialistas, temos de garantir aos doentes portugueses que têm acesso a cuidados de saúde de acordo com a *leges artis* e isso implica que haja um número de especialistas adequado às necessidades do país, nem a mais nem a menos."

A visita continuou, alargando-se ao Serviço de Ortopedia. Quem fez as honras da casa foi Victor Menezes, recentemente convidado a voltar a dirigir o Serviço. A ocasião foi aproveitada para partilhar com a OM a sua proposta para a Ortopedia: "Reorganizar o serviço, redefinir garantias, colocar os profissionais mais qualificados nas posições de maior responsabilidade e estimular as pessoas a funcionarem como um Serviço. Podemos não ser amigos uns dos outros, mas somos colegas. Temos de funcionar em equipa, é essa a minha grande missão e luta. Grande parte da nossa vida é aqui dentro. Devemos quase toda a nossa formação ao hospital."

No Serviço de Ortopedia trabalham quatro assistentes graduados seniores (ou chefes de serviço), três assistentes graduados e sete assistentes hospitalares. Existem duas enfermarias e em 2013 realizaram-se 1357 internamentos. Também no ano passado foram feitas 13.851 consultas externas por 13 médicos. Ao mesmo tempo, os ortopedistas estão a atender cerca de 25 mil doentes por ano no Serviço de Urgência. "Tem sido pesado para todos nós, há pessoas que têm de fazer duas ou três urgências por semana, o que é um grande esforço também tendo em conta os valores que nos pagam. Não é fácil fazer uma escala mensal completa." À organização e ao bom desempe-



José Manuel Silva e Aires Teixeira conversaram sobre os cortes e a perda de qualidade

nho do Serviço ajuda os "relacionamentos preferenciais com alguns serviços e consultores, colegas de fora da Madeira" que aqui vêm realizar intervenções de forma a evitar a deslocação de doentes.

Para o futuro, o clínico gostaria de implementar a Unidade de Ortopedia Infantil, mas a dificuldade tem sido "conseguir formalizar uma equipa, pois não somos muitos", justificou. Outro desafio passa pelas salas cirúrgicas que estão actualmente em obras. Um dos grandes problemas que têm de enfrentar passa pela lista de espera, com 1800 doentes inscritos: "É realmente um problema, quer nas consultas quer nas cirurgias." Com as obras a decorrer, e mesmo trabalhando aos fins-de-semana, "a solução é difícil e não se faz num ano ou dois". O bastonário mostrou-se agrado com a perspectiva de futuro que encontrou no Serviço e disse esperar que "a formação possa ser recuperada, pois isso contribuiria certamente para este novo dinamismo do Serviço que se pretende e que é necessário para a Madeira e para os seus doentes". Para breve poderá estar a visita do Colégio

de Ortopedia para reavaliar a atribuição de capacidade formativa. Um dos ortopedistas que também acompanhava a visita lembrou que este "já foi o quarto serviço de Ortopedia do país". "Penso que temos todas as condições para voltar a tê-lo, só não seremos se não quisermos. Mas acho que queremos e felizmente neste momento estamos todos alinhados para que assim seja." Para tal, reforçou a necessidade de rapidamente poderem ter os internos que pretendem ter.

De seguida a OM visitou o Serviço de Cirurgia Geral, acompanhado pelo seu director, Aires Teixeira. Uma das preocupações que este partilhou prendeu-se com o facto de não saber se irão continuar a ter condições de manter bons índices "com estas políticas de cortes, estas pequenas intervenções que se vão notando e de que as pessoas se vão inteirando. São acontecimentos que, somados, vão acabar por mais tarde ou mais cedo acarretar uma perda do nível de cuidados a que estamos habituados".

A grande dificuldade do Serviço relaciona-se com a inexistência de um bloco de cirurgia de ambula-

tório, temos cerca de 4500 doentes em lista de espera para cirurgia geral. Mesmo com recuperação realizada por vezes ao sábado e domingo, mas é insuficiente. Temos de abrir rapidamente a cirurgia de ambulatorio", reforçou. Apesar de o Conselho de Administração ser favorável à abertura, a verdade é que as obras que decorrem vão atrasar todo o processo, pois as salas que estão previstas para ambulatorio irão servir para cirurgia geral. "Prevejo que nos próximos três ou quatro anos não teremos cirurgia de ambulatorio e iremos ter 6 mil doentes em lista de espera."

Neste momento, o Serviço tem nove internos, mas o director já pediu à Administração para a abertura de vagas ser repensada no próximo ano, uma vez que o bloco central irá fechar para obras. Segundo o bastonário, a OM já explicou ao Ministério da Saúde (MS) que "os hospitais não têm mais capacidade formativa". "O MS queria acabar com o Ano Comum (AC). Eu acho que não há condições para acabar com o AC, sobretudo agora que vai haver um excesso de candidatos relativamente ao número de vagas e as pessoas precisam claramente de uma formação complementar, de uma formação de transição entre a universidade e a vida real. Mas poder-se-ia ponderar o fim do AC para os jovens que entrarem para uma especialidade, ficando o AC como ano de transição ou de formação complementar para os jovens que não entrarem numa especialidade. Neste momento, com internos de especialidade e internos de AC, os hospitais têm internos a mais e a formação está comprometida", defendeu e Aires Teixeira corroborou.

Cuidados de Saúde Primários comprometidos

A visita aos centros de saúde (CS) começou pelo do Bom Jesus, desta feita com a presença do presidente do Conselho Regional do Sul (CRS), Jaime Mendes, e de Eduardo Freitas, vogal do Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira.

José Manuel Silva reforçou o interesse em anular as possíveis barreiras entre os médicos e a Ordem, "porque a Ordem são os médicos". Quem tomou a palavra foi Maria das Neves, coordenadora do CS do Bom Jesus. A médica explicou as inúmeras dificuldades que têm vindo a ser enfrentadas ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), desde logo porque "os CSP são quase uma adenda da consulta externa do hospital". Nas suas palavras, "a orgânica do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira [SESARAM] é muito hospitalocêntrica. Os CSP estão a passar uma fase complexa, porque dentro dos CS há chefias paralelas", dando conta de como os médicos acabam por ter pouca ou nenhuma influência na gestão da prestação dos cuidados de saúde.

Ao mesmo tempo, denunciou que chegou a ser complicado trabalhar quando havia um excesso de preocupação com os números, situação que parece estar ultrapassada: "Foi uma luta, envolvi os colegas todos e a partir daí temos uma norma geral que indica que devemos atender dois utentes por hora, mas fica à liberdade de cada médico e as pessoas são responsáveis". "Apesar desta polémica toda, os colegas têm cumprido e não tenho razão de queixa de ninguém. Mas tem sido um esforço muito grande de todos", revelou. Já quanto às chefias paralelas, a resolução parece

Maria das Neves explicou aos representantes da OM, alguns dos constrangimentos dos CSP



Reunião no Centro de Saúde de Bom Jesus



No Centro de Saúde de Machico os médicos não se sentem valorizados



mais complexa: "Em relação aos outros profissionais tem sido difícil porque eles têm as suas chefias. Não há uma direcção clínica dos CSP e não há uma direcção clínica do hospital em parceria.

Resumindo a situação, o bastonário concluiu: "Os CSP estão sub-representados, há duas hierarquias independentes." "É isso mesmo", responderam todos em uníssono. Além disso, acrescenta outra médica, "enquanto no continente cada CS tem o seu director médico,

aqui na Madeira não é assim. Temos mais de 60 CS, todos eles com o seu enfermeiro-chefe". Segundo o bastonário, há aqui claramente necessidade dos médicos de família serem verdadeiros "gestores do doente". Disso e de gabinetes, responderam os clínicos. "Gabinetes em condições para que qualquer profissional possa estar lá. Os que temos são sítios fechados, sem luz natural nem arejamento", acrescenta alguém. Isto faz com que as pessoas "andem muito desmoti-

Adelino Neto Vieira, coordenador do CS de Machico, Eduardo Freitas do Conselho Médico da Madeira e José Manuel Silva



Nos CSP da Madeira a figura do enfermeiro prevalece



Reunião no Centro de Saúde da Ribeira Brava

vadas, como aliás no continente. As pessoas ficam fartas e vão-se embora. A orgânica está toda mal", completa.

O CS de Machico foi a unidade que se seguiu na visita da Ordem. O sistema informático em utilização foi um dos temas abordados, havendo completa integração com o Hospital e estando a funcionar de forma adequada. "O nosso problema é a resposta", assumem, tendo

em conta a solicitação de consultas que é feita a nível hospitalar. Outro tema levantado prendeu-se com o facto de as receitas com três vias esgotarem "periodicamente", o que obriga a um acréscimo de trabalho nem sempre valorizado.

Durante a reunião organizada com os clínicos do CS de Machico voltaram a ser suscitadas as questões prementes que haviam sido já abordadas no CS do Bom Je-

sus. Uma das médicas assumiu-se preocupada e triste: "Acabei aqui a minha especialidade em Medicina Geral e Familiar (MGF) e já estou aqui há 10 anos. Tenho apreciado a evolução da especialidade e vai-me entristecendo, porque quando cheguei cá achava que o médico estava no centro das decisões e era ouvido e respeitado. Mas ao longo dos anos isto tem vindo a deteriorar-se. Cada vez mais o médico é secundário no CS, não é ouvido. Outras classes profissionais tomaram a dianteira aqui. Temos vindo a perder a nossa identidade como médicos de família ao longo destes anos, por vários motivos. Neste momento é o que me preocupa mais, sinto que não sou ouvida." Outro dos temas que lhe causa alguma apreensão prende-se com a guerra por causa dos gabinetes", isto num "CS novinho em folha".

Presente no encontro, Adelino Neto Vieira, coordenador dos CS, pede a palavra e explica a questão dos gabinetes: "Não é inteiramente verdade. A decisão é minha, fui eu que a tomei e quando a tomei ouvi a vossa opinião. O CS foi dimensionado para dois pisos e 2600 utentes, o que é uma obra faraónica que não faz sentido e o CS entendeu que não devia abrir um dos pisos, porque a dimensão do CS não o justificava e temos um gabinete para cada médico." Outra médica interveio: "O que se passa aqui é que o médico é o elo mais fraco na cadeia de planeamento. As decisões dos enfermeiros é que são prevalecentes."

Depois de ouvir as várias partes, o bastonário pronunciou-se: "Isso não são CSP. Nesse sentido, a organização na Madeira é muito pior que no continente. Tem de haver uma equipa de saúde, tem de haver integração e tem de haver uma hierarquia de responsabilidades.

A presidente do Conselho Médico da Madeira, Henriqueta Reynolds, ao lado dos presidentes da OM e do CRS



Não havendo, quem é prejudicado é o doente e é o funcionamento do próprio sistema. Não há integração de cuidados e o enfermeiro de família não corresponde ao médico de família. O médico de família tem a sua lista e o enfermeiro de família tem a sua área geográfica. Isso não faz sentido." E aludiu ainda à legislação em vigor: "Nos decretos-lei das carreiras médicas está lá que quando existem equipas multidisciplinares quem coordena é o médico, portanto, só tem de se remeter para a legislação que já existe. Não é possível haver uma equipa nos CSP - ou seja onde for - que não tenha um responsável e esse responsável só pode ser o médico."

Posteriormente, a visita continuou pelo CS da Ribeira Brava, permitindo recolher mais confirmações daquilo que havia sido já presenciado nos locais anteriormente visitados.

Caso dos CSP discutido em reunião na Ordem

No final do primeiro dia de visita houve ainda tempo para mais uma reunião, desta feita nas instalações da OM no Funchal, altura para José Manuel Silva e restantes colegas fazerem um balanço de tudo o que viram e ouviram ao longo do dia. Para José Manuel Silva, este foi um dia

"muito interessante porque nos permitiu contactar com a realidade". "Eu não tinha noção que era assim, sobretudo no caso dos CSP. Porque afinal não há CSP na Madeira, há médicos, enfermeiros e administrativos. Cada um trabalha para seu lado, não há uma hierarquia, uma coordenação e andam a duplicar funções e missões e, de alguma forma, a prejudicar os doentes com consultas desnecessárias. Não podemos admitir que o médico e o seu trabalho sejam desconsiderados da forma como têm sido. Não é possível imaginar que haja profissionais de saúde diferentes a chamar o utente de forma completamente descoordenada e a fazer actos cuja repetição é completamente desnecessária, como por exemplo no seguimento das grávidas".

Por outro lado, "faltam gabinetes para os internos poderem trabalhar nos CSP e sobram gabinetes ocupados por múltiplas consultas de enfermagem. Isto não pode continuar assim. Porque isto é prejudicial para os doentes. Não há uma equipa de saúde, não há uma coordenação científica, não há uma hierarquia de responsabilidades, cada um faz o que quer e lhe apetece. De alguma forma acabou-se com os directores dos CS mas não se acabaram com os chefes de enfermagem nos CS. Isto quer dizer que a

responsabilidade é nossa, porque as coisas só acontecem se permitirmos. Não é uma questão de sobrançeria médica, mas sim de hierarquia científica e de responsabilidades para melhor servir o doente. Não é possível que haja um médico de família com uma lista e um enfermeiro que tem uma zona geográfica pela qual é responsável de forma totalmente descoordenada do médico de família. Isto é impossível de explicar seja a quem for. Não é prestação de cuidados de qualidade e não é um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde. E há obviamente a despesa desnecessária e a perda de tempo, não só da parte do SESARAM mas também dos doentes que se deslocam repetida e desnecessariamente ao CS". O bastonário deixou então o "desafio" de resolver esta situação ao Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira. "Claro que vai ser uma questão profundamente litigiosa e não se vai resolver de um dia para o outro, mas que tem toda a justificação e é para o benefício do doente. Portanto, não podemos pactuar com a manutenção da situação actual."

José Manuel Silva mostrou-se também agradado com a visita a nível hospitalar, apesar de ter sido possível visitar apenas alguns serviços por limitações de tempo. O responsável não quis participar na polémica sobre se a opção de fazer obras no velho hospital é mais adequada do que construir de novo. Ainda assim, e "tendo em conta o que se fez em Lisboa com o Hospital de Todos-os-Santos, chega-se à conclusão que fica mais barato construir de novo do que andar a remodelar permanentemente o que é velho". "Verificámos também que há um problema de acesso às colonosco-

pias aqui na Madeira. Felizmente essa questão já se resolveu no continente, através de um acordo entre a direcção do Colégio e a Direcção-Geral da Saúde para a definição de novas regras e um novo financiamento de acessibilidade a colonoscopias, mas infelizmente também foi necessário que alguns casos viessem na Comunicação Social para que se desencadeassem os mecanismos para a sua resolução", acrescentou.

Segundo Jaime Mendes, "estas visitas têm sido muito produtivas para o CRS e é bom que todos tenhamos um bastonário de proximidade. O CRS dará todo o apoio neste combate e noutros. No fundo, há uma lei do país que tem de ser cumprida na Madeira, não estamos noutro país, apesar de ser uma região autónoma". O responsável considera que "temos um défice de comunicação e é difícil entrarmos nos jornais quando queremos e da melhor maneira", além de que "a Imprensa está contra os médicos, não há dúvida nenhuma". Por

esse motivo, julga que "temos de combater a situação com recurso à imprensa escrita e falada", dando como exemplo o site e o Boletim da OM, que "chega a todos os médicos inscritos".

Segundo Henriqueta Reynolds, a actuação da Ordem "só é possível se tivermos material para agir, não podemos fazer acções junto do senhor secretário ou junto da tutela sem termos formalizadas as vossas declarações". Também admitiu que "é muito difícil comunicar com os médicos", razão por que também já dispõem de um boletim trimestral mas em relação ao qual ainda não receberam "nenhum *feedback* de nenhum colega".

Vários participantes no encontro aproveitaram para se pronunciar sobre algumas das questões entretanto elencadas. Alguém afirmou mesmo: "Nós estamos assoberbados de indiferença." "Não compreendo como temos internos espectaculares de MGF e continuamos a ter este tipo de trabalho. O que vemos na Pedia-

tria, por exemplo, é que são as senhoras enfermeiras a seguir os meninos, agarradas com unhas e dentes a cada pormenor. Isto é não sabermos tomar conta do que é nosso."

Outro médico referiu-se à acessibilidade, não só em relação às colonoscopias, mas também aos exames complementares em geral, às consultas e cirurgias. "Aqui na Madeira estamos noutro país. Mas tentar fazer ver isso a quem de direito é como falar com uma parede. Deixo a pergunta: qual a melhor maneira de tentar resolver isso?"

Segundo o bastonário, há três caminhos para a resolução. Um deles aponta para "muita paciência e persistência, muita pressão, falar com as pessoas, é talvez o caminho mais longo". Depois há a possibilidade da greve e ainda as "intervenções na Comunicação Social, insistindo com a tutela, escrevendo, chamando a atenção para os problemas, pedindo audiências à tutela para discutir as questões. Na ausência de resposta mais efi-



Muitos colegas marcaram presença neste encontro com os dirigentes da Ordem



Jaime Mendes e Isabel Seifert, directora do Serviço de Anestesiologia

caz devo fazer um comunicado público, pôr o dedo no problema, lançar o debate na Comunicação Social e na população”.

Propostas e soluções

De acordo com José Manuel Silva, “nós podemos apresentar propostas, mas não podemos impor soluções. É evidente que seria desejável que em todo o país houvesse um consenso partidário sobre a Saúde, mas temos de perceber que isso é impossível, desde logo por razões políticas”. E a este propósito recuperou o tema das obras no hospital: “É mais barato construir um hospital novo do que andar a remendar. O problema aqui na Madeira é que a cada dia que passa e a cada novo remendo que se faz menos rentável se torna construir um hospital novo. O que se está a fazer aqui é uma decisão política.” “Quando vemos uma enfermaria com mais de 30 camas e uma única casa-de-banho, é evidente que não há solução possível porque as obras não vão permitir resolver esta questão, por falta de espaço. Quando no espaço para duas camas há três, isso gera sempre uma despesa superior. É uma pena que se gaste tanto dinheiro a remendar um

hospital velho quando se podia construir um hospital novo.”

A terminar, Henriqueta Reynolds aproveitou ainda para apresentar uma preocupação que tem vindo a ser partilhada pelos oftalmologistas da região e que se prende com os rastreios de visão realizados nas escolas por optometristas: “Já fizemos duas tentativas junto do senhor Secretário dos Assuntos Sociais e junto do Secretário da Educação, mas não temos qualquer resposta”. O rastreio de visão está a ser publicitado nos adros das igrejas e realizado nas escolas por optometristas. Apesar de os óculos prescritos por estes profissionais não serem comparticipados pelo SNS, a verdade é que o são pela ADSE, denunciou.

Anestesiologia sem idoneidade formativa

O segundo dia de visita começou no Serviço de Anestesiologia do Hospital do Funchal. José Manuel Silva começou por assumir que esta “é uma especialidade carenciada de especialistas”. “Já dissemos ao Colégio de Anestesiologia que é necessário aumentar as capacidades formativas. A Anestesiologia tem evoluído muito nos últimos anos, nomea-

damente assumindo novas competências e novas áreas de trabalho como o caso da dor. Portanto, são precisos mais anestesistas. É uma área de preocupação do MS, tanto que a maior parte dos hospitais queixa-se de falta de anestesistas. Mas também é verdade que temos anestesistas a emigrar, porque o trabalho médico foi muito desqualificado e agora há também menos perspectivas de desenvolvimento e de realização profissional, por causa dos constrangimentos financeiros do país”, contextualizou.

A directora do Serviço, Isabel Seifert, referiu-se ao problema que mais a preocupa actualmente e que se relaciona com o facto de ter sido retirada a totalidade da capacidade formativa ao Serviço. “Não compreendo o fundamento, porque se por um lado se tem falado muito que o trabalho médico está a ser ameaçado e estão outras pessoas a querer fazer o nosso trabalho, por outro lado, temos de dar uma resposta qualificada às populações.” E dirigindo-se ao bastonário: “Peço-lhe senhor bastonário, que encare isto como uma questão política relevante para as pessoas daqui da Madeira, para os médicos que trabalham aqui, porque para nós é muito importante. Nós cumprimos tudo o que o Colégio nos solicita.”

Outra anestesista do Serviço juntou-se ao apelo: “Todo o Serviço está empenhado em melhorar, só precisamos de um pouco de abertura do outro lado para podermos ultrapassar este *handicap*, que é grave para os internos, para os especialistas e para futuros especialistas que possam vir para a Madeira, porque não compensa vir para a Madeira, porque ganhamos o mesmo que um colega do continente e o co-

lega do continente tem outras perspectivas que aqui não temos. Nós pagamos o preço da insularidade, por exemplo, quando precisamos de sair para ir a congressos ou conversar com outros pares. Obviamente que hoje há outros meios, mas ainda assim não é fácil." A mesma médica explicou que no Serviço trabalham 17 anestesistas, quando seriam necessários 30. "Estamos sobrecarregados e fazemos urgências de 24 horas. Penso que é o único sítio onde as pessoas ainda fazem urgências de 24 horas e não é só uma vez por semana, por vezes são duas e também ao fim-de-semana. E o principal é que aqui temos uma qualidade de formação acima da média."

A corroborar tudo o que foi dito pelas colegas, outra especialista fez o mesmo apelo ao bastonário: "Sinto que a nossa questão não está a ser tratada com transparência. Porque com transparência identificam-se problemas, são dadas sugestões e nós disponibilizamo-nos para os resolver. Sabemos que há aqui uma zona cinzenta. Nós, especialistas do Serviço e tutores, não recebemos qualquer informação a indicar onde é que o nosso trabalho está a falhar, mas os internos receberam. Estamos altamente empenhados e sabemos que prestamos uma boa formação aos nossos internos, por isso, esta decisão apanhou-nos de surpresa e resulta nalguma indignação." Outro médico do Serviço assumiu ter conhecimento de "algumas queixas, nomeadamente de internos, junto do Colégio da especialidade". "Creio que não sou o único neste Serviço a ouvir isso e estas coisas deviam ser transparentes. A presença do bastonário é importante para isso. Acho que devemos ser o mais transparentes possível nesta questão para



Os médicos do Serviço da Anestesiologia consideram que o mesmo tem boas condições para formação de internos

sabermos o que podemos fazer", declarou.

Sem intenção de entrar em polémica, até porque afirma não ter lido o relatório referente à retirada da capacidade formativa, o bastonário garantiu que "estas decisões são tomadas em Colégio. Trata-se, aliás, de um Colégio muito rigoroso. O colega Paulo Lemos é uma pessoa extremamente rigorosa, honesta e trabalhadora. Não é de ânimo leve que certamente o Colégio tomou esta decisão". "É verdade que o director de serviço deve defender os interesses do serviço, mas também deve defender os interesses da formação. Porque o interno está em formação e não deve ser visto exclusivamente como força de trabalho e alguém que tem de obedecer sem discutir. Não estou a falar especificamente daqui, mas estas coisas acontecem. Porque recebemos apelos de muitos internos de diversos hospitais do país a pedir ajuda à Ordem", disse. E reforçou a confiança no Colégio de Anestesiologia: "Não ponho em dúvida a boa vontade e a qualidade da formação e a qualidade da Direcção do Serviço de Anestesiologia do Hospital de Nélio Mendonça, mas também não ponho em dúvida a idoneidade e a

honestidade intelectual do Colégio de Anestesiologia. Portanto, alguma coisa se passa e tem de ser resolvida. Não acredito que, estando resolvida, retirem a capacidade formativa porque nunca vi isso acontecer."

Uma médica que foi interna no Serviço aproveitou para deixar o seu testemunho: "Aqui as pessoas têm todas as capacidades e oportunidades para fazerem a sua formação. Também têm de ter vontade. É um dar e receber, é o que eu posso dizer. Venho da Medicina Interna e, comparando com o meu Serviço, aqui até são dadas mais oportunidades." Um jovem médico, actualmente a fazer o Internato no Serviço afirma igualmente que "aqui se ganha à-vontade por nos debatermos mais directamente com os problemas, há maior proximidade com o trabalho real. Mas tudo depende de como a pessoa lida com a situação".

Reunião com SESARAM

Os elementos da Ordem dos Médicos tiveram ainda oportunidade de reunir com a presidente do Conselho de Administração do SESARAM, Sidónia Nunes. José



Sidónia Nunes, presidente do CA do SESARAM recebeu os representantes da OM



Miguel Ferreira, director clínico do SESARAM, ao lado da vogal do CRS, Maria Gorete Pereira

Manuel Silva começou por partilhar como ficou "chocado" ao perceber a situação dos CSP na Madeira e interpelou a responsável directamente sobre a situação. "Há CS que não funcionam assim e alguns que, de facto, são assim. Porque isso já vem de trás, quando tivemos um vogal enfermeiro na Administração. A enfermagem criou na altura uma autonomia muito grande. A nível dos hospitais nunca sentimos muito isso, mas havia queixas de que a enfermagem funcionava à parte. A situação melhorou um pouco e nalguns sítios o enfermeiro de família já funciona de forma integrada", respondeu.

O bastonário criticou o facto de as listas de utentes de médicos e enfermeiros de família não coincidirem, fazendo notar que tal situação "é potenciada por haver um enfermeiro-chefe no CS mas não haver um director do CS". "Portanto, quem acaba por ter o lugar hierárquico mais importante em termos administrativos no CS é o enfermeiro", observou. Na sua opinião, esta situação resulta de "arbitrariedade do enfermeiro". E acrescentou: "Não se pode deixar a prestação de cuidados de saúde ao livre arbítrio de ninguém, médico ou enfermeiro. Tem de haver uma

hierarquia de responsabilidades e competências, caso contrário, as coisas não funcionam. Eu sugeria até que os três adjuntos dos CSP apresentassem em conjunto a sua demissão. Em nome do utente não é possível continuar a tolerar uma situação destas apenas por receio de afectar a prepotência de uma classe que devia preocupar-se em servir os utentes e não em afirmar um poder que não é verdadeiro, não existe e que ninguém tem. Não faz sentido."

Um dos médicos que participou na reunião concluiu: "Uma coisa são competências, outra coisa são direitos que deviam existir, bem como os deveres de cada um. Temos de trabalhar com todos, e trabalhamos, mas temos de ter algum bom senso nisto. Há aqui uma questão de chefia que tem de se começar a ponderar, sob o risco começarmos a perder o gosto por aquilo que fazemos. E, além disso, duplicar os gastos. Depois chegamos a um limite em que vai ser extremamente difícil coordenar equipas. Porque depois quem tem poder não vai querer perdê-lo."

À reunião juntou-se mais tarde Miguel Ferreira, director clínico do SESARAM, que também explicou a preponderância da en-

fermagem com o contexto que se viveu na região "durante muito tempo". "Não concordo minimamente com enfermeiras a seguir grávidas, por exemplo. Como obstetra tenho dificuldade em definir o que é uma grávida normal. É normal até deixar de o ser. Então, é melhor ter excesso de especialistas do que excesso de enfermeiros, senão temos poucos especialistas e os enfermeiros vão ocupar todo o espaço e isso é inadmissível. Para isso, é preciso a colaboração da Ordem, para abrir mais vagas e colaborar na formação. O médico mostrou-se ainda preocupado com o facto de a Ordem "não ter a visão de que tem obrigatoriamente que apoiar a região, as periferias, para fixar as pessoas cá, mesmo nas especialidades com algumas dificuldades. Actualmente estamos com melhores condições técnicas para a formação e a trabalhar no sentido de aumentarmos a nossa capacidade, estando a avançar muito também na nossa ligação com a Universidade da Madeira". "Os internos gostam de vir para cá, porque vão para o bloco e para as consultas connosco. Temos outra disponibilidade e a procura tem vindo a aumentar de ano para ano. Estamos a fazer



Reunião da OM com SESARAM

um investimento enorme, mas há crises impossíveis de ultrapassar sem o apoio da Ordem, por isso, acho esta visita importante", reforçou. "Por outro lado, estamos a tentar criar o máximo de condições para as pessoas se sentirem motivadas e a reduzir o envio de doentes para o continente", avançou, justificando com a diminuição de custos para a região e com o aumento de estímulos para os especialistas se fixarem na Madeira, pois "ninguém quer ficar num sítio só com um estetoscópio e uma caneta".

De acordo com o bastonário, "há formas de levar as pessoas a fixarem-se aqui que não passam por incentivos financeiros directos, o que pode passar pela colaboração com as autarquias", nomeadamente ao nível do apoio em termos de alojamento. Quanto à formação, José Manuel Silva disse acreditar que "neste momento está quase tudo ultrapassado". Com efeito, a Ortopedia solicitou ao Colégio que venha fazer a reavaliação das idoneidades para que o Serviço possa começar a receber internos. Mantém-se a questão da Urologia, uma vez que "os actos praticados no

hospital eram os mais simples e não havia espaço para formação, sendo que esta é uma das especialidades que mais preocupa o MS". Finalmente, em relação à Anestesiologia, o responsável frisou que "não há, da parte da Ordem, nenhuma vontade de estigmatizar a Madeira ou de limitar as capacidades formativas da região".

Um dos clínicos a participar na reunião reforçou que "a Ordem tem de perceber que os problemas de uma ilha são diferentes dos do resto do país". "Quem nunca viveu numa ilha sente-se claustrofóbico até se adaptar. Portanto, os problemas das ilhas têm de ser tratados de outra maneira", disse, referindo-se à questão da Ortopedia. Já no que diz respeito à Anestesiologia, foi igualmente peremptório: "Não se percebe como é que o Colégio retira capacidade formativa numa área carenciada. É completamente inadmissível e inaceitável. Há claramente um mau trabalho feito pelo Colégio, até porque os colegas têm noção que o nosso Serviço funciona muito melhor que outros e os nossos internos dizem o mesmo quando vão a outros serviços."

Encontro com SRAS Situação dos CSP contou com complacência dos médicos

A terminar as visitas programadas, a OM reuniu-se com o secretário Regional dos Assuntos Sociais, Jardim Ramos. Na ocasião, José Manuel Silva fez o balanço de tudo o que viu e ouviu, transmitindo a sua perspectiva sobre as diferentes situações. A começar, referiu-se ao que o "surpreendeu menos positivamente", isto é, a organização dos CSP, "porque não há uma organização dos CSP com a mesma qualidade do continente". "Fruto eventualmente de condicionalismos históricos, há uma dissociação imensa entre o trabalho médico, o trabalho de enfermagem e o trabalho administrativo. O que ouvimos nos três agrupamentos com que falámos é que não há integração do trabalho, salvo algumas excepções, e assiste-se a situações que são prejudiciais à boa gestão dos serviços", disse. O bastonário referiu ainda a "ausência de gestão dos CS" e a inexistência de directores médicos. "O enfermeiro-chefe acaba por



Reunião com o Secretário Regional dos Assuntos Sociais, Jardim Ramos

ter uma preponderância em termos de decisão do CS que subverte aquela que é a hierarquia natural, não de poder mas de competências e de responsabilidades. E isso gera alguns constrangimentos, nomeadamente na utilização dos próprios espaços. Não há uma verdadeira organização dos CSP", denunciou.

De acordo com Jardim Ramos, a situação resulta de "atavismos", mas também "muito devido à complacência dos médicos". Por outro lado, entende que "não houve investimento durante muitos anos na formação de médicos de CSP, mas esta formação que agora se faz é diferente e estes colegas mais novos são muito empenhados e estão a dar uma lufada de ar fresco". Outro dos temas debatido prendeu-se com a opção de se fazerem obras no velho hospital, em lugar de se construir um novo. Sem rodeios, Jardim Ramos explicou que quando tomou posse, em 2007, o custo do hospital novo rondava os 300 milhões de Euros, verba que "não havia", e depois surgiram os condicionalismos da *troika*, referiu. Para o responsável, "é

uma demagogia estar-se a falar de um novo hospital", tendo tomado a decisão depois de "todas as *démarches* possíveis e imaginárias". "Quando vi que não era possível construir um novo hospital, decidi não deixar que acontecesse o mesmo que aconteceu aos hospitais de S. José e Santa Marta, pois à espera do Hospital de Todos-os-Santos nunca se fez obra nenhuma ali". Jardim Ramos assume que "é com muito agrado" que vê os profissionais e os utentes dos serviços de Hematologia e de Ginecologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Pediatria agora com melhores condições. "Vamos aumentar a capacidade operatória e duplicar o espaço da Urgência, também ampliar o espaço reservado para a hemodiálise", enumerou. E concluiu: "Estou de consciência mais tranquila a fazer estas obras do que estaria se tivesse tomado a decisão que tomaram em Lisboa de não fazer nada." Jardim Ramos apontou ainda o dedo à OM por ter alinhado com a Ordem dos Enfermeiros e o sindicato no sentido de se oporem às obras. Henriqueta Reynolds esclareceu a posição da OM nes-

te assunto: "Sabíamos que não podíamos influenciar a decisão, mas tínhamos uma obrigação perante os médicos e para o futuro de fazer estudos. E o estudo que não foi feito era o de equacionar a construção faseada. Continuamos a ter condições hoteleiras para os doentes que são deficientes e circuitos de limpos e sujos que são deficientes."

Jardim Ramos explicitou que para as obras dispõe de uma verba de 150 milhões de Euros, sendo que a contenção orçamental "vai continuar até 2020". Além disso, recordou que em 2007 apenas 3% dos terrenos estavam expropriados. "Não foi uma decisão impensada. Se eu próprio andei a lutar para ter um hospital novo de raiz, seria tonto se não fizesse tudo para ter um. Mas o que faz uma pessoa agrilhoadada? A *troika* vai embora mas continuamos sujeitos a condicionamentos muito grandes", constatou.

O responsável da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (SRAS) chamou ainda a atenção para a necessidade de se "apostar muito na formação", dando como exemplo os problemas

relacionados com as capacidades formativas em especialidades carenciadas, como a Anestesiologia. "Os colégios não têm culpa da situação actual", respondeu José Manuel Silva. "Daqui para o futuro a Ordem tem mais responsabilidades e já tivemos uma reunião geral com os Colégios, em que o tema foi exactamente o futuro. Conversámos sobre a necessidade de aumentar a formação nalgumas especialidades, particularmente nas que mais preocupam o senhor ministro da Saúde, nomeadamente, Anestesia, MGF, Radiologia, Urologia e Dermatologia." Na sua opinião, "temos a obrigação de proporcionar aos cidadãos portugueses os especialistas de que necessitam para terem uma acessibilidade adequada aos cuidados de

saúde. Nem com défice nem com excesso. Mas temos também alguns constrangimentos que não vão ser culpa dos colégios". A este propósito, deu como exemplo os hospitais que estão a "entregar os serviços de Radiologia em *outsourcing*, ou seja, estão a cortar dezenas de lugares potenciais de formação". Também aludiu ao caso da Dermatologia, em que a maior parte dos hospitais "tem dermatologistas a meio tempo e com contratos que não incluem formação. E isto é da responsabilidade da tutela, que não obriga a que os hospitais prevejam horas de formação aos colegas que contratam". Por outro lado, a fusão de serviços também está a reduzir o número de vagas possíveis, nomeadamente em especialidades técnicas, como é

o caso da área cirúrgica, referiu o bastonário. A finalizar a reunião, o presidente da OM reforçou que já disse directamente ao senhor ministro da saúde que "é ele próprio que está a distorcer o mercado, porque está a pagar mais aos especialistas através do sector privado do que através do sector público. Ou seja, desvalorizou e desqualificou o trabalho no sector público e paga mais através das convenções e dos subsistemas de saúde". "Se ele quiser manter os médicos no sector público obviamente que não lhes pode pagar muito menos do que no sector privado. Isso não faz sentido nenhum, é uma aberração em termos de gestão de recursos humanos", concluiu.



No fim do dia houve ainda uma cerimónia destinada a entregar medalhas a todos os médicos da região autónoma da Madeira que atingiram os 25 anos de serviço.



Saúde nos Açores: disfuncionalidades e falta de motivação Faial precisa de captar especialistas

José Manuel Silva, bastonário da OM, visitou a Região Autónoma dos Açores, acompanhado por elementos da direcção da Secção Regional do Sul e do Conselho Médico dos Açores. A visita durou quatro dias e incluiu as ilhas que têm hospital - Faial, Terceira e S. Miguel – mas percorreu igualmente diversas unidades dos Cuidados de Saúde Primários. A avaliação geral é de falta de médicos, agravada pela aparente incapacidade da região autónoma em fixar especialistas, desmotivação de muitos dos Colegas, disfuncionalidades organizativas, falta de coordenação entre secretariado, enfermeiros e médicos, e outras situações que potenciam negativamente a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Nesta edição resumimos apenas a visita à ilha do Faial. Prosseguiremos com o relato na edição de Setembro.



Reunião com o CA do Hospital da Horta

No dia 16 de Junho de manhã a visita começou pelo novo Hospital da Horta, EPE que serve de referência para as ilhas do Pico, Flores, Corvo e, naturalmente, o próprio Faial e que sofreu obras de ampliação em várias áreas. José Manuel Silva, bastonário da OM, foi acompanhado por Jaime

Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul, Correia da Cunha, também do CRS, Jorge Santos, presidente do Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores, Aida Paiva e Rui Bettencourt, ambos do Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores.

A conclusão das obras do Hospital da Horta, que deveria ter ocorrido no fim de Janeiro de 2014, sofreu atrasos devido à suspensão dos trabalhos (por atrasos no pagamento ao empreiteiro). Durante a visita verificámos que ainda há obras a decorrer. De referir que a instalação dos serviços começou pela parte administrativa e que a direcção actual tomou posse há um ano e que “já estava tudo definido”. É o próprio presidente do Conselho de Administração (CA), João Morais, que nos refere o que viríamos a confirmar durante a visita às instalações: “temos espaços a serem usados pela área administrativa que podiam ter sido aproveitados para melhorar a área clínica”... Faz esta refe-



Correia da Cunha, presidente da Mesa da Assembleia Geral da SRS, e Jorge Santos, presidente do Conselho Médico dos Açores



Aida Paiva, do Conselho Médico dos Açores, e Rui Suzano, director clínico do Hospital da Horta

rência acrescentando como que em tom de lamento que “tratar melhor o doente é o nosso objectivo mas temos dificuldades nomeadamente porque temos sido subfinanciados e o dinheiro atribuído à parte assistencial não tem sido suficiente”. Mas, como referiu, os doentes não têm sofrido as consequências dessa situação pois “a Administração anda em constante negociação com os fornecedores devido aos constrangimentos nos pagamentos”. Para o CA existem diversas áreas em que faltam especialistas: ortopedia é referenciada como a mais carenciada (situação agravada pela saída de um colega para Santarém), mas elencam-

-nos também ginecologia/obstetrícia (em que o especialista do quadro está quase na reforma), nefrologia (em que durante 3 semanas vem um especialista e na 4ª semana vem outro colega), etc. “Estamos satisfeitos com os colegas que cá estão mas a não existência de um quadro clínico estável não é o ideal e torna-se potencialmente prejudicial para os doentes”, refere João Morais. “É importante ajudar na fixação de especialistas e temos essa possibilidade com disponibilização de casas ao lado do hospital”. A dificuldade de fixação de profissionais acontece mesmo com os internos que são formados localmente: “temos tido internos mas

não regressam à região”. Esta situação é natural quando se está a pedir a um jovem que acabou de fazer a sua especialidade que, na sua falta de experiência, venha trabalhar como especialista único numa ilha. “É complicado”, concorda o presidente do CA, “mas ainda vivemos muito de especialistas únicos”, conclui. Acresce que em hospitais pequenos o exercício de certas especialidades torna-se limitativo em consequência da falta de massa crítica. “Mas essa limitação não existe nas especialidades basilares como Medicina Interna ou Anestesiologia”, explica-nos, o director clínico, Rui Suzano, acrescentando que não houve uma aposta suficiente em termos de formação pós-graduada e que a investigação também é limitada. “A perda de conhecimento é maior e mais rápida, sobretudo porque não temos a mesma massa crítica que um hospital central terá”, e exemplificou com o facto de se passarem anos sem ver um caso de lúpus. “Vir exercer para os Açores quando se é um jovem especialista é complicado pois além de estarmos sozinhos podemos nem sequer ter a possibilidade logística de evacuar um doente se houver necessidade”. Apesar das contraindicações apresentadas pelo director clínico, o presidente do CA continua a considerar que a resolução da falta de médicos passa pelos jovens recém-especialistas. Já Jorge Santos, presidente do Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores, considera que é importante melhorar o sistema e desenvolver unidades mais diferenciadas e que essa poderá ser uma razão de maior atracção de especialistas. Rui Suzano considera que a vinda de colegas do continente, que exercem apenas

15 dias por mês no Hospital da Horta, é benéfica e enriquecedora e que não faz sentido ter todas as especialidades, mas o presidente do CA tem como objectivo ter, pelo menos, um médico especialista residente que poderá ser apoiado pelos colegas que vêm do continente embora acrescente que “ter dois médicos no quadro clínico seria o ideal”. Jorge Santos, apesar de concordar com a necessidade de assegurar uma prática “constante” define como “inadmissível” a potencial inexistência de um especialista do quadro. Explicando a sua posição, o director clínico defendeu a aposta no que chamou de especialidades básicas – Cirurgia Geral, Cardiologia, Pediatria, Medicina Interna, Ortopedia, etc. – mas considera que especialidades como neurologia e imunologia, por não terem massa crítica suficiente, não têm que existir em equipas permanentes. “Sai mais barato e tratamos melhor os doentes se tivermos boas equipas de Medicina Interna e Cirurgia geral” e defendeu que para casos como o Hospital da Horta deve ser dada formação ainda mais diversificada aos internistas (em diabetes, obesidade, etc.).

Na visita às instalações do hospital passámos pelo auditório que serve como sala de formação e pela zona dedicada à fisioterapia, um espaço muito bem preparado, com piscina, ginásio e diversos equipamentos. A única coisa que a comitiva da OM sentiu falta nesse espaço foram... os doentes. Rui Suzano explicou que o hospital “foi uma obra de mais de 11 milhões... tinha que ser um hospital grande porque é isso que as pessoas valorizam, em lugar da qualidade dos cuidados prestados. Mas só nestas áreas caberia



A área de fisioterapia possui excelentes condições e equipamentos



metade da actividade clínica... E ainda era para ter mais dois andares”. O espaço é muito amplo mas nem sempre bem dividido pois há uma zona administrativa privilegiada enquanto que a área clínica nem sempre é tão espaçosa ou equilibrada. O hospital alberga 18 especialidades, servidas por 28 médicos em 17 gabinetes de consulta, num edifício claramente sobredimensionado e que demonstra ter sido um projecto pouco pensado para a actividade clínica...

Na visita ao serviço de Pediatria, dirigido por Dina Cirino, ficamos a saber que existe Cardiologia Pediátrica mas em regime de colaboração, vindo um especialista de fora para dar consulta. O quadro de Pediatria é composto por um chefe de serviço e duas assis-

tentes, duas jovens especialistas. Aqui “tenta-se fazer tudo em ambulatório”, procurando evitar os internamentos e o excesso de deslocações. A directora do serviço explica que para trabalhar aqui tem que se ser muito versátil... “Estive um ano sozinha e foi muito cansativo. Temos que trabalhar com neonatologia, com a unidade de cuidados intensivos intermédios, sala de partos, etc. Aqui temos que fazer um pouco de tudo”, situação que origina necessidades específicas em termos de formação se tivermos em conta os números da região: “só tenho um ou dois casos por ano na área de cuidados neonatais, mas tenho que os tratar bem. Preciso refrescar os conhecimentos com um ciclo de estudos especiais. Temos cerca de 300



Dina Cirino, directora do serviço de Pediatria, e a também especialista Dora Gomes



Correia da Cunha, Jaime Mendes e José Manuel Silva durante a visita ao serviço de Pediatria



Fátima Bessa, especialista em Estomatologia

partos por ano e 5 ou 6 casos de prematuros". O quadro tem mais uma vaga mas os concursos são abertos e ficam desertos, provavelmente porque nem todos os

especialistas se adaptam a esta mistura de falta de massa crítica mas, ao mesmo tempo, ter que fazer de tudo um pouco. "Alguns colegas que vieram fazer as



O Serviço de Ginecologia e Obstetrícia tem excelentes equipamentos mas apenas um especialista: Luís Mota

férias da Dra Dina só quiseram fazê-lo uma vez...", enquadra o director clínico, explicando que quando sabem que é para trabalhar "sozinhos" não aceitam. Também aqui a informática não tem a eficácia que se esperaria e que deveria ter: "há seis anos tentámos implementar a telemedicina mas as plataformas não eram compatíveis..."

Luís Mota é mais um especialista único, neste caso em Ginecologia e Obstetrícia, mas 15 dias por mês conta com o apoio de um colega. Também neste serviço a esperança são os mais novos: "temos alguns internos em formação e estamos à sua espera para abrir vagas", refere lembrando que quando chegou a este hospital havia mais 100 partos por ano do que actualmente. Os equipamentos são bons – salas de dilatação, internamento, bloco de partos – mas com algumas deficiências de planeamento como é o caso do bloco que tem pouca luz mas que o director clínico informou durante a visita da OM que é uma questão que seria resolvida com brevidade. Quer o

serviço de Pediatria quer o de Ginecologia e Obstetrícia situam-se na parte nova do edifício.

Já na parte velha, a visita prossegue pelo serviço de Cirurgia, Unidade de Cuidados Intensivos com isolamento, as enfermarias, bloco operatório, etc.

“Temos 108 camas com uma taxa de ocupação de 51% mas com assimetrias entre serviços”, refere Rui Suzano, enquanto acompanha os elementos da direcção da OM pela visita ao Departamento de Medicina e respectivas enfermarias, onde existem 28 camas, 15 das quais dedicadas. Existem 5 especialistas em Medicina Interna, sendo que um faz apenas Oncologia e outro desses elementos é o próprio director clínico que também faz cuidados intensivos. Este serviço tem médicos internos e espera ter vagas abertas para a sua integração. O hospital dispõe de um especialista em Hematologia, cuja área de dedicação é a patologia maligna oncológica, mas está próximo da reforma. E, todos os anos, há cerca de 100 novos doentes do foro oncológico...

Outro sinal de mau planeamento do projecto do hospital é o facto de ter sido definida uma área para um serviço de Infeciologia cujas condições, nomeadamente um



António Goulart, director do serviço de Medicina Interna

pormenor tão “simples” como a porta, não eram adequadas ao necessário isolamento. A conclusão foi que esse espaço teria que ser reafectado e acabou por ficar com os serviços de Otorrinolaringologia e Oftalmologia.

A visita prosseguiu pela consulta externa onde as obras ainda marcam presença, nomeadamente nas zonas de passagem e numa área de sala de espera. Ouvimos as queixas dos doentes que referenciam a falta de condições que se traduz no pó que se vêem obrigados a respirar e no barulho. Também os médicos nos referem queixas quanto ao espaço, nomeadamente porque há dificuldades em circular, por exemplo, com uma cadeira de rodas, “mas



Luís Gonzaga, mais um especialista único - em Gastroenterologia - no quadro do Hospital da Horta

dizem que é provisório”, concluem.

No serviço de Gastreenterologia os representantes da Ordem conversaram com Luís Gonzaga que explicou as contingências de ser especialista único: “independentemente do movimento é complicado manter um serviço só com um especialista. Neste caso estamos a falar de cerca de 25 consultas hoje e de 15 a 16 exames por dia. E ainda damos apoio a Medicina Geral e Familiar. Fazemos 10 colonoscopias de manhã e 6 à tarde para aproveitar a capacidade instalada. Mas há muita pressão por ser apenas um médico e a única forma de rentabilizarmos o nosso trabalho é com uma equipa maior”.

Urgência assegurada por colegas espanhóis

Na Urgência do Hospital da Horta encontramos dois médicos espanhóis: Juan Miguel Perez e Jose Rodriguez são especialistas em emergência médica e “vão e vêm”, como alguém referiu, mantendo uma “vida nómada” e assegurando a urgência 10 dias de 2 em 2 meses. Fora do horário normal, estes colegas também fazem urgência interna e um deles também faz urgência no Algarve. A partir das 17h fica apenas um em presença física e outro de prevenção. O director clínico, Rui Suzano, referiu considerar importante ter pelo menos um médico no quadro da urgência.





Luís Tomás Gonçalves é um especialista cujos objectivos de melhoria do serviço foram travados pela realidade

Ortopedia: um exemplo de sucesso assistencial em risco?

Luís Tomás Gonçalves é o especialista que desde 2007 assumiu a responsabilidade pelo serviço de Ortopedia do Hospital da Horta. Para isso, este especialista pediu licença sem vencimento e deixou Santarém, estabelecendo para si – e para o serviço que ia assumir – objectivos bem definidos e que passavam por dar continuidade ao trabalho e introduzir novas técnicas: qualidade assistencial, instalação de material e equipamento ortopédico moderno e fazer formação. Sete anos depois as dificuldades vence-

ram: ainda o único ortopedista do hospital, Luís Gonçalves lamenta não ter conseguido construir uma equipa. Salienta que “felizmente sem ocorrências graves” mas que há “limitações de funcionamento” do serviço. Os seus números comprovam o que diz ao referir que a Horta “não pode ficar sem Ortopedia”: 400 operações por ano, com um pico em 2010 em que conseguiu efectuar 600 intervenções cirúrgicas “porque veio um colega ajudar”. Com o SIGIC sucedem-se casos de doentes 18 meses à espera de uma cirurgia ortopédica. “Não consigo dar mais resposta. São necessários pelo menos dois especialistas, com reforço de um terceiro

em tempo de férias. A única patologia que transferimos para São Miguel é coluna”. Considerando que o mais lamentável é o facto de não deixar uma equipa formada, explica alguns impedimentos: “quando cheguei tinha dois internos espanhóis que, naturalmente, depois da região investir neles, já voltaram para Espanha depois de terminar a especialidade. Neste momento o serviço não tem capacidade para dar formação. Aliás, não é propriamente um serviço... É um médico ortopedista a trabalhar”. Ainda sobre formação explica que tem recebido alguns internos do internato geral e que “neste momento é pouco atractivo para um jovem vir para a Horta porque dificulta a sua progressão na carreira; um especialista para vir para aqui tem que ter experiência de outros locais e serviços”. Perante a realidade, o objectivo de formação a que se propôs foi impossível. Mas em termos assistenciais e de equipamento não é assim: além dos números já referidos, “70% do trabalho é em traumatologia e o serviço está equipado com tecnologia do trauma, para tratamento de fraturas e não temos re-internamentos nem infecções a assinalar. Introduzimos cirurgia

Médicos reformados no activo

Tomás de Azevedo é urologista reformado. No entanto, de 15 dias por mês trabalha no Hospital da Horta em regime de *part-time*. “Agora sou médico a prestações, o que tem algumas vantagens mas...” Subentende-se no resto da conversa que o colega estaria disposto a trabalhar a tempo inteiro por reconhecer as necessidades assistenciais da região mas as condições não são aliciantes. **Luísa Lopes** é especialista em Medicina Interna e em Imunoalergologia e reformou-se com 40 anos de serviço. Ao ser convidada pelo colega Rui Suzano para ajudar os médicos do Hospital da Horta, não hesitou. Agora trabalha 15 dias por mês nesta instituição e o restante tempo em Évora, Elvas e Campo Maior.



Dedicação e brio profissional salvam hemodiálise

Miguel Leal é o nefrologista que, trabalhando 3 semanas por mês no Hospital da Horta, mantém, com a colaboração de alguns colegas, o serviço de Nefrologia. “Em 2012 reformou-se o nefrologista residente e criou-se esta equipa para manter o serviço de hemodiálise” que presta cuidados a 30 doentes do Faial, Pico e um de São Jorge. Um ano e meio de trabalho volvido, Miguel Leal conta com natural orgulho que neste serviço são cumpridos todos os indicadores de qualidade. Mas nem tudo está perfeito: “é preciso implementar diálise de alto fluxo e são igualmente necessários novos monitores pois o equipamento que temos é velho”, situação que, mais uma vez, o director clínico afirmou já estar resolvida ou em fase de resolução...

Acresce que a equipa de profissionais de saúde “é pequena” e só se mantém graças a um conjunto de boas vontades e dedicação. Exemplo disso é Ana Amélia Galvão, uma médica que está reformada, especialista em Nefrologia, que vem de Viseu prestar serviço no Hospital da Horta, em regime pro bono, quando é necessário substituir o colega. “Não nos deixam contratar médicos reformados”, explicam-nos.



artroscópica do joelho e do ombro e temos realizado alguma cirurgia complexa de revisão de próteses de anca e joelho com colegas que vêm de propósito para me ajudar”. A taxa de ocupação do serviço – que dispõe de 10 camas – é de 46% com uma demora média de 6 dias de internamento. Com um bom índice de *case mix*, “a Ortopedia tem contribuído para a diferenciação técnica do hospital”. A maior dificuldade é mesmo o estar sozinho porque “não tem havido concursos e não há maneira de deixar de ser só um! Mas todos os dias discuto casos, converso com colegas do país todo, trocamos emails, etc. Mas um colega mais jovem não tem esse tipo de rede de contactos”, explica Luís Tomás Gonçalves e conclui: “cheguei ao meu limite no que se refere a trabalhar nestas condições mas espero poder colaborar e ajudar o Hospital da Horta pois vou voltar para um serviço com 16 ortopedistas...” No final de Junho estava previsto o seu regresso a Santarém e a Horta poderá ficar sem Ortopedia.

Centro de Saúde da Horta com falta de médicos

Ainda no dia 16 de Junho, os representantes da Ordem dos Médicos deslocaram-se ao Centro de Saúde da Horta, uma unidade que possui 7 médicos que têm que dar cobertura também às 12 extensões, situação que não seria tão complexa para o seu trabalho se as extensões tivessem... informática! A falta de sistema informático implica que os médicos de família que se deslocam às extensões tenham que, ao regressar ao Centro de Saúde da Horta, transcrever os dados das consultas e fazer todos os registos no sistema informático. A falta de profissionais tem-se agravado pois há dois colegas doentes, um outro reformou-se e não tem havido renovação do quadro médico. Nelson Gonçalves, director do CS, continental a viver há 31 anos nos Açores de onde é natural a sua mulher, contextualizou



uma das maiores dificuldades que a unidade enfrenta: “Há 20 anos que formamos médicos e, agora, o CS perdeu a idoneidade formativa”. Segundo foi explicado a visita do Colégio da Especialidade que originou a perda de idoneidade ocorreu em 2012 durante uma fase de mudança em que se estava a passar o ficheiro central de papel para o sistema informático. Neste momento o processo no CS tem fotografia dos doentes



Reunião no CS da Horta



Correia da Cunha, José Manuel Silva e Nídia Neves



Manuela Soares, especialista em MGF, em consulta de planeamento familiar



Paula Bettencourt é assistente de MGF e tem uma lista com mais de 1700 utentes trabalho que acumula com as funções de delegada de saúde



Fabíola Borges Cimbron terminou a especialidade em Abril e gostou muito da formação neste CS; como queixa refere apenas as falhas informáticas e explica que pretende trabalhar em São Miguel onde considera que há maior falta de MGF

para melhor identificação. Todos os gabinetes dispõem de *scanner* e qualquer documento pode ser imediatamente digitalizado e integrado no processo clínico do doente. Os profissionais do CS da Horta referiram estar num processo de melhoria com vista ao cumprimento dos critérios de qualidade e que “algumas medidas já foram implementadas”. “Queremos melhorar porque é importante para a saúde no Faial. (...) So-

mos a ilha com mais famílias inscritas e classificadas como prioritárias...” Outro exemplo do desejo de cumprir com as exigências do Colégio é o facto de as médicas que não estavam devidamente inscritas como especialistas em Medicina Geral e Familiar já o terem feito e dessas melhorias terem sido comunicadas à Ordem. Aida Paiva, da Mesa da Assembleia Distrital do Conselho Médico dos Açores, recordou que, ape-

sar desse processo de retirada de idoneidade estar em curso, em 2013 ainda foram abertas vagas para formação neste CS, e que a razão pela qual não se concretizaram foi que não existiam médicos disponíveis para fazer a função de orientador... Ainda no decorrer da visita, o bastonário da OM, José Manuel Silva, referenciou este assunto ao departamento de Colégios havendo informação de que já

estava a ser tratado pelo Colégio e, no momento em que esta revista for distribuída, **já se terá concretizado uma nova visita para (re)avaliação** da idoneidade. A este propósito, José Manuel Silva considera fundamental “desenvolver medidas para aumentar a capacidade de formação na área da MGF e, sobretudo, para que os jovens especialistas de MGF se fixem na região” pois têm-se perdido algumas das “justas e necessárias medidas de discriminação positiva dos Açores”, isto num contexto em que há Médicos de Família portugueses a emigrar para os mais diversos países...

O CS da Horta é um CS intermédio pois tem meios complementares de diagnóstico como electrocardiograma (na orgânica da região autónoma existem também CS básicos, ou seja, sem MCD e sem urgência), localizado numas instalações espaçosas e bem equipadas onde



Armando Faria, responsável pela Unidade de Cuidados Continuados

se fazem também 5 consultas complementares, entre as quais saúde materna, saúde escolar e planeamento familiar, e é composto por unidade de Saúde Pública, unidade de MGF e unidade de terapêutica. Anteriormente faziam SAP no hospital

mas esse serviço terminou. Existe medicina dentária totalmente gratuita desde Maio de 2014, consulta de psicologia e dietista.

Comunicação com a Ordem dos Médicos

Ao longo desta visita de 4 dias foi perceptível em várias unidades de saúde que nem sempre os colegas usam os meios que a Ordem dos Médicos coloca ao seu dispor ou recorrem à instituição pelas vias de comunicação mais adequadas. Neste sentido, Jaime Teixeira Mendes instou os colegas a darem conhecimento ao Conselho Regional do Sul, a que preside, nomeadamente através de comunicação ao Conselho Médico dos Açores, de quaisquer dificuldades que sintam.

O bastonário da OM também transmitiu aos colegas um pouco da complexidade que é inerente à instituição onde se recebe um volume de correspondência diária tão grande que é preciso organização e divisão de tarefas o que significa que a comunicação enviada será sempre repartida e encaminhada aos departamentos adequados.

Todos os representantes da OM frisaram a sua disponibilidade para as comunicações feitas pelos colegas e Jorge Santos, presidente do Conselho Distrital, lembrou que se os médicos não derem conhecimento de potenciais problemas às estruturas da OM, não é possível actuar na defesa da qualidade da medicina exercida nos Açores.



Jaime Mendes, Jorge Santos e Rui Bettencourt, representantes da OM



Acessibilidade a serviços essenciais como os cuidados de saúde

Em 2013 o Comité Económico e Social Europeu emitiu um parecer sobre a acessibilidade de preços dos Serviços Essenciais de Interesse Geral (SIEG) nos quais se inclui habitação, energia, transportes, abastecimento de água e cuidados de saúde, entre outros. Nas recomendações desse parecer fala-se da necessidade dos Estados determinarem um cabaz de serviços essenciais para os quais a taxa de esforço de um agregado familiar deve ser fixada em função do que é aceitável face ao rendimento disponível.

Os serviços de interesse geral (SIG), tanto de natureza económica (SIEG) como não económica, baseiam-se no objetivo de garantir o acesso de todos os habitantes do país em causa a esses serviços e aos direitos fundamentais e estão estreitamente relacionados com o objetivo de coesão económica, social e territorial perseguido pela União Europeia. Muitos cidadãos da União Europeia enfrentam, em graus variados consoante o Estado-Membro, grandes dificuldades económicas para ter acesso a serviços essenciais em matéria de habitação, energia, comunicações eletrónicas, transportes, abastecimento de água, cuidados de saúde e serviços sociais, entre outros.

Tendo em conta que um elevado nível de acessibilidade de preços dos SIEG constitui um

dos seis valores comuns, isto é, seguidos por todos os Estados-Membros da EU, o Comité Económico e Social Europeu (CESE) propôs que a União Europeia clarificasse o conceito de acessibilidade de preços dos SIEG e que introduzisse medidas legislativas no direito derivado que obriguem os Estados-Membros a:

- estabelecer indicadores para determinar a acessibilidade de um serviço em termos de preço;
- determinar um cabaz de serviços essenciais, para os quais a taxa de esforço de um agregado familiar é fixada em função do que é aceitável face ao rendimento disponível. Um nível máximo de despesas para estes serviços essenciais deverá constituir uma base objetiva para quantificar a noção de acessibilidade de preços e para deter-

minar a percentagem geral das despesas de uma família acima da qual os custos adicionais dão direito, se for caso disso, a auxílios públicos;

- clarificar a noção de «pessoas vulneráveis» ou de «grupos desfavorecidos». Neste contexto, a Comissão Europeia deve reconsiderar a sua prática decisória em matéria de controlo de erro manifesto de classificação de auxílios estatais.

O artigo 3.º, primeiro parágrafo, do Tratado da União Europeia estabelece que «a União tem por objetivo promover», nomeadamente, «o bem-estar dos seus povos». A União Europeia tem de reconhecer e respeitar o direito de acesso aos SIEG nos termos dos Tratados e da Carta dos Direitos Fundamentais apenas ao Tratado de Lisboa, que refere explicitamente as

legislações e práticas nacionais como base para tal. Muitos Estados-Membros associam a este direito de acesso a necessidade de prestar um serviço «em condições economicamente viáveis para todos», aplicando, para o efeito, em diferentes graus, programas de ajuda social individuais e coletivos. Todavia, na prática, muitos cidadãos na União Europeia enfrentam sérias dificuldades para aceder a serviços essenciais, designadamente em matéria de cuidados de saúde. A acessibilidade do preço de um serviço deve permitir aos cidadãos pagar facilmente esse mesmo serviço e, no contacto com os médicos de diversas zonas do país a Ordem dos Médicos tem constatado que não é isso que está a acontecer, havendo diversos relatos de doentes crónicos a faltar a consultas, grávidas que vão fazer exames em jejum, etc.

Comparação de custos de tratamento em Portugal e outros países

O INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., divulgou um estudo que incide na comparação de custos médios de tratamento entre Portugal e outros países europeus. O objectivo foi analisar a evolução dos custos de tratamento diários em Portugal entre 2010 e 2014 para 4 casos clínicos diferentes, bem como, comparar esses valores com os custos de tratamento desses casos específicos, tendo em conta o preço máximo dos diferentes cabazes de medicamentos noutros países da União Europeia (Espanha, França, Eslováquia, Noruega, Itália, Reino Unido, Dinamarca e Eslovénia). Deste estudo, conclui-se que o custo médio de tratamento diário em Portugal baixou bastante desde 2010 nos 4 casos clínicos apresentados. A redução de preços observada deveu-se às revisões anuais de preços de medicamentos de marca, ocorridas desde 2010 até 2014 e às regras de comparticipação de medicamentos genéricos, que provocam uma rápida redução de preços máximos, assim como, à entrada no mercado, de medicamentos genéricos comparticipados, com preços mais baixos, que substituem a utilização dos medicamentos de marca nos tratamentos. Verifica-se também que o custo médio de tratamento em Portugal está abaixo da média dos restantes países analisados. Ainda assim, estes custos, ao representarem médias, não são garantia de um acesso generalizado no contexto dos SIEG como referido. O estudo encontra-se disponível em www.infarmed.pt



Francisco Goiana da Silva

Não somos perfeitos mas estamos muito acima da média mundial

Francisco Goiana da Silva é um jovem médico que integra uma equipa de trabalho da OMS que tem como missão avaliar e modernizar os sistemas de ensino de profissionais de saúde a nível mundial. Crente em Deus, na superação pessoal constante e na interacção positiva com aqueles que o rodeiam, é também um defensor do SNS, acreditando que os pilares e força daquela que define como “a maior vitória da democracia portuguesa” são inquestionáveis. O SNS é, para este jovem, “o motor do estado social em que vivemos”. Uma paixão clara pelo SNS mas que não o impede de reconhecer a existência de espaço para melhorar. Ainda assim, explica que Portugal faz “uma melhor gestão de fundos alocados à saúde do que as grandes potências” e não hesita em apelidar de “tacanho” o olhar para a Saúde que a reduza a uma fonte de despesa. A longo prazo sonha com um SNS com profissionais respeitados e motivados que trabalham em equipas de saúde, nas quais se potenciam as capacidades de cada elemento em benefício do doente, com mais centros de saúde e cuidados preventivos e menos hospitais, numa atitude organizacional que se pode comparar ao seu próprio espírito de serviço e de superação pessoais. Nesta entrevista Francisco Goiana da Silva explica os conceitos em que acredita e o que defende para a Saúde de um Portugal cujos principais defeitos são a falta de amor próprio e de auto-confiança.

Revista da Ordem dos Médicos - Como surgiu a oportunidade do estágio na Organização Mundial de Saúde?

Francisco Goiana da Silva - Tendo sido educado num colégio Jesuíta, e talvez até inspirado pela irreverência da Companhia de Jesus em si, desde cedo foram-me inculcados valores como o espírito de serviço e a superação pessoal. (...) O desafio do curso de medicina prendeu-se com esta “missão” de transformar as vidas daqueles

que me rodeiam tendo-se ramificado através do associativismo estudantil na Faculdade de Medicina de Lisboa, publicação de dois livros infantis (“Um dia no Hospital dos Pequeninos” e “A Matilde está careca”), e contacto na primeira pessoa com Sistemas de Saúde como o brasileiro, inglês, libanês e suíço. Sempre fui bastante sensível ao ambiente envolvente e, talvez por isso, a política nacional, muitas vezes vazia e desprovida de qualquer tipo de

meritocracia, desacomodou-me.

Ao contactar com realidades diferentes percebi a importância crescente de alargar horizontes. (...) Desacomodado pelo ambiente derrotista generalizado no nosso país, e inspirado pelas minhas referências pessoais, decidi abandonar a minha zona de conforto e ir conhecer “mundo”. Tendo as minhas raízes fixadas numa humilde família de professores, confesso que a concretização deste ímpeto não foi fácil. Como se diz bem à moda do

Norte (onde nasci e cresci): tudo o que consegui saiu-me do “pêlo”. A Organização Mundial de Saúde foi apenas uma oportunidade que surgiu na hora mais oportuna. Após uma simples candidatura via online, acessível ao público em geral, fui aceite para um estágio não remunerado de 3 meses. Investi todas as poupanças de uma vida (ainda que curta) para me sustentar em Genebra. Tive a sorte de ter sido alocado aos trabalhos de um grupo de especialistas constituído então, de que agora faço parte enquanto membro efectivo. Esta “Taskforce” tem como missão avaliar e modernizar os sistemas de ensino de profissionais de saúde a nível mundial.

ROM - Como se sentiu por ter sido o único jovem português seleccionado para estar no Fórum Económico Mundial, a par de personalidades como o ministro Pires de Lima, por exemplo?

FGS - Senti gratidão e o peso da responsabilidade. O conceito de “gratidão” tem para mim, enquanto católico, uma profundidade e solenidade diferente daquelas que estamos habituados a ver no dia-a-dia. A parábola dos “Dons”, Evangelho de S. Mateus, que aprendi a ter presente inspirado por uma das minhas referências (Professor Doutor João Lobo Antunes) ilustra perfeitamente aquela que considero ser a melhor forma de demonstração de gratidão pelas oportunidades que nos são dadas. Mais do que a expressão do simples “obrigado”, é essencial a responsabilidade de superação pessoal constante, interferindo de forma positiva com aqueles que nos rodeiam. Mas, mesmo enquanto crente em Deus, é importante esclarecer que este convite não foi apenas “providência”. De entre centenas de CVs e cartas de motivação a nível mundial tive o privilégio de ser escolhido. A sorte constrói-se.

Enquanto único jovem português, senti a constante responsabilidade de ser a voz do meu país, dos meus pares, da minha geração. Não houve um único dia durante a minha estadia em Davos em que não passasse largos minutos a pensar: “O que posso fazer mais? O que posso fazer melhor?”

ROM - Pode resumir os argumentos que usou no Fórum Económico Mundial na defesa do SNS?

FGS - A comunidade internacional considera essencial a intervenção dos jovens líderes nas tomadas de decisão e desenvolvimento de inovação e soluções criativas. O segredo está num balanço certo entre experiência e inovação. Considero que o motivo para a minha participação em reuniões de acesso limitado, lado a lado com as vozes da experiência, foi precisamente a busca desse equilíbrio. Acredito que a grande diferença entre os jovens e os experientes é que, os jovens não vêem, à partida, tantos obstáculos como os experientes. Isso permite aos primeiros acreditar de uma forma mais intensa e “destronar” os impossíveis.

Não foi difícil defender o SNS português em Davos porque, afinal de contas, somos um exemplo de sucesso a nível mundial nos cuidados de saúde. Temos um Serviço de Saúde melhor! Temos uma organização que funciona, apesar de ter falhas! Fazemos uma melhor gestão de fundos alocados à saúde do que as grandes potências (tome-se por exemplo o “Obamacare”). Apenas somos inferiores em dois aspectos: amor próprio e auto-confiança.

Fui muitas vezes questionado sobre a sustentabilidade do SNS pelas vozes do capitalismo. No entanto, hoje em dia, é redutor e tacaño olhar a saúde apenas enquanto encargo/despesa. E se é de números que muitos dos gestores se alimentam, nada mais objectivo

e científico de que o estudo recentemente publicado pelo Professor Pedro Simões Coelho- ISEGI no qual é provado que a qualidade do SNS tem impacto real no PIB dos países. “Cada ano a mais de esperança média de vida ao nascer significa um acréscimo de 0.4% de output económico e um aumento do PIB em 0.46%.”

ROM - Considera, portanto, que o SNS é mais do que sustentável, um bom “negócio”?

FGS - Por princípio, não considero o SNS um negócio. O SNS é a maior vitória da democracia portuguesa e tem como missão constitucional a garantia de cuidados de saúde acessíveis, livres e tendencialmente gratuitos. É, portanto, o motor do estado social em que vivemos e que, a meu ver, faz de Portugal um dos poucos países em que eu conseguiria viver.

O SNS foi criado há mais de 30 anos, num contexto social diferente, e com o objectivo de dar resposta a um contexto epidemiológico muito diferente do actual. Creio que, muitas vezes, não tivemos a capacidade de ajustar esta “ferramenta” às necessidades da nossa sociedade em tempo útil. Apesar disso, a resiliência do SNS é prova da sua força e dos seus pilares que, a meu ver, são inquestionáveis.

Não somos perfeitos mas, ainda assim, estamos muito acima da média mundial. O desafio é precisamente a inovação contínua. Nas palavras do Dr. Adalberto Campos Fernandes, defensor notável do SNS, “Ser defensor do SNS não é necessariamente sinónimo de ser conservador em relação a ele. Antes pelo contrário!”. Acredito na possibilidade de um SNS sustentável. O caminho é a coragem, união e inovação. O SNS e a saúde dos portugueses é, sim, um investimento.

ROM - Exponha, sucintamente, o seu plano estratégico para esse investimento.

FGS - A missão do SNS não se pode confundir com objectivos capitalistas ou comerciais. O SNS tem, em vez disso, de ser uma garantia forte, sustentada, e duradoura de uma sociedade justa e saudável.

Creio que a estratégia para tal finalidade passará, antes de mais, por voltar a unir todos os profissionais de saúde, que fazem do SNS uma massa viva, numa mesma voz, com um mesmo objectivo comum e com um forte sentimento de “amor à camisola – SNS”. Esta cultura de unificação à volta da “marca” SNS começa a construir-se na formação pré-graduada. Os estudantes de hoje serão os médicos e os enfermeiros de amanhã e serão eles o nosso SNS. Só com esta visão estratégica será possível reformular a cultura do SNS.

Os desafios da prática de cuidados de saúde hoje em dia são muito diferentes dos do passado. Portanto, é importante deixar de pensar o SNS por “classes” e pensá-lo antes por “equipas”: a HealthWorkforce. A promoção do contacto e partilha de experiências entre os diferentes profissionais de saúde durante a sua formação pré-graduada é essencial. Devemos promover a cooperação e solidariedade ao invés da disputa de poder. Não falo em “taskshifting”, falo sim em “skill-mix”. Seria irresponsável a transferência de competências entre diferentes tipos de profissionais de saúde mas, em contrapartida, uma melhor conjugação das competências de cada elemento permite uma prestação de cuidados com mais qualidade com melhores resultados e com maior rentabilização dos recursos humanos disponíveis. Por exemplo, não faz sentido que um médico desperdice 1/3 das suas horas de trabalho com questões de burocracia e sistemas informáticos (Granja, Ponte, Cavadas, 2014). A

promoção do trabalho de equipa permitirá devolver os médicos à sua principal missão: prevenção, diagnóstico e terapêutica.

É importante voltar a investir na motivação dos profissionais de saúde do SNS. Pensar num Sistema que apenas sobrevive às custas do sacrifício desmedido dos seus trabalhadores é errado. A motivação e promoção da meritocracia é essencial para a elevação dos cuidados de saúde prestados e excelência do trabalho exercido por todos. Ver médicos com remunerações líquidas horárias de 7 euros é degradante e indica um grande desajuste no sistema central.

A retoma da reforma dos cuidados de saúde primários é essencial. Praticamente toda a evidência científica disponível aponta esse caminho. Infelizmente, a classe política parece não gostar de basear as suas tomadas de decisão e cortes em dados estudados e provados. Precisamos urgentemente de reforçar a abrangência dos Cuidados de saúde primários pois eles serão a solução para a prevenção e descentralização do SNS Hospitalar. Neste campo é preciso deixar o habitual discurso politicamente correto e passar à acção, principalmente eliminando o duplo incentivo financeiro ao “hospitalocentrismo”.

Os maiores encargos do SNS estão associados à doença crónica (diabetes, hipertensão, obesidade, etc). Os números indicam-nos uma tendência de crescimento exponencial dos mesmos. Assim, a prevenção deverá ser, necessariamente, uma prioridade. Apenas através dela poderemos pensar um SNS sustentável numa escala temporal superior ao habitual tempo de legislatura.

Havendo uma aposta forte e coerente nos Cuidados de Saúde primários e na prevenção torna-se essencial uma reestruturação da rede de cuidados hospitalares. Reestru-

turação esta, que nunca poderá ser um exercício autista da tutela mas que deverá também contar com a coragem e disponibilidade para a inovação por parte dos diferentes intervenientes.

Finalmente, e de forma transversal às medidas que já referi (cuja quantidade e especificidade serão, certamente, fruto da minha juventude), é importante traçar um plano estratégico do SNS a longo prazo e garantir um entendimento e compromisso alargado da sociedade para com ele. As perspectivas assumidas muitas vezes por personalidades como o Professor Doutor Correia de Campos ou a Professora Doutora Maria do Céu Machado apontam nesse sentido. Só assim, o SNS poderá voltar a ser algo superior a interesses, lóbis, partidos ou legislaturas. Só assim o SNS poderá reavivar o seu estatuto de fonte de estabilidade da nação.

A longo prazo, sonho um SNS com profissionais motivados que trabalhem em equipas de saúde, com mais centros de saúde, e menos hospitais.

ROM - Em que áreas da despesa pública considera que se pode poupar e melhorar a eficiência do Estado?

FGS - A forma de financiamento do SNS deverá ser alvo de uma discussão alargada, desenvolvendo alternativas que vão para além da contenção de despesas. A criatividade e criação de valor na área pública poderão ser o caminho. Falar de turismo de saúde, envolvimento das instituições em projectos alargados de investigação promovidos pela indústria, centralização de compras para aquisição em massa, informatização alargada enquanto forma de garantia de comunicação e de combate ao desperdício (de que é exemplo a Plataforma de Dados de Saúde desenvolvida pela SPMS) não são conceitos novos. Falta apenas cora-



Jovem médico português, natural de Santo Tirso, Francisco Goiana da Silva tem 24 anos e um currículo digno de nota: mestrado integrado em medicina na Universidade de Lisboa, assumiu desde cedo funções de dirigente associativo a nível nacional e internacional; orientado por personalidades como João Lobo Antunes, António Sampaio da Nóvoa e José Fernandes e Fernandes, foi uma voz activa na modernização do ensino da Universidade de Lisboa. É um dos 15 membros do Global Shapers Lisbon Hub e foi o único Shaper português presente no Fórum Económico Mundial que decorreu em Davos na Suíça, onde esteve como embaixador do SNS nacional, do qual é um acérrimo defensor e onde apelou a uma maior sensibilização para os gastos públicos. Foi também o único português seleccionado a nível mundial para estagiar na OMS durante o ano 2014/2015. Como resultado do trabalho que desenvolveu no início de 2014, enquanto Médico Interno na sede da OMS em Genebra, foi convidado a integrar o grupo de especialistas e conseguiu, em Julho, que Portugal fosse o local da realização do encontro dos 40 maiores especialistas mundiais em educação de profissionais de saúde, reunião promovida e financiada pela OMS. O jovem médico pretende suspender as suas funções profissionais no Hospital de Santa Maria para ingressar num dos mais conceituados Mestrados de Política e Gestão de saúde no Imperial College. Dos 30 alunos seleccionados a nível internacional foi já distinguido como um dos elementos com curriculum e objetivos mais promissores. É médico, escritor, pintor e escultor.

gem para encontrar um equilíbrio entre a criação de valor, defesa do valor criado e eliminação de encargos desnecessários sem prejuízo do anterior.

ROM - Pode explicar-me qual é o paradigma de “equipas em saúde” que defende para o nosso SNS no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da rentabilização de recursos humanos?

FGS - O paradigma de equipas em saúde apenas encontra espaço e mote num Serviço Nacional de Saúde centrado e comprometido para com a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao cidadão. Vivemos num Portugal que apesar de geograficamente pequeno, comparativamente com outros países, é constituído por populações locais com caracte-

rísticas e necessidades diferentes. Assim não é possível ou desejável haver um “protótipo” de equipa. A equipa tem de rentabilizar os “skills” dos vários indivíduos para responder de uma forma adequada e com qualidade às necessidades reais de cada utente. Concretizando, a equipa necessária para tratar um politraumatizado é necessariamente diferente da adequada à gestão da doença crónica e da multimorbilidade. O conceito de “HealthWorkforce” é hoje em dia essencial na elevação da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos enquanto amálgama aglutinadora e promotora de sinergias entre os diferentes intervenientes do sistema.

ROM - Como se enquadra, nessa equipa, a figura do enfermeiro de família? Que modelo considera

que beneficia mais o doente: um em que o enfermeiro de família actua sob coordenação do médico - num modelo de integração - ou acha que se podem autonomizar as duas funções num modelo de actuação mais independente desses dois profissionais?

FGS - Assumindo o doente como elemento central do sistema, e tendo em conta que não existem dois doentes iguais, necessariamente a estrutura das equipas em saúde deverão ser igualmente ajustadas às suas necessidades. Certamente que o enfermeiro de família poderá desempenhar um papel fulcral em diversas equipas do SNS. No entanto, é importante salientar que, na minha perspetiva, a formalização desta figura (que já existe na prática) não deve sobrepor-se de forma alguma com competências dos restantes elementos do

Francisco Goiana durante reunião da OMS que trouxe a Portugal os 40 maiores especialistas mundiais em educação de profissionais de Saúde



sistema, nomeadamente médicos. Num sistema com recursos médicos limitados, o enfermeiro de família permitirá certamente otimizar o impacto do trabalho de diagnóstico, prescrição e prevenção feito por médicos. Poderá, portanto, desempenhar um papel importante na elevação da qualidade dos cuidados de saúde prestados nas equipas ajustadas às necessidades de cada doente.

A fragmentação de cuidados é um dos conhecidos problemas da medicina moderna. Assim sendo, a resposta de todos os profissionais deve ser feita de forma integrada, a autonomização e a especialização levam à perda da visão holística. Uma vez mais, mesmo ao nível dos cuidados de saúde primários, diferentes utentes terão diferentes necessidades e como tal serão adequados diferentes perfis de equipa. Por exemplo nos chamados “casos sociais” só a resolução da situação social levará ao cumprimento terapêutico e aos desejados resultados de Saúde.

O conceito de equipa é, na minha perspectiva pessoal, diametralmente oposto ao conceito de actuação independente. Assim, as equipas pretendem-se ajustadas às necessidades dos doentes, optimizada a comunicação intra-equipa e equipa/doente.

ROM - Além de exercer medicina, escreve, pinta e faz escultura. Que sentido encontra na arte?

FGS - (...) A arte desempenha na minha vida dois papéis cruciais: o de exercício de criatividade e superação pessoal, que acaba por se reflectir em tudo aquilo que penso e faço, e uma forma de exteriorização de emoções e vivências que, enquanto médicos, muitas vezes nos impedimos de expressar.

ROM - Comente, por favor, a frase de “João Cid dos Santos: “Sendo a última profissão romântica, a Medicina será sempre de melhor Qualidade quando praticada por homens de cultura”.

FGS - Em verdade lhe digo que esta citação tem sido presença regular nos meus pensamentos. Mas estou convicto de que, mais do que uma forma de regra, ela deverá ser motor de um exercício individual constante. Se, facto, a cultura é um dos factores condicionantes de uma medicina de excelência, a busca de conhecimento não médico deverá ser uma preocupação constante dos profissionais e estudantes de medicina. Enquanto jovem recém formado posso referir-me com maior conhecimento de causa à situação dos segundos.

Hoje, a educação médica é um mundo vasto, constantemente assolado pelas exigências dos avan-

ços tecnológicos e especialização que é muitas vezes, a meu ver, demasiada e demasiado precoce. As faculdades de medicina excederam já em largas centenas as suas capacidades e corremos sério risco de se assemelharem a fábricas de Médicos. Devo confessar que o nível de cultura e curiosidade intelectual da minha geração de médicos me preocupa. Não encontro a mesma elevação intelectual que identifico nas histórias contadas sobre a juventude das personalidades que inspiram a medicina portuguesa e internacional.

“A narrativa da doença só é bem entendida quando já se escutaram outras vozes, as vozes da pintura, escultura, ficção, poesia ou da filosofia, pois estas ajudam a apreender o sentido mais profundo do sofrimento, oculto, tantas vezes, no interstício de um discurso que tanto pretende revelar como esconder. - João Lobo Antunes”

Hoje em dia, trabalhamos demasiadas horas, damos muito de nós, e usamos as horas vagas para estudar ciência que, objectivamente, parece ser o caminho mais óbvio para uma medicina mais moderna. Deixou de haver tempo para a cultura. Começamos a tornar-nos técnicos. E talvez por isso, muitas vezes, comecem a tentar tratar-nos como tal. Acredito vivamente que a melhor forma de afirmação do valor dos Médicos será através da restauração desta “Cultura”.

Deveremos repensar a Educação Médica e a própria estrutura da carreira profissional no sentido de combater esta corrente forte de conversão da Arte Medicina na Técnica Medicina. Pela arte e cultura seremos capazes de ser de novo o motor inquestionável da união do Serviço Nacional de Saúde.



Carlos Diogo Cortes

Presidente do Conselho Regional
do Centro da Ordem dos Médicos



COMEMORAÇÕES · 35 ANOS
DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO DA ORDEM DOS MÉDICOS

“A esperança tinha razão” SNS – 35 anos

À liberdade de Abril, ainda tenra e tremida, faltava a consolidação social que permitiria a igualdade entre todos e a dignidade de cada um.

Uma das conquistas sociais mais importantes de sempre foi feita na área da saúde, proporcionando a todos os direitos básicos que hoje parecem inalienáveis, mas que, então, compaginavam uma verdadeira conquista.

Existia a esperança de que um sistema de saúde público, abrangente e igualitário permitiria não só o acesso a cuidados de saúde básicos mas também serviria de alavanca na construção de uma sociedade mais justa. O acesso à saúde deixaria de ser o benefício exclusivo dos mais afortunados e passaria a ser acessível a todos, independentemente do seu estatuto económico, financeiro, social, profissional ou outro.

A saúde deixaria de ser o privilégio de uma elite.

Após 35 anos de crescimento, dificuldades, adversidades e contrariedades, verificamos que a expectativa depositada nesta área venceu barreiras e soube trazer aos mais céticos aquilo que anos de governos ilegítimos da ditadura e revolu-

ções sangrantes passadas sempre tinham negado.

A esperança, afinal, tinha razão. A utopia semeada com a incerteza de um país democrático ainda adolescente soube rebentar frutos de uma árvore desconhecida, de raízes crescentes e sólidas, de tronco robusto, de alguns ramos frágeis e de flor rara que só os países mais desenvolvidos no mundo tinham ainda provado.

Nascia, em 1979, no sistema de saúde português, o Serviço Nacional de Saúde. Jovem de 35 anos, soube resistir a intempéries, ventos enfurecidos, ervas daninhas e outras pragas de cegueiras políticas e ideológicas de circunstância.

O sonho de uma árvore improvável materializou-se pela vontade dos homens, resistiu à vontade destruidora de outros e continua a servi-los até aos dias de hoje.

O Ministro dos Assuntos Sociais do segundo governo de Mário Soares, António Arnaut, é o nome de conjugação perfeita com as siglas SNS. Dos valores da liberdade, do humanismo e da solidariedade, materializou o pensamento no Despacho Ministerial de 1978 (Despacho Arnaut) e na Lei 56/79, de 15 de

Setembro, que estabelece definitivamente o Serviço Nacional de Saúde.

Desde então, o SNS progrediu, encontrando nos resultados apresentados, na sua larga aceitação na sociedade e no seu insubstituível papel as razões do seu crescimento e sustentação. Durante anos, o SNS foi enraizando na sociedade os seus valores, tornando-os indissociáveis dos direitos básicos do cidadão e incorporando-o no genoma da identidade social e legislativa do país.

Hoje, a realidade em que vivemos, após 40 anos de democracia ocidental, é sociologicamente diferente da vivida nos cravos da Revolução. A evolução tecnológica na área da ciência e da informação transformaram a face da saúde e colocaram o SNS num novo patamar de exigência.

A população aumentou em 1,7 milhões (10,42 milhões de habitantes a 1 de Janeiro de 2014), dos quais dois terços têm mais de 65 anos e 45% mais de 74 anos. A esperança média de vida passou de 68,1 para 80,8 anos. Paradoxalmente, a taxa de natalidade atual (7,9%) é a mais baixa da União Europeia e muito abaixo da taxa de mor-

talidade (10,2%). A recente vaga de emigração das gerações mais novas e mais qualificadas veio agudizar a problemática do envelhecimento da população.

As condições de vida e de habitação melhoraram exponencialmente, tanto na qualidade como na abrangência da população. Habitações sem eletricidade, sem água canalizada, sem duche ou banho, sem saneamento básico, sem telefone, sem eletrodomésticos eram frequentes. Ao obscurantismo educativo das décadas do pré-Abril tomou lugar uma sociedade mais qualificada, mais culta e tecnicamente melhor preparada. O país acompanhou, ao longo dos anos, a modernidade e as condições de conforto passaram a ser inquestionáveis.

Obviamente, a crise económica,

financeira e social, sem precedentes na história recente do país, veio, tal como um tsunami, arrasar o muro de certezas que a propaganda política e económica tinha dado como certas.

Às incertezas do momento atual crescem as esperanças colocadas no SNS, as quais responsabilizam ainda mais os atuais responsáveis políticos do setor. Como nunca antes desde a criação do SNS, a igualdade no acesso, a universalidade dos cuidados, as condições do exercício da medicina e a oferta em saúde têm o significado social que é marca de um país em luta por uma recuperação económica de um amanhã que parece nunca chegar.

O SNS não é, nem poderá ser, o agente exclusivo da saúde em

Portugal. Conjuntamente com o setor privado, ambos devem manifestar uma coabitação saudável capaz de oferecer e incrementar a oferta geral em saúde. Este ano e numa altura delicada da sua existência, o SNS festeja, a 15 de Setembro, o seu 35º aniversário.

O SNS soube subsistir através da dedicação exemplar e incansável dos seus profissionais e da exigência dos doentes para cuidados de saúde adequados e de qualidade.

A Ordem dos Médicos decidiu comemorar esta data publicamente, envolvendo os médicos e a população em geral.

A esperança nunca desvaneceu, tinha razão, há 35 anos, e continua resistente nos dias de hoje.

notícia

Missão Sorriso

Estão abertas as candidaturas para o Concurso Missão Sorriso 2014. Podem participar neste concurso todas as entidades coletivas sem fins lucrativos e as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde que integrem o Serviço Nacional de Saúde, que apresentem projetos nas áreas da Promoção da Saúde e Bem-Estar da Criança, do Envelhecimento Ativo ou da Luta Contra a Fome. De entre os vencedores, será distinguido pelo menos um projeto por cada distrito concorrente. As candidaturas podem ser enviadas até 15 de Outubro de 2014 para: missao.sorriso@sonaemc.com. Os Projetos Vencedores serão conhecidos no primeiro trimestre de 2015. Para mais informação, pode aceder-se ao regulamento e formulário de inscrição no site da Missão Sorriso (<https://missaosorriso.continente.pt/>). Para esclarecimento de dúvidas ligue 21 982 25 92.

Abrace esta missão e leve um sorriso a quem mais precisa!





Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

A propaganda do *task-shifting*

Nunca, como nos últimos três anos, convivemos com um quadro político tão penalizador para o sector da saúde. O plano de assistência financeira, por um lado, e as opções estratégicas do Governo, por outro, estabeleceram uma via de sentido único em direcção à austeridade, com uma brutal contenção de despesa e nenhuma intenção verdadeiramente reformista. Os “cortes cegos” suprimiram uma visão estrutural e dinâmica do sistema, com reflexos dramáticos na qualidade dos cuidados prestados à população.

A história deste Ministério da Saúde fez-se de constantes indefinições, poucos avanços e muitos recuos, imprecisões técnicas, focos de guerrilha mediática e uma deriva contabilística à imagem do seu líder. A prioridade máxima, apesar de todas as campanhas em sentido contrário, foram os números, os custos, as metas orçamentais. Não há saúde para além do défice.

Exemplo paradigmático deste exercício político do Ministério é a forma como se avança com a possibilidade de outros profissionais de saúde substituírem os médicos em determinadas

funções. O chamado *task-shifting* aparece de forma intermitente na imprensa, seja na versão dura do “enfermeiro de família” ou na versão *light* do “gestor do doente”, ambas em substituição de um especialista em Medicina Geral e Familiar. O aspecto mais pernicioso destas propostas – espécie de *joker*, que se aposta quando mais convém – é que não correspondem a nenhum pressuposto técnico-científico, não visam qualquer acréscimo de qualidade, sequer tornar o sistema mais ágil e eficiente. A sua finalidade é estritamente quantitativa, orçamental.

A insistência nesta matéria tem sido lamentável. Quase sempre vem associada a uma campanha de forte desinformação e altamente preconceituosa relativamente aos médicos, onde nunca faltam os lugares comuns da fraude, da assiduidade ao trabalho e da acumulação de funções. Uma vez desprestigiada e estigmatizada a classe médica, o caminho para a violação de competências está aberto.

O caso mais recente não surgiu na comunicação social. Surgiu na casa da democracia. A Proposta de Lei 203/XII/GOV,

actualmente em discussão na Assembleia da República, enquadra juridicamente a profissão de podologista. Mas apenas em abstracto, porque na prática reconhece a profissão de esteticista/pédicure como uma actividade de elevada diferenciação, que incorpora competências de Medicina, Cirurgia e Anestesiologia. Algo notável, numa área onde existe apenas uma oferta de formação superior em Portugal e cuja duração é de apenas três anos!

A proposta não fica por aqui. Na redacção actual, os podologistas passam a desempenhar as suas funções com total autonomia técnica. Fazem prevenção, diagnóstico e terapêutica, num quadro semelhante a outros profissionais com períodos de formação altamente exigentes e alargados. Apesar de equiparada a profissão paramédica, a podologia vê-lhe ser conferida um estatuto que mais nenhuma actividade do género recebeu.

Será oportuno recordar que um médico especialista – entre os quais, aquele que trata doenças dos membros inferiores – cumpre uma formação variável de 11 a 13 anos, com competências que estão ampla e consisten-

temente definidas do ponto de vista técnico e científico. Será ainda oportuno acrescentar que, ao longo da sua formação pré e pós-graduada, o médico é sujeito a avaliações teórico-práticas regulares e da mais alta exigência. Será, porventura, necessário esclarecer que a legislação, nacional e comunitária, atribui ao médico as funções de coordenação das equipas de saúde, sem prejuízo das responsabilidades atribuídas a cada profissional e do trabalho multidisciplinar.

Na qualidade de dirigente da Ordem dos Médicos, entendo ser absolutamente prioritário retomar o debate da regulamentação do acto médico e definir, de forma clara, transparente e inequívoca os limites da nossa intervenção técnica. É uma clarificação que se impõe, não apenas por motivos internos, ao contribuir para o en-

quadramento ético-deontológico da profissão; mas fundamentalmente por motivos externos, ao evitar manipulações legislativas que atendem a interesses económico-financeiros mais ou menos obscuros e ao salvaguardar o direito dos doentes a uma Medicina qualificada. Não se trata de corporativismo. Trata-se de competência. Há um mar de diferenças.

Suponho que com este ministro da Saúde, esse debate estaria condenado ao fracasso. Não obstante, uma das melhores propagandas que a equipa de Paulo Macedo poderia fazer em benefício do sector que tutela seria abandonar o caminho da demagogia e focar-se nos verdadeiros e profundos problemas estruturais. Os médicos, mas sobretudo os portugueses, sairiam a ganhar.

P.S.: O artigo foi escrito antes do senhor ministro da Saúde ter afastado qualquer alargamento de competências aos enfermeiros. Decisão sensata, mas tardia, dado que há dois anos, pelo menos, vem manifestando publicamente essa mesma intenção.



Abílio Antunes

Médico especialista em Medicina Tropical;
Presidente da Médicos do Mundo



15 Anos a “lutar contra todas as doenças, até mesmo a injustiça”

A missão, os projectos, a intervenção, as actuais dificuldades e o apelo à intervenção de todos para ler na mensagem de Abílio Antunes, Presidente da Médicos do Mundo, no momento em que a Associação comemora o seu 15º aniversário.

A Delegação Portuguesa da Associação Médicos do Mundo é uma das 15 delegações de uma Rede Internacional, de ajuda humanitária e cooperação para o desenvolvimento, sem fins lucrativos, filiação partidária ou religiosa, que comemorou no dia 20 de Julho o seu 15º aniversário.

Ao longo da sua existência, através de candidaturas a projectos nacionais e internacionais, financiados parcialmente por entidades oficiais e com o apoio de donativos de empresas e de beneméritos, tem desenvolvido ao longo dos anos, inúmeros projectos com especial ênfase nos PALOP'S - Guiné-Bissau, Angola, S. Tomé e Príncipe, Moçambique e Timor Leste -, sem prejuízo de outras acções de Emergência Humanitária em Timor-Leste (1999, 2001 e 2006), Turquia (1999), Peru (2001), Moçambique (2001), Afeganistão (2002), Iraque (2003), Sri Lanka (2004), Guiné-Bissau (2005 e 2008), S. Tomé e Príncipe (2006) e Haiti (2010).

Em Portugal promove o acesso gratuito a cuidados de saúde à população vulnerável, nas mais diversas áreas de intervenção, como a prevenção do VIH/Sida, na pro-

moção da saúde mental, no apoio a doentes com doenças crónicas e debilitantes, no apoio psicossocial, atendendo aos grupos mais vulneráveis e excluídos socialmente.

Nos últimos três anos, devido às graves dificuldades financeiras que o país atravessa, houve uma drástica diminuição dos apoios financeiros públicos, empresariais e de particulares, tendo por outro lado, ocorrido um significativo acréscimo dos pedidos de apoio, da parte da nossa população alvo.

Na actual conjuntura, de forma a poder dar continuidade à prestação gratuita dos cuidados de saúde, a instituição foi obrigada a interromper a actividade em quase todos os PALOP'S, direccionando os poucos recursos para acções em Portugal, de forma a poder apoiar através da prestação de cuidados primários

de saúde, apoio medicamentoso e de Serviço Social cerca de 5.000 pessoas, entre elas crianças, idosos e pessoas sem-abrigo, através de sete projectos nacionais.

Comemorar mais um ano de existência só é possível devido ao empenhamento de todos os profissionais, voluntários e apoio dos nossos doadores, parceiros e financiadores. Em nome da Delegação Portuguesa da MdM, permitam-me renovar o apelo à participação de todos, para que com o vosso donativo, possamos dar resposta aos pedidos que nos chegam e manter o apoio aos que mais precisam.

A actual crise económica afecta todos nós, mas é pelos nossos beneficiários, que pedimos o vosso contributo. Convicto de que marcarão a diferença pela vossa generosidade, despeço-me com um Bem-Hajam.

Continuar a ajudar a MdM é a melhor celebração!

Para além do NIB 0035 0551 00009108930 59, Linha Solidária 760 50 10 50 (€0,60+IVA), ainda poderá obter mais informações sobre outras formas de ajudar (donativos online, transferências bancárias, leilão solidário, campanhas promovidas por empresas solidárias, etc) e os projectos da Associação em www.medicosdomundo.pt



Cristina Moisão

Membro da direcção do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos



O escorbuto na armada de Vasco da Gama

O escorbuto é conhecido desde a antiguidade, tendo sido descrito por Joinville no século XIII, endémico nos países do norte da Europa durante a Idade Média e principal causa de mortalidade nos navios de longo curso. Os sintomas iniciavam-se com fadiga, seguida de edemas dos membros e gengival, hemorragias, dores ósseas e articulares e diminuição da resistência a infecções virais. Associa-se a prevenção ou cura do escorbuto à decocção de folhas de pinheiro pelos índios americanos (viagem de Jacques Cartier à Terra Nova em 1535), à ingestão de sumo de limão (praticada pela tripulação de um navio inglês em viagem para a Índia em 1593) e laranja (segundo trabalhos do médico da marinha britânica James Lind no século XVIII); a doença é finalmente associada à carência de vitamina C ou ácido ascórbico pelos estudos de Haworth e Szent-Gyorgyi em 1932.

No entanto, quando começamos a estudar mais atentamente alguma literatura portuguesa do século XVI, compreendemos que o escorbuto, para além de ser conhecido e descrito, foi inequivocamente relacionado com o processo de cura através do consumo de laranjas e limões, anos antes da descrição de Jacques Cartier. Atentemos pois, às descrições portuguesas sobre a doença.

Após ultrapassar o Cabo da Boa Esperança e a extremidade sul do continente africano, em Janeiro e Fevereiro de 1498, a frota comandada por Vasco da Gama inicia a derrota ao longo da costa oriental de África, rumo a norte, até alcançar a costa de Moçambique. Ao longo deste percurso começa a grassar a doença entre os marinheiros, tal como nos descreve primorosamente Camões:

*“E foi, que de doença crua e feia,
A mais, que eu nunca vi, desam-
pararam*

*Muitos a vida, e em terra estranha
e alheia*

*Os ossos para sempre sepultaram.
Quem haverá que sem o ver o creia?
Que tão disformemente ali lhe in-
charam*

*As gengivas na boca, que crescia
A carne, e juntamente apodrecia.*

*Apodrecia c’hum fétido e bruto
Cheiro, que o ar vizinho inficionava:
Não tínhamos ali medico astuto,
Cirurgião subtil menos se achava;
Mas qualquer neste officio pouco
instructo*

*Pela carne já podre assi cortava,
Como se fora morta; e bem convinha,
Pois que morto ficava quem a tinha”¹*

Mas recuemos mais um pouco e verificamos que doença é descrita num roteiro da viagem de Vasco da Gama, atribuído a Gonçalo Velho, no momento em que a armada se encontrava ancorada na foz de um rio a que deram o nome de Rio dos Bãos Signaees, actualmente considerado como sendo o rio Quelimane, em Moçambique: “... e aquy nos adoeceram muytos homens que lhe jnachavam os pees e as mãos e lhe creciam as gengivas tanto sobre os dentes que os homens nom podiam comer (...)”². Por esta descrição, feita na primeira pessoa, não nos resta qualquer dúvida que se tratava de escorbuto a doença que atacava os marinheiros da frota de Vasco da Gama. Continuemos pois na descrição desse roteiro, que nos relata a chegada da frota à cidade de Mombaça, onde a população local oferece aos marinheiros vários ali-

mentos, entre os quais se encontram laranjas e limões; apreciemos também os efeitos que essa alimentação teve na tripulação, com a cura dos doentes ainda durante o mês de Março, na cidade de Mombaça: “Ao Domjnguo de rramos mandou o Rey de Mõbaça ao capitam moor hũ carneiro e muytas laranjas e cidrões e canas daçuquar(...)”.³ “Quis Deus por sua mjericordia que como fomos junto com esta cidade logo todollos doentes que traziamos foram sãoos porque esta terra he de muyto bons arres.”⁴ A armada prosseguiu viagem, largando da hostil Mombaça, tocando um pouco mais a norte em Melinde e chegando a Calecut em Maio de 1498; partia dessa cidade em Agosto do mesmo ano, depois de limpos os navios; fizeram-se ao mar mas, ignorando o padrão das monções, ficaram sujeitos a calmarias e ventos contrários que não davam andamento aos navios, por ali pairando durante três meses. Durante esse tempo mais uma vez se descreve o aparecimento de doença nos marinheiros: “(...) de maneira que nos adoeço toda a gente das gengivas que lhe creçiam sobre os dentes em tal maneira que nom podiam comer, e jso mesmo lhes inchavam as pernas, e

grandes outros inchaços pelo corpo de guisa que lavravam hũ homem tanto ate que morria sem ter outra nehua doença; da qual nos morreram em o dito tempo trinta homes, afora outros tantos que ja eram mortos, e os que navegavam em cada naoo seryam sete ou oito homens, e estes nom eram ainda sãoos como aviam de ser, (...)”.⁵ Após nova travessia do Indico, tornaram a Melinde, terra de gente amistosa para os portugueses; aí chegados, em Janeiro de 1499, Vasco da Gama ordenou que fossem buscar laranjas, pois compreendera que seriam remédio eficaz contra a doença que grassava a bordo das suas naus, o que se confirma uma vez mais pelo roteiro da viagem: “o capitam mandou (...) hũ homem a terra pera o outro dia trazer laranjas que muyto desejavam os doentes que trazíamos, como de fecto as trouxe logo com outras mujtas fruytas, postoque nom aproveitaram aos doentes, que a terra os apalpou de tal maneira que aquy se nos finaram mujtos;”⁶ Sabemos que a frota de Vasco da Gama se compunha, na partida de Lisboa, por quatro naus tripuladas por cerca de 170 homens; a nau S. Miguel, destinada a transporte de mantimentos, foi queimada perto da baía de S. Brás, quando a armada rumava a

norte ao longo da costa oriental africana, restando três naus para a viagem de retorno a Portugal. A acreditar no roteiro da viagem, morreram de escorbuto pelo menos cerca de sessenta homens, ou seja, mais de um terço da tripulação, o que corresponde a uma elevadíssima taxa de mortalidade. A vontade do comandante da armada em se abastecer de laranjas na cidade de Melinde poderá ser interpretada como a constatação do facto deste fruto contribuir para a cura do escorbuto, vários anos antes das descrições de outros navegadores, o que não causará estranheza se considerarmos a vasta experiência dos navegadores portugueses em viagens de longo curso, igualmente antes de outros a tal se aventurarem.

1- Luís de Camões, *Lusíadas*, Canto V, estrofes LXXXI e LXXXII, escrito cerca de 1558 a 1560, com primeira impressão em 1572

2- Anónimo (Álvaro Velho?), Roteiro da viagem que em descobrimento da Índia pelo Cabo da Boa Esperança fez Dom Vasco da Gama em 1497, Biblioteca Pública Municipal, Porto, 1838, p. 22

3- Ibidem, p. 38

4- Ibidem, p. 41

5- Ibidem, p. 100

6- Ibidem, p. 103

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2014

Conferência

17 de Setembro, quarta-feira, 21h – em Lisboa

"António Ribeiro Sanches: Um médico português, judeu, pela Europa do século XVIII"

- José Luís Dória

na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos – Av. Almirante Gago Coutinho, 151 - Lisboa

informações e inscrições: Paula Fortunato - paula.fortunato@omcne.pt

História da
Medicina

Provedoria de Justiça e ACSS divergem quanto à ilegalidade dos concursos fechados

Na sequência de queixas apresentadas à Provedoria de Justiça este órgão do Estado considerou existirem, pelo menos, dúvidas sobre a legalidade dos concursos fechados por imporem restrições às candidaturas a empregos do sector público. Depois de várias diligências e de a Provedoria da Justiça ter comunicado ao Secretário de Estado da Saúde e ao Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde as suas dúvidas quanto à legalidade desses concursos a ACSS informou manter "inalterada a interpretação perfilhada pelo Ministério da Saúde". Apesar de divergir da interpretação da Provedoria em como os concursos fechados seriam ilegais, a ACSS considerou a matéria em causa "controvertida" e comunicou que em sede de revisão do regime do internato médico as preocupações da Provedoria (que espelham igualmente as preocupações da OM nessa matéria) serão tidas em conta para que no futuro não se coloquem dúvidas quanto à legalidade de quaisquer concursos. A documentação oficial onde se encontram plasmados os argumentos da Provedoria de Justiça e todas as diligências promovidas, bem como o arquivamento do processo pode ser consultada no site nacional da OM.

Critérios de admissão a Gastrenterologia Pediátrica

O Conselho Nacional Executivo homologou os critérios de admissão na Subespecialidade de Gastrenterologia Pediátrica que se encontram divulgados no site nacional. As candidaturas deverão ser apresentadas até ao dia 15 de Outubro de 2014.