

Revista

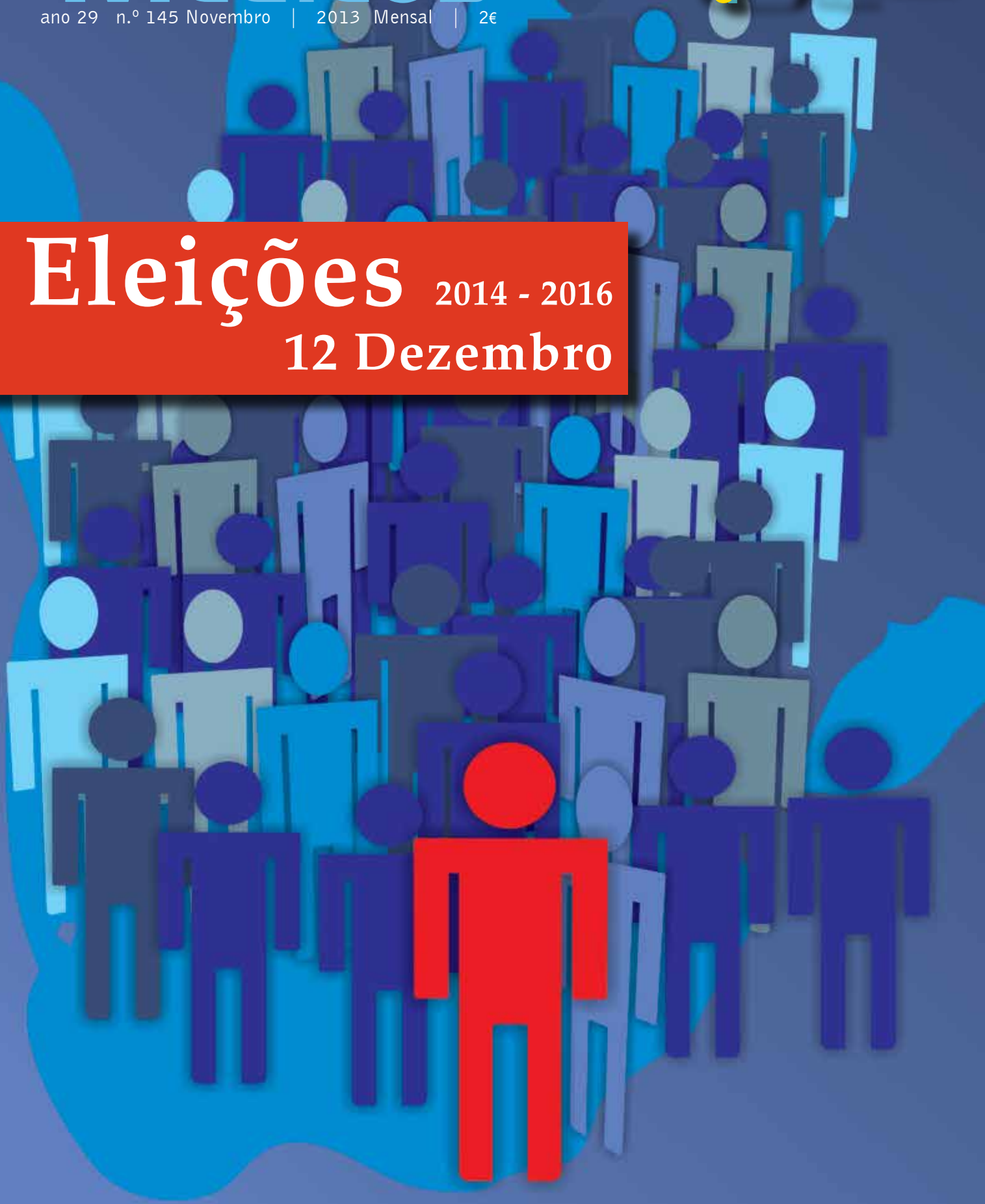
Ordem dos Médicos

ano 29 n.º 145 Novembro | 2013 Mensal | 2€



Eleições 2014 - 2016

12 Dezembro



Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 29
N.º 145
Novembro 2013

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:
**António Pereira Coelho, José Ávila
Costa 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:
**Lidergraf - Sustainable Printing,
Artes Gráficas, SA**
Rua do Galhano, 15
4480-089 Vila do Conde

Depósito Legal: **7421/85**
Preço Avulso: **2 Euros**
Periodicidade: **Mensal**
Tiragem: 44.000 exemplares
(11 números anuais)

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



05 **Código Deontológico**

informação

- 06 Centros Especializados para Utilização Excecional de Medicamentos
- 07 Nova Cédula da Ordem dos Médicos
- 08 Guerra entre Médicos por causa de atestados
- 09 Dermatologia para a África que fala português
- 10 Ordem dos Médicos celebra protocolos no âmbito da qualidade e transparência
- 11 Parecer 64/2012 do CNECV
- 14 A tartufice dos anéis e das gravatas
- 16 Implicações do Despacho nº 13877-A/2013 nos cuidados ao doente oncológico
- 17 Competência em Medicina do Sono

actualidade

- 18 Reengenharia das convenções: quem pretende forçar o fim da pequena/média medicina privada?
- 24 Reunião geral de Colégios
- 27 Prémios SOPEAM 2013
- 28 Da herança do sacamuelas à moderna estomatologia e medicina dentária

opinião

- 31 Deixar Fugir a Juventude
- 34 Gerontofil
- 36 PROGNÓSTICOS? – Só no fim do jogo!
- 38 Subsídios para a história do Sistema de Saúde Português no século XX
- 41 Responsabilidade médica a propósito de alguns casos do concelho de Coimbra
- 47 Será que em Portugal devemos também aconselhar as pessoas com diabetes a emigrar?
- 49 Rastreio do Cancro do Colo do Útero na ARS Norte: intervalo de 3 ou 5 anos?
- 52 Um Rumo para a Medicina Portuguesa - Sete Problemas, Sete Soluções

eleições 2014 - 2016

- 54 Calendário eleitoral - Triénio 2014/2016
- 55 Candidatura a Presidente da Ordem dos Médicos José Manuel M. C. Silva
- 60 Secção Regional do Norte
- 71 Secção Regional do Centro
- 90 Secção Regional do Sul

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 autores. 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: António Lopes Pires
 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

Centros Especializados para Utilização Excecional de Medicamentos

Publicamos em seguida o comunicado do Conselho Nacional Executivo sobre o Despacho nº 13877-A/2013, relativo aos Centros Especializados para Utilização Excecional de Medicamentos (CEUEM), no qual se pode ler que esse Despacho é «atentatório da Saúde dos Doentes, gerador de profundas desigualdades regionais, afastando os doentes do interior do país da acessibilidade a potenciais terapêuticas, potenciador de racionamento e que se baseia em explicações sem fundamento».

Comunicado

A Ordem dos Médicos foi surpreendida com o teor do Despacho nº 13877-A/2013, publicado no Diário da República no dia 30/10/2013.

É um Despacho atentatório da Saúde dos Doentes, gerador de profundas desigualdades regionais, afastando os doentes do interior do país da acessibilidade a potenciais terapêuticas, potenciador de racionamento e que se baseia em explicações sem fundamento.

Os Doentes que não forem das regiões de Lisboa, Porto ou Coimbra são discriminados negativamente no acesso a terapêuticas inovadoras que careçam de autorizações especiais de utilização (AE).

Os Doentes que não forem das regiões de Lisboa, Porto ou Coimbra, pelas longas distâncias que passam a ser obrigados a percorrer, alguns já em condição mais débil, são mais rapidamente condenados

à morte.

Alguns dos maiores hospitais do país passam a ser proibidos de tratar alguns doentes que possam beneficiar de terapêuticas que necessitem de AE do INFARMED!

O Despacho refere que “Com o objetivo de reforçar a racionalidade, equidade e excecionalidade do recurso a estas Autorizações Excecionais (AE) para medicamentos dependentes de avaliação prévia pelo INFARMED, I.P.”. São explicações enganadoras e as consequências serão as opostas.

1 – A autorização de AE não depende do hospital de origem do pedido mas sim do caso clínico e da fundamentação técnica e científica da utilização do medicamento proposto.

2 – Obrigar doentes do interior a percorrer grandes distâncias para poderem ser tratados não gera equidade, bem pelo contrário, agrava tremendamente as desigualdades.

3 – Ao afastar os doentes da acessibilidade à terapêutica não se introduz racionalidade mas sim racionamento geográfico!

4 – Os Hospitais que, prejudicando doentes, bloqueavam pedidos de AE, manterão o mesmo comportamento, agora não enviando os doentes para os ditos e limitados Centros Especializados para Utilização Excecional de Medicamentos (CEUEM).

5 – Ao concentrar mais doentes em Hospitais que já têm tempos de espera, vai atrasar-se ainda mais a análise e o processo terapêutico destes doentes, que correrão o risco de morrer antes de receberem o tratamento que lhes pode prolongar significativamente e melhorar a qualidade de vida.

6 – Há muitos centros de excelência no tratamento de doenças oftalmológicas e oncológicas fora dos três grandes centros médicos do país, o acesso ao conhecimento científico e aos protocolos terapêu-

ticos é universal, as AE são autorizadas pelo INFARMED, o que garante o seu rigor de aprovação, pelo que o presente Despacho é totalmente desprovido de necessidade e de sentido.

7 – O Despacho contraria a responsabilidade científica no exercício da profissão médica e a relação de confiança entre médico e doente para os médicos especialistas que trabalham fora destes centros, porque a sua decisão passou a ter que ser validada por colegas destes centros (quicá até menos graduados e com menor tempo de exercício da especialidade).

8 – O significativo número de AE utilizadas pelos médicos para poderem tratar os seus doentes deve-se penas ao extraordinário atraso, em muito casos de vários anos, imposto artificialmente pelo INFARMED à aprovação de inovação terapêutica, com graves prejuízos de muitos doentes. Por exemplo, há fármacos na área da Oncologia, sem alternativas terapêuticas, com um atraso de quatro anos na decisão de comparticipação, numa forma explícita e intolerável de racionamento.

Neste contexto, a Ordem dos Médicos apela à suspensão imediata

deste Despacho e propõe o início imediato de um diálogo que vise a procura de soluções adequadas ao correcto e racional tratamento dos Doentes, sem quaisquer disparidades geográficas, que tenha em consideração a situação actual do país. A Ordem dos Médicos não deixará que este assunto possa cair no esquecimento.

CNE da OM, Lisboa, 1 de Novembro de 2013

Nova Cédula da Ordem dos Médicos

A implementação de uma nova cédula profissional com chip electrónico e assinatura digital qualificada é uma questão estratégica para a Ordem e para os Médicos, na medida em que garante a Ordem como a entidade certificadora profissional e garante a segurança dos médicos na sua actividade clínica. Nos dias de hoje, uma verdadeira cédula profissional tem que ser bem mais do que um mero plástico.

Alerta-se todos os Colegas que ainda não realizaram o agendamento para solicitar a renovação da cédula profissional para a necessidade de procederem a esse agendamento com a máxima celeridade.

Só assim todos os intervenientes no complexo processo técnico de emissão da nova cédula conseguirão cumprir com maior rapidez e assertividade a personalização dos cartões e a respectiva emissão e entrega. Assim, solicitamos aos Colegas que ainda não concretizaram os procedimentos de actualização da cédula profissional que o façam assim que possível.

Guerra entre Médicos por causa de atestados

Divulgamos em seguida a carta que o presidente da Ordem dos Médicos dirigiu ao Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, Orlando Monteiro da Silva, relativa ao artigo “Guerra entre Médicos por causa dos atestados”, publicado no Jornal de Notícias, na sua edição de 19 de Novembro, e que não é da responsabilidade da Ordem dos Médicos. Não abdicando da defesa da melhor prática clínica, dos cidadãos e do país, a Ordem dos Médicos não procura nenhuma guerra com qualquer das ordens profissionais da área da saúde e deixa clara nesta carta a disponibilidade para um diálogo construtivo, nomeadamente no que concerne ao Licenciamento de Clínicas e Consultórios onde a atenção se deve centrar no sentido de vir a ter um edifício legislativo coerente, que permita a defesa das boas práticas clínicas, que garanta ao Doente uma Medicina de Qualidade, sem asfixiar burocrática e financeiramente a Medicina de proximidade, «sem nos deixarmos envolver em querelas artificiais que a aproveitarem a alguém, não será certamente a Médicos e Doentes».

«Sob o título “Guerra entre Médicos por causa dos atestados”, publica o Jornal de Notícias, na sua edição de hoje 19/11, um texto do jornalista Miguel Gonçalves que importa esclarecer para que não fique apenas a espuma sensacionalista, tão do agrado do nosso jornalismo, que não é da nossa responsabilidade.

A Ordem dos Médicos não procura nenhuma guerra com qualquer das ordens profissionais da área da saúde, embora não abdique da luta pela melhor prática clínica, na defesa dos cidadãos e do País.

Assim, o que a Ordem dos Médicos e o seu bastonário defendem é

que as competências de cada profissional dependem da formação que aquele tem, e não dos títulos que ostenta. Por isso, dissemos, no que foi por V. Exa confirmado, que os dentistas conhecem a patologia da boca e os seus reflexos na saúde em geral. Por isso, nada temos a opor a que médicos Dentistas atestem sobre situações dessa esfera de competência.

Outrossim, já nos parece abusivo que, apenas e só pelo facto de ostentarem a designação de Médicos no seu título, alguns profissionais da área da Saúde possam querer arvorar-se em conhecedores de toda a complexa ciência Médica,

atestando sobre situações patológicas cuja semiologia não dominam. Nesse contexto devem ser lidas as declarações por mim proferidas ao supracitado jornal. Se aceitássemos como válida a argumentação, baseada no título, de que os Médicos Dentistas poderiam atestar sobre qualquer patologia (e que nos conste e a título de exemplo, não dominam aqueles profissionais, por exemplo, as doenças neurológicas, que tão profundamente podem afectar a capacidade para dirigir veículos e máquinas), amanhã estaríamos sem argumentos para proibir a capacidade de atestar a outros profissionais que também

exibem o título de “Médico” como é o caso dos “Médicos Veterinários” e dos “Médicos Tradicionais Chineses”, que citei ao Jornal.

Entenda, portanto, que longe de comparar os Médicos Dentistas ao Médicos Veterinários ou aos “Médicos Tradicionais Chineses” pretendi, apenas e só demonstrar que há áreas específicas de actuação que devem, para bem de todos (especialmente dos Doentes), ser respeitadas, porque quando se destapa “a caixa de Pandora”, os resultados são imprevisíveis.

Penso que, questões muito importantes, como as concernentes ao Licenciamento de Clínicas e Consultórios devem centrar a nossa atenção no sentido de vir a ter um edifício legislativo coerente, que permita a defesa das boas práticas clínicas, que garantam ao Doente uma Medicina de Qualidade, sem asfixiar burocrática e financeiramente a Medicina de proximidade, base do exercício profissional de uma boa parte dos nossos associados, sem nos deixarmos envolver em querelas artificiais que a apro-

veitarem a alguém, não será certamente a Médicos e Doentes.

Explanados que estão os argumentos da Ordem dos Médicos, penso que não há razão para títulos alarmistas.

Assim, peço-lhe que aceite a disponibilidade da Ordem dos Médicos para todo o diálogo construtivo, bem como os melhores cumprimentos institucionais, (e, também, pessoais)

José Manuel Silva»

Dermatologia para a África que fala português



O objetivo deste «Dermatologia para a África que fala português» é dar formação em cuidados primários e teledermatologia em países de língua oficial portuguesa. A primeira missão começa ainda este ano. O projecto foi desenvolvido pelo Departamento de Dermatologia do Hospital CUF Descobertas e venceu o desafio “Dermatologist from the Heart”, o qual foi lançado, pela primeira vez em Portugal, pela Fundação La Roche-Posay, com o apoio da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia (SPDV). Este projeto propõe-se, em cooperação com o Instituto Marquês de Valle Flor, em S. Tomé, e com a Organização Não Governamental Carmo Jardim, em Moçambique, dar formação em cuidados primários básicos e teledermatologia. Já está projetada uma missão em São Tomé, que contará com a presença de dois dermatologistas e cujo objetivo é fazer cirurgias a doentes que já passaram pela triagem e que estão em lista de espera. Para além disso, realizar cursos de dermatologia para médicos residentes de medicina geral e familiar. “Temos como objetivo ensinar médicos locais a prevenir algumas doenças dermatológicas, verificar as condições locais para desenvolver programas de apoio permanente em telemedicina - como fazemos com São Tomé - e, identificadas as necessidades e os meios necessários, colaborar ativamente na luta contra as enfermidades cutâneas”, explicou Miguel Correia, do Departamento de Dermatologia do Hospital CUF Descobertas.



Ordem dos Médicos celebra protocolos no âmbito da qualidade e transparência

A Ordem dos Médicos celebrou recentemente protocolos de cooperação com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no âmbito do SINAS para promover a manutenção e/ou melhoria de padrões de qualidade na prestação de cuidados, e com a Autoridade Tributária e Aduaneira (AT), com o intuito de fomentar a qualidade, a transparência, o rigor na prestação dos serviços e contribuir para a dinamização de uma cultura de consciência fiscal, para uma sociedade comprometida com as suas garantias constitucionais.

O protocolo celebrado entre a ERS e a OM visa uma colaboração no âmbito do SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, com o intuito de trabalhar em prol do aperfeiçoamento do SNS, a melhoria contínua dos cuidados prestados e a divulgação de informação objectiva e inteligível junto de profissionais e utentes sobre a qualidade global dos serviços de saúde. A OM prestará a sua colaboração através do Conselho Nacional de Auditorias e Qualidade e através da nomeação de representantes dos Colégios da Especialidade os quais tomarão parte na definição e validação dos indicadores de qualidade das áreas com componentes técnicas e científicas de carácter clínico a integrar no SINAS. Especificamente no que se refere às áreas que se encontram já em avaliação no âmbito do projecto SINAS, a OM irá participar na sua revisão e validação. O protocolo celebrado com a ERS, que pode ser consulta-

do no site nacional da Ordem dos Médicos, inclui um anexo onde se especificam todos os indicadores de qualidade das áreas com componentes técnicas e científicas de especialidades clínicas já em avaliação pelo SINAS.

O protocolo celebrado entre a Autoridade Tributária e Aduaneira e a Ordem dos Médicos traduz a vontade das duas instituições em contribuir para a dinamização de uma cultura de consciência fiscal, e para uma sociedade comprometida com as suas garantias constitucionais, bem como o respectivo empenhado em fomentar a qualidade, a transparência e o rigor na prestação dos serviços. Este protocolo de cooperação a AT reconhece a importância que a Ordem dos Médicos desempenha na regulação, na dignificação e prestígio da profissão médica, e como a sua colaboração é relevante para a compreensão do sector e dos profissionais e para a promoção

do desenvolvimento harmónico e dinâmico, como resposta aos desafios impostos pela nova realidade económica e social. O protocolo entre OM e AT foi celebrado no âmbito do programa de promoção do cumprimento voluntário das obrigações fiscais e tem por objetivo intensificar a colaboração entre as duas instituições, estabelecendo mecanismos de cooperação no sentido da simplificação, apoio e diminuição dos custos de cumprimento. Para isso as duas instituições procedem voluntariamente à troca de informação que entenderem pertinente, no estrito cumprimento das normas legais e das regras deontológicas e de ética profissional de ambas. Entre as várias acções conjuntas a desenvolver, realizar-se-ão conferências, seminários e sessões de esclarecimento.

Os dois protocolos podem ser consultados em www.ordemdosmedicos.pt.

Parecer 64/2012 do CNECV

Publicamos em seguida o parecer, aprovado em CNE, do Conselho Nacional de Deontologia e Ética Médica da Ordem dos Médicos a propósito do parecer 64/2012 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

«1-O atual Conselho decide não se pronunciar sobre a matéria substantiva do parecer do anterior Conselho Nacional de Deontologia e Ética Médica da Ordem dos Médicos (CNDEM), com exceção da questão levantada no ponto g) da exposição de Vossa Excelência a propósito da afirmação do anterior CNDEM segundo a qual o parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) “evita a controvérsia estéril”. À falta de melhor interpretação entende este Conselho que aquela afirmação só pode explicar-se pela introdução do parecer do CNECV que se cita: “O pedido de Parecer refere claramente que as medidas em apreço se enquadram na necessidade de sustentabilidade do SNS e aponta como essencial a garantia de acesso aos cuidados de saúde por parte de todos os cidadãos” e mais adiante que “Neste sentido, tem-se presente que “a restrição orçamental está claramente estabelecida ao nível da despesa pública em medicamentos, por via do Memorando de Entendimento assinado com a Comissão Tripartida Comissão Europeia — Banco

Central Europeu — Fundo Monetário Internacional. Dada esta restrição clara, é importante saber qual o grau de exigência presente. A resposta é igualmente clara – é uma condição de grande exigência. Obriga a baixar em cerca de 1/3 a despesa pública em medicamentos face a Outubro de 2010. Vale a pena ver com alguma atenção os números envolvidos.” (Pita Barros, 2011)”.

Ora, se a redução da despesa pública em medicamentos está estabelecida por via do Memorando de Entendimento, a controvérsia é realmente estéril por que as decisões restritivas estão tomadas. Outros poderiam aduzir que a questão em apreço não é de ética ou de ética para as ciências da vida, mas sim e somente, de simples avaliação dos conceitos políticos de país soberano ou de país em regime de protectorado. Não sendo esta uma questão ética ou deontológica, o CNDEM abstém-se de proceder a comentários adicionais.

2-O actual CNDEM sublinha não estar surpreendido pelo facto do CNECV elaborar um parecer que não se coaduna com a ética médi-

ca. Seria mesmo surpreendente que o fizesse tendo em conta a sua denominação, composição e forma de designação da generalidade dos seus membros. Na verdade, o CNECV não é um conselho de ética ou deontologia médicas nem tem por função codificar os respectivos valores. Estas competências estão cometidas, por lei e exclusivamente, à Ordem dos Médicos. Não pode, no entanto, o CNDEM deixar de citar a natureza e missão do CNECV, conforme decorre do artigo 2º da Lei 24/2009 de 29 de Maio:

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, abreviadamente designado por CNECV, é um órgão consultivo independente que funciona junto da Assembleia da República e que tem por missão analisar os problemas éticos suscitados pelos progressos científicos nos domínios da biologia, da medicina ou da saúde em geral e das ciências da vida”, bem como as respectivas competências, definidas pelo artigo 3º da mesma Lei:

a) Acompanhar sistematicamente a evolução dos problemas éticos

suscitados pelos progressos científicos nos domínios da biologia, da medicina ou da saúde em geral e das ciências da vida;

b) Emitir pareceres sobre os problemas a que se refere a alínea anterior, quando tal lhe seja solicitado nos termos do artigo 6.º ou por sua iniciativa;

c) Apresentar anualmente à Assembleia da República um relatório sobre o estado da aplicação das novas tecnologias à vida humana e respectivas implicações de natureza ética e social, formulando as recomendações que tenha por convenientes;

d) Promover a formação, bem como a sensibilização da população em geral sobre os problemas éticos nos domínios da ciência da vida, por sua iniciativa ou em colaboração com outras entidades públicas, sociais ou privadas, nomeadamente através da realização de conferências periódicas e da apresentação pública das questões mais importantes que tenham sido submetidas à sua análise;

e) Assegurar a representação nacional em reuniões internacionais de organismos congéneres;

f) Divulgar as suas actividades, pareceres e publicações, dispondo para o efeito de capacidade editorial própria;

g) Elaborar um relatório sobre a sua actividade no fim de cada ano civil, a enviar ao Presidente da República, ao Presidente da Assembleia da República e ao Primeiro-Ministro e a divulgar no respectivo sítio na Internet.

Considerou Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde que o racionamento/racionalização dos custos com medicamentos seria matéria apreciável e do âmbito das competências do CNECV no que foi correspondido pelo mesmo Conselho.

Não deixa de ser interessante, quicá apressadamente oportuno, que o racionamento/racionalização dos gastos em medicamentos, imposto pelo Memorando de Entendimento Tripartido (e por isso putativamente incontroverso), tenha sido considerado um problema ético suscitado pelos progressos científicos referidos na Lei 24/2009 de 29 de Maio.

4-Relativamente às questões formuladas por Vossa Excelência nos pontos e) e f) entende o CNDEM que a resposta às mesmas implicam um juízo político, económico e financeiro que o CNDM não se sente habilitado a emitir. Ainda assim, os pontos seguintes que procuram responder às questões formuladas por Vossa Excelência nas alíneas a), b) e c), permitem extrapolar, razoavelmente, o pensamento do atual CNDEM da Ordem dos Médicos.

5-Sendo óbvio que a natureza e missão da Ordem dos Médicos é a defesa das normas éticas e deontológicas, é com fundamento no Código Deontológico dos Médicos que passamos a tentar responder às questões a), b) e c) do ofício de Vossa Ex.ª.

6-As normas do Código Deontológico dos Médicos que versam a matérias em apreço são as seguintes:

Artigo 3.º

(Independência dos médicos)

1 — O médico, no exercício da sua profissão, é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus actos.

2 — Em caso algum o médico pode ser subordinado à orientação técnica e deontológica de estranhos à profissão médica no exercício das funções clínicas.

3 — O disposto no número anterior não contraria a existência de hierarquias técnicas institucionais, legal ou contratualmente estabelecidas, não podendo, contudo, em nenhum caso, um médico ser constrangido a praticar actos médicos contra sua vontade, sem prejuízo do disposto no artigo 7.º e 41.º, número 1.

Artigo 6.º

(Proibição de discriminação)

O médico deve prestar a sua actividade profissional sem qualquer forma de discriminação.

Artigo 9.º

(Actualização e preparação científica)

O médico deve cuidar da permanente actualização da sua cultura científica e da sua preparação técnica, sendo dever ético fundamental o exercício profissional diligente e tecnicamente adequado às regras da arte médica (leges artis).

Artigo 31.º

(Princípio geral)

O médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo sempre com correcção e delicadeza, no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde, conservar a vida e a sua qualidade, suavizar os sofrimentos, nomeadamente nos doentes sem esperança de cura ou em fase terminal, no pleno respeito pela dignidade do ser humano.

Artigo 32.º

(Isenção e liberdade profissionais)

1 — O médico só deve tomar decisões ditadas pela ciência e pela sua consciência.

2 — O médico tem liberdade de escolha de meios de diagnóstico e

terapêutica, devendo, porém, abster-se de prescrever desnecessariamente exames ou tratamentos onerosos ou de realizar actos médicos supérfluos.

Artigo 33.º

(Condições de exercício)

1 — O médico deve exercer a sua profissão em condições que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e a especificidade da sua acção, não aceitando situações de interferência externa que lhe cerceiem a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de actuar em conformidade com as *leges artis*.

2 — O médico tem o dever de comunicar à Ordem todas as tentativas de condicionar a liberdade do seu exercício ou de imposição de condições que prejudiquem os doentes.

Artigo 52.º

(Menores, idosos e deficientes)

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

Artigo 111.º

(Responsabilidade)

1 — O médico deve ter em consideração as suas responsabilidades sociais no exercício do seu direito à independência na orientação dos cuidados e na escolha da terapêutica, assumindo uma atitude responsável perante os custos globais da saúde.

2 — O médico deve prestar os melhores cuidados possíveis no condicionalismo financeiro existente, mas não pode, em função deste, realizar ou prescrever o que considere deletério para o doente.

3 — Em caso algum pode o médico prescrever terapêuticas ou solicitar exames complementares de diagnóstico que não visem o interesse directo do doente a seu cargo.

4 — É indevida qualquer forma de prescrição que vise o interesse financeiro do próprio médico ou de terceiros.

5 — O médico tem obrigação de conhecer os custos das terapêuticas que prescreve, devendo optar pelos menos onerosos, desde que esta atitude não prejudique os interesses do doente.

7-Decorre do artigo 6º do Código Deontológico a proibição de qualquer forma de discriminação, sendo tal disposição reforçada pela referência especial ao dever de solicitude e cuidado para com o menor, o idoso ou o deficiente, conforme estatui o artigo 52º. Daí que os médicos que exerçam discriminatoriamente a sua actividade, muito especialmente no caso de grupos vulneráveis, estejam a violar o Código Deontológico e, portanto, a cometer uma infracção disciplinar.

8-No plano ético, as disposições do Código Deontológico não colocam como alternativas o cumprimento das *leges artis* versus os custos das terapêuticas. De facto, o Código Deontológico é singularmente claro ao referir que “O médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance” (artigo 31º), “em condições que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e a especificidade da sua acção, não aceitando situações de interferência externa que lhe cerceiem a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos” (artigo 33º, número 1), devendo actuar em conformidade com as *leges artis* (artigo 33º, número 1 e artigo 9º), de acordo com a ciência e sua consciência (artigo 32º, número 1), preservando assim a

sua independência técnica e deontológica (artigo 3º, número 1).

Se dúvidas houvesse quanto aos deveres dos médicos, o fato de o médico “dever ter em consideração as suas responsabilidades sociais no exercício do seu direito à independência na orientação dos cuidados e na escolha da terapêutica, assumindo uma atitude responsável perante os custos globais da saúde” (artigo 111º, número 1) não o liberta do dever de prescrever as terapêuticas que considerar adequadas no melhor interesse do doente, sendo que a escolha das opções menos onerosas é lícita apenas quando não colidir com aqueles interesses (artigo 111º, número 5)

Resulta como corolário que os médicos que restrinjam a prescrição de meios de diagnóstico e terapêutica, à revelia das *leges artis* (e portanto contra os melhores interesses dos doentes), apenas para corresponderem a uma contenção de custos, estão a cometer uma infracção ao Código Deontológico, susceptível de sanção disciplinar.

A violação às normas deontológicas será particularmente grave se a essa restrição da prescrição visar o interesse financeiro do próprio médico ou de terceiros (artigo 111º, número 4), de que é exemplo uma recente proposta do Governo da Região Autónoma dos Açores, também objeto de parecer do CNEDM.

Finalmente, importa realçar que também constitui infração deontológica o fato do médico não comunicar à Ordem “todas as tentativas de condicionar a liberdade do seu exercício ou de imposição de condições que prejudiquem os doentes” (artigo 33º, número 2).»



A tartufice dos anéis e das gravatas

Perante afirmações de um alto dignatário do Ministério da Saúde «que, pelo contexto em que são produzidas, se assumem como particularmente graves, cínicas e provocatórias», a Ordem dos Médicos emitiu um comunicado no qual se pode ler que «enfatizar os anéis, as pulseiras, as gravatas e os estetoscópios como corresponsáveis principais da elevada taxa de infeções hospitalares em Portugal é impróprio». Num assunto «demasiado sério» para esse nível de discurso, a OM classifica a reiterada atitude de culpar os médicos por todos os males da Saúde em Portugal como «inaceitável, hipócrita» e populista. De referir que este comunicado surge em resposta às afirmações que terão sido produzidas no âmbito da apresentação do estudo 'Portugal – Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2013', um estudo que, saliente-se «não fala em anéis, pulseiras, gravatas ou estetoscópios».

«Há afirmações que, pelo contexto em que são produzidas, se assumem como particularmente graves, cínicas e provocatórias.

Enfatizar os anéis, as pulseiras, as gravatas e os estetoscópios como corresponsáveis principais da elevada taxa de infeções hospitalares em Portugal é impróprio de um alto dignatário do Ministério da Saúde, particularmente quando o acto é acompanhado de comentários brejeiros. Este assunto é demasiado sério para este nível de discurso.

Ainda que estas afirmações possam ter sido empoladas pela comunicação social, nem sequer deviam ter sido produzidas e muito menos reiteradas

com ameaças de proibição legal.

É inaceitável e hipócrita o fácil e eterno populismo de culpar os médicos por todos os males da Saúde em Portugal.

A Ordem dos Médicos não o pode aceitar. “Quem não se sente não é filho de boa gente”. Tais afirmações terão sido produzidas no âmbito da apresentação de um importante estudo intitulado “Portugal – Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2013”.

Ora, tal estudo não fala em anéis, pulseiras, gravatas ou estetoscópios!

Melhor seria que os comentários se tivessem centrado numa análise serena, honesta e técnica

dos resultados do mencionado estudo. Que são importantes. Porém, certamente uma análise serena, honesta e técnica dos resultados não está ao alcance de todos. Por isso foram chamados à colação os “anéis, pulseiras, gravatas, estetoscópios e alindamentos”.

Não podemos deixar de salientar alguns resultados do estudo apresentado. Por exemplo:

- “No que se refere à localização das infeções hospitalares, especialmente preocupante parece ser o aumento das infeções do local cirúrgico” (pág. 48 do relatório). “De entre as infeções do local cirúrgico, predominam as infeções de órgão/ espaço e incisionais profundas, que constituem 75% do total

destas infeções” (pág. 46 do relatório). Como os médicos não operam de gravata nem com anéis ou pulseiras, o que estará a falhar? A profilaxia antibiótica? Antibióticos de qualidade duvidosa? O que pensa fazer o Ministério da Saúde? Uma coisa é certa, os comentários infelizes do responsável do Ministério da Saúde passaram completamente ao lado do cerne da questão.

- “Vários inquéritos, nomeadamente o inquérito de prevalência ECDC 2011-2012, documentam que o número de enfermeiros e sobretudo de médicos devotados a tempo inteiro à tarefa de controlo de infeção é marcadamente inferior à média europeia.” (pág. 58). O Governo pensa contratar mais profissionais para os alocar ao combate às infeções hospitalares? Como pensa o Governo reduzir as infeções hospitalares sem alocar os meios necessários e suficientes para atingir esse objectivo? Com legislação dirigida aos anéis e às gravatas?!...

- Sobre os Cuidados Continuados: “Ao contrário doutros países europeus onde predominam as infeções urinárias e das vias respiratórias, Portugal apresenta taxas mais elevadas de infeções cutâneas, que constituem quase 35% do total de infeções” (pág. 49 do relatório). Provavelmente esta situação traduz falta de cuidados de higiene e de recursos humanos em quantidade e qualidade nas unidades de Cuidados Continuados. O que pensa fazer o Ministério da Saúde?

- Lamenta-se o facto de “só em fevereiro de 2013 se realizou a fusão do Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos e lhe foi dado carácter de programa de saúde prioritário.” Afinal parece que é o Governo que tem falhado.

Contudo, também devem sublinhar-se alguns indicadores de índole positiva, que se pretende que possam acentuar-se para o futuro, como “Em Portugal regista-se um ligeiro decréscimo de consumo de antimicrobianos em ambulatório desde 2002” (pág. 24), e “Portugal não se situa entre os países com maior consumo de antibióticos em ambiente hospitalar” (pág. 33). Finalmente, a Ordem dos Médicos elenca alguns problemas bem mais graves do que anéis e gravatas e que em muito contribuem para o panorama português quanto à utilização de antibióticos e à taxa de infeções hospitalares, com particulares responsabilidades para o Ministério da Saúde e o Governo:

- Não contratação de recursos humanos suficientes para hospitais, nomeadamente enfermeiros e auxiliares, o que corrompe a Qualidade dos cuidados prestados.

- Inadequada limpeza e higienização dos hospitais, incluindo os sistemas de ventilação.

- Instalações inapropriadas, envelhecidas e obsoletas.

- Distâncias entre camas hospitalares que não respeitam regras de segurança.

- Excesso de doentes e macas em urgências sobrelotadas. Macas em corredores com doentes internados.

- Faltas recorrentes de papel para limpar as mãos.

- Muitos profissionais de Saúde não têm acesso a batas lavadas todos os dias.

- Cuidados Continuados com condições deficientes e sem recursos para tratar infeções banais da comunidade, obrigado a desnecessário internamento hospitalar.

- Condições sociais e habitacionais das classes mais desfavorecidas são potenciadoras de maior taxa de infeções virais e bacterianas.

- Falta de investimento na formação dos profissionais de Saúde.

Etc.

Em conclusão, a Ordem dos Médicos rejeita meras afirmações avulsas, absurdas e despropositadas, alijadoras das responsabilidades do Ministério da Saúde e que nada de construtivo ou consequente acrescentam a esta gravíssima problemática, e manifesta-se totalmente disponível para concertar com o Governo um verdadeiro, sério e efectivo plano de combate ao grave problema das infeções hospitalares, nomeadamente participando na Campanha Nacional de Higiene das Mãos dirigida a todos, e, em conjunto com a DGS, continua empenhada na elaboração e auditoria das Normas de Orientação Clínica e no combate ao uso inapropriado de antibióticos.»

Implicações do Despacho nº 13877-A/2013 nos cuidados ao doente oncológico

A Direcção do Colégio de Oncologia Médica da Ordem dos Médicos analisou o Despacho nº 13877-A/2013, de 30 de Outubro, do Secretário de Estado da Saúde, e ponderou vários aspectos a ele inerentes, tendo emitido um parecer sobre a implicação da sua prática na prestação dos cuidados assistenciais no doente oncológico, o qual divulgamos em seguida.

A Direcção do Colégio de Oncologia Médica da Ordem dos Médicos analisado que foi o Despacho nº 13877-A/2013, de 30 de Outubro, do Secretário de Estado da Saúde, salienta:

1 – Os oncologistas médicos consideram que o actual processo de solicitação de autorização especial (AE) não garante a racionalidade e equidade no tratamento do doente oncológico;

2- Solicitamos, desde há vários anos, que o processo existente para a utilização de medicamentos sob autorização de utilização especial seja revisto. Pretendemos que com essa revisão se garanta a racionalidade, a equidade e a excepcionalidade da AE. Exigimos ainda que aquele processo garanta a utilização adequada dos medicamentos em causa e recusamos a sua utilização como única forma de ultrapassar os atrasos crónicos dos mecanismos de aprovação

por parte do INFARMED;

3- O actual despacho não vem solucionar as dificuldades actuais:

3.1. São criados centros especializados para a utilização excepcional de medicamentos (CEUEM), sem que em algum momento sejam explicados os critérios e requisitos utilizados para a sua selecção;

3.2. Introduce-se mais um passo no processo de pedido e aprovação de uma AE, já moroso na actualidade. Discordamos com a proliferação, à exaustão, de regras, estruturas, organismos e comissões que interferem no circuito do medicamento: CFT hospitalar, Conselho de Administração hospitalar, CFT regional, CFT nacional, INFARMED, DGS (através das Normas de Orientação Clínica), à qual se acrescenta com este Despacho a CFT e o Conselho de Administração do CEUEM, podendo perturbar uma decisão

que se pretende célere;

3.3. Não se garante a harmonização das decisões a nível nacional, ao contrário do que é afirmado, continuando-se a permitir que doentes de diferentes zonas do país estejam sujeitos a diferentes decisões;

3.4. A transferência de doentes para centros reconhecidos como de referência deve resultar de uma necessidade clínica em qualquer fase da doença e, não só, para a utilização excepcional de medicamentos. Não sendo neste contexto, privilegiamos o tratamento de proximidade.

Do contexto

Os oncologistas médicos são os primeiros, desde há vários anos, a reconhecer a necessidade de uma prática clínica de qualidade, rigorosa, a qual proporcione aos doentes os melhores resultados e a melhor qualidade de vida.

Sabemos que os custos associados

ao diagnóstico e tratamento dos doentes têm de ser contidos, sob pena de, para se tratar alguns, não ser possível tratar todos. Demonstramo-lo todos os dias, colaborando com o Estado, na redução de custos com os medicamentos utilizados em Oncologia.

Colaboramos com a entidade reguladora para a realização da avaliação prévia à disponibilização do medicamento para o SNS. Lutamos todos os dias para que a segurança e eficácia dos medicamentos, colocados ao nosso dispor, seja garantida.

Apenas pedimos que o processo de AE, como acontece em muitos países da União Europeia, seja transparente. Acreditamos e já solicitámos que, tal como noutros países europeus, exista uma comissão nacional de peritos em Oncologia Médica, representando várias instituições, que avalie as solicitações e, de forma transparente e célere, emita o seu parecer. Deveria ainda assegurar que a utilização excepcional de medicamentos obedeça a um protocolo de avaliação prospectiva da sua eficácia e segurança, sendo cla-

ramente definidos os critérios de inclusão e exclusão. Assim se garante a racionalidade, equidade e acessibilidade.

O Colégio de Especialidade, está e estará disponível para colaborar na resolução dos problemas criados por este despacho e lamenta não ter sido consultado antes da sua elaboração.

A Direcção do Colégio da Especialidade de Oncologia Médica
7 de Novembro de 2013

Competência em Medicina do Sono

O Conselho Nacional Executivo na sua reunião de 13 de Setembro de 2013, aprovou os critérios de admissão na competência em Medicina do Sono. O período de candidatura está aberto por 3 meses com fim em 28 de Fevereiro de 2014.



Nos últimos anos a Medicina do Sono tornou-se uma disciplina médica multidisciplinar e interdisciplinar, essencial no diagnóstico e terapêutica das doenças do sono, que tem, como relativamente específico, a necessidade de dominar técnicas laboratoriais complexas.

Diagnosticar e tratar os doentes carece pois de formação teórica, prática, técnica, e laboratorial especializada, a qual a não existir abre as portas à má prática médica, e a todos os seus sucedâneos negativos para os doentes, para a saúde pública e para o bom nome da Medicina.

Tendo em conta o item anterior a referida especialização deve e tem que estar inserida nas recomendações europeias, que, neste âmbito, são fornecidas pela European Sleep Research Society (ESRS). O objectivo é a certificação de profissionais médicos nesta área. Os procedimentos, requisitos, treinos, conhecimentos e avaliação desta certificação seguem as recomendações da ESRS, estabelecidas por um processo consensual progressivo que se tornou um “standard” Europeu (Pevernagie et al 2009).

Admitem-se no entanto normas transitórias, aplicadas àqueles que desenvolveram trabalho na área, muito antes do estabelecimento da Competência e normas definitivas para profissionais mais jovens e/ou em formação. O documento integral que define as Normas transitórias para obtenção da competência em Medicina do Sono pode ser consultado no site da OM, nomeadamente na área reservada a essa Competência.



Reengenharia das convenções: quem pretende forçar o fim da pequena/média medicina privada?

A Ordem dos Médicos realizou no dia 24 de Outubro um debate sobre o novo decreto das convenções, uma legislação que provocou nos intervenientes do sector uma perplexidade e incompreensão quanto aos objectivos reais do que se estatuiu. O aumento das dificuldades nas acessibilidades para os doentes, um potencial aumento dos custos com a saúde e uma aparente defesa dos interesses que poderão vir a fragilizar a própria posição do Estado, por permitirem a possibilidade de alguns grupos assumirem papéis de domínio, são apenas algumas das consequências negativas que foram referidas como, mais do que potenciais, como prováveis.

O debate foi introduzido por José Manuel Silva, presidente da Ordem dos Médicos, que referiu que este decreto das convenções «trará perda de acessibilidade, afastamento dos cidadãos dos cuidados e, no fim, acabará por aumentar os custos com os cuidados de saúde». Paulo Sancho, do Departamento Jurídico da Ordem dos Médicos, teve uma intervenção em que tentou enquadrar objectivamente a lei e apresentar a sua interpretação do ponto de vista jurídico: «o Decreto Lei 139/2013, de 9 de outubro, representa um novo paradigma no regime de celebração de convenções. São seguidos os princípios impostos pelos Tratados que instituíram o mercado único europeu e consequentemente o regime jurídico é muito amplo em

termos da definição de conceitos relegando essas definições para actos posteriores. (...) O diploma prevê dois tipos de celebração de contratos, ou seja, o procedimento de contratação seguindo as regras do Código dos Contratos Públicos com as devidas adaptações e um procedimento de adesão semelhante aquele que já existe. Da análise que fazemos está claro que para as pequenas empresas cuja facturação seja igual ou inferior a 250.000 euros e tenham sede em concelhos com uma população de 30.000 ou menos cidadãos, as convenções serão sempre celebradas por adesão, cujo âmbito geográfico será, tão só, o concelho onde é a sua sede ou concelhos limítrofes que tenham uma dimensão semelhante». Tal como foi explicado,

o procedimento concursal segue as regras dos Contratos Públicos e os cadernos de encargos podem definir todo o conteúdo potencial da convenção ou «deixar aspectos que sejam submetidos à concorrência ou seja, neste caso, os concorrentes podem propor redacções alternativas relativamente a esses aspectos específicos». Os preços máximos a pagar no âmbito das convenções serão os da tabela de preços do SNS mas «podem ser estabelecidos preços inferiores ou uma tabela de preços específica sendo ainda admissível que esses valores baixem no âmbito da fase de negociação». Mas... «Pode ser imposta unilateralmente a revisão de preços anual e a extensão da convenção a outras entidades públicas não pertencentes ao SNS, bem como

Requisitos e impedimentos à celebração de convenções

Conforme explicou Paulo Sancho do departamento jurídico da OM, os requisitos são «a responsabilidade técnica e a habilitação dos profissionais; a titularidade do licenciamento ou de requerimento para a sua emissão se exigível; o registo na ERS e uma imensidão de não verificação de impedimentos donde se destaca a regularização da situação fiscal e junto da segurança social, não ter sido condenado por crimes relacionados com a profissão e a honorabilidade profissional».

«Como impedimento temos o que já existia, ou seja, os profissionais vinculados ao SNS não podem celebrar convenções, ter funções de gerência ou deter a titularidade de capital superior a 10% de entidades convencionadas por si, cônjuge, ascendentes ou descendentes de primeiro grau. Os trabalhadores que tenham funções de direcção e chefia nos estabelecimentos do SNS não podem exercer funções de direcção técnica em entidades convencionadas».



a subsistemas públicos». Paulo Sancho explicou que há limites mínimos e que mesmo na revisão anual de preços «terão sempre de ser respeitados os preços mínimos que tenham sido fixados no despacho para assegurar a qualidade na prestação de cuidados de saúde». A duração das convenções será cinco anos podendo ser automaticamente renovadas «salvo se, com a antecedência de 180 dias, qualquer das partes a denunciar», mas os prazos concretos serão definidos no caderno de encargos e no contrato tipo nos casos das adesões. A questão do âmbito regional vs nacional também foi explicitada pelo jurista: «as de âmbito nacional abrangem a totalidade do território continental o que significa que podem prestar cuidados a todos os doentes do país que a elas recorram. As de âmbito regional apenas podem prestar cuidados de saúde aos doentes da respectiva região (ARS ou várias ARS).

Por princípio havendo uma convenção nacional numa determinada área não é possível a celebração de convenções de âmbito regional a não ser que um interesse público devidamente fundamentado o justifique». Dando razão a algumas outras intervenções quanto à falta de clareza da lei, Paulo Sancho explicou que, «relativamente aos conceitos de mercados concorrenciais os mesmos são os que resultam da doutrina do direito económico e são variáveis em cada momento»... Sobre a intervenção da ERS no processo foi referida como «aparentemente essencial» mas «não vinculativa».

«Relativamente à cessação das convenções em vigor o artigo é muito confuso mas parece que é seguro dizer o seguinte:

- As convenções que estão em vigor mantêm-se até ao fim do prazo em curso e não podem ser renovadas;
- As convenções cujo termo dos

contratos ocorra antes de um ano a contar da data de entrada em vigor deste diploma cessam no dia 14 de Outubro de 2014.

Relativamente ao nº 2 do artigo 16.º a interpretação que me parece correcta é a de que as convenções que em 14 de Outubro de 2013 já se encontravam no prazo de denúncia só cessam no termo do período de vigência da renovação a que aquele prazo de denúncia respeita. Quem tenha convenções pode concorrer a qualquer concurso de convenções ou apresentar proposta para adesão sendo que a sua convenção em vigor só termina com a efectiva contratação», tentou explicar o orador, a partir de um clausulado claramente confuso... Em conclusão, Paulo Sancho considera que «o novo regime jurídico das Convenções vem alterar de forma significativa o *status quo* em vigor e criar objectivamente grande instabilidade neste

sector; o diploma contém conceitos demasiadamente amplos ou mesmo vagos que prejudicam a certeza jurídica que os prestadores necessitam para estarem no mercado deste tipo de serviços; para que seja efectivamente assegurada a qualidade das prestações de saúde é premente que o Ministro da Saúde fixe limites mínimos de preços. Ainda assim é possível antecipar que as pequenas e médias empresas terão grande dificuldade em subsistir na medida em que podem não dispor de condições económicas e financeiras para concorrerem com grandes grupos da área da saúde. Embora se possa considerar que o regime anterior necessitava de uma actualização, o caminho seguido não foi aquele que as partes envolvidas esperavam e é objectivamente prejudicial à medicina de proximidade e à sobrevivência dos pequenos e médios prestadores de serviços de saúde convencionados».

Novo regime gera instabilidade para os prestadores e dificulta a acessibilidade aos doentes

João Ribeiro Santos, presidente do Colégio de Nefrologia, foi o segundo orador da noite e explicou que além de médico é sócio de uma empresa de prestação de serviços na área da hemodiálise. Na introdução da sua intervenção fez igualmente uma declaração a que chamou de 'declaração de afectos' mas que consideramos ser melhor definida como 'declaração de desafectos' pelo Governo, a quem dirigiu uma forte crítica, nomeadamente devido a «uma política sem sensibilidade so-



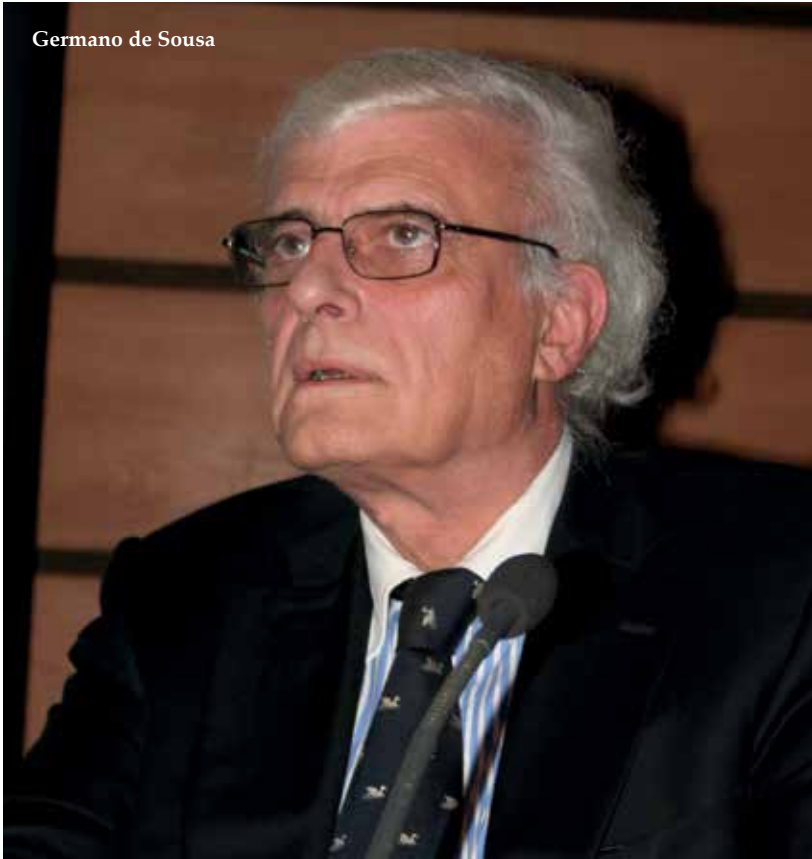
José Ribeiro Santos

cial, sem estratégia de crescimento e com delapidação do património». Especificamente sobre a nova lei das convenções considerou que, ao contrário da anterior, «aqui avançam-se conceitos que nem sequer se definem ou explicam: o que é uma convenção de âmbito nacional ou regional? A que corresponde? (...) A contratação específica e adesão depende da concentração do mercado... Mas qual o parâmetro que define um mercado de elevada concentração? (...) O que são os níveis de serviços? Como e quem define a qualidade?», questionou, ao analisar um diploma que definiu no essencial como «confuso» e «mal feito». «Uma convenção é um contrato entre duas partes: de um lado o Governo, do outro os prestadores; Como é que num contrato, ao final de um ano, uma das partes pode

unilateralmente alterar o preço? É absurdo!». Na conclusão da intervenção de João Ribeiro Santos referiu como esta nova legislação abala a segurança e estabilidade dos prestadores nos investimentos feitos ou a fazer, põe em causa os direitos dos mesmos, isenta o Estado de deveres, ou seja, destrói potencialmente um sector que tem funcionado bem – o convencionado.

Já Germano de Sousa, ex-bastanário OM e director do Grupo Germano de Sousa – Centro de Medicina Laboratorial, explicou a sua perplexidade perante a nova lei: «por muito que leia o decreto e o Dr Paulo Sancho o tente explicar, há coisas que não percebo... (...) Onde é que querem chegar com os concursos? Parecem-me inúteis e criam instabilidade no sector». «Se num concurso ganha quem apre-

Germano de Sousa



senta o preço mínimo mas, depois, os restantes concorrentes também pode aderir pelo preço mínimo aprovado, que sentido faz? Num concurso, quem apresenta o preço mais baixo tem a expectativa de ganhar mais doentes... Mas se os outros aderirem por esse preço, não ganha...» Germano de Sousa referiu ainda que, caso um concurso seja, por exemplo, ganho por duas empresas e que os outros concorrentes não consigam acompanhar os preços mínimos apresentados por essas duas, o que sucederá ao Estado se essas duas empresas concertarem algum tipo de actuação? Quem ficará mais condicionado? As empresas ou o Estado? «O actual sistema de convenções, criado por Gentil Martins, Costa e Sousa e eu próprio, funciona. Vamos destruir um sistema que funciona bem?», pergun-

tou, concluindo que o novo regime vai levar ao desemprego e à diminuição de qualidade da prestação de cuidados de saúde no sistema convencionado. Henrique Soudo, presidente da direcção da Federação Nacional de Prestadores de Cuidados de Saúde, explicou que o sector convencionado representa 100 milhões de actos e 18 milhões de requisições por ano; «é um sector que foi construído ao longo de 30 anos». Nos últimos dois anos, «a despesa pública com o sector convencionado reduziu 30%», explicou, fazendo um enquadramento histórico da rede convencionada, «uma rede que assegura cuidados de proximidade e que foi paga apenas com investimento privado». Com sucessivos Governos a «esquecerem-se de publicar os clausulados tipo» foram «goradas as legítimas expectativas dos

prestadores convencionados» e acabou por se «fechar o sector» apenas por falta de publicação da regulamentação devida. Com o despacho 10430 de 2011, «a que chamamos lei da rolha», os hospitais ficaram proibidos de usas as convenções e só podem fazê-lo por concurso». O resultado dessa legislação foi que alguns doentes ficaram sem tratamento porque nos Centros de Saúde, onde era possível passar as credenciais para o sector convencionado, houve uma recusa em fazê-lo. «O que vai acontecer quando um doente pedir contas pelos danos causados? Será o Ministro a pagar?», questionou lembrando ainda a evolução tecnológica e o investimento em equipamentos que foi feito pelos prestadores convencionados e cuja despesa foi feita com base em projecções a longo prazo...

Henrique Soudo





Falta qualidade na produção legislativa

Bruno Santos, da associação de defesa dos consumidores (DECO), efectuou um enquadramento socio-político, referindo os efeitos negativos da crise na vida dos portugueses, nomeadamente em termos de cuidados de saúde, concluindo que «depois de vivermos a baixo das possibilidades passamos a viver a baixo das necessidades»... O representante da DECO referiu o «esvaziamento» dos convenionados, «alguns até à extinção», explicando que a inclusão de procedimentos concursais nas convenções «irá levar ao agravamento do acesso aos cuidados de saúde, especialmente fora dos grandes centros urbanos» e que «irá agravar-se os custos, nomeadamente em termos de deslocações». Quanto a poupanças, Bruno Santos explicou que, bastava mudar



a prescrição nas três classes terapêuticas mais prescritas para conseguirmos uma poupança de 76 milhões de euros... E «se se coordenasse melhor os cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares e continuados, poupar-se-ia 355 milhões de euros». O orador explicou que os dados que foram referidos têm por base estudos da Escola Nacional de Saúde Pública. Em conclusão, Bruno Santos apontou o caminho que a DECO considera adequado: «está na altura de exigirmos que se estabeleça por consenso um pacto de regime alargado para a área da saúde». Já em fase de debate, Bruno Santos acrescentaria: «a produção legal tem uma qualidade deficitária, seja por desconhecimento total do que se passa no terreno onde vão ser implementadas as leis que elaboram, seja por falta de preparação». Sobre a proletarianização da profissão médica, o representante da

DECO foi peremptório: «a proletarianização tem custos brutais, nomeadamente a decadência da qualidade».

"Aquilo que debatemos hoje tem que ser tido em consideração no momento de rever a lei para corrigir e evitar um mal maior"

Couto dos Santos, vice-presidente da Comissão Parlamentar de Saúde, em substituição de Maria Antónia Almeida Santos que não pôde estar presente neste debate, explicou que o seu papel neste encontro é procurar a consequência prática do que foi dito porque «aquilo que debatemos hoje tem que ser tido em consideração no momento de rever a lei para corrigir e evitar um mal maior». A perplexidade foi um

sentimento comum a vários oradores e Couto dos Santos não foi a excepção: «não percebo como é que se pode publicar uma lei como esta sem ouvir as pessoas e instituições directamente envolvidas». Sendo certo que «nem sempre se pode consagrar o que todos querem, é fundamental ouvir as várias opiniões», «daí a minha perplexidade ao ouvir esta oposição fundamentada», explicou, assumindo o compromisso de levar a informação relevante à Assembleia da República. Relativamente à crítica fácil aos políticos, Couto dos Santos não hesitou em referir que «a política é como a medicina», ou qualquer outra área profissional, «nem todos os elementos são bons» mas salientou que devemos empenhar-nos em ter os melhores pois «sem uma classe política competente, o país não vai a lado nenhum» e lembrou que é necessária «uma maior fiscalização e intervenção da sociedade». Sobre a falta de qualidade de alguma legislação, Couto dos Santos concordou com outros intervenientes e até referiu a ideia – que foi recusada – de criar um grupo de trabalho para analisar a produção legislativa e melhorá-la.

José Manuel Silva interveio no debate, lembrando que os colegas devem denunciar todas as situações em que sintam restrições não éticas à sua liberdade profissional – nomeadamente no contexto do Despacho 10430 - e realçou o papel da OM, nomeadamente no despertar das mentes ao promover debates, o mais alargados possível sobre as questões que afectam a saúde dos portugueses e/ou o exercício ético e de



qualidade da profissão médica e referiu que um dos projectos para breve é debater a potencial proletarianização da profissão e as suas consequências.

O debate, que foi moderado por José Manuel Diogo, da agência de comunicação da OM, teve transmissão directa via skype para o Distrito Médico do Algarve a partir de onde os colegas puderam participar com comentários e questões aos palestrantes.





Reunião geral de Colégios

Teve lugar no dia 26 de setembro a última reunião geral de Colégios deste triénio. Entre outros assuntos, os representantes dos Colégios da Especialidade debateram a potencial falta de vagas de internato e o licenciamento das UPSS. Numa reunião dominada pela apreensão quanto ao futuro da formação pós-graduada, José Manuel Silva, bastonário da OM, fez questão de salientar e agradecer o excelente trabalho desenvolvido por estes órgãos consultivos da Ordem.

Numa reunião em que um dos temas centrais não poderia deixar de ser o risco de não se encontrarem vagas de internato suficientes, o bastonário da OM, José Manuel Silva, alertou os membros da direcção dos Colégios para a necessidade de fundamentarem de forma rigorosa todos os relatórios de idoneidade e atribuição de capacidades formativas, com critérios claros e bem definidos, de forma a evitar fragilidades nas respostas que a OM dá. «Qualquer atribuição ou retirada de idoneidades ou capacidades formativas tem que ser precedida de uma visita aos serviços e um subsequente relatório consistente, caso contrário o Conselho Nacional Executivo poderá não aprovar a decisão do Colégio por não ter efectuado a visita prévia». Foi igualmente salientado o facto de a OM já ter alertado para a saturação dos serviços, com especial incidência nas especialidades técnicas pois os internos têm que realizar um número mí-

nimo de actos, situação agravada pelo facto de, ao serem fundidos alguns serviços, se estarem a reduzir capacidades formativas. Pedro Coito, presidente do Colégio de Cirurgia Geral, referiu precisamente o caso específico da fusão de Faro com Portimão e das dificuldades que estão a ser sentidas, quer em termos de formação quer nos pedidos de recolocação/reafecção. «Quem sofre são precisamente os internos», frisou. Outro exemplo que referiu foi o facto de não serem atribuídas novas vagas em 2013 aos Hospitais de Santa Maria e São José, precisamente em virtude de um processo de fusão de serviços e da desestruturação que daí advém. Mariana Brandão do Conselho Nacional do Médico Interno também falou das preocupações deste conselho e explicou o trabalho que desenvolvem quer de acompanhamento de todas as visitas de idoneidade de todos os Colégios quer no que se refere ao 'desenho' de um fluxograma com vis-

ta a tornar mais célere a elaboração dos relatórios das visitas e a sua comunicação aos serviços. Serafim Guimarães, do Conselho Nacional do Internato Médico foi peremptório ao referir a concordância generalizada dos vários intervenientes no que se refere à «necessidade de garantir a qualidade» e defendeu a homogeneização de critérios para tornar os processos mais eficazes e correctos. Serafim Guimarães não pôde deixar de questionar-se: «como é que um serviço com idoneidade pede que lhe sejam atribuídas 5 capacidades e o Colégio não atribui nenhuma? É que, num caso destes, ou o Colégio está errado ou o Serviço não é idóneo...» Especificamente sobre as reafecções, Serafim Guimarães também se pronunciou para explicar que a dificuldade por vezes é a falta de dinheiro para pagar ao interno... Noutras situações, quando são os internos que desejam ser transferidos, além das questões económicas e de existência de vagas de

capacidade formativa, tem que haver concordância do hospital que recebe, do hospital de onde vai sair, das duas ARS... Serafim Guimarães referiu ainda que é impreterível que os Colégios respondam de forma atempada às solicitações da ACSS, mesmo em relação à revisão das capacidades formativas e mesmo que seja para responder «não». Mas «sem resposta não se fazem mapas. É sempre necessário que respondam, seja um sim, seja um não».

José Cotter, presidente do Colégio de Gastrenterologia, explicou como, perante algumas insitências que ocorreram no passado para a abertura de mais vagas, os serviços ficaram «esgotados» sendo, agora, «impensável equacionar a abertura de mais vagas de interno»; Daniel Virella, coordenador da subespecialidade de Neonatologia, reforçou esta ideia explicando que «já há dificuldades na formação dos internos que temos». Transitando deste tema para as questões concretas da demografia médica, foi questionada a razão de se formarem internos em tal quantidade que, posteriormente, não poderão exercer a sua profissão dignamente; «(...)a inundação do mercado com especialistas é benéfica para várias estruturas, daí a constante pressão de que somos alvo para abrir vagas», referiu Artur Condé, presidente do Colégio da Especialidade de Otorrinolaringologia. Outras áreas foram referidas como tendo dificuldades em termos formativos: anestesiologia, medicina geral e familiar, imunohemoterapia. José Manuel Silva explicou que este contexto só traz maior relevância ao estudo demográfico que a OM encomendou e que deve 'balizar' as opções futuras pois as previsões, neste momento, dão de que em 2025 haverá 9 mil médicos desempre-

José Cotter



Manuel Falcão, Rosário Malheiro e Pedro Coito (atrás)



Serafim Guimarães do CNIM



gados. O bastonário da OM explicou igualmente que a instituição não participou na negociação do processo de avaliação de desempenho acordado entre sindicatos e Ministério da Saúde e solicitou aos Colégios que se mantenham atentos.

Foi igualmente pedido que os Colégios dêem conhecimento ao CNE da sua análise da implementação no terreno da avaliação de desempenho.

Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, explicou que a responsabilidade dos Colégios da Especialidade aumentou pois a instituição assumiu um papel de grande relevo em projectos como o das Normas de Orientação Clínica, através do protocolo com a DGS, agora irá envolver-se num projecto de qualidade, em colaboração com a ERS, etc. «Os Colégios têm um papel fundamental e uma das suas funções importantes é definir critérios de qualidade nas várias especialidades», explicou, lembrando que, em matéria de formação, há novas realidades a considerar e que, em termos de certificação a reflexão principal terá que ser dos Colégios, mas adiantou que é fácil perceber que «nos serviços cirúrgicos, o número de internos tenderá a diminuir se os Colégios forem rigorosos». Pereira Coelho, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, também se pronunciou sobre esta questão lembrando que a

potencial diminuição do *numerus clausus* não vai impedir que, «nos próximos anos, continuemos a ter colegas a sair das faculdades para os quais não temos solução», alertando que é preciso «desenhar so-

dança do paradigma do médico hipocrático para o médico prestador de serviços».

Rosário Malheiro, presidente do Colégio de Estomatologia, sugeriu que deveriam ser feitos relatórios

anuais dos internos

sobre os problemas que vivem no terreno para que qualquer dificuldade seja detectada de forma atempada e os Colégios possam actuar. Perante a discordância de alguns Colegas, Miguel Guimarães secundou esta ideia, explicando: «podemos ou não ter capacidade para o fazer mas uma das obrigações/responsabilidades dos Colégios é acompanhar a formação e não é no fim do internato que vamos a tempo de resolver seja o que for...»

Foram referidos os problemas inerentes a algumas nomeações que têm sido feitas e vários dos presentes, nomeadamente Miguel Guimarães e José

Manuel Silva, defenderam a necessidade de se efectuar uma revisão ao Regulamento Geral de Colégios pois, «não há nada, neste momento, nos regulamentos da OM, que proíba que alguém exerça simultaneamente 50 cargos».

Relativamente a outros assuntos da actualidade que foram discutidos entre os representantes dos Colégios, Manuel Falcão, da direcção do Colégio de Estomatologia, falou sobre os pagamentos indignos que são propostos a alguns colegas e sobre as muitas dificul-



Daniel Virella



Artur Condé

importantes é definir critérios de qualidade nas várias especialidades», explicou, lembrando que, em matéria de formação, há novas realidades a considerar e que, em termos de certificação a reflexão principal terá que ser dos Colégios, mas adiantou que é fácil perceber que «nos serviços cirúrgicos, o número de internos tenderá a diminuir se os Colégios forem rigorosos». Pereira Coelho, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, também se pronunciou sobre esta questão lembrando que a

luções globais imediatas» que salvaguardem esses colegas «e não soluções para o Colégio A ou B». Esta ideia foi reforçada por Fernando Gomes, presidente do Conselho Regional do Centro da OM, que salientou que a Ordem tem tentado travar este processo: já se opôs à abertura de cursos, alertou para a necessidade de reduzir o *numerus clausus*, etc. «Mas essa redução, mesmo que aconteça, só irá reflectir-se daqui a dez anos», explicou, referindo que o que está em causa neste momento é «a mu-

Mariana Brandão do CNMI



dades associadas aos processos de licenciamento de UPSS. Vários colegas referiram que a legislação recente parece ser elaborada para «acabar com as pequenas e médias unidades privadas de saúde». Na data desta reunião, José Manuel Silva explicou que a Ordem dos Médicos já havia pedido uma «moratória» à ACSS pois, «o prazo estava a acabar mas a lei era

impossível de cumprir». Quatro dias depois, tal como foi noticiado, nomeadamente na edição de Outubro da ROM e no site nacional, o Ministério da Saúde prorrogou por um ano o prazo para adequação das clínicas ou consultórios médicos ao novo regime de licenciamento, em comunicado onde se podia ler: «Tendo em conta as dificuldades manifestadas por al-

gumas unidades e estabelecimentos de saúde privados que prosseguem atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento médico e reabilitação, em adequar as suas instalações e atividade aos requisitos exigidos pelo Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro e pela Portaria n.º 287/2012, de 20 de setembro, no prazo estabelecido para o efeito (um ano a partir da data de publicação desta portaria, ou seja, 20 de setembro de 2012) e face às alterações a introduzir no respetivo regime, vem o Ministério da Saúde informar da prorrogação do mesmo prazo por mais 12 meses.»

José Manuel Silva agradeceu o trabalho pro bono desenvolvido pelas direcções dos Colégios da Especialidade, e sublinhou que quando criticamos devemos estar disponíveis para ser consequentes e fazer melhor.

Prémios SOPEAM 2013

Já estão publicados os regulamentos dos prémios SOPEAM 2013 que incluem:

Três prémios literários:

- PRÉMIO FIALHO DE ALMEIDA - FICÇÃO
- PRÉMIO ABEL SALAZAR - ENSAIO
- PRÉMIO REVELAÇÃO - FICÇÃO E ENSAIO;

Prémio de Fotografia;

E dois prémios artísticos:

- PRÉMIO MÁRIO BOTAS - PINTURA
- PRÉMIO REVELAÇÃO

Para qualquer um destes prémios, o prazo limite para concorrer é o dia 28 de Fevereiro de 2014. Os regulamentos podem todos ser consultados no site nacional da Ordem dos Médicos (www.ordemdosmedicos.pt). Caso tenha qualquer dificuldade a localizar, utilize por favor a respectiva pesquisa usando palavras chave como SOPEAM.



Da herança do *sacamuêlas* à moderna estomatologia e medicina dentária

O Núcleo de História da Medicina da OM convidou o médico estomatologista Ivo Álvares Furtado para participar no seu ciclo de encontros de 2013. A palestra que proferiu no passado dia 17 de Setembro levou-nos numa interessante viagem através dos tempos, da herança do *sacamuêlas* à moderna estomatologia e medicina dentária portuguesas.

Victor Machado Borges e A. Aires Gonçalves da direcção do NHMOM



A história do exercício da odontologia em Portugal, foi o tema que nos trouxe Ivo Álvares Furtado, médico estomatologista no Hospital de Santa Maria e professor auxiliar da Faculdade de Medicina de Lisboa. O orador tem quatro décadas de actividade clínica, docente, associativa, e de edição científica, nas áreas da medicina e da medicina dentária. Numa intervenção que começou por um enquadramento da «herança da matriz», referindo como o «*sacamuêlas* era um artista» cuja existência e arte se

justificavam pelo facto de «a ciência estar ainda longe». Mas era um artista itinerante com pouca formação e do qual havia um baixo conceito e onde proliferavam os charlatães. No passado, como hoje, esta actividade foi praticada por diferentes profissionais: «até ao século XIX, a odontologia foi praticada preferencialmente por *arrancadores de dentes*, barbeiros, cirurgiões e dentistas. Houve espaço para *artistas ambulantes* percorrerem constantemente a *província* e ainda outros *curiosos nacionais* fazerem das suas».

Ivo Álvares Furtado levou-nos precisamente através da evolução dos '*sacamuêlas*' «no seu percurso histórico» de procura de «valorização profissional, sustentabilidade económica, evolução científica e reconhecimento social». «Até à criação da Especialidade de Estomatologia (em 1911), eram raros os médicos que se dedicavam à prática da odontologia, alegadamente *porque as suas mãos podiam ficar pesadas e sem condições para intervenções delicadas*». O orador percorreu vários séculos de história destacando as principais publicações e avanços ao nível dos instrumentos e dos equipamentos de dentisteria: «(...) No século XIII, Pedro Hispano, médico e primeiro papa português, escreveu o *Thesaurus Pauperum*, em que inclui interessantes prescrições para a dor de dentes e das gengivas. (...) No século XV houve uma mudança de paradigma, com o início da procura de uma base

científica, ancorada na publicação do *Philonium*, por Valescus de Taranta, que constituiu o primeiro tratado de Anatomia Dentária publicado em Portugal. (...) Apareceram simultaneamente os primeiros materiais de restauração dentária, que constam nos escritos de Tomás Rodrigues da Veiga (Professor Magnus Thomaz). (...) Os séculos XVI, XVII e XVIII foram marcados pelo desenvolvimento da Cirurgia em Portugal, para o que foi determinante a construção do Hospital Real de Todos os Santos, em Lisboa. O conhecimento científico proveniente da Europa era traduzido por autores portugueses e entre as obras completas traduzidas foram relevantes, o *Tratado das Operações de Cirurgia* com um importante capítulo sobre a *Cirurgia do Beijo da Lebre*, de Jacob da Costa Sarmiento (1746); a *Cirurgia Anatómica Completa*, de João Vigier (1768), com indicações de técnicas cirúrgicas para a *operação ao lábio leporino ou do beijo superior rachado* e a *operação ao freyo da língua*. Houve também publicações de autores nacionais, como o tratado de Manoel Leitão (1604), intitulado *Práctica dos Barbeiros* e o tratado de Manoel Lopes (1760), *Analysis de Algebra - Luxação do maxilar inferior. Caso clínico*. Os casos clínicos constituíram importante material de estudo e objecto de publicações internacionais por autores portugueses, como o célebre caso de *Maria de Monsaraz*, 18 anos, tão baixa que parecia ter apenas 8, nascera sem língua, tinha uma úvula maior que o normal, os dentes inferiores mal conformados, alguns implantados muito mais atrás dos alvéolos; desde os 5 anos falava perfeitamente, acentuando muito os RR, tinha paladar, segregava saliva, mastigava e engolia bem os alimentos. Este caso foi publicado em 1711,



Ivo Alvares Furtado

em Amsterdam, no *Apiarium Médico-Chymicum, Chyrurgicum & Pharmaceuticum*. Foi um período de aperfeiçoamento dos forceps de exodontia (extração dentária), desde o pelicano (concebido no final do século XV e cuja acção era baseada no princípio de alavanca, causando efeitos colaterais indesejáveis, que iam desde a remoção de dentes contíguos, fracturas ósseas e laceração de tecidos moles adjacentes), à chave de Garengot, utilizada a partir do século XVIII e concebida a partir da chave inglesa, até aos forceps mais recentes que nos fazem lembrar os que precederam os instrumentos da actualidade». Ivo Furtado explicou a importância de algumas destas publicações que representam os primórdios da discussão de casos clínicos e referiu os avanços dos equipamentos de dentisteria «com o aparecimento do sistema de propulsão através da alavanca movida a pedal», tendo ainda feito alusão aos pioneiros das técnicas de transplantação dentária e referindo vários exemplos de dentistas do século XVIII e respectivos currículos: «em 1741, João António Dufour, Dentista Clínico do Rei da Sardenha, estabelecido na

Rua Direita da Esperança, além dos vulgares trabalhos de Dentista segurava os dentes abalados com um fio subtilíssimo de ouro. Seria deste modo o introdutor da técnica de ferulização em casos de doença periodontal com perda de suporte dentário e mobilidade; o fio de ouro poderia também servir de suporte aos dentes naturais perdidos, aos quais se removia a porção apical, mantendo-os na arcada, fixos aos dentes contíguos. Em 1739, estabeleceu-se em Lisboa (Chiado) junto à Botica da Cordoaria Velha, João Bautista Grimaldi Francelino, Dentista da Corte de Viena, que trouxe relevantes conhecimentos de ortodontia porquanto *endireitava os dentes tortos das crianças e separava os que estavam muito unidos*. «Na situação de risco do exercício por profissionais não qualificados, era necessário criar alguma regulamentação», explicou, referindo em seguida que foi ainda no século XVIII que a mesma surgiu sendo «regulamentado o exercício da profissão de Dentista em Portugal» e em 17 de Julho de 1762 «criada a Real Junta do Proto-Medicato», tendo ficado definida «a emissão de Cartas de licenciamento das pessoas que tiram



dentes», sendo nessa altura que se licencia o primeiro dentista português: António Pires Ferreira. No século XIX há uma grande evolução em termos de ensino: «em 1825 foi criada a Real Escola de Cirurgia sedeadada no Hospital de S. José, em Lisboa. A evolução do nível científico dos cirurgiões e a reconhecida necessidade de aquisição de um conhecimento mais abrangente e convergente com o ensino médico, levou à criação das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, em 1836». Muito importante foi igualmente a chamada «dinastia Vitry» que exerce por essa altura odontologia em Lisboa e que, como explicou Ivo Álvares Furtado, revelou com as suas publicações uma nobre preocupação de disseminar os seus conhecimentos: «os Vitry editaram: em 1840 – Observações sobre os dentes, em 1843 – Manual do Cirurgião Dentista ao alcance de todas as classes da Sociedade e em 1847 – Propagação da Medicina Dental, instruções a quem desejar evitar operações dolorosas e conselhos às pessoas que tiverem a desgraça de perder os dentes». «Apesar de todo o progresso verificado, chegada à antecâmara do Século XX, em 1895, o insigne professor da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa Doutor Sousa

Martins, dava o seu testemunho dizendo a propósito do panorama da qualidade do exercício da odontologia em Portugal: À parte dos médicos que se dedicam a esta Especialidade (Estomatologia) e os raros Dentistas que aprenderam em Escolas Estrangeiras, não há em Portugal profissionais à altura das graves responsabilidades que o seu diploma lhes impõe», explicou-nos o palestrante. Já no início do século XX «exerceram a odontologia insignes dentistas como Clarimundo Emílio (Dentista licenciado em Baltimore) e Simões Bayão (Cirurgião Dentista diplomado em Paris). Amor de Melo, Thiago Marques e Ferreira da Costa, diplomados pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, regressaram após formação pós-graduada em Baltimore (o primeiro) e em Paris (os dois últimos). Foram os fundadores dos primeiros Serviços de Estomatologia nos hospitais, Escolar de Santa Marta (1906, por Thiago Marques) e Hospital de S. José (1909, por Amor de Melo), a que se seguiu o Serviço de Estomatologia do Hospital de Santo António, no Porto (1913, por Jerónimo Moreira). Estes e outros médicos dedicados à “causa da Estomatologia”, como Pereira Varela e António Bomfim

foram os grandes promotores da criação da Especialidade de Estomatologia, consignada em Lei pelo Artigo 2º do Decreto da Direcção Geral da Instrução Secundária, Superior e Especial, de 25 de Maio de 1911 e publicado em Diário do Governo nº 122 de 26 de Maio de 1911». O orador explicou em seguida a evolução das Faculdades de Medicina das Universidades de Lisboa e do Porto, a partir das respectivas Escolas Médico-Cirúrgicas, da criação da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, da construção do Hospital Escolar de Santa Maria em Lisboa, e da criação, em 1975, através do Decreto-Lei nº 282/75 de 6 de Junho, da Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa, posteriormente a criação da Escola Superior de Medicina Dentária do Porto (1976), dos Institutos Superiores de Ciências Dentárias de Lisboa e do Porto (1984), da Licenciatura em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina de Coimbra (1986), da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa - Porto (1990) e do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Viseu (2004).

Sobre um presente em que as equipas de saúde oral em Portugal incluem, além de dentistas e estomatologistas, o higienista oral, a assistente dentária e o técnico superior de prótese dentária, Ivo Álvares Furtado falou da necessidade de todos participarem num compromisso global de promoção da saúde oral dos portugueses. **Um resumo alargado, incluindo as referências, pode ser consultado no site nacional (www.ordemdosmedicos.pt) na área dedicada à história da medicina.**



Sara Teotónio Dinis

Interna do Ano Comum no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Deixar Fugir a Juventude

Já estava em Outubro. Primeiro mês da valência de Medicina Geral e Familiar. Assim era eu, interna do ano comum, bata branca sentada na cadeira ao lado do Sr. Dr. M., a assustar os seus doentes:

- "Ai! Não me diga que é a nova médica e vem substituir o Sr. Dr.?! Já se vai embora Sr. Dr? Não nos diga uma coisa dessas!"

- "Não, sou só interna, e estou por cá a estagiar até Dezembro... Não se preocupe que o Dr. ainda vai cá estar uns anos."

- "Ah, Graças a Deus! Então está só a aprender, não é?"

Sim, estou "só" a aprender a ser aquilo que eu quero ser, já a partir do próximo ano. E assim, como estava já dentro do meu próximo novo mundo, querendo saber como funciona, eu era uma bata branca "novinha", dividida entre o esfingomanómetro manual e o "respire fundo, devagar e pela boca, vamos lá", em plenas consultas de Saúde do Adulto naquele Centro de Saúde. O ritmo era bem mais suportável que o da valência anterior – Medicina Interna –, os dias mais equilibrados entre as várias tipologias de consulta, e as semanas passadas sem a ansiedade antecipatória

dos particulares bancos de Urgência de Medicina do Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Foi numa das consultas de Diabetes que conheci um casal de idosos muito simpático e muito humilde, de apresentação e estar soberbos – ela com o seu fato de saia e casaquinha, com blusa de laço colorida, sabrina cinza e mala escura; ele com o seu fato azul-escuro, com a camisa branca imaculada perfeitamente tri-lhada, e chapéu sobre o cabelo de neve. Este senhor, que respeitosamente retirava o chapéu mal entrava no consultório, e elegantemente afastava a cadeira para a sua mulher se sentar, rematou o final da consulta com igual etiqueta, e grande uso de palavras; - "Um bom dia para os senhores doutores! Muito obrigado pela consulta, e quanto a si, doutora, nunca deixe fugir a juventude... Quando a gente deixa fugir a juventude do corpo, é um problema."

Envelhecer é um problema, dizia ele... Nesse momento fui imediatamente assaltada pela memória fresca da enfermaria de Medicina I, onde tinha estado de Julho a Setembro.

Quando se visita aquela ala de

quartos triplos, mesmo sem se saber a casuística consegue-se adivinhar a média de idades – deve situar-se entre os 75 e os 80 anos. Este número reflecte o aumento da Esperança Média de Vida (EMV) e é para muitos um motivo de regozijo e reflexo da melhoria das condições de vida e do acesso da população aos cuidados de saúde. Para mim, durante aqueles três meses, esse número obrigou-me a reavivar a discussão ética, deontológica e existencial acerca dos sentidos da vida, e acerca do nosso papel neste processo de "fuga da juventude".

Como médicos, olhamos à nossa volta e temos connosco, todos os dias, idosos. Com problemas. Com mais problemas ainda para além do seu problema principal – ser idoso!

Abro um parêntesis... Aqui começa já a discussão – ser idoso é problemático? Poderia não ser, se este mundo fosse diferente, se este mundo se adaptasse ao idoso – não basta festejar o aumento da EMV, é preciso prepararmonos para as implicações desta nova e sempre crescente EMV... Fecho o parêntesis.

Quais são os problemas do ido-

so? Vem logo à cabeça a resposta directa e fácil, estritamente diagnóstica – “porque o idoso tem diabetes, hipertensão, dislipidémia... e assim aumenta o risco de enfartes do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais. E tem patologia articular degenerativa, por isso tem dores. E com isto tudo está polimedicado e sujeito aos efeitos das interacções medicamentosas.” Só? Façamos a pergunta agora ao próprio idoso – quais são os seus problemas? “Já não consigo andar sem a bengala.” “Esqueço-me muito das coisas.” “Não consigo dormir, deito-me e tudo me dói... as costas, os ombros... acordo com os braços dormentes. Tenho de me levantar e ir dar uma volta porque deitado é que não posso estar.” “Já não consigo conduzir, tenho de pedir ao meu vizinho para me vir trazer às consultas, que o meu filho está a trabalhar e não pode.” “Desde que o meu marido morreu eu estou sempre sozinha... os filhos estão longe...” “Já não consigo ouvir nada.” “Já só vejo um pouco com o olho direito, o esquerdo foi operado mas já não vê nada.”

A nós preocupa-nos a homeostasia do corpo, a eles a da alma. Quando achamos que a maior preocupação relativa ao idoso são alterações objectiváveis clínica e analiticamente, a necessitar de correcção farmacológica e alteração de estilo de vida urgentes, ouvimos o idoso expressar a sua mágoa, resultante da diminuição da capacidade funcional - motora e mental -, resultante da dor... resultante da solidão.

A saúde já não os presenteia. E quando o idoso tem de se deslocar ao hospital, acidentes vasculares cerebrais, demências, pneumonias de repetição e infecções urinárias (ITU) conjugam-se,

desencadeiam internamentos, e coordenam-se no sentido de (quase) os perpetuar. Se o idoso entra com ITU logo ganha uma pneumonia... Se entra com pneumonia logo ganha uma ITU. É uma questão de tempo. “Um mal nunca vem só”. A ajudar à “festa”, uma cama - quando o idoso está doente, o idoso fica deitado todo o dia. E assim o corpo definha, perdendo o músculo e a força - o idoso fica “acamado”. Preso para sempre à posição horizontal. Tanto se habitua a máquina, que qualquer “levantar” é o desafio do dia - lá vem a hipotensão... lá vem todo um “mundo-tecto” caído a branco. Sem cor, sem retratos, sem janelas. Vão-se embora os pontos de referência. Precisa-se de ajuda. E principalmente de mimo, muitas e tantas vezes.

Como se vê, devido à sua natureza constitutiva mais “lenta” e mais frágil, e devido às comorbilidades de que padece, o idoso está sujeito à rápida multiplicação de problemas e situações clínicas, mesmo quando recorre à urgência por um único motivo. As sucessivas exacerbações resultam numa maior dependência de terceiros, e os terceiros mais próximos - os familiares - nem sempre estão presentes para ajudar o idoso a (aprender a) enfrentar de novo a vida, para o ajudar a adaptar-se à incapacidade recente, para o ajudar a tratar de si, para o acompanhar, para o abraçar.

Temos de entender que a família pode estar efectivamente impossibilitada, quer geográfica quer economicamente, de estar presente e disponível para o seu idoso. O que não podemos tolerar é a sucessivamente expressa impossibilidade de lidar com o idoso, doente ou não, “porque

não dá jeito” mas vive ao lado, “porque não sei como fazer” mas também recusa aprender, “porque não tenho tempo” mas presentemente até está sem emprego e em casa.

Provavelmente já todos tivemos a infelicidade de assistir ao caso do idoso que está no Serviço de Urgência durante horas, às vezes até dias, e nenhum familiar o procura. Ou de acompanhar a situação daquele doente que está internado há 3 dias, cuja família foi informada do internamento, mas ainda não veio receber informações sobre o seu estado actual. Ou até do idoso que já não está doente!, pois que se conseguiu até curar a pneumonia, reabilitar a hemiparesia, e já pode ter alta para o domicílio, mas não se consegue contactar os familiares. Onde está a família? Nós questionamos o doente, os enfermeiros, os secretários, o serviço social. Mas o idoso, embora também se questione, não o verbaliza. Por tristeza, por vergonha... “Sangue do meu sangue”, e ninguém o veio ver. Isso é uma grande dor de alma, e por vezes também um sinónimo de desonra.

O idoso sente que atrapalha. Até pode nem estar doente, ou acamado! Pode até só ser preciso trazê-lo à consulta esporadicamente, para ver se “os diabetes” estão bem, se a “atenção” está controlada, se o “costrol” está de saúde - pois que se sente um fardo, e por vezes sem expressar essa ideia, à nossa frente está já a nora a suspirar impacientemente enquanto o sogro despe lentamente o casaco, está já o filho a ralar por cima do relato do pai “lá estás tu a esquecer-te de tudo, não te lembras como foi que tomaste os remédios?!”. Lá estamos nós a sentir que aquele idoso é uma “pedra no sapato” da-

quela família, provavelmente é também vítima de violência psicológica ou abandono. Dizia um velhinho na enfermaria “Os tempos são diferentes...”, desculpando os filhos muito ocupados, “não quero atrapalhar, senhor doutor”. Os tempos mudaram, mas a família ainda se constitui da mesma forma. A família está junta porquê? Não é para olhar por si? A família não “está ligada por laços de parentesco e afecto”¹? Não “é um espaço onde se tecem relações inter-individuais específicas, dada a proximidade de vivências comuns”¹? Se os nossos pais são os nossos representantes legais quando somos ainda crianças, porque é que nós não somos responsabilizados da mesma forma quando os nossos pais envelhecem e se tornam “dependentes”?

Lembro-me daquele senhor de chapéu e etiqueta, aconselhando-me com seriedade sábia a não deixar fugir a juventude... Lembro-me daqueles três meses em Medicina Interna. E depois de escrever tudo isto, continuo a meditar sobre a dificuldade que é ser idoso nesta nossa sociedade moderna, lábil e volátil, que olha os números altos como grandes vitórias, e se esquece que tal como as derrotas, as vitórias acarretam também grandes responsabilidades. Continuo a questionar-me... Se não nos preparamos para esta nossa vida cada vez mais longa, e se lá chegamos com tão pouca juventude, será esta vitória um legado de valor? Ou trará antes sofrimentos dispensáveis?...

Sei que é urgente que nós, como médicos, tenhamos de começar a lembrar também estes problemas, com tanto peso pessoal e de importante cariz social. Sei que é fundamental que, como seres humanos, não nos esqueçamos

que lidamos acima de tudo com pessoas, e não só com entidades clínicas. E não duvido que é vital, ao nosso espírito e à nossa qualidade profissional, nunca deixar de discutir o mundo que nos rodeia, o porquê das coisas, o sentido das nossas intervenções, e o sentido da vida humana.

Fontes:

¹ Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora *online*, disponível para consulta em www.infopedia.pt

Nota da Autora: Este texto não foi escrito de acordo com o Novo Acordo Ortográfico.



Aconteceu na Catalunha - fotografia de Sara Teotónio Dinis



João Miguel Nunes "Rocha"

Gerontofil

Nestes tempos de miséria crescente a que o "eleito" chama retoma, paradoxalmente e como que a dar-lhe razão, os velhos não morrem de fome, mas habitualmente bem fornidos de adiposidades externas e viscerais, e o seu abdómen de "batráquio" ou em "avental" não é ascite, como o dos "esqueletozinhos de África," mas lipócitos a ressumar bons untos gordos, porque nos "terceiros mundos ocidentais" é muito mais fácil comer em excesso do que comer bem, e, sem o poder saciante das proteínas, que são caras, é difícil comer pouco. Acresce que actualmente e cá, o verdadeiro pão já é mais caro do que as guloseimas e vem quase sempre enriquecido com substâncias de natureza dúbia, mas indubitavelmente não ce-realífera.

Não é só pelo avantajado do físico, que os nossos gerontes se revelam de boa cepa e de grande resistência. Há muito que os mandantes, que põem e dispõem, dos poderes político e mediático, servis e interesseiros, abriram "a caça ao velho", e, com mil ardis de vileza crescente, tentam poupar-se, a

esta "despesa inútil da terceira idade", e encarreira-los para a rampa íngreme, escorregadia e lúgubre, de onde, espontaneamente ou ajudados, se despe-nhem no vórtice insondável da morte, de que só Lázaro e Cristo regressaram...

O ser humano, bem tangido pela verdasca, acossado pelo medo, ou simplesmente perante a perspectiva de ganhar, desencanta dos seus recônditos íntimos, justificações plausíveis para quase todas as vilezas, e as excepções, (nas quais me não incluo), são na minha opinião, tão honrosas quanto escassas. Se assim não fosse, nunca permitiria--mos que esta gentinha que se acolheu à política, alterna na governação e faz de nós parvos, nos continuasse a apascentar, num crescendo avassalador de esbulho. Os velhos são assaltados nos seus bens e direitos tirando-se-lhes todos os anos um naco a mais...e fazendo-se-lhes uma campanha dissimulada e torpe, visando uma clivagem hostil de gerações, insinuando-se que são eles, que despojam o país e oneram os descendentes, como se não haver velhos, nos livras-

se dos ladrões...ou os velhos tivessem a obrigação de se imolar em prol dos vindouros...

Claro que é inaceitável, ignóbil e triste que 40% dos nossos jovens vegetem sem emprego, sem perspectivas, sem disponibilidade para criarem família e serem pais, mas não são os velhos os culpados. Estes fizeram o máximo para que os jovens tivessem o curso que eles nunca puderam ter, e são aqui e também eles, vítimas. E se sobrevivem à reforma é porque comeram as passas que o diabo amassou.

Se de facto urge livrar o país dos velhos, não é pela supressão dos direitos, pelo confisco das reformas, pela imposição de taxas de solidariedade (que discriminam intoleravelmente os velhos) pelo aumento proibitivo das taxas moderadoras, pela reintrodução de quotas e descontos de que a passagem à reforma (cumprindo o contrato) os isentara, que o conseguem...

Os velhos resistirão, comendo menos, tomando a medicação só nos meses bons, faltando às consultas, fugindo aos hospitais, o que até pode revelar-se

bom para a sua saúde...Se se quer de facto exterminar os velhos convidem-nos em grande número para grandes lanchadas e adicione-se à ementa toxina botulínica, recorra-se a genéricos geronticidas, a vacinas da gripe com vírus vivos,... às ampolazitas de cianeto de potássio de efeito instantâneo, indolor e garantido ou à bordoadá na nuca, provada eficaz, já em Neandertal.

O Testamento Vital a que se previa grande adesão foi um fiasco; de facto só com muita ingenuidade se acreditaria que os mesmos que nos têm amargurado a vida, mostrassem

tanta preocupação pelo nosso fim.

Enquanto o senhor Primeiro Ministro, se fica pelas meias tintas medrosas do confisco crescente da reforma aos velhos, sem a assunção corajosa de medidas definitivas e eficazes, a morte vai fazendo a sua inexorável razia e na minha opinião é quase “pecaminoso,”entregar estes cadáveres anafados” à terra que os consuma”; sobretudo à terra inculta dos cemitérios; onde jazam eterna e improdutivamente, ou à voragem dos fornos crematórios de onde ascendam em turbilhões de po-

luição fumacenta a um céu já tão parco em ozono.

Dê-se serventia aos velhos mortos (alguns não a tiveram em vida) saponificando-se a sua abundante matéria gorda e por adição de essências de odores espalhafatosos, tão ao gosto dos novos ricos,(classe em proliferação de praga), faça-se um sabonete, o Gerontofil, para uso interno e para exportação...Na minha opinião seria um êxito e uma forma dos velhos entrarem em lares ricos... É de uma credulidade excessiva, de parmar, acreditar-se que quem nos enterrou é que nos vai tirar do buraco.





José Mário Martins

Médico estomatologista
Presidente da direcção da APCMG – Associação de Medicina de Proximidade

PROGNÓSTICOS? – Só no fim do jogo!

Como muitos outros, também eu não hesitei em recuperar a famosa frase de um não menos famoso e, à época, tão criticado futebolista.

A Sociedade, os Médicos e a sua Ordem vivem momentos decisivos da nossa História colectiva. Os desafios com que nos deparamos são de tal monta que, talvez, a muito poucos tenha sido dada a oportunidade de ter vivido tempos tão difíceis.

Concretamente, e no que ao exercício profissional concerne, quais os aspectos que qualifico de profundamente gravosos e atentatórios de um digno exercício da Medicina? São eles:

- O “edifício legislativo” que rege o licenciamento de Unidades Privadas de Serviços de Saúde, nomeadamente os **DL 163/2006** (disponível em <http://dre.pt/pdf1s/2006/08/15200/56705689.pdf>), o **DL 279/2009** (disponível em <http://dre.pt/pdf1s/2009/10/19300/0729107296.pdf>), bem como a “cascata” de portarias que visam regulamentar este último
- A nova definição do quadro legal da atribuição das convenções, através da publicação do **DL 139/2013** (disponível em <http://dre.pt/pdf1s-dip/2013/10/19500/0607106075.pdf>)
- O **despacho 13877-A/2013** que regulamenta os medicamentos que necessitam de Autorização de Utilização Especial/Excepcional (AUE's) (dis-

ponível em <http://dre.pt/pdf2s-dip/2013/10/210000001/0000200002.pdf>)

Nestes 3 pilares (tripeça, de má memória), assentam os pressupostos legais que visam a destruição do Sistema Nacional de Saúde, tal como o conhecemos (e que sempre defendi), com um sector público forte e inclusivo, e um sector privado, representado pela medicina de proximidade exercida no pressuposto de uma confiança estabelecida entre o doente e médico, em que ambos tinham nome e rosto. Das cinzas daquele, renascerá um outro Sistema de Saúde, que não será Nacional, porque excluirá um número significativo de pessoas, assente em seguros de saúde e na prestação de cuidados em “hipermercados da saúde”, onde exercerão médicos sem nome nem rosto.

Este ataque sem precedentes, iniciado há vários anos, com uma precisão cirúrgica e uma inteligência perversa, tem lo-

grado ser bem sucedido, porque tem atacado sectorialmente, e à vez. Primeiro foi a Medicina de Proximidade, com as absurdas regras de licenciamento, impossíveis de cumprir, que leva a que, já hoje, muitos Colegas optem por fechar os seus consultórios ou entregar-se nas mãos de mega-estruturas, cuja gestão não partilham. Não insultem a nossa inteligência dizendo-nos que estas regras visam defender os Doentes. Se assim fosse, não seria lógico que um Estado de Direito, pessoa de bem, as impusesse primeiro a si mesmo? Qual a razão para estas regras deixarem de fora o sector público e social? A resposta só pode ser:

- Porque visam aniquilar a Medicina de Proximidade.

Porém, poucos nos indignámos com isto, porque, para a maioria, isso “era problema dos consultórios”. Depois veio o ataque às convenções, que irá excluir uma boa parte, *quicá* a quase

totalidade, dos prestadores de cuidados de saúde e execução de meios complementares de diagnóstico. Mas, também isso era problema de alguns. A terceira e derradeira “machadada”, veio com o Despacho inqualificável que limita a autonomia do exercício técnico da Medicina, ao mesmo tempo que mina, de forma drástica, a relação médico/doente. Relembro o poema “E não sobrou ninguém” de Maiakovski, na adaptação feita por Martin Niemöller:

“Quando os nazis levaram os comunistas, eu calei-me, porque, afinal, eu não era comunista. Quando eles prenderam os sociais-democratas, eu calei-me, porque, afinal, eu não era social-democrata. Quando eles levaram os sindicalistas, eu não protestei, porque, afinal, eu

não era sindicalista. Quando levaram os judeus, eu não protestei, porque, afinal, eu não era judeu. Quando eles me levaram, não havia mais quem protestasse”.

Se, perante ataques tão soezes, nos acobardarmos, não teremos senão aquilo que merecemos.

“Ao desemprego médico eminente e a uma forma de actuar que nos abstemos de classificar – os factos falam por si, só pode a Classe reagir com toda a firmeza e intensidade através das posições que a situação exige e justifica. Há que recordar aqui que todos os médicos se encontram no mesmo grande barco: o afundamento deste não vai afogar somente aqueles que se encontram na popa mas também aqueles que se encontram a meio ou na proa do navio” – pertence este lúcido aviso a António Gentil Martins,

que o publicou na ROM nos idos de Maio de 1982, era eu ainda estudante de Medicina. E, apesar de tudo, anda por aí gente dizendo que a História nunca se repete!

Os Médicos estão, à imagem da sociedade, perante o seu dilema: - Resistência ou Resignação?

Observador atento do que aqui se vai escrevendo, do que se escreve nas redes sociais e se publica nos meios de comunicação generalistas, apenas posso dizer, parafraseando João Pinto: - Prognósticos? Só no fim do jogo!

José Lopes Dias

Ex-Diretor Geral de Saúde e Professor Catedrático Jubilado da Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa.

Subsídios para a história do Sistema de Saúde Português no século XX

Este texto tem a pretensão, provavelmente injustificada, de ajudar os profissionais e, por que não, os decisores políticos da Saúde a compreenderem melhor a situação actual do Serviço Nacional de Saúde e perspectivarem o seu futuro de uma forma mais realista.

As quatro grandes fases de reforma do Sistema de Saúde que ocorreram durante o século passado, foram determinantes e ficaram ligadas aos nomes de alguns técnicos de Saúde e de decisores políticos.

A primeira fase ocorreu em 1901, com a publicação do Regulamento dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, da autoria do então Director Geral de Saúde, Professor Ricardo Jorge, que representou Portugal em várias reuniões internacionais e contactou com alguns dos principais responsáveis europeus da Saúde nos seus países. O seu Regulamento, escrito num português exemplar, é inovador em relação à situação existente, por definir de uma forma minuciosa as carreiras e as atribuições, não só de todos os profissionais de Saúde, mas também das autoridades administrativas, desde o nível central à freguesia, das autoridades eclesiásticas e da própria população. A noção da responsabilidade pela Saúde das

populações, não é só dos Serviços de Saúde, mas de todos.

Mas a principal novidade é a definição daquilo que hoje chamamos grupos de risco, as grávidas, as crianças e os desfavorecidos, que deverão de ter cuidados de protecção especiais. Tornava também a vacinação anti-variólica obrigatória. Infelizmente, por variadas razões e como acontece frequentes vezes, esta reforma não teve a concretização que merecia, por falta de meios e de vontade política, apesar deste Regulamento ter-se mantido em vigor durante vários anos!

Não podemos esquecer, que os principais problemas de saúde da população continuavam a ser, desde a época medieval, as doenças transmissíveis. Não havia antibióticos. Os conceitos e as definições consistiam em a “Saúde como ausência de doença” e o “sanitarismo”. Sendo o principal trabalho dos serviços, a prevenção e a luta contra as epidemias de doenças contagiosas, através de medidas

de higiene individual e pública e Detecção e isolamento de doentes. Esta situação perdurou durante muitos anos.

Na segunda fase, surge então um conceito inovador que transforma de uma forma radical a atitude dos profissionais e dos Serviços de Saúde, a “Medicina Social”, imaginada por Jules Guérin em 1848, mas apenas divulgada e actualizada um século depois por René Sande, no livro “Vers la Medicine Social”. A luta contra a morbilidade das doenças sociais, que dependem de factores causais desfavoráveis à saúde de grupos sociais, ou que pelas suas consequências causam danos acima do aceitável. Assentavam em quatro factores:

1º O desenvolvimento económico-social-cultural criou condições de se poderem aplicar as novas técnicas médico-sanitárias às populações.

2º Muitas doenças têm origem predominantemente social, ou as causas sociais, que é preciso combater.

3º As doenças têm sempre

consequências sociais e muitas delas requerem além dos cuidados médicos gerais e especializados, o apoio de um serviço social e acções demoradas de recuperação.

4º O serviço social ligado à medicina é indispensável para resolver certos problemas específicos que alguns doentes apresentam.

Os seguidores destas teorias inovadoras no final da década de quarenta no nosso País, foram o Dr. António Emílio de Magalhães, no Centro de Profilaxia Social do Porto, que entre outras acções desenvolveu uma campanha contra a obrigatoriedade de celibato das enfermeiras e das telefonistas., o Prof. João Porto, no Centro Cardiologia Social de Coimbra, com acções de detecção e seguimentos dos doentes cardio vasculares numa perspectiva profilática, o Prof. Fernando da Silva Correia, no Instituto Superior de Higiene e no Curso de Medicina Sanitária em Lisboa, de que era Director, divulgando estas novas formas de actuação e defendendo a administração científica na gestão dos Serviços de Saúde e o Dr. José Lopes Dias, em Castelo Branco, nas instituições que criou e dirigiu, Dispensário de Puericultura, Colónias de Férias Marítimas, jardim Escola João de Deus, Escola de Enfermagem, como médico escolar e nas lições de Assistência Social a cursos vários, com a publicação desses textos.

A evolução das teorias e dos conceitos ligados a Saúde e Assistência Social têm sido enormes, mas esta etapa na década de quarenta, foi de facto um passo gigantesco em frente, com manifestos benefícios para as populações.

Obrigaram a um reorganização dos Sistema de Saúde, sendo Ministro do Interior o Dr. Trigo de Negreiros, a quem competia a sua supervisão política, técnica e administrativa. A ideia fundamental era a de identificar as principais doenças com forte pendor social, nos aspectos etiológicos e ou de sequelas na comunidade. Criaram-se vários Institutos de assistência social cada um dirigido a uma “doença social”. Serviços verticais com sede em Lisboa, com extensões que raramente iam para além das capitais de distrito. Numa época em que cerca de metade da população portuguesa vivia em zonas rurais. O Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, herdeiro da instituição criada com o patrocínio da Rainha D. Amélia, o Instituto Maternal, para protecção da mãe e da criança, o Instituto da Doença de Hansen, o Instituto de Assistência Psiquiátrica, o Instituto do Sangue, o Instituto de Assistência a Menores, o Instituto de Malariologia, depois Serviço de Luta Anti-sezonática e Higiene Rural. A Previdência presta cuidados médicos desde 1945 aos seus beneficiários, designados depois Serviços Médico-Sociais. Só mais tarde a assistência médica foi estendida aos trabalhadores rurais, através das Casas do povo. A Conferência Internacional de Saúde de Nova Iorque de 1946 estabelece a Constituição da Organização Mundial da Saúde, criada em 1948. No seu Estatuto define Saúde “como um perfeito bem-estar físico mental e social e não apenas como a ausência de doença”. Este conceito tem um aspecto subjectivo que consiste na dificuldade em definir” bem-

estar” e em aplica-lo à avaliação dos serviços, mas tornou-se numa espécie de “slogan”, e que talvez por isso, o fez perdurar dezenas de anos. Os resultados obtidos pelos Institutos foram favoráveis, mas não havia uma actuação de conjunto, ficando por resolver muitos problemas para além dos referidos.

Entretanto é criado o Subsecretariado de Estado da Assistência no Ministério do Interior em 1940 e o Ministério da Saúde e Assistência, em 1959. No ano de 1961, a Ordem dos Médicos, sendo Bastonário o Prof. Miller Guerra, divulgou e submeteu à discussão, um Relatório sobre a Organização dos Serviços de Saúde e Carreiras Médicas, que teve um grande impacto na opinião pública, mas ignorado pelo poder político.

A terceira fase caracteriza-se por uma evolução dos padrões de doenças de patologia infecciosa para degenerativa. O desenvolvimento da investigação científica na área da Saúde, nomeadamente na Europa e nos Estados Unidos, originou conhecimentos e tecnologias que levaram a uma mudança substancial na atitude e na actuação dos profissionais e dos serviços, nomeadamente nos hospitais, que se tornaram centros de excelência de ensino e de prestação de cuidados especializados.

O Prof. Egas Moniz, foi um dos dois distinguidos com o Prémio Nobel da Medicina, em 1949. Muitos dos hospitais das antigas Misericórdias passaram para a tutela do Estado, através da Direcção Geral dos Hospitais, criada em 1961. Embora os recursos humanos e financeiros do Sistema Português fossem escassos, obtiveram-se alguns

resultados importantes e uma melhoria na preparação dos profissionais da Saúde. Os Serviços de Saúde Pública conseguiram a erradicação no país da malária e da varíola e, depois, com o Plano Nacional de Vacinação, iniciado em Outubro de 1956, o controlo da poliomielite, difteria, tosse convulsa e tétano, posteriormente alargado a outras patologias, e que obteve um êxito com repercussões internacionais. A consciencialização da população do seu direito à Saúde e uma certa insatisfação dos profissionais da Saúde pelas dificuldades no acesso aos serviços de qualidade, criou a possibilidade de uma reforma do sistema, que veio a ocorrer em 1971, sendo na altura, como responsáveis políticos, o Ministro das Corporações e da Saúde Dr., Baltazar Rebelo de Sousa e o Secretário de Estado da Saúde Prof. Gonçalves Ferreira. Os decretos publicados em Setembro daquele ano reformulavam a organização de todos os serviços de saúde e definiam as carreiras profissionais da Saúde. Mas o aspecto mais inovador foi concretizar o relevo atribuído aos Cuidados Primários de Saúde, com a criação dos Centros de Saúde, a quem competia executar na primeira linha de contacto com a população, uma nova forma de identificar os problemas de saúde existentes e actuar em termos de promoção da saúde, prevenção da doença e seu diagnóstico e tratamento. Os aspectos mais relevantes de actuação foram à protecção a mãe e à criança, o planeamento familiar, a saúde escolar, a saúde do ambiente e do trabalho e o Plano Nacional de Vacinação. Os hospitais constituíam a segunda e terceiras linhas de referência

do sistema. Os Serviços Médico-Sociais da Previdência continuavam fora da orgânica da Saúde.

Fomos, com a Nova Zelândia e a Finlândia, os países que iniciaram o chamado Movimento dos Cuidados Primários, posteriormente seguidos por outros povos, com o apoio da Organização Mundial da Saúde, que realizou acções de divulgação deste Movimento, nomeadamente com a Declaração de Alma-Ata, que definiu Cuidados de Saúde Primários, em Setembro de 1978. Julgo que o principal mentor e executor desta política de Saúde no nosso país, foi o Prof. Arnaldo Sampaio, conjuntamente com o Ministro e o Secretário Estado da Saúde e a Comissão Instaladora dos Centros de Saúde, constituída por Melo Caeiro, Leonel Barreira e Lopes Dias. Os resultados obtidos no nível da saúde dos Portugueses foram satisfatórios, nomeadamente na diminuição da mortalidade infantil.

A quarta fase é consequência da Constituição da República Portuguesa de 1976, que determina no seu Artigo 64, que “ todos têm direito à Saúde e o dever de a defender através de um serviço nacional de saúde universal geral e gratuito”. Posteriormente alterado em 1989, por razões de socialização dos custos, em tendencialmente gratuito. A determinação constitucional referida leva à criação do SNS, em 1979, à publicação da sua Lei de Bases, em 1990 e ao respectivo Estatuto, em 1993. O Ministro da Saúde era o Dr. António Arnaud.

A integração dos serviços dependentes do Ministério da Saúde, principalmente hospitais e centros de saúde,

com os serviços do Ministério do Trabalho e Segurança Social, os Serviços Médico-Sociais, na nova orgânica do SNS, foi relativamente pacífica e os resultados foram francamente positivos.

Os enormes desenvolvimentos das tecnologias médicas e farmacêuticas, cada vez mais eficazes mas mais caras, uma maior consciencialização dos portugueses pelo seu direito à Saúde, com aumento da procura dos serviços e o envelhecimento da população, levantaram dúvidas quanto à sustentabilidade financeira do SNS.

Não está provado que a “privatização” seja a solução.

O conceito de Saúde evolui, consistindo em considerar a capacidade do indivíduo ou do grupo, de realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades, ser capaz de mudar o seu ambiente e de se adaptar a ele. A Saúde é mais um recurso da vida quotidiana e não um objectivo, um conceito positivo que valoriza tanto os recursos pessoais e sociais como as aptidões físicas. É um processo em que cada um se responsabiliza pela sua Saúde, para tentar melhorá-la, desenvolvendo na pessoa a estima por si próprio e a impressão de que vida tem um sentido. Esta nova forma de entender a Saúde e de privilegiar a sua promoção, é um legado inestimável para o futuro. Assim seja entendido.



Gonçalo Nuno Coimbra Castanheira

Médico especialista em Medicina Legal, mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses

Responsabilidade médica a propósito de alguns casos do concelho de Coimbra

O presente artigo tem como objectivo a apresentação de alguns casos de responsabilidade médica interessando unidades de saúde do concelho de Coimbra, remetidos ao Conselho Médico Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, e análise de existência, ou não, de concordância entre as conclusões dos pareceres emitidos por este Conselho e as respetivas decisões judiciais.

O médico é por vezes obrigado a tomar decisões num espaço de instantes, fazer um diagnóstico, escolher uma terapêutica.

Tal decisão e escolha poderão vir a tornar-se, a posteriori, objeto de numerosos inquéritos, de discussões de peritos, de audiências consecutivas e de longas reflexões judiciais.

A responsabilidade médica consiste na obrigação de reparar e satisfazer as consequências prejudiciais dos atos, omissões e erros voluntários, e também involuntários, cometidos no exercício profissional da Medicina, dentro de determinados limites.

Os deveres do médico são vastos, visto que este desempenha uma função transcendente e que nenhuma outra profissão tem nas suas mãos a vida dos seres humanos.

Ao médico não é exigível que seja infalível, mas que proceda em con-

formidade com os conhecimentos da Medicina e com o indispensável zelo e respeito pela pessoa do doente.

O médico deve atuar de acordo com o cuidado, a perícia e os conhecimentos compatíveis com os padrões por que se regem os médicos sensatos, razoáveis e competentes. Mas se porventura ele tem, ou se arroga ter, conhecimentos superiores à média, em qualquer tipo de tratamento, intervenção cirúrgica e riscos inerentes, poderá ser obrigado a redobrados cuidados. Por outro lado, deve manter-se razoavelmente atualizado, através de um esforço permanente, não podendo obstinadamente e de modo estulto prosseguir com a utilização de métodos antiquados, se estiver demonstrado que tais métodos não são aceites pela generalidade da opinião médica informada.

Nas últimas décadas temos assistido a importantes descobertas e avanços na Medicina, que provo-

caram alterações demográficas, na Economia, na Ética e no Direito, e que a sociedade nem sempre se mostrou preparada para assimilar. Assistimos, também, a um aumento da complexidade da actividade médica da qual emergiu um novo tipo de médico. Faz parte das memórias do passado a figura do “médico de cabeceira” que detinha todo o conhecimento da arte de curar na sua cabeça e na sua maleta. A “relação hipocrática pessoal”, baseada na relação dual médico-doente, foi substituída por um trabalho coletivo de prestação de cuidados de saúde, que opera em estruturas hospitalares cada vez mais complexas, tanto na tecnologia como na organização.

Por outro lado, a sociedade de comunicação em que hoje vivemos publicita de modo célere os magníficos avanços e êxitos da Medicina, criando naturais expectativas nos doentes e nas suas famílias, reduzindo, concomitantemente,

as margens de aceitação do insucesso. Com uma melhor formação cultural, os doentes estão a tomar consciência dos seus direitos e a deixarem de se resignar com o erro médico.

Deste modo, nos últimos anos, em Portugal, as demandas contra os profissionais de saúde tornaram-se uma realidade no exercício da Medicina, tendo aumentado as reclamações, os processos disciplinares e judiciais, sendo de esperar que um volume de processos muito superior ao atual comece a dar entrada nos tribunais.

A decisão mais segura sob o ponto de vista da responsabilidade nem sempre é a melhor para o doente. Se o médico opta por proceder à realização de exames preliminares em vez de proceder de imediato a certa intervenção, dir-se-á que, na trágica corrida contra o tempo, a morte saiu vitoriosa sobre a perícia e competência médicas. Mas se, ao contrário, o médico assume o risco de proceder à intervenção que lhe parece mais adequada, sem ter realizado os exames que em condições normais se impunham, na esperança de ganhar tal corrida, e o ferido vem a morrer na mesa de operações, pode bem acontecer que venha a ser censurado por ter privado o doente de uma esperança de vida que o exame preliminar, porventura, poderia ter preservado.

As diferenças de opinião são compatíveis com o exercício de um razoável cuidado e competência, ou mesmo com um elevadíssimo grau de cuidado, não sendo o médico considerado culpado por erro de diagnóstico ou de apreciação enquanto não se conseguir provar que este atuou de forma contrária às *leges artis* reconhecidas pela profissão.

O juiz de hoje, como o juiz do futuro, é seguramente um decisor a quem escasseiam o tempo e as

capacidades para tudo saber, tudo estudar e tudo investigar, devendo por isso socorrer-se – como a mais natural e a mais inteligente das soluções – do auxílio daqueles a quem, por força da sua especial preparação técnica e prática, é reconhecida uma competência profissional acrescida e à qual se conveniou chamar perícia.

Assim, o Conselho Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, composto por médicos de lugares cimeiros de instituições e organismos de referência e dirigentes máximos de instituições com funções coadjuvantes ou auxiliares de justiça, superiormente qualificados sob o ponto de vista académico e de probidade indiscutível sob o ponto de vista humano, reúne as condições de competência, imparcialidade, isenção e rigor que a tarefa de despistagem e prova da responsabilidade de um médico necessariamente pressupõe e exige.

CASOS

A PREOCUPAÇÃO DO MÉDICO TEM DE SER PROTEGER A MÃE E SÓ SECUNDARIAMENTE O FETO

Os autos tiveram origem numa denúncia efectuada no Ministério Público, pela própria doente, dando conta de situações que poderiam revelar falta de zelo e diligência nos seguintes cuidados de saúde que lhe foram prestados:

- Primigesta de 39 anos, acompanhada em consulta pré-natal, sem anomalias relevantes.
- Às 26 semanas de idade gestacional é detetado “quisto com 3cm de diâmetro no pequeno lábio esquerdo”, e às 29 semanas “mantém quisto da glândula de Bartholin no grande lábio esquerdo”.
- Às 30 semanas é observada no serviço de urgência de uma maternidade da cidade de Coimbra, tendo sido efectuada a hipótese diagnóstica de “quisto da glândula de

Bartholin infectado”. Foi realizada drenagem, que só drenou sangue, pelo que foi enviada para o bloco operatório com o diagnóstico de “abscesso da glândula de Bartholin à esquerda”.

- O relato da intervenção referiu “formação tumoral vulvar aparentemente de conteúdo líquido na metade posterior do grande lábio esquerdo, com 5cm de diâmetro, sugerindo tratar-se de abscesso da glândula de Bartholin”. Após ligeiro toque com a ponta do bisturi na mucosa que recobria a lesão resultou abundante hemorragia que motivou estado de choque hemorrágico, com necessidade de administração de várias unidades de sangue durante a intervenção e nos dias que se seguiram.

- No dia seguinte a hemorragia estava controlada, mas constatou-se a morte fetal, tendo sido efectuada “extração fetal por cesariana”.

- O relatório do exame necrópsico concluiu por “sinais de morte fetal *in útero* por hipoxia de provável causa placentar” e o estudo anátomo-patológico da placenta revelou “lesões de isquémia útero-placentar aguda”.

Foi pedida consulta técnico-científica ao Conselho Médico-Legal que, ao quesito se seria exigível a “retirada prévia do feto do ventre materno”, respondeu que “nas circunstâncias descritas a prioridade absoluta era o controlo cirúrgico da hemorragia e não havia indicação para extração fetal prévia”.

Durante a fase de inquérito foram inquiridos outros médicos, que confirmaram que “numa situação tão grave, a preocupação do médico tem de ser proteger a mãe e só secundariamente o feto” e que “só quando estivessem controlados os sinais vitais da mãe é que se poderia pensar no feto”.

Não tendo sido demonstrada qualquer inobservância das regras de

comportamento exigíveis à actividade médica (*leges artis*), só restou, pois, concluir pela insuficiência de indícios quanto à verificação de qualquer infração criminal, razão pela qual foi determinado o arquivamento dos respetivos autos.

A OBTENÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO EVITARIA A MORTE DA MENINA

O Ministério Público acusou dois médicos – um pediatra e um cirurgião-pediatra – de um hospital da cidade de Coimbra, pelos seguintes factos:

- Menina de 10 anos de idade que deu entrada num hospital da cidade de Coimbra, transferida do centro de saúde da sua área de residência, com o diagnóstico de “1. Gastroenterite aguda? 2. Apendicite aguda? Diagnóstico diferencial (...)”.

- Referia queixas de vómitos e diarreia, anorexia e quadro doloroso abdominal, mais acentuado à direita. Foi observada pelo referido cirurgião-pediatra que, ao exame objectivo, referiu temperatura febril e sinal de *Blumberg* inconclusivo.

- O mesmo médico entendeu não proceder a qualquer exame complementar de diagnóstico, designadamente uma ecografia abdominal, a fim de estabelecer o diagnóstico diferencial entre gastroenterite e apendicite aguda, baseando-se apenas nos exames efetuados no centro de saúde do qual era proveniente.

- Ao invés, e por lhe parecer não se tratar de uma situação cirúrgica, não estabelecendo o diagnóstico diferencial, decidiu enviar a doente a uma consulta com o outro médico pediatra atrás referido, que a observou ainda no mesmo dia. Nesta nova observação, após palpação abdominal, o médico pediatra afirmou não se tratar de um caso de apendicite aguda, pelo que a medicou para as dores e lhe deu alta clínica.

- No dia seguinte, já no domicílio, por não apresentar sinais de melhoria, recorreu, a título particular, a outro médico pediatra, que confirmou os sinais característicos de apendicite aguda.

- Foi de imediato transportada para o serviço de urgência do hospital da cidade de Coimbra, de onde tinha tido alta no dia anterior.

- Durante a viagem a doente viria a falecer.

Foi submetida a autópsia médico-legal, que confirmou que a morte foi devida a apendicite aguda.

Foi solicitada consulta técnico-científica ao Conselho Médico-Legal, acerca da concreta atuação clínica dos dois médicos arguidos, que concluiu que “se justificaria uma maior atenção e rigor da exploração, com exames complementares e não, apenas, clínica”, e que “o internamento permitiria um mais apertado e melhor controlo e avaliação clínica do caso, permitindo o diagnóstico da gravidade da evolução e a intervenção cirúrgica atempada, que, eventualmente, poderia ter evitado a morte”.

A não subscrição de qualquer diagnóstico, por parte dos dois médicos, relativamente à concreta patologia da doente, conforme lhes era exigido face aos seus conhecimentos, viola as *leges artis* e é causa da morte da doente.

Foi deduzida acusação pelo Ministério Público na qual se concluiu: ao atuarem deste modo, os arguidos violaram de forma grave o dever de cuidado a que se encontravam obrigados e de que eram capazes, pelo que incorreram na prática de um crime de homicídio por negligência.

Posteriormente foi requerida instrução pelos dois arguidos, e, após indiciados de forma suficiente os factos apontados na acusação pública, foram pronunçados, tendo os autos sido reme-

tidos para julgamento.

O TOQUE VAGINAL PERMITIRIA O INTERNAMENTO EVITANDO A MORTE DO FETO?

O Ministério Público deduziu acusação contra um médico obstetra de uma maternidade da cidade de Coimbra, pelos seguintes factos:

- Grávida de 29 semanas de gestação, com 36 anos de idade, que se dirigiu ao serviço de urgência de uma maternidade da cidade de Coimbra com queixas de “dores abdominais, disúria e corrimento vaginal ensanguentado”.

- Foi assistida por um médico obstetra, tendo realizado diversos exames serológicos. Foram ainda ouvidos os batimentos cardíacos do feto, não tendo sido realizado qualquer outro exame obstétrico. Teve alta para o domicílio, medicada, com o diagnóstico de “infecção urinária”.

- Cerca de 3 horas após a alta, a doente verificou “agravamento das dores e perdas sanguíneas”, apercebendo-se que “o bebé começava a deslizar pelo canal vaginal, em direção ao exterior”, pelo que recorreu ao hospital distrital mais próximo da sua residência.

- Face à eminência do parto e à falta de equipamentos deste hospital, a doente foi imediatamente transferida para a maternidade da cidade de Coimbra de onde havia tido alta horas antes.

- À entrada desta maternidade, a doente já se encontrava em trabalho de parto, em pleno período expulsivo do feto com apresentação pélvica. Este viria a sofrer hipoxia aguda, por privação de oxigenação fetal provocada pelas contrações uterinas, que lhe causou a morte.

- O feto não tinha qualquer malformação, apresentava parâmetros de crescimento e maturação concordantes com a idade gestacional, pelo que seria viável.

Foi solicitada consulta técnico-científica ao Conselho Médico-Legal,

que concluiu que “a sintomatologia clínica imporia um exame por toque vaginal com o objectivo de determinar se as queixas de dores abdominais e de perdas sanguíneas vaginais configurariam, ou não, uma situação de trabalho de parto pré-termo em início. Se o toque vaginal tivesse sido efetuado, a grávida poderia ter sido internada para observação e tratamento”.

Foi deduzida acusação pelo Ministério Público na qual se concluiu: ao omitir esse exame e ao não manter a grávida sob observação, remetendo-a para o domicílio, o médico arguido violou as *leges artis* profissionais, sendo responsável pela ocorrência do parto sem assistência médica.

Ao não atuar de acordo com as normas e procedimentos profissionais que conhecia e que, como obstetra, era capaz de cumprir, o arguido deu causa à morte do bebé, constituindo-se, assim, como autor material de um crime de homicídio por negligência.

Posteriormente, o referido médico arguido, não se conformando com o referido despacho de acusação requereu abertura de instrução. No entanto, a prova trazida aos autos em sede de instrução não infirmou a prova recolhida no inquérito, aliás, ainda a corroborou com os esclarecimentos do relator do Conselho Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciência Forenses.

Em consequência, o Tribunal de Instrução Criminal não pôde deixar de formular um juízo de probabilidade de aplicação ao arguido de uma reacção criminal pelo crime de homicídio negligente de que era acusado, tendo proferido despacho de pronúncia.

Os pretensos pais deduziram ainda um pedido de indemnização civil contra o médico obstetra, a título de danos não patri-

moniais, no valor de 90.000€.

Realizada a audiência de discussão e julgamento em tribunal de 1ª instância, foi solicitado parecer ao Colégio da Especialidade de Obstetrícia, que concluiu que “a atitude médica pode ser considerada boa prática médica”. Foram ainda ouvidos outros médicos obstetras, como testemunhas, que emitiram opiniões no mesmo sentido: “o diagnóstico feito pelo arguido foi o correto e, no lugar dele, não teria feito o toque vaginal”, “é desadequado e desaconselhável fazer o toque vaginal perante um quadro de infeção urinária, na ausência de contrações” e “perante o diagnóstico de infeção urinária, o tratamento e o procedimento foram os corretos e não havia razão nem para fazer toque vaginal nem para o internamento”.

Conjugando todos estes elementos, deu-se como não provado que o arguido tenha violado, com a sua conduta, as regras da boa prática médica, concluindo-se que o arguido não praticou o crime de que era acusado, nem outro pelo qual devesse ser condenado. Relativamente ao pedido de indemnização civil, concluiu-se que o arguido não praticou qualquer facto ilícito, pelo que o pedido foi considerado improcedente.

Posto isto, o Ministério Público, inconformado com a sentença, interpôs recurso para tribunal de 2ª instância.

CORPO ESTRANHO RETIDO NO ABDÓMEN DE UMA DOENTE APÓS CIRURGIA

Os autos de inquérito iniciaram-se nos Serviços do Ministério Público com uma denúncia apresentada por um indivíduo do género feminino de 59 anos de idade, relacionada com as circunstâncias que rodearam uma cirurgia à qual foi submetida num hospital da cidade de Coimbra.

• Após uma cirurgia digestiva pro-

gramada – *hepatectomia major* – foi esquecida dentro do abdómen da doente uma pinça hemostática de *Crawford* com 18cm de comprimento.

• Saliente-se a realização de um estudo ecográfico solicitado e observado pelo mesmo cirurgião, cerca de seis meses após a cirurgia, que não detetou a pinça.

• Cerca de um ano após a data da cirurgia, realizou-se tomografia axial computadorizada que revelou uma imagem de corpo estranho localizado na região abdominal anterior.

• A pinça causou algum desconforto e incómodo à doente e a imprescindibilidade de realização de nova intervenção cirúrgica para remoção do referido corpo estranho.

Foi pedida análise técnico-científica ao Conselho Médico-Legal, cuja apreciação permitisse um perfeito enquadramento do caso e uma melhor e mais adequada análise crítica à situação.

O parecer deste Conselho referiu que “as boas práticas de atuação em salas de operações determinam a contagem de compressas e instrumentos cirúrgicos, e sempre que não haja concordância dos números o cirurgião deverá proceder a uma exploração cirúrgica e radiológica antes de encerrar a cavidade abdominal”, sendo, no presente caso, “de óbvia conclusão que a referida contagem, se tivesse sido efectuada, não poderia estar correta”.

A apreciação final foi de que a presença de um instrumento retido após uma intervenção cirúrgica não evidencia, claramente, a violação das *leges artis*, sendo um caso de acidente operatório inerente a erro, próprio da condição humana, dos elementos que integram a equipa cirúrgica.

No entanto, o Ministério Público deduziu acusação contra o médico-

-cirurgião responsável pela cirurgia e contra duas enfermeiras presentes na mesma cirurgia, seguindo o processo para julgamento.

Posteriormente, conforme “termo de transação” de tribunal de 1ª instância, a assistente desistiu do procedimento criminal contra os três arguidos, que aceitaram tal desistência, tendo-se chegado a acordo sobre o litígio respeitante ao pedido de indemnização civil – 14.400€ ao médico-cirurgião demandado e 10.600€ às enfermeiras demandadas.

TRANSFERÊNCIA CAUSA A MORTE DO DOENTE

A fim de ser julgada em processo comum e por tribunal singular, o Ministério Público acusou uma médica especialista de Cardiologia pela prática de um crime de homicídio por negligência.

- Quando se encontrava de urgência num hospital central na cidade de Coimbra a referida médica atendeu um doente do género masculino de 72 anos de idade, transferido de um hospital distrital, com o diagnóstico de “suspeita de enfarte agudo do miocárdio”.

- Após a realização de novos exames laboratoriais, anotou no diário clínico do doente “padrão enzimático compatível com enfarte em evolução”, e medicou o doente. Foi, ainda, pedida observação pela Medicina Interna, que atestou “que o doente estaria a fazer um enfarte agudo do miocárdio”, atendendo sobretudo aos dados analíticos e à clínica.

- No mesmo dia, a mesma médica cardiologista que tinha o doente a seu cargo, decidiu dar alta ao doente e ordenar o seu regresso ao mesmo hospital distrital – hospital este que não dispunha de cuidados intensivos gerais e muito menos especializados, nomeadamente de Cardiologia, e que se situava a cerca de 100km da cidade de Coimbra

– com informação médica de saída de “alterações analíticas compatíveis com enfarte e pneumonia”.

- No dia seguinte, após ter dado entrada no referido hospital distrital, o estado do doente degradou-se significativamente, com as funções renal, hepática e cardio-respiratória em falência. Não tendo, este hospital, médicos da especialidade de Cardiologia, foi novamente transferido para outro hospital distrital mais próximo, onde realizou novos exames e nova avaliação. Por este hospital distrital também não apresentar cuidados intensivos com ventilação assistida, nem a possibilidade de realizar os exames necessários, o doente foi transferido para o mesmo hospital central da cidade de Coimbra.

- À entrada, no Serviço de Urgência deste hospital, continuava numa situação muito grave, com falência multiorgânica, vindo a falecer algumas horas depois.

Foi submetido a autópsia médico-legal, que permitiu concluir que a morte foi devida a enfarte agudo do miocárdio por coronariopatia estenosante, com evolução de cerca de 18-24 horas – ocorrida, por isso, no hospital distrital após a alta do hospital central da cidade de Coimbra.

Foi pedida consulta técnico-científica ao Conselho Médico-Legal, que entendeu que “a decisão de reenviar o doente para o hospital distrital de origem não foi a correta”.

Refira-se ainda que a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde instaurou um processo disciplinar contra a médica arguida, onde também se concluiu que “não atuou com a necessária prudência e cautela”.

Os factos foram dados como provados, pelo que a médica cardiologista não atuou com a diligência necessária que o caso impunha e

decidiu erradamente transferir o doente para o hospital de origem, cometendo o crime de “homicídio por negligência”.

A arguida foi condenada pela prática de um crime de homicídio por negligência, na pena de 280 dias de multa, à taxa diária de 30€, o que perfaz a quantia de 8.400€.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Durante séculos a actividade médica esteve centrada e encerrada em si mesma, criando uma lógica própria de solidariedade entre os seus pares. O médico era detentor do conhecimento, agia com intenção de curar segundo as regras da sua arte e mesmo que alguma coisa corresse mal nem ele dava explicações, nem os doentes nem os familiares as pediam.

Atualmente a relação médico-doente tornou-se mais impessoal. Embora nem sempre seja possível a cura do doente, este pode exigir ao médico que faça tudo o que estiver ao seu alcance para melhorar o seu estado de saúde.

A consciencialização pelos “consumidores” de serviços médicos dos seus direitos, consequente ao processo de democratização da nossa sociedade, originando um fenómeno de tentativa de responsabilização a todo o custo dos médicos e das entidades prestadoras dos cuidados de saúde, culminou num aumento do número de ações judiciais de responsabilidade médica, porventura até ao exagero.

De um período em que o doente e/ou os seus familiares aceitavam com resignação o insucesso – e porventura até a morte – de um tratamento efetuado pelo médico, passou-se para o outro extremo, em que se procura imputar, muitas vezes injustamente, esse insucesso a um pretenso erro médico.

O sucesso de alguns pedidos de indemnização em tribunal pode ter levado à participação de situações

de assistência potencialmente desadequada, mesmo quando não existe culpa dos médicos ou quando poderia até haver outras soluções. Não obstante a consciência de que não é fácil aceitar-se a morte dos entes queridos e que se tenta sempre encontrar alguma explicação para tal acontecimento, à boa maneira da filosofia judaico-cristã, o que é certo é que muitas vezes a morte não é determinada pela atuação de qualquer terceira pessoa.

O doente deve saber no que consente, em que consiste o tratamento e os riscos de a ele se submeter, bem como o que comporta a negação, o que pressupõe uma informação, pelo menos, clara e suficiente. Deve ainda aceitar que a legitimação decorrente do consentimento esclarecido envolve uma aceitação dos riscos próprios (normais ou conhecidos num certo estágio da evolução da ciência) da intervenção.

No domínio do ato médico, onde é particularmente patente a existência de procedimentos de risco, é exigida a especial preparação técnica dos profissionais de saúde, cuja atuação adequada deverá ser orientada em conformidade com as regras resultantes das *leges artis*.

No âmbito médico nem sempre é possível distinguir entre erro e falta médica, pois o exercício desta atividade é inseparável de riscos que podem por vezes induzir o próprio médico em erro. Assim, condenar sistematicamente o erro conduz a condenar a própria Medicina, cuja evolução se verifica por uma sucessão de audácias, fracassos e renovações.

Esta responsabilidade é do juiz, que através de um juízo de prognose decide sobre a violação do dever objetivo de cuidado por parte do profissional de saúde. Como este não possui, em princípio, conhecimentos médicos, poderá solicitar consultas técnico-científicas ao

Conselho Médico-Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, com o objectivo de assessoria técnica à decisão judicial.

Estas perícias são abrangentes, coerentes e esclarecedoras e, uma vez que o juízo técnico e científico inerente à prova pericial se presume subtraído à livre apreciação do julgador, perante a composição deste Conselho, com os elevados conhecimentos técnicos dos membros que o compõem, impõe-se um valor probatório inabalável e dificilmente colocado em causa por outros meios de prova.

A Medicina não é uma ciência exata, e, por isso, não podem afirmar-se com certeza os resultados derivados de um tratamento ou intervenção cirúrgica na sua totalidade. Muitas vezes surgem opiniões técnicas contraditórias que dificultam a tarefa de quem é chamado a decidir. Por outro lado, nem sempre é fácil provar que foi a falta de cuidado do médico que causou a lesão ou a morte do doente, assim como definir a violação do cuidado no apuramento do que era de esperar – saber se lhe era exigível mais ou se fez tudo o que era possível dadas as circunstâncias.

Não se trata da conduta esperada de um médico altamente qualificado e experimentado, mas sim da conduta diligente que a generalidade dos médicos, com idêntica qualificação e meios, teria tomado nas mesmas condições.

Apontar o dedo ao médico sempre que existe um erro ou uma falha pode ser socialmente contraproducente, pois os médicos, sobretudo em algumas especialidades, poderão passar a recusar os casos mais complexos e com mais riscos.

Quando se opta por se ser médico, assume-se o compromisso de, acima de tudo, servir os doentes, facultando-lhes com a experiência e com

os meios disponíveis, o melhor que a ciência médica recomenda.

Em Portugal, a discussão sobre o sistema mais conveniente de responsabilidade médica ainda mal começou. No entanto, ninguém pode estar satisfeito com o regime atual. Os médicos temem as acusações de negligência que os expõe nos meios de comunicação e os ameaçam com o pagamento de indemnizações. Os hospitais sentem-se desconfortáveis com a má publicidade que os “casos” lhes trazem e receiam os custos da *Medicina defensiva* que facilmente se pode esperar.

Tornar o sistema menos vulnerável, com um melhor registo dos atos clínicos, mas também promover resoluções extrajudiciais e prever indemnizações para procedimentos que correm mal sem ser por negligência de médico, poderão ser algumas das soluções para aliviar o sistema, sendo que todas as medidas que venham reduzir a conflitualidade doente-médico são bem-vindas.

Um sistema de monitorização dos erros, que recolha e centralize a informação de forma não punitiva e confidencial, tornando possível o seu estudo por peritos, poderá permitir uma aprendizagem com os erros e emitir propostas de prevenção.

Por outro lado, a aplicação da responsabilidade objetiva da entidade coletiva, ainda que apoiada em seguros profissionais, diminuindo o recurso aos tribunais e acelerando as decisões, poderá ser a forma de o doente ser compensado sem ter que demonstrar a culpa dos profissionais de saúde, privilegiando a relação médico-doente e evitando um sofrimento emocional e psicológico.

No fundo, uma ideia pela socialização do risco em lugar da culpabilização do médico.



Manuela Carvalheiro

Médica Endocrinologista, Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Consultora da DGS para a área da Diabetes

Será que em Portugal devemos também aconselhar as pessoas com diabetes a emigrar?

A propósito do Dia Mundial da Diabetes, publicamos este artigo de opinião que se refere à diabetes tipo 2, que abrange cerca de 90% das pessoas com diabetes e ocorre principalmente na idade adulta.

Portugal é o país da Europa com maior prevalência de diabetes na idade adulta de acordo com os dados publicados pela OCDE em 2012, tendo como fonte a Federação Internacional de Diabetes (2011). De fato nessa publicação Portugal surge com uma prevalência de 9,8% enquanto a média Europeia é de 6,4%. No entanto a realidade ainda é mais assustadora, já que de acordo com os dados do Observatório Nacional da Diabetes (2012) a prevalência em Portugal tem vindo a crescer sendo já de 12,7%.

Embora reconhecendo que a diabetes é extremamente consumidora de custos diretos, (deixemos de lado os indirectos que embora não menos gravosos são mais difíceis de quantificar) verificamos que a despesa identificada representou em 2011, um valor estimado de cerca de 0,8% do PIB e 8% da despesa em saúde. No momento atual em que há uma grande preocupação com os gastos em saúde, impõe-se equacionar a seguinte questão. Este gasto no tratamento das pessoas com diabetes é ou não excessivo? Estamos a tratar as pessoas com diabetes de acordo com as normas

das boas práticas clínicas? Têm as pessoas com diabetes em Portugal acesso aos cuidados de prevenção e tratamento de forma idêntica às dos restantes países europeus?

Vejamos. Em termos de indicadores em cuidados de saúde, estamos no bom caminho. No SNS a percentagem de pessoas com diabetes com consultas registadas nos cuidados de Saúde primários, bem como a taxa de cobertura da vigilância médica (2 e + consultas) rondam os 80%, sendo o número de consultas/ano entre 3,5 a 4. No que respeita aos níveis de compensação diabética cerca de 80% estão compensados estando em cerca de metade muito bem compensados. No entanto a diabetes dá origem a múltiplas complicações e são essas que engrossam o custo do tratamento, porque em muitos casos implicam internamento hospitalar, que representa a maior parcela dos custos em diabetes. O que se verifica é que tem havido uma diminuição progressiva dos dias de internamento associados à descompensação diabética, bem como a outras complicações quando a diabetes é o motivo principal de internamento.

Neste parâmetro, Portugal, destaca-se da média europeia, sendo um dos países com menor índice de internamento por descompensação, apesar da elevada prevalência da doença. Este aspeto é de grande relevância e indiretamente reforça a qualidade dos cuidados. Mas apesar de tudo, os custos globais continuam a aumentar. Esse aumento tem uma lógica decorrente do aumento do número de pessoas com diabetes da sua esperança de vida e da otimização do tratamento.

O que fazer para contrariar esta lógica de crescimento de custos? A medida mais importante a avançar é a da prevenção. Prevenção primária no sentido de reduzir o número de pessoas com diabetes e prevenção secundária no sentido de reduzir as complicações crónicas da doença. Como fazer? Dispomos de várias ferramentas a apontar esse caminho das quais se distingue o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes publicado em 2008. Diversos projectos têm sido desenvolvidos na área do rastreio de algumas complicações, como por exemplo o da retinopatia diabética que funciona desde há vários

anos na ARS Centro. Falta vontade política para implementar acções de prevenção de forma estruturada. A prevenção é no imediato consumidora de recursos e os seus resultados são, como sabemos, apenas visíveis a médio e longo prazo. Há que reformular as equipas de saúde, demasiado centradas nos médicos, tornando-as menos caras e mais eficientes, engrossando-as com mais enfermeiros (indispensáveis para a educação terapêutica), podologistas, nutricionistas, psicólogos e até professores de educação física. Há que prosseguir na articulação dos cuidados primários e secundários, optimizando-a. Há que olhar para os gastos nos exames complementares racionalizando-os. Há que reavaliar a universalidade da comparticipação da auto-vigilância glicémica, parcela importante dos custos, face ao mecanismo de acção dos novos fármacos.

Mas nenhum destes aspectos tem sido encarado. Então o que se tem feito com vista à redução da despesa? Mais uma vez essa redução tem vindo a ser feita através dos cortes no custo dos medicamentos. Todos conhecemos a política do medicamento seguida pelo Ministério da Saúde. Cortar no preço dos medicamentos, estimular a prescrição e consumo de genéricos e dificultar (impedir) a introdução de fármacos inovadores. Esta política faz-se também sentir de forma muito profunda na diabetes, até porque nos últimos anos o custo global com os medicamentos tem vindo a aumentar. O porquê deste aumento é fácil de explicar. Já o dissemos mas é importante repetir. O maior número de pessoas com diabetes, o aumento da esperança de vida e o tratamento mais intensivo que implica a utilização de múltiplos fármacos dirigidos ao controlo da glicemia e de outros factores de risco

cardiovascular. No grupo dos hipoglicemiantes, (fármacos que baixam a glicemia) nem todos dispõem de genéricos. Dos que dispõem, a sua prescrição tem sido exponencial. Por exemplo, quanto às insulinas, ainda não existem biossimilares, por questões inerentes à própria legislação destes fármacos.

No que respeita a novos fármacos, foi introduzido no mercado e participado em 2007 um novo grupo terapêutico. Os fármacos deste grupo são eficazes, utilizam-se em posologias fixas e são praticamente isentos de efeitos secundários. São mais caros, e ainda sem generificação devido às patentes. Contudo, os estudos farmacoeconómicos demonstraram que são custo/eficazes e porque não dão origem a hipoglicemia, reduzem de forma substancial o número de internamentos hospitalares atribuíveis à diabetes em Portugal. Mas mesmo em relação a este grupo, ventos contrários se fazem sentir, sob a forma de pressão negativa sobre a sua utilização, quer nas Normas de Orientação Terapêutica, com ultrapassagem dos coordenadores científicos e da Ordem dos Médicos, quer sob a sua prescrição de forma direta, nomeadamente na Medicina Geral e Familiar.

Mas importa questionar. Não existem desde 2007 mais medicamentos inovadores? Existem, mas mais nenhum foi participado em Portugal. Só foram aprovados e participados medicamentos genéricos ou diferentes moléculas de grupos de fármacos já anteriormente participados. O mesmo não se passa na Europa, onde fármacos orais e insulinas inovadoras têm vindo a ser introduzidas e participadas. Só um exemplo. Há um grupo de fármacos hipoglicemiantes, que para além de controlar a glicemia diminui o peso corporal (a maior parte das pessoas

com diabetes tipo 2 são obesas) que está comercializado e participado em praticamente todos os países da Europa e na maior parte dos países do mundo. Em Portugal, aguarda comparticipação desde o ano 2010. Mas será que Portugal gasta mais em fármacos hipoglicemiantes que os restantes países Europeus? Apesar da maior prevalência de diabetes o consumo é praticamente idêntico à média Europeia. Em Portugal e de novo segundo a OCDE, a dose diária definida por/1000 habitantes/dia é de 63 enquanto a média Europeia é de 62, mas por exemplo no Reino Unido é de 75 (prevalência 5,4%) e na Alemanha 81 (prevalência 5,5%).

Estamos numa época em que é politicamente correto respeitar o cidadão na sua individualidade em todas as vertentes da vida inclusive no tratamento das suas doenças enquanto doenças crónicas. Na diabetes, isso implica que o tratamento seja centrado na pessoa com diabetes, nas suas características e nas da sua doença. Em Portugal as equipas de saúde fazem o melhor que podem. Mas como diz o povo “sem ovos não se podem fazer omeletes”.

Resta-nos equacionar de novo a questão inicial. Será que em Portugal devemos também aconselhar as pessoas com diabetes a emigrar?

Fontes:

- 1- Health at Glance OCDE 2012
- 2- Diabetes factos e números 2012. Relatório Anual do Observatório da Diabetes em Portugal
- 3- Infarmed.pt
- 4- DGS.pt
- 5- Pereira R, Gouveia M, Martins AP. Análise custo-efetividade de sitagliptina quando adicionada a metformina em doentes com diabetes tipo. 2 em Portugal. Revista Portuguesa de Diabetes 2012, 7: 13-23
- 6- Miguel Gouveia, Pedro Laires, Margarida Borges, Margarida Augusto, Ana Paula Martins. Antidiabéticos Oraise Internamentos Atribuíveis à Diabetes em Portugal. Acta Med Port 2012 Sep-Oct; 25 (5): 323-331



Hugo Cadavez

USF Emílio Peres – ACES Maia/Valongo

Patrícia Pereira

USF Covelo – ACES Porto Oriental

Médicos Internos da Formação Específica em
Medicina Geral e Familiar

Rastreio do Cancro do Colo do Útero na ARS Norte: intervalo de 3 ou 5 anos?

O Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero (PRCCU) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARS Norte), implementado a partir de 2009, veio alterar a prática até então instituída no âmbito do rastreio do cancro do colo do útero na Região Norte. O Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010 preconizava a realização de citologia cervical nas mulheres com idade compreendida entre os 25 e os 60 anos de três em três anos após dois exames anuais negativos¹. Com a instituição do PRCCU o intervalo de rastreio foi alargado para cinco anos, sendo realizada citologia em meio líquido em idades fixas, independentemente da idade de realização da última citologia, baseando-se na sugestão de que a citologia em meio líquido tem uma maior sensibilidade do que a citologia convencional².

Verifica-se no entanto que as recomendações das principais organizações e sociedades científicas internacionais preconizam uma periodicidade de três anos para o rastreio baseado apenas na citologia cervical, referindo não existirem diferenças entre a citologia convencional e a citologia em meio líquido. São

exemplo disso a U.S. Preventive Services Task Force³, o American College of Obstetricians and Gynecologists⁴, a American Cancer Society⁵, a American Society for Colposcopy and Cervical Pathology⁵, a American Society for Clinical Pathology⁵ e a Canadian Task Force on Preventive Health Care⁶. Além disso, todas as restantes ARS com programas de rastreio do cancro do colo do útero organizados preconizam um intervalo de três anos.

Verifica-se também que o PRCCU da ARS Norte não é concordante com as determinações do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da Direção-Geral da Saúde (DGS) publicado em setembro de 2012⁷. Este último refere que continuam válidas as recomendações dos planos oncológicos anteriores e a recomendação do Conselho da Europa (2003/878/CE). A recomendação do Conselho da Europa não apresenta nenhuma referência à periodicidade⁸. Já o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010 refere que continuam válidas as recomendações do anterior Plano Oncológico Nacional 2001-2005 que, por sua vez, indica um intervalo de rastreio de três anos⁹. Coloca-se assim o dilema ético

de saber como atuar perante uma utente elegível para rastreio numa unidade de Cuidados de Saúde Primários pertencente à ARS Norte. De facto, estima-se que o rastreio com citologia cervical a cada três anos evite 90% dos casos de carcinoma pavimentoso, diminuindo esse valor para 82% com o rastreio a cada cinco anos¹⁰. O intervalo de três anos para o rastreio baseado apenas na citologia cervical apresenta um balanço adequado entre benefícios e danos^{3,4,5,6}, não havendo evidência suficiente para suportar um intervalo superior a três anos para este método de rastreio⁵.

O alargamento do intervalo para cinco anos implica a realização de citologia cervical e teste de HPV simultaneamente, estando recomendado para mulheres entre os 30 e 65 anos quer como método possível³, quer como método preferível^{4,5}, por cinco das seis organizações e sociedades científicas internacionais acima referidas. Para mulheres naquele intervalo etário, o rastreio com uma combinação de citologia e teste de HPV a cada cinco anos apresenta um benefício idêntico ao do rastreio com citologia isolada a cada três anos³.

O PRCCU da ARS Norte, apesar

do intervalo de cinco anos, não preconiza a realização do teste de HPV a todas as mulheres rastreadas. Este só é realizado pelo laboratório de anatomia patológica perante uma citologia com resultado ASC-US².

Do exposto se conclui que a execução do PRCCU da ARS Norte pelas unidades de Cuidados de Saúde Primários implica o não

cumprimento das recomendações das principais organizações e sociedades científicas internacionais, assim como o incumprimento das determinações do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da DGS. Além disso origina uma desigualdade na prestação de cuidados de saúde a nível nacional, traduzindo-se num menor benefício relativa-

mente aos programas de rastreio das restantes ARS.

É assim urgente uma revisão do PRCCU da ARS Norte de forma a adequá-lo às recomendações internacionais atuais e às orientações programáticas da DGS, numa solução equitativa relativamente às restantes ARS.

Referências

1. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO) - Orientações Programáticas. Dezembro de 2007.
2. Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARSN), Departamento de Estudos e Planeamento (DEP), Coordenação Regional dos Rastreios Oncológicos. Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero na Região Norte. Porto: ARSN, 2009.
3. VA, Moyer; 19, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2012 Jun; 156(12):880-91, W312.
4. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. *Obstet Gynecol.* 2012 Nov;120(5):1222-38.
5. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, Garcia FA, Moriarty AT, Waxman AG, Wilbur DC, Wentzensen N, Downs LS Jr, Spitzer M, Moscicki AB, Franco EL, Stoler MH, Schiffman M, Castle PE, Myers ER; American Cancer Society; American Society for Colposcopy and Cervical Pathology; American Society for Clinical Pathology. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *Am J Clin Pathol.* 2012 Apr;137(4):516-42.
6. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ.* 2013 Jan 8;185(1):35-45.
7. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – Orientações Programáticas. Direção-Geral da Saúde, 5 de setembro de 2012.
8. Conselho da União Europeia. Recomendação do Conselho de 2 de dezembro de 2003 sobre o rastreio do cancro (2003/878/CE). *Jornal Oficial da União Europeia*, L 327/34, 16 de dezembro de 2003.
9. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001. Plano Oncológico Nacional 2001-2005. *Diário da República - I Série-B*, N.º 190, 17 de Agosto de 2001, Pág. 5241.
10. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, Wiener H, Herbert A, von Karsa L. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition--summary document. *Ann Oncol.* 2010 Mar;21(3):448-58.



Manuel Rodrigues Pereira

Especialista em Medicina Geral e Familiar,
vogal do Conselho Distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos

Um Rumo para a Medicina Portuguesa - Sete Problemas, Sete Soluções

a Escrevo este artigo no último trimestre do ano de 2013 manifestando preocupação para com a Medicina portuguesa, mas naturalmente apontando soluções e possíveis caminhos a trilhar. Isto porque, se por um lado o primeiro passo está sempre na identificação dos problemas, igualmente verdade é o facto de sempre ser possível identificar uma solução para os mesmos.

Eis a lista de sete problemas:

1. Estamos inseridos numa sociedade e cultura portuguesas a definhar, muito por culpa dos líderes por nós colocados em posições que, sem a preparação adequada, limitam-se a destruir um país, envergonhando-nos a todos com a sua “falta de jeito” e, pior ainda – falta de honestidade para com o resto da sociedade. Colocamos medíocres como rosto de um país que acaba por transmitir ao resto do mundo uma fraca figura do que é, ou poderia ser, Portugal.
2. Liderança na Saúde, nomeadamente no Sector Público, tomada por gente pouco capaz, habitualmente através de nomeação política, o que acaba por se refletir na existência de estruturas disfuncionais e onde o trabalho consegue por vezes ser um suplício.
3. Atividade Clínica exercida sob alta pressão assistencial, impedindo o enriquecimento intelectual do Médico e progressão para cargos onde poderia fazer

a diferença. Acrescento ainda: atividade essa que é exercida em infraestruturas e contextos por vezes terceiro-mundistas e que, pior ainda, tendem a contaminar a imagem do próprio Médico, transformando ele próprio num Médico terceiro-mundista. Em consequência, o Médico deixa de ser respeitado – visto que é “contaminado” pelo contexto em que é inserido.

4. Atividade Científica relegada para segundo plano, totalmente desincentivada e causadora de empobrecimento intelectual dos Médicos.
5. Atividades ligadas à Formação de novos Médicos desadequadas e embebidas em amadorismo.
6. Falta de ambição dos Médicos que se visualizam no pequeno Portugal como peões de uma sociedade com um grande potencial mas que sempre tende a falhar a sua concretização.
7. Modesto estatuto internacional do Médico português. Apesar

de inseridos na União Europeia, a nossa imagem ficará sempre e indubitavelmente associada à do resto do país. País subdesenvolvido igual a Médicos subdesenvolvidos. Simples.

Quanto às sete soluções:

1. A sociedade e cultura portuguesas têm de ser mudadas. Os seus líderes têm de ser substituídos. A desonestidade tem de deixar de ser tolerada e o poder político, assim como a Justiça, têm de ser reformados. A face de Portugal tem de ser “lavada” e tal tem de ser claro a nível internacional. Porque não avançam os Médicos em maior número para a política? Afinal, gente altamente qualificada não será capaz de oferecer melhor desempenho à sociedade? A massa intelectual deste país tem de deixar de olhar apenas o seu umbigo.
2. A Liderança na Saúde, no Sector Público e, porque não também, no Sector Privado, tem de ser tomada pelo mérito. O respeito pelos medíocres tem de chegar

ao fim. Não sabe, não manda. Há quem possa fazer melhor. O currículo fala por si. É possível gerir recursos humanos com o respeito dos que são geridos. Os níveis de saturação vão diminuir e até criatividade pode despontar. Numa estrutura menos vertical é possível aproveitar as ideias de quem trabalha e pode acrescentar algo a cada projeto – público, ou privado.

3. A Atividade Clínica exercida sob alta pressão assistencial tem de acabar. O Médico tem de estar intelectualmente ativo e em permanente busca de conhecimento – não só científico, mas também noutras áreas. Escassos minutos para observar e atender cada paciente são insatisfatórios para os Médicos e principalmente para os Pacientes que sentem as suas expectativas frustradas. Por outro lado, as próprias infraestruturas “terceiro-mundistas” não são aceitáveis. O exercício da Atividade Clínica é algo nobre. Num país que se quer desenvolvido, não é tolerável que os seus cidadãos, membros honrados desta sociedade, sejam vistos em contextos pouco próprios para tal. É depreciativo, desrespeitoso e, mesmo depressivo, tanto para o Paciente como para o Médico. Resultado deste aspeto tem sido a queda do estatuto do Médico nas sociedades ocidentais.

4. A Atividade Científica tem de ser encarada como fundamental para o Médico do “primeiro Mundo”. É algo que tem de nos caracterizar, sendo que, além de conhecimento, traz algo fundamental para as sociedades que, como a nossa, funcionam num sistema monetário – riqueza sob a forma de dinheiro! Isto é tanto verdade no sector público, como privado.

5. A Formação de novos Médi-

cos não pode ser feita com displicência. Os cursos de Medicina têm de estar ao nível dos melhores. Os internatos têm de ter coordenações e orientadores com formação adequada. Há muita literatura sobre o assunto. Parece é que pouca gente a conhece.

6. Ambição – sem ela nunca os portugueses teriam descoberto o Brasil ou o caminho marítimo para Índia. Neste pequeno retângulo da Península Ibérica, o médico português pode afirmar-se a nível mundial se os índices de desenvolvimento do seu próprio país forem adequados. Não podemos ser peões. Temos de mudar o meio que nos envolve. Se não for possível por cá, lá fora há todo um Mundo para explorar. A União Europeia veio facilitar a nossa mobilidade. O “primeiro Mundo” está mais ao nosso alcance. Os padrões de desenvolvimento do país têm de ser otimizados. O Médico português tem de melhorar a sua autoestima e se necessário for, sair do país e realizar todo o seu potencial. Chega de autoflagelação! Esta é uma mensagem especialmente importante para todos os recém-formados – depositários das esperanças do nosso país.

7. Chegamos ao último ponto – o estatuto internacional do Médico português. Temos de “puxar” o país para mais elevados patamares. Temos de melhorar os nossos indicadores de desempenho. Se o estatuto internacional do país não melhorar, o do Médico português será sempre igualmente “empurrado” para baixo. Vamos ter de nos envolver ativamente na melhoria do país e, naturalmente não descurando a qualidade da Medicina. Isso implicará a publicação de trabalhos de grande valor acrescentado para o Mundo e a prestação de provas em outros

Sistemas de Saúde que não o nosso. Um ponto tem de ser sublinhado – a nossa imagem internacional estará sempre intrinsecamente ligada àquela que o país como um todo transmite ao Mundo. É também por esse motivo que temos de nos envolver na melhoria dos outros sectores da sociedade portuguesa. Quando a nossa sociedade estiver na linha dianteira no que ao desenvolvimento diz respeito, virão médicos de todo Mundo para aprender connosco. Digo mais, se o nosso país concretizar o seu potencial, pacientes de paragens bem longínquas virão, apenas para receber os cuidados da Medicina portuguesa.

Termino com o desejo de ânimo e esperança para todos nós que atravessamos uma época conturbada na história do nosso Portugal. O futuro somos nós que o construímos. Se não gostamos do que temos, é porque algo andamos certamente a fazer mal. Mudemos!



Calendário eleitoral - Triénio 2014/2016

2013

Exerça o seu direito de voto

Pode votar POR CORRESPONDÊNCIA (os votos devem chegar à OM até ao dia 11 de Dezembro)

ou

pode votar PRESENCIALMENTE no dia 12 de Dezembro (nas sedes da OM, conforme indicado nas instruções eleitorais enviadas a todos os médicos, das 8h às 20h)

12 de Dezembro - eleições

Constituição das Assembleias e Secções de voto e acto eleitoral. (art.º 5 e 29, R.E.)

Dezembro 17 - Prazo limite para as reuniões das Comissões Eleitorais Regionais e Comissão Eleitoral Nacional para o apuramento final dos resultados (art.º 34, R.E.)

Sem data fixa - O prazo limite para a impugnação dos Actos Eleitorais para o Presidente e para os Órgãos Regionais é de 5 dias úteis a contar da data do apuramento final dos resultados eleitorais (art.º 35, n.º 1, R.E.)

Programa de Candidatura a Presidente da Ordem dos Médicos

José Manuel M. C. Silva

Mandatário Nacional: Linhares Furtado

Mandatário Norte - Castro Lopes

Mandatário Centro - Vilaça Ramos

Mandatário Sul - Fernandes e Fernandes

Reforçar a Ordem como Provedora dos Médicos, dos Doentes e da Saúde

Qualidade - Estratégia – Independência - Dignidade - Rigor - Firmeza – Profissionalismo

No triénio que agora termina, um dos mais difíceis da vida da Ordem dos Médicos e da história de Portugal, procurei ser fiel aos princípios que apresentei a sufrágio há três anos, que de alguma forma se resumem nas frases e palavras que encimam este programa de recandidatura.

A Ordem dos Médicos reconstruiu a sua imagem de unidade, alicerçada na diversidade, recuperou o reconhecimento público e dos doentes, readquiriu a sua dignidade e prestígio, conquistou o respeito dos parceiros da Saúde e dos responsáveis políticos, fortaleceu a sua capacidade de influência e intervenção na política da Saúde e, com bons resultados, soube trabalhar em conjunto com as outras organizações representativas dos médicos.

É necessário continuar a percorrer este caminho e reforçá-lo, cimentando-o em estruturas renovadas e revigoradas, sentimento que motiva e inspira esta recandidatura.

A expressão, a vitalidade, os

princípios, a frontalidade, a independência, a defesa da Qualidade que procurei transmitir com a longa introdução do programa da candidatura de há três anos dou-os aqui por inteiramente reafirmados, evitando assim a reprodução do mesmo texto.

No momento presente, mais do que as palavras valem os actos e a postura que assumi no extraordinariamente complexo e

“Só é subjugado quem não sabe ou desiste de lutar”

exigente cargo de Bastonário, particularmente dificultado pela grave crise que se abateu sobre o país e sobre a Saúde, sempre com o cuidado de dar o melhor pelos Médicos, pelos Doentes e pela Qualidade da Saúde em Portugal, sem a preocupação de agradar ao poder ou a gregos e troianos.

Por força da crise económica

do país, os próximos tempos serão ainda mais complicados e desafiantes que os anos mais recentes.

A Ordem terá de rejuvenescer, reforçar a sua coesão, eliminar os focos de tensão interna, resistir às tentativas de instrumentalização e controlo, melhorar a sua organização e capacidade de trabalho e resposta, preparando-se para o futuro.

São imensos os desafios que se colocam: as interferências na relação médico-doente e na prescrição médica, a proletarianização dos médicos, o *numerus clausus*, o excesso de alunos e a deficiente formação pré-graduada, a insuficiente capacidade formativa pós-graduada, a potencial perda de qualidade dos internatos médicos, o desemprego, a emigração, os cortes excessivos e avulsos, o comprometimento da qualidade, acessibilidade, capacidade de resposta e desígnios constitucionais do SNS, o aumento das taxas de mortalidade bruta e infantil e das listas de espera cirúrgicas (nomeadamente na área oncológica).

José Manuel Monteiro de Carvalho e Silva,
nascido em Pombal em Setembro de 1959 e residente em Coimbra.
Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna e Chefe de Equipa do Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC/CHUC)
Médico da VMER do INEM/HUC de 1996 a 2003.
Ex-Coordenador da Consulta de Lipidologia dos HUC/CHUC.
Ex-Vogal da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente dos HUC/CHUC.
Detentor da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde. Mestre em Saúde Ocupacional.
Professor Auxiliar de Medicina Interna e Regente da Cadeira de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina de Coimbra.
Pró-Reitor da Universidade de Coimbra em 2003-2004.
Ex- Presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose.
Autor ou co-autor de cerca de 600 trabalhos científicos apresentados ou publicados em congressos ou revistas nacionais e internacionais; onze comunicações e posters premiados. Moderou 50 mesas redondas e debates. Publicou um livro sobre “Colesterol, Lípidos e Doença Vascular”, Ed. LIDEL, e um CD de slides em Lipidologia.
Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos nos triénios 2005-2007, 2008-2010.
Prémio Prestígio 2011 do Diário as Beiras
Bastonário da OM no triénio 2011-13.

ca), a transferência de custos da Saúde para os doentes, as dificuldades de acesso à inovação terapêutica, as desigualdades regionais no tratamento dos doentes, o task-shifting, a mercantilização da Saúde, o ataque à pequena e média iniciativa privada médica, as empresas de mão-de-obra médica, etc.

Como Ordem, continuaremos a intervir em todas estas frentes, porque todas são importantes e não estamos dispostos a abdicar da Qualidade da medicina portuguesa, nem da Dignidade dos Médicos, nem de nenhum dos princípios Éticos e Deontológicos que regem esta nobre profissão.

Para a prossecução dos objectivos fundamentais e procura de soluções para os problemas acima elencados, proponho aos Médicos portugueses um Programa de Acção que continue

as ideias apresentadas no anterior acto eleitoral, reforçadas com algumas novas propostas, e que se basearão, essencial e muito resumidamente, nos seguintes 22 pontos:

1 – Reforçar a unidade, funcionalidade e intervenção da Ordem dos Médicos e o bom relacionamento com as associações de Doentes e com todas as organizações médicas, nomeadamente com os Sindicatos Médicos, assumindo-se por inteiro e sem receio como Provedora dos Médicos, dos Doentes e da Saúde.

2 – Aprovar os novos Estatutos da Ordem dos Médicos, de acordo com a proposta já apresentada ao Ministério da Saúde pelo Conselho Nacional Executivo no âmbito da Lei Quadro das Associações profissionais. Alguns aspectos poderão ser mais finamente trabalhados

pelos novos corpos sociais da Ordem. A Ordem dos Médicos tornar-se-á mais operante, organizada e participada, com melhor capacidade de resposta e actuação e com um funcionamento mais transparente e escrutinado.

3 – Continuar o ciclo de debates e conferências político-profissionais sob o lema “A Ordem dos Médicos na Ordem do Dia”, iniciado no actual triénio, com um êxito assinalável e transmissão áudio e vídeo dos mesmos, por via informática, a todas as sedes da Ordem que o desejem, como já se concretizou com a Distrital do Algarve. O primeiro debate desta nova série e uma das grandes preocupações para o triénio será a problemática da proletarianização médica e da Saúde e a necessidade de desencadear estratégias concretas para a combater. Será também inaugurado um outro ciclo de debates/conferências, de cariz eminentemente científico, envolvendo os Colégios e cujo mote será “Em Formação com os Colégios”.

4 - Reforçar a aposta na Acta Médica Portuguesa (AMP), que passará a ocupar um lugar próprio no organigrama da Ordem e a ter um regulamento específico, com o Editor-Chefe, cargo de imensa exigência, complexidade e trabalho, a passar a ser um lugar remunerado e seleccionado por concurso. A AMP voltará a ter edição em papel.

5 - Desenvolver, dinamizar e modernizar um verdadeiro Portal da Ordem dos Médicos, moderno, útil e operante.

6 - Criar um Database Manager para manter actualizada a base de dados da Ordem dos Médicos, que deve ser alargada nos campos de registo, respeitando

as determinações da CNPD, de acordo com avaliação a fazer pelo Conselho nacional Executivo.

7 - Nomear um elemento do CNE como responsável pelo acompanhamento dos Seguros protocolados com a Ordem dos Médicos e a sua revisão e acompanhamento permanentes.

8 - Indicar um representante da Ordem para acompanhar todas as reuniões da Comissão de Saúde da Assembleia da República.

9 - Continuar a desenvolver iniciativas empenhadas e persistentes na publicação de uma Lei do Acto Médico adequada ao tempo presente e à evolução da prestação de cuidados clínicos.

10 - Investir na requalificação das Carreiras Médicas e discussão de um processo de recertificação médica adaptado à realidade nacional e discutido de forma abrangente.

11 - Promover a reunião de um Fórum Nacional para o diálogo entre os Colégios da Especialidade, as Sociedades Científicas e as Escolas Médicas para a discussão dos Programas de Formação Médica pré e pós graduada e para a defesa da Qualidade da Medicina.

12 - Continuar a desenvolver o Conselho Nacional de Avaliação da Qualidade, colocando a Ordem no centro da discussão da Qualidade da Saúde em Portugal e estabelecendo protocolos com todas as instituições que tenham funções e responsabilidades nesta área.

13 - Concretizar a reformulação do Exame de Seriação para o acesso à Especialidade e definição de uma nota mínima de acesso.

14 - Continuar a assumir a Or-

dem como um parceiro activo, crítico e liderante na elaboração da Política da Saúde, adoptando um papel activo na defesa dos requisitos indispensáveis para a Qualidade do Exercício Profissional em todos os sectores da actividade médica e nas reformas em curso, desde os Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Cuidados de Reabilitação, Cuidados Continuados, Rede de Urgências e Emergência, Política do Medicamento, Gestão Hospitalar, na avaliação técnico-científica e na defesa da Ética em todos os domínios da Saúde.

15 - Promover, sob os auspícios da Ordem e com um rigoroso método científico, um estudo sobre Burnout dos Médicos, em termos globais, por especialidade e por escalão etário.

16 - Dar prioridade às questões dos Licenciamentos e das Convenções, em defesa da pequena e média iniciativa privada médica independente e de proximidade, impedindo uma reengenharia e extinção forçada deste importantíssimo sector da actividade médica.

17 - Para além do Fundo de Solidariedade já existente, ponderar a criação de um fundo de pensões médico voluntário para complemento do apoio social e económico aos Médicos sempre que necessário.

18 - Nas relações internacionais a Ordem deverá implementar dois departamentos, um Departamento de Cooperação com a Comunidade Médica de Língua Portuguesa (CMLP), privilegiando e intensificando uma cooperação recíproca com os países de expressão portuguesa e envolvendo mais Colegas com experiência e conhecimento nesta área, e um Departamento

Internacional, mais orientado para as organizações europeias e internacionais, particularmente as primeiras.

19 - Institucionalizar o Diálogo permanente com os Doentes. Procurar-se-á organizar um Congresso com as Associações de Doentes para discutir as dificuldades e soluções para a acessibilidade dos doentes ao Serviço Nacional de Saúde e ao Estado da Arte Médica.

20 - Manter e intensificar a intervenção da Ordem dos Médicos na Sociedade e na Política de Saúde.

21 - Comemorar os "Dias Mundiais" do âmbito da Saúde através dos respectivos Colégios, dando mais visibilidade aos mesmos e à capacidade de intervenção da Ordem dos Médicos.

22 - Propor a criação de um Conselho Consultivo englobando todos os médicos que praticam Terapêuticas Não Convencionais, de modo a que sejam os médicos a responsabilizar-se e a ocupar um terreno que deve ser essencialmente médico.

APELO VEEMENTE AO VOTO

A abstenção e a não participação na vida da Ordem e nos seus actos eleitorais fragilizam a Ordem e a sua capacidade de intervenção, enfraquecendo a Classe Médica.

No presente triénio a Ordem dos Médicos demonstrou o enorme impacto público e político que pode efectivamente ter, conseguindo muitos dos objetivos a que se propôs.

Votar não custa nada e torna-nos ainda mais fortes e respeitados.

Peço-lhe que vote e que mobilize todos os Colegas para votarem!

Discurso de apresentação de recandidatura

Discurso efectuado por Fernandes e Fernandes, mandatário (pela Secção Regional do Sul da OM) da candidatura de José Manuel M. C. Silva a presidente da Ordem dos Médicos.

«O apoio generalizado à recandidatura do Prof. José Manuel Silva e a ausência de outros candidatos são dois factos que têm um significado inquestionável.

Traduzem o

- Reconhecimento da sua acção na defesa dos Médicos e da Medicina, a fidelidade aos princípios do seu programa e expressam confiança para o Futuro, por uma Ordem dos Médicos, actuante e capaz de responder aos desafios do Tempo e da Sociedade.

Há 3 anos a sua candidatura foi um **grito de alma** dos Médicos Portugueses que se identificaram com um projecto de mudança, com uma Ordem atenta aos desafios da Medicina, à qualificação dos seus Profissionais e ao seu direito à dignidade profissional, aos direitos dos doentes que corporizam o que denominei **Cidadania da Pessoa Doente** e à salvaguarda dos valores essenciais da Medicina.

Houve no seu mandato um

momento clarificador, decisivo com dimensão que nos ultrapassou: refiro-me à coerência na actuação da Ordem e do seu Bastonário na adesão e apoio à greve médica de 2012 desencadeada pelos Sindicatos Médicos, contra um projecto inaceitável para a dignidade da Medicina e dos médicos.

Esse momento marcou a capacidade de os Médicos portugueses ultrapassarem diferenças ideológicas naturais, e convergirem na acção para a defesa do que é essencial da nossa profissão: a sua dignidade, a necessidade de condições efectivas para o exercício duma Medicina moderna, de qualidade ao serviços dos nossos concidadãos, sem discriminação económica ou social.

Foi também uma vitória sua, mas foi acima de tudo, uma grande vitória dos Médicos e da Medicina, contra uma visão demasiado utilitarista e restritiva da Política de Saúde que o País precisa e as circunstâncias exigem.

Há três anos em cerimónia de

lançamento da sua candidatura propus-lhe como lema para a sua acção o conceito que Jaime Celestino da Costa defendia:

A Ordem dos Médicos serve dois objectivos fundamentais: defender os Médicos da Sociedade e a Sociedade dos Médicos.

Por isso sempre fomos incómodos para o Poder e é preciso que o sejamos, e tanto mais, quanto melhor soubermos manter a fidelidade aos valores da nossa Profissão; foi assim que conquistámos e continuámos a merecer a **Confiança** dos portugueses.

Este é o nosso código genético e o património ético e moral que assumimos, e que reencontro nos objectivos enunciados no seu programa de recandidatura.

1. Respeito pelo Juramento sobre o Dever da Obediência este é o nosso combate indeclinável, nesta época de Medicina

Científica Centrada no Doente, em que as prioridades são inequívocas:

a- Direito social à Boa Medicina, científica, eficaz e segura quanto possível, pois a Medicina não é ainda uma ciência exacta, assente no desenvolvimento tecnológico e na incorporação da inovação adequadamente comprovada

b- Equidade no Acesso, o que implicará uso judicioso dos recursos e compromisso ético indeclinável

c- Permanência dos valores essenciais do Profissionalismo Médico: competência, espírito de serviço, sentido de altruísmo, defesa intransigente da independência da Profissão e exigência dos meios indispensáveis à prática competente. Estes são os pilares do corporativismo médico, que defendemos e assumimos e que, malevolamente, alguns pretendem desvalorizar

2. Recusa frontal em aceitar que os médicos sejam considerados como responsáveis pelas disfunções do sistema e das Políticas de Saúde.

Por isso afirmamos claramente:

a- **Não há Reforma possível na Saúde contra os seus profissionais e sem Verdade**

b- **Urgência** em recolocar os Médicos e os outros profissionais de Saúde no centro das decisões indispensáveis e urgentes do Sistema de Saúde, porque nós seremos sempre os primeiros defensores da Qualidade do exercício profissional e os advogados dos direitos dos Doentes.

c- Participação empenhada

nas equipas de Saúde, mas dever indeclinável de liderança dos médicos: é a nossa obrigação e a nossa responsabilidade.

3. Defesa de Meritocracia profissional e compromisso com a Ética e a Deontologia profissional

Au dessus de la Melée foi conceito que invoquei nas nossas conversas, citando Romain Rolland, autor do imortal *Jean Christophe* e que, com simpatia, Você foi aceitando e que nos permitiu ultrapassar divergências pontuais sempre claramente assumidas e explicadas.

Concentrarmo-nos na Defesa do Essencial, do Prestígio da Profissão e das Instituições, ao respeito fundamental pela Ética e pela Deontologia Profissional, à promoção de Meritocracia profissional, lutando pela Qualidade da Educação Médica, pelo direito dos Médicos a condições de trabalho eficazes e adequadamente remuneradas, pela independência dos órgãos disciplinares da Ordem, capazes de exercer Firmeza e Rigor na apreciação dos erros profissionais, como imperativo para a confiança dos cidadãos e para o cumprimento da missão pública da Ordem dos Médicos, suscitar o empenhamento dos médicos numa grande **Coligação para a Saúde**, que considere necessária e urgente nestes tempos difíceis e de desafio para o Direito à Saúde dos Portugueses, sem prejuízo das nossas competências e das nossas responsabilidades.

Este é o Combate fundamental e necessário cujas linhas fundamentais re-encontrei no seu

programa: Honrar a Medicina, defender os Médicos e os Doentes, promover a Saúde, participar na elaboração duma verdadeira Política de Saúde ao serviço dos cidadãos e dos doentes e, assim, contribuir para um Futuro melhor no nosso País.

Por isso apelo à mobilização e ao voto dos médicos portugueses na sua recandidatura para Bastonário da Ordem dos Médicos.»

SECÇÃO REGIONAL DO NORTE

Candidatura aos Órgãos Regionais Conselho Regional do Norte - Lista A

Todas as candidaturas da SRN subscrevem a lista A

Defender os médicos e os doentes Consolidar reformas - Preparar o futuro

Candidatura aos Corpos Gerentes da OM

A actividade desenvolvida pela SRN da Ordem dos Médicos durante o triénio 2011-2013 deixou uma nova marca gravada no património institucional da Ordem dos Médicos, ao associar coragem e firmeza na defesa dos médicos e dos doentes a organização optimizada, traduzida em níveis elevados de eficácia e eficiência, e a transparência, expressa na clareza das contas, no cumprimento dos orçamentos, na planificação das actividades. Desta nova forma de encarar o trabalho associativo, resultou provavelmente o mandato mais produtivo e eficiente da SRN. O número de intervenções, documentos e pareceres produzidos foi inequivocamente evidente e a diminuição de custos uma realidade indelével. Os espaços da SRN nunca foram tão utilizados. Foram realizadas dezenas de reuniões, com centenas de médicos, em que foram debatidas questões e apontadas soluções para vários problemas socioprofissionais. A actividade social e cultural cresceu em quantidade e qualidade, mantendo a matriz tradicional dos nossos eventos. Inauguraram-se dois novos espaços na SRN, um no

Porto e outro em Viana do Castelo. A nossa aposta na solidariedade entre os médicos, e em particular entre os médicos inscritos na nossa SRN, deu passos muito positivos no presente e que se irão afirmar em plenitude no futuro próximo. E não abdicamos de exercer de forma completa as nossas funções de auto-regulação nas áreas da formação médica, do exercício da medicina e da ética e deontologia traduzida no exercício do poder disciplinar. Só assim é possível defender de forma plena a qualidade da medicina e dos cuidados de saúde prestados aos nossos doentes. O nosso trabalho na liderança da SRN já é conhecido. O nosso património institucional também. Continuaremos a respeitar o direito à diferença de opiniões no seio da Comunidade Médica e da Ordem dos Médicos e a aceitar as decisões que melhor servem os médicos e os doentes.

Esta candidatura que agora apresentamos é constituída por uma equipa que alia a experiência e capacidade de trabalho à força, irreverência e sentido de inovação da juventude e de quem adere a este projecto. Este é um projecto para todos os médicos, que só faz senti-

do com base em razões fortes que constituam os seus pilares fundamentais:

Defender a dignidade dos médicos e da medicina.

Defender o direito dos doentes ao acesso à saúde.

Defender a qualidade e autonomia da medicina e do acto médico.

Defender a inviolabilidade das competências médicas.

Defender a ética e a deontologia da profissão médica.

Defender a eficácia e transparência dos mecanismos de auto-regulação médica.

Defender e Unir os Médicos.

A nossa proposta completa de programa de acção e o resultado do mandato 'SRN 2011-2013' podem ser consultados em:

www.miguelguimaraes.eu

A. Estatutos, Regras e Regulamentos da Ordem dos Médicos

01. Defender a proposta de revisão dos Estatutos da Ordem dos Médicos e seus documentos anexos (regras eleitorais, regras deontológicas, estatuto disciplinar e normas gerais dos colégios) apresentada, debatida e consensualizada

Mandatário: António Carvalho de Almeida Coimbra (Neurologia)
Delegado: José Nelson Coelho Pereira (Cirurgia Geral)

Mesa da Assembleia Regional

Presidente	José Pedro da Fonseca Moreira da Silva (Imunoalergologia Medicina Interna)
Vice-Presidente	José Luís Medina Vieira (Endocrinologia Medicina Interna)
Secretários	Maria Manuela Selores Azevedo Gomes Meirinhos (Dermato-Venereologia) Raul Jorge Fernandes da Cunha (Medicina Geral e Familiar)

Conselho Fiscal Regional

Presidente: António Gouveia Strecht Ribeiro (Medicina Interna)

Edgar Ribeiro Lopes (Anestesiologia)

Emídio dos Santos Carreiro (Pediatria)

Conselho Disciplinar Regional

Damieta Isabel Figueiredo (Anestesiologia)

João Francisco Montenegro de Andrade Lima Bernardes (Ginecologia/
Obstetrícia)

Manuel Carlos Costa Carvalho Dias (Medicina Interna)

Manuel Rodrigues e Rodrigues (Otorrinolaringologia)

Maria de Fátima Soares da Costa Carvalho (Cirurgia Pediátrica)

Conselho Regional

Alberto António Moreira Caldas Afonso (Pediatria)

Alberto Augusto Oliveira Pinto Hespagnol (Medicina Geral e Familiar)

Amílcar Manuel Ribeiro Costa Silva (Ortopedia)

André Filipe Monteiro Santos Luís (Estomatologia)

António Manuel Ferreira Araújo (Oncologia Médica | Medicina Interna)

Avelino Manuel Fraga Ferreira (Urologia)

Dalila Maria Rodrigues Gonçalves Veiga (Anestesiologia)

José António Guimarães Martins Soares (Medicina Geral e Familiar)

José Miguel Ribeiro de Castro Guimarães (Urologia)

Maria de Lurdes Triana Esteves Gandra (Cirurgia Geral)

Rui Nuno Marques de Queirós Capucho (Saúde Pública)

em Conselho Nacional Executivo (CNE) e entregue ao Ministro da Saúde em Fevereiro de 2013.

02. Promover a revisão e actualização, de acordo com a Lei em vigor e as determinações do CNE, das normas específicas dos Colégios e dos programas de formação dos internatos médicos, de modo a que as idoneidades e capacidades formativas dos diferentes Serviços sejam sempre devidamente fundamentadas e transparentes.

B. Organização da Ordem dos Médicos

03. A nível distrital, respeitar e dignificar o papel dos Conselhos Distritais, reforçando as suas funções e descentralizando algumas das actividades da SRN. Os Presidentes dos Conselhos Distritais passarão a estar automaticamente convocados para participar de forma activa nas reuniões do Conselho Regional.

04. A nível regional, otimizar a organização e gestão interna da

SRN, continuando a implementar e aperfeiçoando as recomendações das auditorias externas realizadas a nível dos processos e procedimentos e a nível financeiro.

Reformular os gabinetes de comunicação e informática, integrando de forma eficaz a informação em suporte físico e digital. Propor novamente que a revista nortemédico seja essencialmente produzida em formato digital.

Continuar a garantir um apoio jurídico, especializado em Direito da Medicina, eficaz e em tempo útil a todos os médicos da SRN.

Optimizar o funcionamento do Conselho Disciplinar Regional com base na experiência, conhecimento e dedicação de todos os seus membros, suportada por um gabinete jurídico especializado em Ética, Deontologia e Direito Médico.

05. A nível nacional, continuar a defender a implementação dos princípios e valores de organização e gestão aplicados a nível regional. Garantir a todos os médicos que o desejem uma cédula profissional com assinatura digital qualificada, que assegure o exercício da profissão médica de forma plena e em segurança e evite o exercício ilegal ou abusivo da Medicina.

06. Dar continuidade ao pedido já realizado de um estudo de enquadramento económico-financeiro de todas as actividades da Ordem dos Médicos, para que seja possível a apresentação em CNE de uma proposta consistente e fundamentada de alteração do valor das quotas pagas pelos médicos.

C. Formação Médica

07. No seu programa para 2011-2013 o actual Conselho Regional estabeleceu como objectivo “Definir as necessidades de médicos das várias especialidades para os próximos 10 anos ...”. Este objectivo foi recentemente alcançado com

a apresentação pública do 'Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde' produzido pela Universidade de Coimbra para a Ordem dos Médicos e da autoria da equipa liderada pela Prof.^a Doutora Paula Santana. Os dados deste estudo são essenciais para permitir que a Ordem dos Médicos possa definir, com a certeza dos números, que e quantos médicos são necessários para os próximos anos, e assim defender simultaneamente a qualidade da Educação Médica e o direito dos doentes a cuidados de Saúde qualificados.

Nesta perspectiva, continuamos a defender o respeito absoluto pela equivalência das capacidades formativas dos cursos de medicina existentes com as capacidades formativas das várias unidades de saúde portuguesas para formar especialistas.

08. Manter uma relação estreita com as Faculdades de Medicina, as Associações de Estudantes e as Sociedades e Associações Científicas no sentido de aproximar a formação pré e pós-graduada, pugnando para que todos os médicos tenham uma formação sólida e uma educação médica continuada de qualidade inquestionável, assumindo em conjunto uma posição clara, firme e exigente relativamente aos cursos de Medicina.

09. Promover a qualificação e diferenciação médica e pugnar para que o trabalho desenvolvido pelos Colégios de Especialidade seja respeitado e reconhecido.

10. Monitorizar activamente as condições de funcionamento e a qualidade dos internatos médicos e da formação médica contínua em todas as unidades de saúde. Defender, em articulação com o CNMI, a existência de um Regulamento do Internato Médico que corresponda às expectativas dos jovens médicos

e consagre mudanças essenciais que melhorem a transparência e a qualidade dos internatos.

11. Propor a redefinição do papel essencial do orientador de formação, criando condições para que possam ter formação específica.

12. Defender as Carreiras Médicas como suporte fundamental do SNS e da qualidade da medicina portuguesa, e pugnar para que a qualificação médica e a competência em gestão clínica sejam requisitos essenciais para ocupar cargos de direcção.

13. Reafirmar a necessidade de respeitar, fortalecer e aplicar na prática as Carreiras Médicas, exigindo que o mecanismo do concurso público para provimento de vagas seja assumido como essencial quer para o acesso, quer para a progressão na carreira. Nesta medida, os concursos deverão ser abertos e permitir a mobilidade de profissionais médicos entre as diferentes unidades de saúde. No cumprimento da legislação em vigor, continuaremos a defender a abertura regular de vagas para o grau de consultor e para as categorias de assistente, assistente graduado e assistente graduado senior.

14. Promover uma autêntica formação médica contínua, decorrente da prática clínica diária e da frequência de acções de formação, e traduzida na aquisição de conhecimentos e manutenção de competências técnicas que permitam encarar o processo de recertificação de forma integrada com a nossa Carreira Médica.

15. Continuar a promover uma acreditação eficaz e credível das actividades de formação e desenvolvimento profissional contínuo e contribuir para o desenvolvimento da actividade de investigação básica e clínica, promovendo a criação de um prémio/bolsa de investigação.

D. Exercício da Profissão Médica

16. Defender o Serviço Nacional de Saúde na sua determinação constitucional como base estruturante da organização da Saúde em Portugal, e lutar pela sua melhoria e eficiência.

17. Defender a existência de condições físicas, técnicas e humanas adequadas para que o exercício da medicina possa ter níveis de qualidade referenciáveis. Continuar a defender que a legislação sobre licenciamento de unidades privadas de saúde contemple alterações consideradas essenciais para que os cuidados de proximidade e a relação médico-doente seja preservada nos consultórios e pequenas clínicas médicas.

18. Defender a complementaridade da Medicina Privada e da Medicina Convencionada no sistema nacional de saúde, com respeito pelos mesmos princípios e valores do SNS. A equidade que deve existir no sistema e a qualidade dos cuidados de saúde obriga a que os sectores público e privado tenham as mesmas condições físicas e técnicas para o exercício da medicina.

19. Promover visitas/auditorias regulares a unidades de saúde do sector público, social e privado, no sentido de avaliar o cumprimento das condições físicas, técnicas e humanas essenciais para o exercício da medicina.

20. Cientes da importância da revisão do modelo das Convenções, manter a disponibilidade para colaborar na proposta de um modelo que garanta maior acessibilidade e qualidade aos doentes e evite o desperdício de recursos. Defender um regime de Convenções que seja justo, equilibrado e aberto, e que cumpra os princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade, da concorrência pela qualidade e da medicina de proximidade.

21. Continuar o trabalho já iniciado com sucesso no sentido de diminuir o valor das taxas de inscrição e manutenção na Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

22. Completar o trabalho iniciado e já desenvolvido de revisão e actualização do Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos, para que a complexidade relativa dos actos médicos possa ser avaliada de forma mais justa.

23. Promover a Governação Clínica no sistema nacional de saúde como forma de melhorar os índices de gestão, qualidade e organização dos serviços de saúde.

24. Promover a participação dos médicos na gestão clínica das unidades de saúde, incentivando a formação em cursos de pós-graduação em gestão dos Serviços de Saúde com a aquisição da respectiva competência da OM.

25. Propor ao Ministério da Saúde que a posse da competência em gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos seja considerada um factor com peso curricular específico, complementar ao grau e à categoria da Carreira Médica, para ocupar cargos de direcção de Serviços, Unidades ou Departamentos.

E. Ética, Deontologia e Direito Médico

26. Pugnar para que os médicos cumpram sempre o seu dever de proteger a qualidade de vida e preservar a dignidade do ser humano, respeitando as boas práticas médicas, a Ética e o Código Deontológico.

27. Divulgar de forma ampla o Direito Médico e as suas implicações no exercício da profissão médica e na responsabilidade dos médicos.

28. Continuar a melhorar o desempenho e a função de auto-regulação disciplinar da OM através dos Conselhos Disciplinares Regional e Nacional e de um gabinete jurídico

especializado em Direito Médico.

29. Rejeitar todas as propostas que promovam o racionamento em saúde. Defender sempre a dignidade de todos os seres humanos e o direito dos doentes à saúde.

F. Qualidade da Medicina

30. Defender a aplicação integral dos Estatutos, regras e regulamentos da Ordem dos Médicos, e designadamente da Ética e do Código Deontológico.

31. Continuar a promover a investigação, definição e implementação de indicadores e respectivos critérios de qualidade por patologia e especialidade, que possibilitem à OM definir com rigor a qualidade do exercício da profissão médica e a experiência, resultados e necessidades essenciais exigíveis à actividade dos diferentes Serviços de saúde e dos Centros de referência.

32. Defender a promoção da qualidade da saúde dos cidadãos, a prevenção da doença e a promoção do envelhecimento activo.

33. Defender a qualidade da medicina com base nas boas práticas médicas.

34. Promover a participação da OM nos processos oficiais de acreditação e na avaliação dos cursos que dão acesso à profissão médica.

35. Reavaliar de forma positiva a parceria existente entre a Direcção-Geral de Saúde e a OM no que respeita à definição e implementação de 'normas de orientação clínica' e respectivas auditorias, para que sejam sempre respeitadas as boas práticas médicas baseadas na ética, deontologia e estado da arte.

36. Participar, através de protocolo recentemente estabelecido entre a OM e a ERS, na reavaliação, redefinição e implementação do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde.

G. Solidariedade interpares

37. Propor a revisão do Regula-

mento do Fundo de Solidariedade da OM no sentido de apoiar mais eficazmente os médicos e seus familiares directos necessitados.

38. Insistir na proposta já apresentada em CNE, e parcialmente consagrada na proposta de revisão dos Estatutos, que obriga a OM a destinar anualmente ao Fundo de Solidariedade no mínimo 2% das quotas efectivamente cobradas. Pretende-se que esta percentagem seja mais elevada.

39. Iniciar o projecto de criação de uma 'Casa de Apoio Social do Médico' (CASMED), como uma verdadeira demonstração de solidariedade interpares. O primeiro passo foi dado recentemente com a inauguração do Centro de Convívio da SRNOM - 'Casa Luz Soriano'.

40. Propor a mediação, através do Conselho Nacional da Segurança Social dos Médicos, de seguros de saúde em condições vantajosas para os médicos seniores e o estabelecimento de planos de poupança reforma mais favoráveis.

41. Divulgar o desenvolvimento de associações médicas mutualistas (como já aconteceu com a União Médica Mutualista - aUMM) como um novo modelo de organização e investimento em diversas áreas da saúde, de médicos para médicos e para os doentes, com todos os potenciais benefícios daí decorrentes.

H. Política de Saúde

42. Continuar a promover a existência de uma agenda política activa que englobe todas as matérias essenciais para a Saúde e para os médicos, e que resulte numa intervenção pública ou institucional eticamente consistente e adequada, no sentido de positivamente defender a qualidade do exercício da medicina. Manter, por parte da SRN, à semelhança do que aconteceu no mandato que agora termina, uma intervenção pública e institucional

assertiva e constante na defesa da Saúde, dos Doentes e dos Médicos.

43. Defender o SNS e a aplicação prática das Carreiras Médicas.

44. Apresentar às entidades oficiais competentes um plano de reforma do SNS que respeite os seus princípios fundadores, que centre o sistema no cidadão e na qualidade dos cuidados de saúde e que organize e valorize os recursos humanos e financeiros no sentido de obter melhores resultados e combater com maior eficácia os desperdícios existentes. Inculcar na OM uma forma mais proactiva de encarar as questões essenciais da Saúde em Portugal.

45. Defender os cuidados de proximidade e o exercício da medicina privada nos consultórios e pequenas clínicas médicas, valorizando a relação estreita médico-doente que lhe está intimamente associada.

46. Não permitir que as competências médicas sejam violadas por outros profissionais de saúde. Defender a liderança médica nas equipas multidisciplinares que asseguram cuidados de saúde.

47. Não permitir que outras instituições interfiram nas competências próprias da OM.

48. Continuar a defender uma política do medicamento que seja adequada às necessidades dos doentes, equitativa e que respeite as boas práticas médicas. Manter inabalável a posição que sempre temos defendido relativamente à prescrição médica como um acto médico por excelência, baseado na relação única de confiança médico-doente e que, como tal, não pode ser violada.

49. Recusar participar na regulamentação das 'terapêuticas não convencionais', rejeitando validar 'terapêuticas' que não têm o suporte científico e a responsabilidade exigível à medicina e à prática médica.

50. Insistir na aprovação da proposta já apresentada pela OM ao Ministério da Saúde no sentido de enquadrar legalmente o Acto Médico.

Para que este passe a constituir a referência essencial da prática médica no respeito pelo perfil profissional do Médico definido na legislação sobre as Carreiras Médicas e pela formulação da União Europeia de Médicos Especialistas (UEMS).

51. Defender o direito dos doentes à segurança da confidencialidade e protecção dos dados pessoais e clínicos, designadamente no âmbito dos Registos de Saúde Electrónicos.

I. Representação Nacional e Internacional

52. Exercer em pleno e com eficácia a função de representação a nível da região Norte e a nível nacional no Plenário dos Conselhos Regionais, na Reunião Geral dos Colégios e no CNE da OM.

53. Manter e rever a participação nas principais reuniões internacionais em que a OM se encontra envolvida: UEMS, UEMO, CEOM, FEMS, PWG, ENMCA, FIEM e WHO. Uma organização internacional que continuará a merecer uma aposta clara da SRN é a Comunidade Médica de Língua Portuguesa (CMLP), com a qual estão em curso alguns projectos nas áreas da formação, desenvolvimento profissional contínuo e emprego médico.

J. Colaboração Institucional

54. Manter a colaboração activa, empenhada e sinérgica com as outras estruturas representativas dos médicos, nomeadamente os Sindicatos Médicos e as Associações e Sociedades Médicas.

55. Manter a colaboração positiva e sinérgica com as Associações de Estudantes e as Faculdades de Medicina.

56. Manter e alargar a colaboração

activa com as Associações de Doentes, indispensável para ter um papel mais relevante na defesa dos direitos dos doentes e da medicina portuguesa.

57. Manter e desenvolver áreas de colaboração estratégica com outras instituições, designadamente as Universidades, em matérias transversais a todas as especialidades médicas, como por exemplo os cursos de pós-graduação em Gestão dos Serviços de Saúde e Direito da Medicina, Controlo e Melhoria da Qualidade em Unidades de Saúde, Formação de Auditores Clínicos, Formação para Orientadores de Internato, Suporte Avançado de Vida, entre outros.

58. Manter a participação no Conselho Nacional das Ordens Profissionais (CNOP).

L. Actividade Socioprofissional e Cultural

59. Manter e desenvolver a actividade cultural, social e profissional como forma de debater ideias e construir soluções, de aproximar os médicos dos médicos, os médicos da sociedade e a sociedade dos médicos, deixando naquela uma marca da nossa visão da medicina, da cultura e do mundo. São os momentos de partilha entre todos que nos aproximam e nos tornam mais solidários e mais fortes.

Porque acreditamos:

. Nos valores e princípios que devem orientar a nossa forma de estar na sociedade.

. Nas reformas já concluídas e nas já iniciadas.

. Nas mudanças que são necessárias.

. No futuro.

Somos candidatos aos Corpos Gerentes da SRN da Ordem dos Médicos.

Para a defesa e união dos médicos é preciso uma Ordem sólida.

Participa neste acto eleitoral.

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Norte Distrito Médico do Porto

Mandatário: António Carvalho de Almeida Coimbra (Neurologia)

Delegado da candidatura: José Nelson Coelho Pereira (Cirurgia Geral)

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente: Isabel Maria Amorim Pereira Ramos (Radiologia)

Vice-Presidente: João Carlos Bessa Cardoso (Medicina Geral e Familiar)

Secretários: Margarida Maria Gomes Mota De Carvalho (Medicina Interna)

Maria Manuela Baptista Balsinha (Cirurgia Geral)

Conselho Distrital

Presidente: António Carlos Megre Eugénio Sarmiento (Doenças Infecciosas | Farmacologia Clínica)

Carlos Manuel Vieira de Magalhães (Cirurgia Geral | Medicina Desportiva)

Manuel Alexandre Guimarães Pais de Figueiredo (Anestesiologia)

Maria Luciana Gomes Domingues Couto Carvalho (Medicina Geral e Familiar)

Tiago Luís Baptista da Cunha Sousa Veloso (Interno Medicina Geral e Familiar)

Membros Consultivos ao Conselho Regional

Albino Alberto Rodrigues Costa (Medicina Geral e Familiar | Medicina do Trabalho)

Alfredo José Correia Loureiro (Nefrologia)

Alice Soledade Ribeiro Coimbra Peixoto (Imunoalergologia)

Ana Manuela Almeida Lourenço Ribeiro (Anestesiologia)

Ana Paula Tavares Branco (Ginecologia – Obstetrícia)

Ana Luísa Reis Ferreira (Imunoalergologia)

António José Machado de Faria e Almeida Praça (Otorrinolaringologia)

António José Polónia Coelho da Silva (Cirurgia Geral)

António Miguel Henriques da Cunha Abreu (Interno Oncologia Médica)

António Rui Bomba Pais (Medicina Geral e Familiar)

António Rui Ruão Machado Barbosa (Interno Medicina Desportiva)

António Taveira Gomes (Cirurgia Geral)

Bela Cristina Delgado Pereira (Cirurgia Geral)

Cármén Marisa Marques Gonçalves (Cirurgia Plástica)

Catarina Isabel Pais Alves Santos Sousa (Interna Cirurgia Pediátrica)

Diogo Sousa Guimarães de Castro (Interno Anestesiologia)

Gil Filipe Ramada Faria (Cirurgia Geral)

Ingride Vanessa Macedo Fernandes da Costa (Medicina Interna)

Isabel Constança Pereira Jorge Cachapuz Guerra (Patologia Clínica)

João Geraldo dos Reis Correia Pinto (Estomatologia)

João Paulo Ferreira da Silva Oliveira (Nefrologia | Genética Médica)

John Rodrigues Preto (Cirurgia Geral)

Jorge Nuno Costa Marvão (Anestesiologia)

José Artur Garcia da Silva (Medicina Geral e Familiar)

José Flávio Guimarães Videira (Cirurgia Geral)

José Luís Martins da Costa Lima (Medicina Geral e Familiar)

Liane Maria Correia Rodrigues da Costa (Interna Pediatria)

Luís Almeida Santos (Pediatria)

Luís Fernando Moreira Cardoso Castro Neves (Cirurgia Geral)

Luís Manuel Estrela do Carmo Monteiro (Cirurgia Geral)

Maria Antonieta Antunes Dias (Medicina Geral e Familiar | Medicina Desportiva)

Maria de Lurdes Costa Barros (Medicina Geral e Familiar | Medicina do Trabalho)

Manuel Luciano Correia da Silva (Medicina Geral e Familiar)

Manuel Maia de Oliveira Correia (Cirurgia Plástica)

Maria Adelaide do Carmo Fernandes Pinto Vasconcelos (Medicina Física e de Reabilitação)

Maria José Corral Cardoso da Silva (Medicina Geral e Familiar)

Miguel Joaquim Silva Dias Galaghar (Saúde Pública)

Paulo Jorge Varela Cerqueira Fernandes (Dermato-Venereologia)

Pedro Miguel Alves Moreira Meneres (Oftalmologia)

Raquel Soraia Calisto da Silva Gonçalves (Medicina Interna)

Ricardo Manuel Alves Monteiro Fontes Carvalho (Cardiologia)

Susana Cristina Moreira Coimbra Garcia de Vargas (Anestesiologia)

Teresa de Jesus Marques Ferreira de Freitas (Gastroenterologia)

Venceslau José Coelho Pinto Espanhol (Pneumologia)

Vera Lúcia Teixeira de Sousa (Psiquiatria)

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Norte Distrito Médico de Braga

Mandatário: António Carvalho de Almeida Coimbra (Neurologia)

Delegado da candidatura: Artur José Queirós de Sousa Basto (Dermato – Venereologia)

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente: António José Abrantes Mesquita Rodrigues (Cirurgia Geral)

Vice-Presidente: António José Matos Marques (Pediatria)

Secretários: Maria José Teixeira Cabral Costeira Paulo (Pediatria)

António Fernando Pereira Carvalho (Medicina Geral e Familiar | Medicina do Trabalho)

Conselho Distrital

Presidente: Anabela Rodrigues Correia (Imunohemoterapia)

Álvaro Pratas Balhau Pereira (Cirurgia Geral | Angiologia e Cirurgia Vascular)

Jaime Franco da Rocha (Neurorradiologia)

José Manuel Gonçalves de Matos Cruz (Ginecologia – Obstetrícia)

Maria Teresa Oliveira Nogueira de Lemos (Medicina Geral e Familiar)

Membros Consultivos ao Conselho Regional

Alberto Jorge Neves Bessa Peixoto (Psiquiatria)

Cristina Isabel Nogueira da Silva (Interna Ginecologia/Obstetrícia)

David Alexandre Silva (Interno Medicina Interna)

José Miguel Machado Monteiro da Costa (Pediatria)

Lucinda Cerqueira Melo (Medicina Geral e Familiar)

Maria José Esteves Lopes (Medicina Geral e Familiar)

Manuel Sá Nogueira (Medicina Geral e Familiar)

Narciso Alexandre Fernandes de Oliveira (Medicina Interna)

Pedro Ricardo Luís Morgado (Interno Psiquiatria)

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Norte Distrito Médico de Viana do Castelo

Mandatário: António Carvalho de Almeida Coimbra (Neurologia)

Delegado da candidatura: Jorge Manuel Bastos das Neves (Medicina Geral e Familiar)

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente: Jorge de Sousa da Veiga Torres (Cirurgia Geral)

Vice-Presidente: Manuel Luís Antunes Belo da Silva (Medicina Interna)

Secretários: Juan José Gomez Vasquez (Medicina Geral e Familiar)

Luís António Pacheco de Oliveira (Medicina Geral e Familiar)

Conselho Distrital

Presidente: António Nelson Gomes Rodrigues (Medicina Geral e Familiar)

Alberto Jaime Marques Midões (Cirurgia Geral)

Diana Maria Pereira Gomes da Costa Guerra (Medicina Interna)

Lourenço Fernandes Labandeiro (Pediatria)

Manuel Gomes Afonso (Saúde Pública)

Membros Consultivos ao Conselho Regional

Dulce Helena dos Santos Leal (Medicina Geral e Familiar | Medicina do Trabalho)

Elisabete Fernandes Barbosa (Medicina Geral e Familiar)

Pedro Meireles Vieira (Anestesiologia)

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Norte Distrito Médico de Vila Real

Mandatário: António Carvalho de Almeida Coimbra (Neurologia)

Delegado da candidatura: Mário Augusto Borges Mesquita Montes (Ortopedia)

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente: Manuel Fernandes Pinheiro (Saúde Pública)
Vice-Presidente: António Manuel Santos Pereira de Oliveira (Cirurgia Geral)
Secretários: Eurico Jorge dos Santos Cardoso Gaspar (Pediatria)
Graça Maria de Carvalho Chaves (Medicina Geral e Familiar)

Conselho Distrital

Presidente: Margarida Andrade Anes Azevedo de Faria (Anestesiologia)

Anabela Martins Morais e Cadavez (Medicina Interna)
Carlos Esteves Pintado (Ortopedia)
Fernando Manuel Pavão Bandeira Lobão Salvador (Medicina Interna)
Teresa Maria Pinto Furriel Sousa Cruz (Medicina Geral e Familiar)

Membros Consultivos ao Conselho Regional

Bela Alice Botelho Morais Costa (Interno Medicina Geral e Familiar)
João Miguel Bizarro Monteiro da Costa Pinho (Interno Medicina Geral e Familiar)
Rosa de Fátima Dinis Ribeiro (Medicina Geral e Familiar)

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Norte Distrito Médico de Bragança

Mandatário: António Carvalho de Almeida Coimbra (Neurologia)

Delegado da candidatura: Fernando Ferreira da Silva Andrade (Medicina Geral e Familiar)

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente: António José Pereira de Andrade (Ortopedia)
Vice-Presidente: Hermínia Júlia Martins Milheiro de Oliveira (Cirurgia Geral)
Secretários: Rui Manuel Bastos Malgrand Tavares Amaral (Medicina Geral e Familiar)
Sílvia Maria Amaral da Costa (Medicina Geral e Familiar)

Conselho Distrital

Presidente: Marcelino da Conceição Oliveira Marques da Silva (Medicina Geral e Familiar)

Eugénia Maria Madureira Parreira (Medicina Interna)
Helena da Costa Simões (Medicina Geral e Familiar)
Jorge Manuel Pereira Cruz (Medicina Geral e Familiar)
Maria Manuela Sá Ferreira (Pediatria)

Membros Consultivos ao Conselho Regional

André Filipe dos Santos Reis (Medicina Geral e Familiar)

Órgãos Consultivos de Competência Específica Secção Regional do Norte

Proposta de Constituição das Comissões Regionais Consultivas

Comissão de Deontologia e Ética Médica

Eduardo Luís Fernandes Ribeiro Breda (Otorrinolaringologia)
José António Saraiva Ferraz Gonçalves (Oncologia Médica | Medicina Interna)
José Manuel Leite de Castro Fraga (Gastroenterologia)
José Maria Ferreira La Fuente Carvalho (Urologia)
Manuel Herculano de Castro Rocha (Pediatria)
Manuel Jorge Fontoura Pinheiro Magalhães (Pediatria)
Teresa Maria Salgado de Magalhães (Medicina Legal)

Comissão de Ensino e Educação Médica

António Manuel Sousa Pereira (Clínica Geral)
Inês Quelhas Lima Bessa (Interna Cirurgia Geral)
Jorge Manuel Roque Neves dos Santos (Anestesiologia)
Jorge Manuel Nunes dos Santos (Cirurgia Geral)
José Agostinho Marques Lopes (Pneumologia)
José Alberto Frey Ramos (Medicina Geral e Familiar | Medicina do Trabalho)
José Fernando Santos Almeida (Psiquiatria)
Nuno Jorge Carvalho de Sousa (Neurorradiologia)
Lara Patrícia Mendes Queirós (Oftalmologia)
Rui Filipe Almeida Ferreira e Reis (Interno Cirurgia Geral)
Serafim Manuel da Rocha Guimarães (Ginecologia/Obstetrícia)

Comissão para a Formação Profissional Contínua

Armando Amílcar Pires de Mânsilha Rodrigues de Almeida (Angiologia e Cirurgia Vascular)
António Jaime Botelho Correia de Sousa (Medicina Geral e Familiar)
Carla Cristina Abreu Faria de Freitas Morna Almeida (Medicina Geral e Familiar)
Carlos Manuel Pires Martins da Silva (Urologia)
Carlos Rodrigo Magalhães Ramalhão (Cardiologia | Medicina Interna)
Francisca de Sousa Ferreira dos Santos (Interna Anestesiologia)
José Manuel Lopes Teixeira Amarante (Cirurgia Plástica | Cirurgia Maxilo-Facial)
Luís Manuel Rebelo Ruano (Interno Neurologia)
Pedro Manuel Moraes Teixeira (Oncologia Médica | Medicina Interna)

Comissão para o Serviço Nacional de Saúde / Carreiras Médicas

António Joaquim Freitas de Oliveira e Silva (Medicina Interna)
António José Machado Rei Neto (Saúde Pública | Medicina do Trabalho)
António Rui Bomba Pais (Medicina Geral e Familiar)
Fernando Manuel Ferreira Araújo (Imunohemoterapia)
Joana Ferreira Maia Neto (Interna de Medicina Geral e Familiar)
João Manuel de Sousa Almeida (Pneumologia | Imunoalergologia)
Maria de Fátima dos Santos Lima (Anestesiologia)
Rui Manuel Lopes Nunes (Otorrinolaringologia)
Sérgio Miguel Pereira Chacim (Hematologia Clínica)

Comissão para o Exercício da Medicina Livre (medicina privada e convencionada)

António Augusto Guerra Massa (Dermato-Venereologia)
António Francisco Martingo Serdoura (Ortopedia)
António Pedro Pinto Cantista (Medicina Física e de Reabilitação)
Hernani Troufa Lencastre (Cirurgia Córdio-Torácica)
José Manuel Mateus Aparício (Pediatria)
Leonardo José Ferreira Sousa Magalhães (Medicina Geral e Familiar)
Maria Regina Pinto Brito Aguiar Andrade (Neurologia)
Paula Maria Tavares Ramôa (Ginecologia/Obstetrícia)
Pedro Alexandre Simões Vendeira (Urologia)
Pedro Miguel da Costa Araújo Sampaio (Interno Medicina Geral e Familiar)
Ricardo de Carvalho Campos Costa (Radiologia)

Comissão para o Exercício Técnico da Medicina

Ana Maria de Oliveira Aroso Monteiro (Ginecologia/Obstetrícia)
Aníbal António Braga de Albuquerque (Cardiologia)
António Manuel Moreira Serrano (Medicina Geral e Familiar | Medicina do Trabalho)
Carlos André Norton Mexedo (Anestesiologia)
José Manuel Carvalho Moraes (Patologia Clínica)
José Manuel Gil Cardoso Soares de Oliveira (Cirurgia Geral)
Mário Gomes de Abreu Viana (Psiquiatria)

Miguel Nuno Gameiro Mascarenhas Saraiva (Gastroenterologia)
Pedro Tiago Sobrinos Guimarães Silva (Ginecologia/Obstetrícia)
Ricardo Jorge Nunes Pereira Gonçalves (Interno Ortopedia)
Sílvia Dantas da Costa (Cirurgia Geral)

Comissão para a Segurança Social dos Médicos (solidariedade social)

Aníbal António Gil de Sousa Justiniano (Cirurgia Geral | Medicina Desportiva)
José Miguel Vieira Gomes de Carvalho (Urologia)
Maria Antonieta Antunes Dias (Medicina Geral e Familiar | Medicina Desportiva)
Maria Marlene Lemos da Silva e Sousa (Medicina Geral e Familiar | Medicina do Trabalho)
Pedro Rodrigo Duarte Pacheco (Anestesiologia)
Tiago David da Fonseca Fernandes (Anestesiologia)

Comissão de Prevenção do Erro Médico e Eventos Adversos Graves

Alexandra Margarida Portugal Babo (Interna Cirurgia Geral)
António José Ferreira Santa Comba (Cirurgia Plástica)
Dorinda Inês Marques Lopes (Imunoalergologia)
Joaquim Jesus Gonçalves (Ginecologia/Obstetrícia)
José Alexandre de Sousa Duarte (Cirurgia Geral)
José Castela Torres da Costa (Imunoalergologia | Medicina do Trabalho)
José Manuel Gonçalves de Aguiar (Anestesiologia)
Luís Filipe Martins de Sousa Magalhães (Anestesiologia)
Rui Manuel Correia de Almeida (Pediatria)

Comissão para Atribuição do Patrocínio Científico

Alberto Manuel Barros da Silva (Genética Médica)
Francisco José dos Santos Botelho (Urologia)
Joaquim Manuel da Costa Pereira (Cirurgia Geral)
José Carlos Neves da Cunha Areias (Cardiologia Pediátrica)
Luís Filipe Vilela Pereira Macedo (Cardiologia)
Nuno Maria Trigueiros da Silva Cunha (Otorrinolaringologia)
Rui Manuel Ferreira de Melo Vieira Machado (Angiologia e Cirurgia Vascular)

Comissão para Promoção de Actividades Científicas

Cláudia Raquel Ferrão de Melo (Interna Pediatria)
Cláudio Tomé Ramos Rebelo (Ginecologia/Obstetrícia)
Daniela Alexandra Ferreira de Almeida (Interna Ginecologia/Obstetrícia)
Francisco José Miranda Rodrigues Cruz (Urologia)
Henrique Miguel Gomes Sebastião Ferreira e Móra (Interno Cirurgia Geral)
Jorge Pires Maciel Barbosa (Cirurgia Geral)
Pedro Miguel Marinho Lopes (Interno Radiologia)
Tiago Costa Ferreira Torres (Dermato-Venereologia)
Tiago Salgado de Magalhães Taveira Gomes (Interno Ano Comum)

Comissão da Política do Medicamento

Jorge Manuel Silva Junqueira Polónia (Medicina Interna | Farmacologia Clínica)
José Luis de Almeida (Farmacologia Clínica)
José Pedro Lopes Nunes (Medicina Interna | Cardiologia | Farmacologia Clínica)
Manuel Joaquim Lopes Vaz Silva (Medicina Interna | Cardiologia | Farmacologia Clínica)
Maria Alberta Coelho de Magalhães (Medicina Geral e Familiar)
Paulo Jorge da Silva Correia De Sá (Ortopedia)
Roberto Rodrigues Pinto (Interno Cardiologia)
Rosa Sousa Martins da Rocha Begonha (Oncologia Médica | Medicina Interna)
Serafim Miguel de Sousa Barreto Guimarães (Nefrologia | Farmacologia Clínica)

Comissão dos Cuidados Continuados

Ana Paula Neves Cândido da Costa (Medicina Interna)
Lina Maria Dos Santos Correia Rodrigues da Costa (Medicina Geral e Familiar | Medicina do Trabalho)
Maria Antonieta Antunes Dias (Medicina Geral e Familiar | Medicina Desportiva)
Pedro Miguel Ribeiro da Fonseca Seabra (Medicina Geral e Familiar)
Sérgio Marques Coimbra (Medicina Interna)

Comissão para as Tecnologias de Informática na Saúde

Altamiro Manuel Rodrigues da Costa Pereira (Clínica Geral)
Fernando José Oliveira Lopes (Clínica Geral)
Francisco Bernardo Paula Marques da Costa e Almeida (Ortopedia)
Frederico Alexandre Moreira Alves do Carmo Reis (Urologia)
Hugo André Malheiro Rodrigues (Interno Medicina Geral e Familiar)
João Tiago Martins Pimenta (Cirurgia Geral)
José Augusto De Soveral Torres Lopes dos Santos (Cirurgia Pediátrica)
José Manuel Rodrigues Fonseca (Neurorradiologia)
Orlando Martins Cardoso (Interno Ano Comum)

Comissão para a Auditoria e Qualidade

Carlos Ismael Carvalho Ferreira (Interno Urologia)
Fernando Alberto da Conceição Ferreira (Medicina Geral e Familiar)
Francisco José Pereira Sampaio (Cirurgia Geral)

Isabel Maria Teixeira de Carvalho Pedroto (Gastrenterologia)
 Jorge Manuel Bastos Amil Dias (Pediatria)
 José Manuel Oliveira Teixeira (Ortopedia)
 Maria Augusta Frederico Soares Guerreiro Eckenroth Guimarães (Patologia Clínica)
 Mariana da Rocha Almeida Brandão (Interna Oncologia Médica)
 Mário Jorge Dinis Ribeiro (Gastrenterologia)
 Rui Miguel Ribeiro Barbosa Farinha (Patologia Clínica)
 Vítor Manuel Magalhães Devesa (Cirurgia Geral)

Comissão de Ecologia e Promoção da Saúde

António Joaquim dos Santos Pereira Sá Marinho (Medicina Interna)
 António Miguel Teixeira Marques Pinto (Interno Ano Comum)
 Bernardo Luís Mateiro Gomes (Interno Saúde Pública)
 Eurico Fernandes Monteiro (Otorrinolaringologia)
 Fernando Jorge Freitas Filgueiras (Medicina Geral e Familiar)
 Jaime Alberto de Sá Barbosa Milheiro (Medicina Física e de Reabilitação | Medicina Desportiva)
 Maria Helena Dias Alves (Imunohemoterapia | Medicina Legal)
 Nilza Carvalho Pinto (Interna Medicina Física e de Reabilitação)
 Paulo Manuel de Vasconcelos Aguiar Soares (Cirurgia Geral)

Comissão de Observação e Acompanhamento da Saúde

Adalberto Paulo da Fonseca Mendo (Neurologia | Neurorradiologia)
 Dagoberto Marílio Monteiro de Moura (Medicina Geral e Familiar | Medicina do Trabalho)
 Fernando Manuel de Castro Poças (Gastrenterologia)
 Henrique Manuel da Silva Botelho (Medicina Geral e Familiar)
 João Duarte Coelho do Sameiro Espregueira Mendes (Ortopedia)
 José Guimarães dos Santos (Cirurgia Geral | Angiologia e Cirurgia Vascular)
 Maria Teresa Gonçalves Bragança Fernandes (Medicina Geral e Familiar)
 Miguel Filipe Leite de Sousa Neves (Oftalmologia)
 Vitorino Veludo Moutinho (Ortopedia)

Comissão para a Cooperação com os Países Lusófonos

Maria Amélia Duarte Ferreira Tavares (Clínica Geral)
 Carla Maria Barreto da Silva de Sousa Rego (Pediatria)
 Carlos Filipe Pinto Leite de Gonçalves Basto (Medicina Interna)
 Joana Savva Bordalo e Sá (Oncologia Médica)
 João Moreira Pinto (Cirurgia Pediátrica)
 José Manuel de Lemos Pavão (Cirurgia Pediátrica)
 Miguel Vieira Braga de Araújo Abreu (Interno Doenças Infecciosas)
 Tiago da Silva Pinto Teixeira (Doenças Infecciosas)
 Vasco Rui da Gama Ribeiro (Cardiologia)

Comissão para as Relações Internacionais

António Pedro Gonçalves Rodrigues da Fonte (Interno Medicina Geral e Familiar)
 Igor Osório Milet (Medicina Interna)
 Isabel Maria Sousa Chaves Castro Santos Almeida (Medicina Geral e Familiar)
 João José Fernandes Cardoso de Araújo Cerqueira (Neurologia)
 Manuel Alexandre Negrals de Pinho Gonçalves Pereira (Ortopedia)
 Rui Pedro Rodrigues Gonçalves Veiga (Medicina Interna)
 Tiago Miguel Rodrigues Vilarinho (Interno Medicina Geral e Familiar)

Comissão de Actividades Culturais e de Lazer

(Inclui os núcleos das actividades artísticas, musicais, literárias e sociais, desportivas, do cinema e de história da medicina)

Agostinho José Lopes Cordeiro (Interno Urologia)
 Alfredo de Oliveira Soares (Urologia)
 Amélia Assunção Beira Ricon Ferraz (Ginecologia/Obstetrícia)
 António Manuel da Silva Vieira Lopes (Medicina Interna)
 Bernardino António Ribeiro de Castro (Medicina Interna)
 Carlos David Ochoa Palorca Costa Leite (Interno Ano Comum)
 Carlos Manuel Moreira Mota Cardoso (Psiquiatria)
 Helena Maria Guedes Homem de Melo (Radiologia)
 Ivo Bruno de Oliveira Lopes (Urologia)
 José Manuel Alves Leitão Ramada (Gastrenterologia)
 José Manuel Ferraz de Oliveira (Medicina Interna | Imunoalergologia)
 José Miguel Pereira de Jesus (Radiologia)
 José Pedro Dias Bragança (Interno Anestesia)
 Levi Eugénio Ribeiro Guerra (Nefrologia | Medicina Interna)
 Rodrigo Gouveia Vasconcelos Rodrigues Liberal (Interno Medicina Interna)
 Rui Manuel de Melo Soares Da Costa (Cirurgia Geral)
 Rui Paulo Pereira Rodrigues (Interno Medicina Interna)

SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO

Candidatura aos Órgãos Regionais Conselho Regional do Centro - Lista A

Ser médico hoje, a Ordem como provedora dos médicos, dos doentes e da saúde

Por uma Ordem dos Médicos interventiva, inclusiva e atual

Manifesto “Ser Médico Hoje”

A Saúde é o sector da sociedade em que mais se têm feito sentir as dificuldades deste início do milénio. Os meios financeiros, técnicos e humanos são cada vez mais escassos e os profissionais estão cada vez mais desmotivados.

As consequências da grave situação económica, financeira e social que vivemos HOJE, conferem uma importância determinante à estratégia e ao desempenho exigido à Ordem dos Médicos nos próximos anos.

Uma organização fraca e pouco interventiva poderá comprometer as expectativas de toda uma geração e falhar, deliberadamente, a defesa do bem precioso que a Saúde representa para todos.

Os Médicos, e a sua Ordem, têm um papel decisivo na intervenção social por uma melhor saúde. Acima de qualquer outra organização é da Ordem dos Médicos que a população e os doentes esperam sentir o apoio que lhes tem sido negado pelos responsáveis do Ministério da Saúde.

Neste programa está implícita uma mensagem clara e assertiva para

os decisores e gestores da área da Saúde:

“este projeto não defende uma Ordem do silêncio, uma Ordem da apatia ou uma Ordem da complacência; pelo contrário será uma Ordem da **clareza**, uma Ordem da **afirmação** e uma Ordem da **defesa inabalável** dos valores da Medicina e da Saúde”.

Para isso, é essencial existir uma Ordem **coesa** que repudia as divisões internas estéreis, que privilegia a unidade das Seções Regionais e Distritais e a cooperação franca e leal com o Bastonário, e que quer sabe ser assertiva nos momentos decisivos, mas prudente quando as circunstâncias o exigem.

Acima de tudo, defendemos uma postura muito diferente para a Ordem dos Médicos do Centro:

- mais transparente com os Médicos para ser mais inclusiva;
- mais dialogante com os Sindicatos Médicos e as Associações Médicas para potenciar as suas sinergias;
- mais aberta à sociedade civil para assumir uma postura de maior proximidade junto dos doentes;
- mais capaz e interventiva para defender eficazmente os seus princípios;

- mais exigente consigo própria para assegurar os princípios éticos e deontológicos que garantam os valores da Medicina;

- mais profissional e moderna para dar as respostas adequadas às novas exigências de HOJE.

Estes são os motivos que nos levaram a acreditar numa mudança clara e necessária mas serena e responsável para a Ordem dos Médicos da Região Centro. Só teremos êxito se, connosco, estiverem envolvidos e motivados aqueles a quem, realmente, pertence esta nobre instituição: os Médicos!

Programa de Ação

“Ser Médico” é um conceito que atravessa os séculos, moldado pelas sociedades à época mas preservando a sua essência ao longo dos tempos.

Este programa foi elaborado com base numa discussão livre e aberta à participação de todos. Foi iniciada em Abril de 2013, levada a cabo por um grupo alargado de Médicos da região Centro de diversas áreas médicas, sensibilidades e faixas etárias e culminou nos dias 2 e

Mandatário: Francisco Manuel de Andrade Corte Real Gonçalves

Delegado: Óscar Manuel Correia Gonçalves

Mesa da Assembleia Regional

Presidente	Joaquim Carlos Neto Murta
Vice-Presidente	José Carlos da Cruz Dias Marinho
1º Secretário	Noel Éden Loureiro Carrilho
2º Secretário	Rui Miguel Monteiro Matos

Conselho Regional

Carlos José Faria Diogo Cortes
 Américo Manuel da Costa Figueiredo
 Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano
 Inês Morgadinho Barros de Mesquita
 Maria João Maia Costa Duarte de Faria
 António João Leal Redondo
 Rui Alberto Leonardo Sousa Silva
 Ana Paula Alves Amado Cordeiro
 José Joaquim de Sousa Barros
 Rui Manuel Moreira Araújo
 Catarina Isabel dos Santos Matias

Conselho Fiscal

Presidente - Rui Manuel Passadouro da Fonseca
 Vogal - Catarina Cecília Pinheiro Reis Santos
 Vogal - José Manuel Santos Carvalho Rodrigues

Conselho Disciplinar

Almerinda da Purificação de Freitas Rodrigues Marques
 Isabel Maria dos Santos Luzeiro
 Maria da Conceição Estrela Gomes de Sousa Maia
 Edgar João Silva Semedo
 Maria Fernanda Roque Águas Lopes

16 de Outubro, com a apresentação pública das conclusões no Fórum "Ser Médico Hoje".

Ser Médico Hoje

O Papel que o Médico desempenha na sociedade foi alvo de uma transformação profunda nos últimos anos. Hoje, sob pressão dos decisores políticos, existe a tendência para reduzir o Médico a um executor de tarefas, muitas vezes em condições pouco dignas e no limite das suas capacidades.

O balanço que fazemos é francamente negativo:

- **perda crescente de prestígio da classe médica**, tanto junto da tutela como da opinião pública em geral. As mudanças impostas no sector da Saúde têm sido sabiamente implementadas com uma engenhosa

e permanente campanha de desacreditação dos Médicos;

- **mercantilização da medicina** através de empresas intermediárias, incentivadas pelo próprio Ministério e favorecimento dos grandes *players* económicos da saúde cuja principal preocupação é o lucro;

- **proletarização gradual dos Médicos** ignorando as suas competências, a sua responsabilidade diária, o seu grau de diferenciação, a sua dedicação e o seu mérito em detrimento de uma obsessão cega pelo menor custo do seu trabalho;

- **redução da prática da medicina a um emprego** ou a uma profissão prestadora de serviços;

- **impotência perante os entraves** à livre prescrição de fármacos e meios complementares de diag-

nóstico e ao controlo permanente de todos os atos praticados pelos Médicos;

- **adulteração da relação Médico/doente** com a interposição de barreiras que limitam a independência da prática da medicina e substituição do Médico por outros profissionais;

- **ausência de um Ato Médico** capaz de criar regras de atuação e definir claramente as responsabilidades médicas;

- **formação truncada** e, objectivamente, prejudicada pela necessidade de produção acrescida nos hospitais e nos centros de saúde;

- **congelamento da progressão na Carreira Médica** com desorganização da hierarquia da competência médica;

- **desvalorização do trabalho Médico** e não reconhecimento do seu papel central na prestação dos cuidados de saúde;

- face ao poder político **o Médico é tratado como um alvo** e não como uma solução para os problemas;

- **receio do futuro e desmotivação dos Médicos** com consequências notórias no desempenho das equipas.

Ser Doente Hoje, em Portugal

No final de 2012, um alto responsável político do Ministério da Saúde desafiou os portugueses a recorrerem menos ao Serviço Nacional de Saúde colocando uma pressão inaceitável sobre os doentes. A utilização racional dos serviços de saúde não pode ser transformada numa barreira de acesso a um direito constitucional.

Assistimos, estes últimos anos a um preocupante retrocesso:

- aumento da esperança de vida e aumento da população idosa com múltiplas morbilidades **sem resposta adaptada a esta nova realidade**;

- **aumento das taxas moderadoras/**

copagamentos;

- **difficultades no acesso aos transportes;**
- **falta de confiança crescente** nas instituições de saúde;
- **iniquidade** no acesso a tratamentos;
- **desumanização** do Serviço Público;
- **ansiedade crescente pela incerteza** no acesso à saúde por incapacidade financeira;

A Saúde hoje, em Portugal

A Saúde é uma área sensível da sociedade, particularmente nas épocas de instabilidade social e económica. Muitos países, face à dificuldades económicas e financeiras, têm optado por reforçar o sector da Saúde como meio de proteção dos mais desfavorecidos. Em Portugal, a desorçamentação da Saúde é utilizada para satisfazer as exigências dos credores internacionais e tapar os buracos financeiros dos sectores da sociedade mais despesistas.

As perspetivas são desmoralizadoras:

- **desorçamentação** do sector da Saúde e **subfinanciamento** sistemático dos hospitais e dos centros de saúde;
- **crescente desumanização** face à necessidade de cumprir objetivos de produção;
- perspectiva de **agravamento dos indicadores de qualidade** dos cuidados de saúde;
- falta de uma política séria de **redução do desperdício;**
- **redução desorganizada dos recursos humanos;**
- **cargas horárias dos profissionais excessivas** e desordenadas;
- **encerramento, centralização de serviços, fusões de hospitais** sem um enquadramento previamente estudado;
- **profissionais desmotivados;**
- **convulsão social.**

Novos desafios à Ordem dos Médicos

Pode a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos manter inalterado o padrão de inação e silêncio dos últimos anos?

HOJE, e perante estas realidades é preciso muito MAIS!

1- Intervenção

Não chega assistir e aguardar. É preciso agir de forma inequívoca e coerente.

Propomos:

- uma **ligação forte e ágil** aos órgãos distritais e organizações médicas locais;
- **intervenção direta e clara** na defesa da qualidade, em defesa dos Médicos e dos doentes;
- criação de um **Gabinete de Informação e Comunicação**, profissionalizado, para que de modo eficaz seja possível chegar aos Médicos em tempo útil utilizando as novas tecnologias de informação (ver Restruturação do funcionamento e da orgânica da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos) e para que seja possível a Ordem dos Médicos divulgar de forma clara e ampla as suas posições.

A participação e envolvimento de todos os Médicos com a sua Ordem é indispensável.

2- Qualidade

Defendemos que a Ordem dos Médicos tem de assumir uma **postura ativa na defesa inabalável da qualidade dos serviços de saúde** públicos e privados. Assim, a Ordem dos Médicos:

- tem de estar **permanentemente vigilante** tanto nas instituições de saúde do Serviço Nacional de Saúde como do sector privado e cooperativo;
- deve **denunciar** as situações em que a política de saúde e questões económicas prejudiquem a quali-

dade da prestação dos cuidados de saúde;

- deve **questionar diretamente os responsáveis** e as Direções Clínicas das Unidades de Saúde e as Direções Clínicas da Região Centro;
- deve **interpelar as entidades regionais** representantes da tutela;
- **não pode permitir que os Médicos sejam responsabilizados** pelas consequências das más políticas de saúde;
- deve pugnar, inequivocamente, pela **qualidade da formação** pré e pós-graduada;
- deve exigir que a Medicina praticada, seja no sector público, seja no sector privado, honre os **valores e os princípios da profissão médica;**
- deve **denunciar** situações de **exercício ilegal** da medicina;
- deve **defender a Receita Médica** como competência exclusiva dos Médicos, não passível de adulteração por terceiros;
- deve garantir que seja **preservada a relação Médico/doente** como valor fundamental do exercício da medicina;
- deve garantir a **Qualidade na certificação** de Médicos licenciados em **Universidades Estrangeiras;**
- deve defender a total **autonomia** dos Médicos responsáveis pelos seus doentes face às intromissões externas.
- deve exigir o cumprimento dos requisitos deontológicos obrigatórios para a **prática ética da Medicina.**

3. Formação

O papel da Ordem é tecer linhas orientadoras, avaliar e creditar a Formação Médica.

No entanto, queremos que a Ordem dos Médicos tenha um papel mais interventivo na qualidade da formação. Nomeadamente:

- mantendo a pressão institucional para que o mapeamento das necessidades formativas es-

teja adaptado às necessidades atuais do país;

- exigiremos que o Ministério da Saúde torne público os critérios de elaboração dos **mapas de vagas** para formação de especialistas;
- defenderemos a revisão do processo de obtenção de **autonomia**;
- defenderemos um novo **modelo da prova nacional de seriação**;
- defenderemos a **fusão dos cursos** no acesso à especialidade e **ponderação estatística** das notas finais de curso.

A defesa da qualidade da medicina tem como ponto fundamental uma formação médica adequada; estaremos atentos a **difficultades e lacunas formativas** nos diversos locais das instituições de saúde da região Centro, apoiando os Colégios das Especialidades, os Distritos Médicos, as Comissões de Internos e em **estreita colaboração** com o Conselho Nacional do Médico Interno ao qual será dado um espaço de intervenção efetivo no seio do Conselho Regional.

Pretendemos criar um **gabinete** que desenvolverá atividades específicas nestas áreas (ver reestruturação do funcionamento e da orgânica da Secção Regional do Centro da OM).

4. Apoio ao Médico

Uma das grandes tarefas da Secção Regional em colaboração com os Conselhos Distritais, é providenciar uma multiplicidade de **serviços que possam responder a necessidades** relacionadas tanto com a atividade laboral, como com o bem estar físico, psíquico e social dos Médicos.

Pretendemos criar um **gabinete** que trata exclusivamente desta questão, para a qual apresentamos os nossos objectivos (ver reestruturação do funcionamento e da orgânica da Secção Regional do Centro da OM).

5. Apoio ao Doente/Utente

O que representa a Ordem dos Médicos para a população?

Que papel deverá desempenhar?

É fundamental que a Ordem reclame para os Médicos o **papel de defensor e advogado do doente**, e, sobretudo, que o doente a reconheça como tal.

Nesta área a **divulgação da informação** tem um papel essencial.

A Ordem deverá ter um papel importante na educação dos doentes sobre as suas **obrigações como utentes**, tanto a nível institucional como para benefício dos cuidados que lhes são prestados.

A Ordem dos Médicos deverá ter uma estrutura que promova a **comunicação permanente entre a Ordem e as Associações** que os representam.

Pretendemos criar o **Gabinete de Apoio ao Doente** que se ocupe especificamente desta área e que possa mediar os eventuais diferendos médico/doente com independência e dignidade (ver reestruturação do funcionamento e da estrutura da Secção Regional do Centro da OM).

6. Reestruturação do funcionamento e da orgânica da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos

A organização da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos deve estar estruturada numa **forma mais profissional e mais próxima** dos seus associados.

Propomos a **criação de 6 Gabinetes** de apoio ao Conselho Regional nas áreas consideradas mais sensíveis e de maior exigência. Estes gabinetes apoiam o trabalho executivo desenvolvido pelo Conselho Regional:

- **Gabinete de Formação Médica**
- **Gabinete de Informação e Comunicação**
- **Gabinete de Apoio ao Médico**
- **Gabinete de Apoio ao Doente**
- **Gabinete das Relações Externas**

e Sociedade Civil

- Gabinete de Gestão Interna e Património

a. Gabinete de Formação Médica Formação Pré-graduada

. Articulação efetiva com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior relativamente ao **programa curricular, principalmente do 6º ano Médico**.

Internatos

. Promoção de uma cultura de proximidade entre os Médicos Internos e a Ordem, promovendo regularmente **sessões de esclarecimento** aos recém-inscritos a Ordem, questões sindicais, responsabilidade e ética, carreiras médicas, etc.

. Apoio à realização do **MOS-TREM**.

. Reforço da **relação com as organizações** que tratam diretamente das questões do Internato Médico (CNIM, CNMI), através de reuniões periódicas.

. Promover encontros entre os **representantes de Internos** dos diversos distritos Médicos da Região Centro.

. Promover ações de **formação para Orientadores** de Formação.

Formação Médica Contínua

. Seleção dos **critérios para cedência do patrocínio científico** da Ordem dos Médicos a eventos científicos.

. Promover a região Centro como local de excelência para a realização de **congressos e encontros de sociedades científicas**, estancando a fuga para outros locais, em concertação estratégica com os restantes interessados (Câmara Municipal, hotelaria, etc.)

b - Gabinete de Informação e Comunicação

É urgente melhorar a imagem da Secção Regional do Centro junto dos seus Associados e da Sociedade

de Civil, através de um Gabinete de Comunicação **eficiente e adaptado** a uma maior intervenção da Ordem dos Médicos do Centro.

Queremos **renovar e reforçar a imagem da Ordem dos Médicos do Centro**.

- Privilegiar a utilização da internet através do **site da OM** Centro;
- privilegiar o contacto com os Médicos através de **e-mail**;
- informatizar o **boletim informativo regional**, que apresentará uma estrutura mais leve, legível e apelativa;
- a **comunicação em papel** será mantida para todos os Médicos que pretenderem manter essa via;
- marketing e divulgação junto dos doentes e sociedade civil;
- divulgação e formação junto dos doentes e sociedade civil

c. Gabinete de Apoio ao Médico

O objetivo deste gabinete é criar uma rede de serviços, informações e contactos que facilitem o dia a dia da vida profissional, e até pessoal, dos Médicos. Pretendemos criar uma estrutura simplificada e prática de atendimento aos Médicos que evite perdas de tempo desnecessárias e evite, sempre que possível, a sua deslocação à sede da Ordem dos Médicos.

- **apoio jurídico**: manutenção e melhoria dos serviços prestados, agilizando a colaboração com os Distritos Médicos; disponibilizar de modo prático e acessível legislação útil;
- **PAIM (Programa de Ajuda Integral ao Médico)**: de ano para ano tem aumentado o número de Médicos com necessidades financeiras ou de apoio social. É nossa intenção realizar um questionário de satisfação a aplicar aos Médicos apoiados e suas famílias; avaliar a criação de novas valências para reforçar a ação do plano atual;

- divulgação do PAIM através de **atividades lúdico culturais**, que envolvam cada vez mais Médicos e suas famílias;

- criar **grupos de apoio** a nível distrital em colaboração com os Conselhos Distritais;
- prevenção de **stress e burnout**: pretende-se criar um projeto de formação em autogestão de **stress**, promover atividades reconhecidas como benéficas para a prevenção e terapia do **burnout**;
- aquisição do **licenciamento de ferramentas de trabalho** para disponibilizar aos Médicos gratuitamente (programas informáticos de prescrição e pesquisa);
- criação de um **horário de atendimento**: o objectivo é que qualquer questão seja rapidamente atendida pelas entidades competentes, incluindo entidades exteriores à Ordem dos Médicos.

d. Gabinete de Apoio ao Doente

Os objetivos deste gabinete são essencialmente abrir a Ordem a uma intervenção junto dos doentes/utentes e suas associações. Este Gabinete será constituído por Médicos e representantes das associações de doentes. Esta intervenção terá várias vertentes:

- campanhas de **informação** sobre temas pertinentes;
- campanhas de **educação** relativamente a direitos e deveres dos doentes/utentes, capacitação e autorresponsabilização;
- cooperação com as **associações de doentes**;
- criação de **horário de atendimento**;
- promoção do **voluntariado Médico**.

e. Pelouro das Relações Externas e Sociedade Civil

O projeto que propomos para a Ordem dos Médicos defende um

envolvimento institucional com a sociedade civil em áreas onde não tem tido intervenção, tal como a área social, dos direitos humanos e da cultura, entre outros:

- participação de **movimentos representativos dos utentes** em exercício de cidadania na organização de iniciativas médicas;
- troca de experiências com associações médicas de impacto **europeu** e da Comunidade dos **Países de Língua Portuguesa**;
- relação com a **Faculdade de Medicina**, as **associações privadas da área médica** que têm responsabilidade civil, e com os **prestadores e fornecedores de cuidados** de saúde e meios de diagnóstico e terapêutica (medicina, farmácia, enfermagem, tecnologias da saúde) será essencial na delimitação de competências, dinâmica de gestão de formação e cuidados de saúde e usufruto dos doentes;
- estreitamento das **relações com outras Ordens profissionais** (partilha de saberes e experiências, permuta de serviços técnicos inter-Ordens);
- organização de **iniciativas conjuntas** com entidades que defendem os princípios e valores da Ordem dos Médicos (apoio social, direitos humanos, cultura, entre outros)

f. Gabinete de Gestão Interna e Património

Tem como principal objetivo organizar o funcionamento interno de toda a estrutura da Secção Regional do Centro em colaboração com os Conselhos Distritais.

O projeto da Aldeia do Médico anda a ser arrastado há uma década sem ainda ter sido concretizado. Comprometemo-nos a tratar do projeto com a prioridade e responsabilidade que lhe é exigido adaptando-o às verdadeiras necessidades dos Médicos.

Defenderemos como propostas de âmbito nacional junto dos órgãos competentes da Ordem dos Médicos:

Eleição do Diretor Clínico e do Presidente do Conselho Clínico e de Saúde dos ACES

Não passaram muitos anos desde que assistimos à alteração da modalidade de seleção do Diretor Clínico. Se antes este era eleito pelos seus pares, com base nas suas reconhecidas capacidades técnico-científicas e éticas, hoje é nomeado com base em critérios de qualidade que a maioria de nós desconhece (salvo honrosas exceções).

No cumprimento da suas funções em prol da qualidade dos cuidados de saúde, entendemos que a Ordem dos Médicos deve bater-se para **recuperar para os Médicos a eleição do Diretor Clínico**.

Elaboração de um código de Conduta entre Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares

São demais conhecidas as queixas de ambos os lados relativamente à deficiente comunicação entre cuidados de saúde primários e hospitalares.

A correta transmissão de dados clínicos entre médicos contribui seguramente para a qualidade da medicina. Pretendemos sinalizar os pontos a melhorar, tendo em conta o código deontológico, a ética entre colegas e as regras administrativas para ser criado um **"Código de Conduta"**.

Promulgação do Ato Médico

Pela defesa da qualidade do exercício da medicina, urge uma definição clara e assertiva do Ato Médico. Hoje, a sua promulgação assume uma importância fulcral tendo em conta a crescente usurpação de funções por parte de outras classes profissionais.

Provedor do Doente

O Médico, como provedor do doente, é um *advocate* (*officer/ professional*), que exerce *advocacy*, com independência dos poderes públicos e reserva do seu estatuto e sem ingerência político-partidária.

Reconhecemos o direito inalienável e universal à saúde, através da promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados curativos e de reabilitação. Defendemos o direito dos doentes serem tratados com todos os recursos disponíveis e sem desperdícios.

A Ordem dos Médicos deverá ter uma estrutura que promova a comunicação permanente entre a Ordem e os doentes, com resposta em tempo útil a questões, participações e queixas, criando a figura do **Provedor do Doente**.

Formação Médica

- defendemos a redução dos **numeri clausi** nos Concursos de Ingresso aos Mestrados Integrados em Medicina;

- defendemos a reformulação da **Prova Nacional de Seriação**, de modo a torná-la mais abrangente e com nota mínima para aprovação;

- pugnamos pela implementação da **ponderação estatística** das classificações finais das diferentes Universidades, no acesso aos Internatos;

- defendemos a uniformização do processo de obtenção de **autonomia**;

- defendemos a **certificação dos Orientadores de Formação**.

- defendemos o **reforço dos valores da Ética Médica e da Deontologia** nos programas de formação

Fusões de Hospitais e Agrupamentos de Centros de Saúde

Defendemos a **vigilância apertada** dos processos de fusão hospitalar e de agrupamento de Centros de Saúde exigindo que esses proces-

sos sejam fundamentados em estudos sérios e independentes sobre o seu impacto económico e qualitativo assegurando que os profissionais envolvidos sejam incluídos nos processos de mudança e que não haja prejuízo objetivo para os doentes.

Porque nos candidatamos?

Porque acreditamos que podemos fazer a diferença e que seremos uma energia renovada na mudança de rumo que é indispensável à Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

Porque acreditamos que é possível um futuro mais digno para os Médicos da Região Centro.

Porque não queremos uma Ordem do Médicos capturada no passado e imobilizada na sua inação!

Porque acreditamos numa Ordem dos Médicos do Centro interventiva, inclusiva e atual capaz de mobilizar os Médicos à volta de um projeto novo e aberto à participação de **TODOS OS MÉDICOS!**

"Ser Médico Hoje - A Ordem como Provedora dos Médicos, dos Doentes e da Saúde" é preparar a Ordem do Médicos Hoje para afirmar uma medicina e uma saúde de qualidade para o futuro.

Recomeça...

*Se pudeses,
Sem angústia e sem pressa.
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro,
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade.*

Miguel Torga

**AGORA é o MOMENTO,
É preciso SER MÉDICO HOJE!**

Candidatura aos Órgãos Regionais

Candidatura ao Conselho Regional do Centro - Lista B

Por uma ordem prestigiada, independente e solidária na defesa dos médicos, dos doentes e da saúde

Na Defesa dos Médicos, dos Doentes e da Saúde

PROGRAMA DE ACÇÃO

- Aos Colegas para os quais a Ordem é uma instituição dispensável;
- Aos Colegas que, contribuindo para o enfraquecimento da Ordem, correm o risco de se submeterem, exclusivamente, ao poder político;
- Aos Colegas que acusam a Ordem de tudo, até de não fazer aquilo que, estatutária e legalmente, lhe está vedado;
- Aos Colegas que desconhecem a dimensão da intervenção da Ordem em todas as vertentes da atividade da classe;
- Aos Colegas que se demitem de participar na vida interna da Ordem, nomeadamente no seu órgão máximo, a Assembleia Regional, mesmo quando convocados para tal;
- Aos Colegas que só se lembram que a Ordem existe quando há eleições;
- Aos Colegas para quem a Ordem, mais do que um serviço a prestar, é um espaço a ocupar;
- Aos Colegas que acham que a Ordem devia fazer muito mais, mas não estão disponíveis para trabalhar na Ordem;
- Aos Colegas que acompanham a Ordem de forma criticamente construtiva;

- Aos Colegas que sabem exatamente o que significa trabalhar na Ordem;
- Aos Colegas que acreditam que a Ordem pode continuar a melhorar;
- Aos Colegas que, apesar de tudo, fazem um balanço positivo do trabalho da atual equipa da Secção Regional do Centro;

A TODOS OS COLEGAS,

Prestes a terminar o triénio em que a lista "Defender Os Médicos, Os Doentes e a Saúde com Independência" foi responsável pela gestão da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRC-OM) podemos afirmar ter sido um período intenso e estimulante, que nos colocou, quer a nível regional, quer a nível nacional, desafios importantes e permanentes.

A eleição de um novo Bastonário, apoiado num expressivo sufrágio nacional, para cujo resultado final contribuimos individualmente veio, como se compreende, trazer à Ordem dos Médicos uma dinâmica forte e sustentada que já se adivinhava. Profundo conhecedor das matérias que no mandato, então iniciado, se

impunham fossem tratadas, mereceu permanentemente, sem reservas, o nosso apoio leal e interessado embora pontualmente com críticas construtivas quando se verificavam. Mereceu a pena a nossa postura que temos a convicção de ter contribuído de forma clara para o balanço positivo dos mandatos regionais e nacionais que estão prestes a terminar. Regionalmente a desilusão do costume que se prendeu, salvo exceções pontuais, com a falta de interesse e espírito de colaboração para ajudar a pensar e a resolver, os problemas locais e nacionais. Apesar de, neste triénio, terem sido convocadas quatro Assembleias Regionais (três Ordinárias e uma Extraordinária) com uma ou outra ressalva, só foi possível contar entre os presentes colegas que integravam quer os Corpos Sociais do Distrito Médico de Coimbra, quer os Corpos Sociais do Conselho Regional do Centro. Nunca respondeu à convocatória, para prestar à NOSSA Ordem esta relevante colaboração, nenhum dos que, agora acordados pelos sinos deste período eleitoral se

Mandatário: Adriano Supardo Vaz Serra

Mesa da Assembleia Regional

Presidente	Catarina Isabel Neno Resende de Oliveira
Vice-Presidente	Paulo Henrique Lages Coelho dos Santos
1º Secretário	João Carlos Araújo Morais
2º Secretário	Maria dos Prazeres Gomes de F. Reis Teixeira Francisco

Conselho Regional

Fernando Manuel da Conceição Gomes
 José Ávila Rodrigues Costa
 António Carlos de Paiva Ramalheira
 Mariana Miranda Leitão Marques
 António Manuel Pinto Brochado Moreira de Morais
 Paula Cristina Aires Coutinho Figueira da Silva
 Gonçalo Jorge Neves de Matos Costa
 Helder Filipe da Cunha Esperto
 André Miguel Correia Barbosa Pinto Ribeiro
 Arlindo Manuel Simões Santos
 Ivone Maria Saavedra Mateus Dias

Conselho Fiscal

Presidente - José Humberto Santos Paiva de Carvalho
 Vogal - Ana Maria Amaro Soares Torres de Almeida
 Vogal - João José Santiago Alves Correia

Conselho Disciplinar

Helena Maria de Sousa Ferreira Rita
 António Manuel Correia das Neves Firmo
 Armando Gome dos Santos
 Maria Helena Teixeira de Sá Martins da Cunha Oliveira
 Fernando Jaime Alves Dias Martinho

preocupam com as questões que antes lhes não mereceram o seu interesse institucional.

O mandato em apreço foi trabalhoso, exaltante, produtivo mas “solitário” pelas razões acima expressas. Experientes, conhecendo a idiossincrasia na qual nos movemos, contávamos sempre com todos mas nunca esperávamos por ninguém.

Melhorámos, e muito, a nossa articulação com as Distritais, nomeadamente no campo da informação e da rede informática. Continuámos a apoiar todas as realizações propostas. No caso de Viseu, apoiámos o trabalho dos nossos colegas na aquisição e equipamento da nova sede.

Melhorámos a acessibilidade à nossa sede regional com medi-

das simples, como um corrimão e uma cadeira elétrica para subir escadas, mas a que os colegas com dificuldades motoras tinham todo o direito.

Melhorámos a comunicação com todos os Médicos da Região através da criação de um *site* na Internet, newsletters regulares e um novo Boletim.

A visão solidária da Ordem tem estado ativa através do Programa de Ajuda Integral ao Médico (PAIM), único no país, através do qual temos ajudado, nos últimos dois anos e meio, quase duas centenas de colegas. Por outro lado temos proposto e alcançado ajuda económica para outros colegas através do Fundo de Solidariedade da OM.

O avanço do Projeto da Aldeia do

Médico, com o concurso público de conceção de arquitetura, já concluído, e a entrega ainda este ano do Projeto na Câmara Municipal de Coimbra faz prever que possamos começar a construção faseada no ano de 2014.

Procurámos sempre colaborar com a Sociedade Civil através de sessões e cursos de que destacamos o Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra, a República do Direito, Associação dos Médicos Católicos, entre outros. Propugnamos assim por um espaço aberto igualmente ao debate cultural.

Neste triénio tivemos, um Ministro da Saúde já conhecido e outro como novidade. Este, detentor de um trajeto profissional potencialmente gerador de situações complexas, confirmou, em alguns aspetos, as piores expectativas quando sacrificou a razoabilidade à economia. Assim, num cenário de crise e num País exaurido financeiramente, nem sempre foi fácil fazer entender à tutela as nossas razões, essencialmente distribuídas por três áreas de preocupação: as dificuldades financeiras do País e o seu previsível reflexo no SNS, a independência e dignidade do exercício profissional e, também, as Carreiras Médicas e a Formação.

Assim, ocuparam muito dos nossos esforços:

O empenhamento no esclarecimento e mobilização dos médicos da nossa região, em coordenação com os Sindicatos, visando a defesa do SNS e as reivindicações dos médicos que culminou com uma greve em Julho de 2012. Ao êxito da mobilização dos médicos não correspondeu, para todos, o que poderíamos clamar de uma vitória, mas foram alcançadas conquistas importantes, sobretudo para os mais novos.

Esperamos que o Ministério da Saúde não falte aos compromissos que assumiu com as estruturas sindicais, que são as que legalmente competem defender as questões laborais. No entanto, a OM tem procurado manter uma frente unida perante o poder político pois não alienamos o nosso papel preponderante na formação pós-graduada, nem na defesa da qualidade do exercício médico.

Empenhámo-nos igualmente na defesa de uma Lei de prescrição por DCI que defendesse os doentes de interesses alheios aos da sua Saúde. Infelizmente os grupos de pressão poderosos com que nos defrontámos conseguiram confundir prescrição por DCI com substituição de genéricos por outros genéricos. Exemplo desta triste saga está a revisão do modelo de receita médica, reivindicada pela OM, assunto ainda não encerrado, que tem exigido um grande esforço e atenção nas negociações do CNE com o Ministério da Saúde, em que participámos.

A indispensável definição do Acto Médico nunca foi esquecida apesar de continuar, lamentavelmente, fora da agenda da tutela. Foi, apesar disso, possível contribuir para que a regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais não nos fosse demasiado adversa. Infelizmente e apesar de todos os esforços não se conseguiram alcançar todos os objetivos em virtude da volubidade do pensamento político de alguns dos nossos deputados.

A criação de novas Faculdades de Medicina mereceu-nos a maior resistência. O apoio a esta resistência não foi generalizado em sede do Conselho Nacional Executivo. Apesar dos elementos da SRC, com assento naquele ór-

gão, terem mantido firme a sua oposição, assistimos a lamentáveis mudanças de opinião. Por estas e outras razões o excesso de licenciados em Medicina não é, e enquanto nos couber intervir, não será da nossa responsabilidade.

O recrutamento de médicos estrangeiros, sem as qualificações adequadas para exercerem em Portugal, mereceu-nos, através do CNE as nossas maiores críticas junto do Ministério da Saúde. Se outro prejuízo não houvesse, a persistência neste recrutamento coloca em risco o futuro da especialidade de Medicina Geral e Familiar. A defesa da continuidade da Reforma dos Cuidados Primários tem sido para nós uma exigência junto do Ministério da Saúde.

Temos pugnado por uma Reforma dos Cuidados Hospitalares, que não se configura com fusões e encerramento de Serviços sem uma justificação de planeamento em saúde mas, tão só, com “economias” avulsas e do curto prazo. Não há uma preocupação com a formação pós-graduada cujas capacidades formativas vão diminuindo com uma simultânea incapacidade de dar formação a todos os médicos que saem das Faculdades. O desemprego médico está aí e o convite à emigração é uma realidade.

A particularidade de o Presidente da SRC ser o Coordenador do Departamento Internacional da Ordem trouxe-nos a possibilidade de diretamente intervirmos neste plano salientando como mais relevantes a Discussão da Nova Diretiva de Qualificação Profissional no âmbito do *European Network of Medical Competent Authorities* e a Revisão da Declaração de Helsínquia no âmbito da Associação Médica Mundial.

No campo da ação internacional devemos destacar igualmente a participação na Comunidade Médica de Língua Portuguesa e no Fórum Ibero-Americano de Entidades Médicas. O reconhecimento do nosso trabalho neste campo mereceu a recente eleição para Vice-Presidente da Conferência Europeia das Ordens dos Médicos (CEOM).

A Ordem dos Médicos tem necessariamente de ter um papel insubstituível na defesa da Qualidade da Medicina, na defesa dos cidadãos em geral e dos médicos em particular. E maior relevância tem este papel quando assistimos, em vários países do espaço europeu e já também entre nós, a tentativas de retirar às Ordens dos Médicos os poderes que delas fazem a garantia dessa Qualidade, que começa na formação dos futuros médicos e se aprofunda no exercício da Medicina. Neste âmbito não podemos deixar de defender que a chamada “licença para exercer” e a “re-certificação”, já vulgares na Europa e em muitos outros países, sejam uma atribuição da Ordem em moldes acordados inter pares e não impostos pelo poder administrativo.

Forçados por uma Lei-Quadro das Associações Profissionais que nos deu um mês para apresentar uma proposta de Estatutos participámos ativamente na sua elaboração e apresentámo-la dentro do prazo exigido. Infelizmente o Governo não cumpriu a Lei e ainda não apresentou a Proposta de Lei respectiva à Assembleia da República. Na nossa proposta, obtida por consenso no CNE após longas discussões, conseguiu-se a correção de faltas, omissões e inadequações dum Estatuto datado de 1977, mantendo um equilíbrio de poderes

entre as Regiões e os Órgãos Centrais que a nós nos parece adequado.

Ao candidatar-mo-nos ao Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos pretendemos colocar o nosso voluntariado, a nossa disponibilidade e a nossa experiência ao serviço dos Médicos, em coerência com a nossa prática de sempre.

A equipa que agora manifesta o firme propósito de se candidatar congrega quem já tem provas dadas do seu empenho ao longo dos anos, atingindo os desideratos acima referidos e renova-se com a responsabilização de mais jovens.

O trabalho levado a cabo no último triénio e alguns objetivos importantes ainda não atingidos justificam a candidatura que apresentamos.

Assim:

- Nas palavras, nos atos e nas intervenções, a SRC-OM foi e será intransigentemente **INDEPENDENTE** de partidos, sindicatos, associações, organizações ou grupos de pressão;

- Continuaremos a ser, sempre que necessário, polémicos, críticos e contundentes, para dentro e para fora da Classe, num exercício de liberdade responsável, mesmo que tenhamos de ser incómodos para alguns ou para alguém. É exatamente assim que pretendemos continuar a ser, pensadores e atores livres, descomprometidos, objetivos e acutilantes. **Para uma SRC-OM "obediente", silenciosa e anódina terão de escolher outros;**

- Enquanto muitos, apesar das suas responsabilidades, se refugiaram em estranhos e comprometedores silêncios, estivemos e estaremos criticamente presentes. Enquanto alguns, sem di-

zer como, afirmam querer uma Ordem ainda mais crítica nunca tendo a coragem de aparecer em público, nós demos e daremos a cara pelos Médicos e pelas nossas convicções!;

- Defendemos o **Serviço Nacional de Saúde** e não a sua destruição, a coabitação com a iniciativa privada, com regras claras e transparentes, a igualdade de direitos e deveres no sistema público e privado e a livre escolha do cidadão. Não aceitaremos um SNS desqualificado para os de menores recursos económicos;

- Combateremos proactivamente, dentro das nossas competências, pela **qualidade do exercício da medicina** não alinhando num silêncio colaboracionista dos que, sendo médicos, pretendem sacrificá-la aos economicismos em moda, em troca de umas migalhas de poder. Isto significa que defendemos uma gestão que contrarie o desperdício, que otimize os recursos, mas que tenha na realidade, e não em expressões ocas, o doente no centro do processo. Simultaneamente continuaremos com persistência e tenacidade a lutar por uma **Lei do Acto Médico;**

- Pugnaremos para que a **defesa da qualidade da prática da medicina** esteja sempre presente nas reformas dos Cuidados Primários e dos Cuidados Hospitalares numa época em que a escassez de recursos humanos pode levar a "soluções" inadequadas quer para os doentes, quer para os profissionais;

- Comprometemo-nos a manter a **postura responsável** que já evitou graves prejuízos para a Classe Médica, a paralisação e a descredibilização da própria Ordem. Foi e será esta a atitude que manteremos no futuro, caso sejamos eleitos, respeitando e

trabalhando com lealdade com o Bastonário e os outros Conselhos Regionais que vierem a ser livremente eleitos pelos médicos;

- Manteremos a mais estreita **colaboração com todos os Conselhos Distritais** que deverão assumir cada vez mais responsabilidades nos seus distritos;

- Continuaremos a utilizar o trabalho em grupos de discussão eletrónica em mais áreas procurando facilitar a participação de mais opiniões;

- Continuaremos a dar apoio aos médicos com dificuldades de saúde através do **PAIM** (Programa de Apoio Integrado ao Médico), garantindo um apoio adequado a quem dele necessita;

- Prosseguiremos na concretização dessa grande obra que iniciámos e que designámos Aldeia do Médico, empreendimento regional com projeção nacional. **Queremos REAFIRMAR que connosco o processo irá avançar**, como foi o desejo expresso pela maioria dos colegas em inquérito e como tem sido o nosso constável empenho;

- Continuaremos a desenvolver uma **atividade cultural e científica**, em colaboração com o Conselho Distrital de Coimbra e com as atividades dos outros Conselhos Distritais que sempre apoiaremos e com quem colaboraremos quando para tal solicitados. Promoveremos mais e melhores **ações e cursos de formação**. Continuaremos a dar o nosso apoio ao **Grupo Coral** da SRC-OM que com o Maestro Virgílio Caseiro já atuou fora de portas e esperamos que esta ideia, que em bom tempo concretizámos, continue o seu bom trabalho;

- Continuaremos a estimular e

apoiar as iniciativas dos médicos mais jovens que se têm revelado úteis e importantes, e de que é exemplo a **MOSTREM**;

- Continuaremos a colaborar com organizações dos médicos, Sindicatos e Associações Médicas, no âmbito dum **Fórum Regional**, visando apreciar e propor atuações convergentes para a resolução de problemas de âmbito regional no claro respeito das funções de cada estrutura envolvida;

- Procuraremos, cada vez mais, **abrir a Ordem aos cidadãos** com a concretização de parcerias, sessões públicas de divulgação e outras realizações. Continuaremos o profícuo **relacionamento com as outras Ordens, a nível regional**;

- Comprometemo-nos a dar uma resposta cada vez mais rápida às solicitações dos médicos, nomeadamente **reforçando o Departamento Jurídico** e criando formas rápidas e expeditas de esclarecimento por via eletrónica;

- Continuaremos a assegurar uma **gestão transparente e rigorosa** dos dinheiros da Ordem;

- O **Boletim** da Secção Regional do Centro continuará a ser publicado e continuaremos a tentar trazer mais participação dos Colégios continuando aberto, como sempre, à colaboração de todos;

No âmbito nacional destacamos o nosso compromisso em:

- Pugnar pela publicação dos no-

vos **Estatutos da Ordem** que permitam, entre outras, a agilização do funcionamento do Conselho Nacional Executivo, a melhoria do funcionamento dos Conselhos Disciplinares, a correção de algumas distorções na atribuição de poderes ao Presidente do CNE e uma modificação nas atribuições dos Colégios de Especialidade dotando-os de poderes efetivos;

- Continuar e procurar agilizar a atribuição de **Benefícios do Fundo de Solidariedade** aos familiares dos colegas falecidos, obra meritória e tão desconhecida dos médicos em geral;

- Defender proactivamente a definição legal do **Acto Médico**, cuja inexistência tem levado a situações de conflito no exercício face a outras profissões da área da Saúde;

- Defender as **Carreiras Médicas**, em articulação com as estruturas representativas dos médicos, nomeadamente garantindo que a progressão dos médicos nos diversos graus será efetivada pelos seus pares e com o reconhecimento da Ordem dos Médicos. Consequentes com a defesa dos médicos e dos doentes seremos proactivos, na defesa da **qualidade da medicina**, na oposição às pretensões de utilização de mão-de-obra indiferenciada e de recurso a internatos “voluntários”;

- Defender o **Serviço Nacional de Saúde** como garante constitucional fundamental e estruturante do nosso sistema de saúde.

Por tudo isto propomo-nos defender inflexivelmente a **independência e unidade da Ordem**, que pretendemos inclusiva, e continuar a elevá-la a um irreduzível bastião e parceiro na defesa da verdade e transparência na reforma da Saúde, na preservação do SNS, na manutenção do acesso universal e socialmente equilibrado e justo de todos os cidadãos ao SNS e da qualidade da prática médica, pública e privada, na modernização e dignificação das Carreiras Médicas, na assunção de funções de verdadeiro Provedor do Doente.

Contribuiremos sempre, e em todos os patamares da nossa intervenção, com a nossa experiência, independência e com o nosso desejo forte e permanente para que se alcancem as melhores soluções e os melhores consensos.

Não nos peçam passividade, arregimentações ou colaboração em políticas que não sejam exclusivamente aquelas que dizem respeito à formação e ao exercício da nossa singular profissão. Seremos independentes e leais como sempre fomos, mesmo quando nos confrontam com jogos de poder e meias verdades. Queremos vencer estas eleições mas não aceitamos fazê-lo enjeitando os princípios que nos regem e nos quais acreditamos.

Em suma, comprometemo-nos a continuar a dar o melhor da nossa experiência, disponibilidade e das nossas capacidades na defesa e na dignificação do que representa SER MÉDICO.

Coimbra, Outubro de 2013

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Centro Distrito Médico de Aveiro - Lista C

Por uma Ordem para os médicos e pela defesa dos doentes

Delegado: José Carlos da Cruz Dias Marinho

Delegado: Fernando Manuel Magro Canha

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente	Carlos Manuel Simões Pereira
Vice-Presidente	Luis Miguel Castro Magalhães dos Santos
1º Secretário	Elsa Cristina Domingues Hipólito da Silva
2º Secretário	José Manuel Lobo Bonifácio

Conselho Distrital

Beatriz Gusmão Pinheiro
Pedro Damião Santos Rebelo
Lúcia Maria Ribeiro Borges
Sandra Isabel Perpétua Carvalho e Almeida
Ivo Julião Valente Dias

Membros Consultivos ao Conselho Regional

António José Barbosa Marques Leal
Maria José Moreira
Maria Manuela Lopes Vieira
Rui Filipe Santos Moreira

- . A Ordem dos Médicos (OM) deve unir toda a classe medica, desde os Internos aos Especialistas, e ser a casa onde todos os Médicos se revejam e onde possam debater abertamente os seus problemas profissionais.
- . A secção distrital da OM de Aveiro deve ser uma casa aberta a todos os Médicos.
- . A OM deve promover periodicamente reuniões abertas aos seus pares para discussão participativa de temas variados, a propor pelos Médicos.
- . A OM deve através das suas estruturas dar informação, esclarecimento e seguimento às questões colocadas pelos Médicos.
- . A OM deve estar sempre que necessário próxima do local de trabalho dos Médicos para defesa coletiva dos mesmos e sempre a favor dos Doentes.
- . A OM deve ser consciente, participativa, afirmativa e crítica.

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Centro Distrito Médico de Castelo Branco - Lista C

Pelo prestígio da classe, com solidariedade médica

Delegado: Álvaro Rascão Ferreira Pinto

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente	Francisco Manuel Dias do Coito Elias
Vice-Presidente	Manuel Armindo de Oliveira Reis
1º Secretário	Luís Manuel Gomes Fernandes
2º Secretário	Raquel Monteiro Aires Sá Chorão

Conselho Distrital

Ernesto Fernandes Rocha
Ana Isabel Leitão Pires Caldeira
Filipe Reis Antunes
Jorge Augusto Faria de Vilhena Monteiro
Miguel Castelo Branco Craveiro Sousa

Membros Consultivos ao Conselho Regional

José Carlos da Fonseca Rua
Rui Miguel Alves Filipe

Os actuais elementos que compõem os Órgãos Distritais de Castelo Branco da Ordem dos Médicos apresentaram-se a sufrágio em Dezembro de 1998 numa posição de independência face a diferentes grupos e correntes existentes na classe médica e fora dela, procurando, sobretudo servir os médicos.

Os tempos actuais e futuros não se avizinham fáceis para a nossa e profissão e mister. Conhecido é a interferência consecutiva que os diversos governos têm demonstrada para tornar a nossa classe menos autónoma, interferindo até nos valores mais básicos como seja a defesa dos doentes.

Ao longo dos nossos mandatos temos demonstrado na prática as nossas linhas de ação na defesa dos colegas, nas mais diversas formas, até cadenciais, e dos doentes.

Só uma forte união, com a colaboração de todos os colegas, nos poderá trazer prestígio.

Nos últimos tempos as bases estruturais em que assentava o Serviço Nacional de Saúde têm sido delapidadas e alteradas e desta forma os ideais para garantir uma medicina de qualidade são cada vez mais difíceis.

O nosso papel como “provedores” dos doentes está a ser substituído pela implementação de sistemas que nos levam ao *funcionalismo*. A imagem de um técnico superior que exerce a sua actividade em parâmetros pré estabelecidos não se coaduna com a actividade **médica**. Quem forma os colegas mais novos? Quem promove a formação médica contínua? Quem é que fora do seu “horário laboral” promove tantas atividades de forma gratui-

ta e não reconhecida (júris de exames nacionais, *referees* de artigos científicos, organização e eventos para formação médica, cargos nas instituições do estado que não são remunerados...)

Manteremos os nossos objectivos:

1. Aproximar a Ordem aos colegas em todo o Distrito
2. Defender os colegas quando injustiçados
3. Promover cursos e colóquios de interesse médico
4. Fazer chegar aos órgãos mais centrais e de execução ideias e programas de interesse médico

Mantém-se uma equipa diversificada com distribuição dos colegas pelo distrito médico, pelas diversas especialidades e idades mantendo o espírito de entajuda, lealdade e camaradagem e a mesma independência norteados.

1. Actuaremos de acordo e com o respeito que o Código Deontológico e os Estatutos da Ordem exigem e nos honram
2. Defenderemos a deontologia e ética de acordo com o juramento por nós feito
3. Seremos independentes de qualquer poder
4. Defenderemos a qualidade do ato médico
5. Estaremos com todos os colegas em solidariedade sempre que injustiçados

6. Não seremos neutros nem indiferentes aos problemas distritais e ou regionais mantendo sempre um diálogo aberto e franco com todos os colegas e instituições de Saúde, procurando gerar e gerir os maiores consenso possíveis.

Vamos continuar a privilegiar o debate com os médicos do Distrito sobre todos os assuntos pertinentes da classe, dando oportunidade aos colegas para manifestarem as suas opiniões e de as fazer chegar aos outros órgãos da Ordem. Vamos continuar a privilegiar o debate com os médicos do Distrito sobre todos os assuntos pertinentes da classe, dando oportunidade

aos colegas para manifestarem as suas opiniões e de as fazer chegar aos outros órgãos da Ordem, mantendo a recepção aos colegas mais novos e homenageando os colegas mais velhos.

Sabemos que estatutariamente pouco ou nada poderemos fazer mas é verdade que esta Ordem Distrital tem estado aberta às inquietações, aos medos denunciando nos locais próprios.

Para isso é necessário que todos votem, que os colegas se aproximem da Ordem Distrital para que em conjunto possamos alterar e melhorar a nossa acção e levar a que os órgãos centrais criem mais dinamismo, mais força perante o

poder central. Independentemente do sentido de voto pedimos a todos os colegas que enviem, por correio, em envelope pré pago, os boletins de voto, de modo a haver uma maça votação.

Deste modo mostraremos a todas as classes sociais, e políticas, que estamos de forma activa e atenta neste nosso mister.

Para isso é necessário que todos votem, que os colegas se aproximem da Ordem Distrital para que em conjunto possamos alterar e melhorar a nossa acção e levar a que os órgãos centrais criem mais dinamismo, mais força perante o poder central.

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Centro Distrito Médico de Coimbra - Lista B

Por uma Ordem prestigiada, independente e solidária na defesa dos médicos, dos doentes e da saúde

PROGRAMA DE ACÇÃO

A nossa candidatura ao Distrito Médico de Coimbra subscreve e partilha inteiramente o programa da lista "Por uma Ordem Prestigiada, Independente e Solidária, Na Defesa dos Médicos, dos Doentes e da Saúde", que se candidata à Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Nesse programa estão claramente assumidos os princípios, ideias e compromissos que assumimos com todos os colegas. Propomo-nos pois unir e dinamizar os Médicos do Distrito Médico de Coimbra em torno desses princípios e programa. Estes objectivos são vitais num momento em que o SNS é diariamente sujeito a alterações, não discutidas, não

planificadas, por ministérios que se furtam ao diálogo e que irão utilizar a situação económica para continuar a precarizar e desmantelar o SNS.

Nos últimos anos o Conselho Regional, e em estreita colaboração com os Conselhos Distritais, visitou todos os Distritos da Secção Regional do Centro, com o único intuito de dialogar e levar a Ordem ao encontro dos colegas. Vamos continuar este trabalho, procurando o diálogo e antecipando soluções.

Vamos manter e melhorar um conjunto de acções, em que os Médicos partilhem com a sociedade envolvente a procura de respostas para os problemas da saúde. Vamos

manter e incentivar as parcerias com as autarquias locais, com as instituições educativas e sociedade civil, com estes mesmos objectivos.

Vamos manter e valorizar a já existente produção cultural a que o Clube Médico (CM) nos habituou, com as suas exposições mensais, conferências e parcerias culturais, tornando-o cada vez mais como um espaço aberto a todos, contribuindo para a dignificação e a imagem pública da classe médica.

Em paralelo, os Médicos ou Associações Médicas vão continuar a ter ao seu dispor o CM, para realizações culturais e científicas, apresentação de livros e actividade do Grupo Coral. Os nossos esforços irão

Mandatário: Adriano Supardo Vaz Serra

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente	Salvador Massano Cardoso
Vice-Presidente	Isabel Maria Gonçalves Costa
1º Secretário	Daniel Santos Brito
2º Secretário	Carlos Manuel Pinhão Ramalheira

Conselho Distrital

José Luis Pio de Abreu
Maria Beatriz Proença Simões da Silva
Ana Luísa Machado Agudo Simões Mateus
Maria Fernanda da Silva Leite Gouvêa
Diana Rafaela Figueiredo de Albuquerque Loureiro

Membros Consultivos ao Conselho Regional

Alberto Fontes Ribeiro
Amândio José Correia Martins Couceiro
Ana Isabel Bernardino Rafael Ferreira Patrão dos Santos
Ana Maria Feijão Neves da Silva Gomes
Ana Sofia Morgadinho Carvalho
António Manuel Cruz Chieira
António Manuel dos Santos Rodrigues
Elsa Maria Rita de Lima Correia
Fernando José Lopes dos Santos
Gisela Margarida Monteiro Dias da Costa
Joaquim Manuel Soares Cerejeira
Liliana Rute António Constantino
Manuel Teixeira Marques Veríssimo
Maria da Luz Machado Martins
Maria Luisa Serra da Silva Paiva de Carvalho
Marília Dias Pereira
Pedro Edgar Castelejo Rebelo
Sara Manso Ventura

igualmente no sentido da consolidação das próximas fases da "Aldeia do Médico", empreendimento regional com projecção nacional, que irá trazer outra dimensão ao trabalho da OM e de toda a classe médica.

Muitos de nós têm ao longo de muitos anos dado voluntariamente o melhor, tentando tornar a nossa Ordem a casa de todos os Médicos.

Os colegas que se identificam com este objectivo, têm neste momento de eleições a oportunidade de elegerem Conselhos Distritais, Conselhos Regionais e um Bastonário. Propomos a nossa experiência, trabalho com muitas provas dadas na defesa dos Médicos, dos Doentes e da Saúde, Por Uma Ordem Prestigiada, Independente e Solidária.

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Centro Distrito Médico de Coimbra - Lista C

Ser médico hoje, em Coimbra. A Ordem como provedora dos médicos, dos doentes e da saúde – Distrito e Coimbra

Este projeto para os Órgãos do Conselho Distrital do Distrito Médico de Coimbra da Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, está integrado no projeto para os Órgãos Regionais da Seção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, identificado com o lema **"Ser Médico Hoje, a Ordem como Provedora dos Médicos, dos Doentes e da Saúde"**, pelo que

subscreve inteiramente o seu programa de ação.

No entanto, gostaríamos de salientar alguns pontos que o Conselho Distrital do Distrito de Coimbra pretende dinamizar no âmbito da sua ação:

1. Estímulo da expressão e do desenvolvimento da cultura humanística e de artes dos Médicos.

Citação justificativa: *"Del médico que no sabe más que Medicina, tem por cierto que ni Medicina sabe". (José de Letamendi (1828-97), Médico Espanhol, Catedrático de Anatomia, considerado um génio pela sua personalidade multifacetada (médico, filósofo, músico, pedagogo, pintor), bem lembrado por Abel Salazar).*

Instrumento: planeamento de exposições, sessões culturais

divulgadoras de artes ou fóruns temáticos sobre tópicos que podem enriquecer a cultura e estimular a sensibilidade daqueles que lidam com a “mais humana das ciências, a mais empírica das artes e a mais científica das humanidades” (*Pellegrino E., 1995*)

2. Defesa do estatuto, dignidade e independência profissional dos médicos

Citação justificativa: “Os médicos neste início do século XXI perderam praticamente o estatuto e a independência profissional, que fora um privilégio de que usufruíram os seus predecessores, ao longo das décadas, e que constituiu desde sempre um forte fator de sedução da profissão. Para subsistir estão hoje totalmente dependentes de terceiros, mal pagos e coartados nos seus tradicionais graus de liberdade. Têm sido institucionalmente desqualificados, transformados em “colaboradores” de outros grupos profissionais, são obrigados a responder mais pela quantidade do que pela qualidade, o seu trabalho é escrutinado ao minuto por sofisticada tecnologia e constituem o veículo preferencial de que se servem instituições para a obtenção de lucros”. (*Dinis da Gama A., 2008*).

Instrumento: gabinete de articulação com os médicos e restantes órgãos da Ordem no sentido de receber todos os testemunhos de situações que coloquem em causa o estatuto, dignidade e independência profissional dos médicos; planeamento de ações de forma a sensibilizar a opinião pública e os órgãos tutelares do Ministério da Saúde para a impossibi-

Mandatário: António Vasco Beltrão Poiares Baptista

Delegado: Frederico Teixeira Gabriel Furriel

Mesa da Assembleia Regional

Presidente	Manuel Arsénio dos Santos
Vice-Presidente	Anabela Peixinho Valente de Matos
1º Secretário	Dulce Helena Saramago Diogo Cortes
2º Secretário	Jorge Humberto Moura Pinto Tomaz

Conselho Distrital

Helena Manuel Pina Oliveira Sá
Cristina Marta da Gama Gomes Alves
Fernando Manuel Alves Pinto
Isabel Maria Pinto Ferreira Espírito Santo
Marcos António Fernandes de Carvalho

Membros Consultivos ao Conselho Regional

Ana Filipa Oliveira Pereira Santos
Ana Maria Costa Oliveira Figueiredo
Ana Mónica Venâncio Pereira de Vasconcelos
António Francisco Teixeira de Campos Soares Fernandes
Domingos Francisco Ramos
Gabriela Maria da Cunha Sousa
Joana Catarina Almeida Espírito Santo
João Filipe Cordeiro Porto
João Paulo Gaspar de Almeida e Sousa
José Carlos Lopes
Luís Carlos Rito
Maria Augusta Gomes Cipriano
Maria da Glória Magalhães da Silva Neto
Maria Isabel Cruz Oliveira Amado
Marta Raquel Pereira da Costa
Mariana Lacerda Moreira de Noronha e Andrade
Rufino Martins da Silva
Teresa Margarida Ferreira Pascoal

lidade de aceitação de orientações de desqualificação duma prática clínica de qualidade e digna.

3 - Articulação com instituições de ensino pré e pós-graduado da Medicina (e outras áreas do conhecimento afins) onde se destaca a Universidade de Coimbra

Justificação:

O que torna particular a formação universitária na Universidade de Coimbra é o seu cunho humanista ligado à génese desta Universidade há 7 séculos atrás, numa ácropole pequena mas geográfica e culturalmente

privilegiada como Aeminium/Coimbra. Esta preocupação humanista caracterizou-se pela evolução do conhecimento nas áreas fundamentais de orientação humanista à data da sua criação - as Leis e os Canônes, as Artes, a Teologia e a Medicina (Séc. XIII). Embora a Universidade de Coimbra justamente se congratule pela sua longa história e pioneirismo na produção intelectual a nível europeu, devidamente assinalados na inscrição recente na Lista de Património Mundial (junto com Alta e Sofia em Coimbra)/Junho 2013, há que preservar e divulgar esta memória colectiva de que nos orgulhamos,

e dar o contributo necessário para integrar esse conhecimento especializado numa perspectiva da sua adequação à realidade, e da sua aplicabilidade na resolução das necessidades da Economia e dos anseios da população em que a Universidade se engloba.

Instrumento: considera-se imperativo refletir e debater junto com os estudantes, os docentes e médicos, contributos para uma renovação do saber e dos saberes conferidos pela formação académica na Universidade de Coimbra e noutras instituições de ensino, no que con-

cerne o ramo das Ciências da Saúde, no sentido de adaptar a formação pré e pós-graduada à realidade assistencial e aos desafios do progresso da Ciência médica.

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Centro Distrito Médico da Guarda - Lista C

Por uma nova Ordem

O nosso projeto é independente e não associado a outras candidaturas.

Promover e incentivar a realização de conferências, reuniões periódicas, exposições e eventos sociais que visem uma maior proximidade entre os Médicos, a sociedade e a Ordem;

Tornar a sede da Ordem num espaço privilegiado de convívio;

Aprovar um regulamento para a atribuição de alojamento temporário para internos e outros colegas nas instalações da Ordem;

Manter uma posição pró-ativa com o Centro de Estudos Ibéricos, Câmara Municipal da Guarda, Instituto Politécnico da Guarda, Universidade da Beira Interior, bem como, outras organizações similares do Distrito;

Delegado: João José Santiago Alves Correia

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente	José Manuel Santos Carvalho Rodrigues
Vice-Presidente	Fernando Manuel Seromenho Sequeira Mendes
1º Secretário	Ana Maria Rodrigues Almeida Rocha
2º Secretário	Francisco José Nave Prata Martins Tavares

Conselho Distrital

Maria Augusta Saraiva Madeira Grilo
Tiago Miguel Marques Saraiva
António Manuel Ferreira Mendonça
Ana Catarina Ferreira Monteiro
Cátia Marisa Branco Zeferino

Membros Consultivos ao Conselho Regional

José Manuel Martins Valbom

Promover a expansão do acervo da Ordem na Guarda;

Transmitir aos órgãos centrais, ideias e programas de interesse médico.

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Centro Distrito Médico de Leiria - Lista C

Pelos Médicos, Pela Saúde

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente	Maria Dulce Geraldês Mendes
Vice-Presidente	António Macedo Mota
1º Secretário	Rui Manuel da Silva Matias
2º Secretário	Fernando Gonçalves Travassos

Conselho Distrital

Ana Maria Rodrigues de Barros
Célio Ferreira Fernandes
Maria de Lurdes Rocha
Rui Manuel Passadouro Fonseca
Nuno José Gomes Rama

Membros Consultivos ao Conselho Regional

Carlos Alberto Faria Ferreira
Vitor Manuel Ribeiro Faria

Delegado:
Belarmino Damião Spencer

Somos Intransigentes:

- Na defesa da garantia da qualidade da formação médica
- Na defesa das carreiras médicas
- Na autonomia técnica e científica dos médicos
- Na aprovação do acto médico
- Na Ética Profissional
- Na qualidade dos cuidados médicos
- Na defesa do Serviço Nacional de Saúde

Queremos:

- Dinamizar o Distrito Médico
- Mobilizar os jovens médicos
- Implementar ciclos de debate
- Dinamizar acções de formação
- Dinamizar acções de carácter cultural e recreativo

Esta candidatura é independente e não associada a outras candidaturas.

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Centro Distrito Médico de Viseu - Lista C

Dignificar a classe, defender a saúde

Delegado: António Francisco Pires Esteves Caldas

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente	Américo Jerónimo Taveira da Silva
Vice-Presidente	Bela Marisa Torres Prata
1º Secretário	Carla Margarida Alves Lunet
2º Secretário	Ana Cristina da Costa Figueiredo Correia Duarte

Conselho Distrital

Carlos Alberto Leocádio Daniel
António Simões Torres
José Pedro Simões Saraiva
Jorge Alberto da Silva
Luís Manuel Ribau da Costa Patrão

Membros Consultivos ao Conselho Regional

Fernando José de Matos Marques
João Carlos de Almeida Alexandre
Rita Maria Ferreira Figueiredo

Programa de acção

- Alargamento do horário de funcionamento administrativo da sede distrital
- Patrocinar e agilizar, por todos os meios, o acesso ao serviço de consultoria jurídica junto da Secção Regional do Centro
- Actualização do recenseamento médico na nossa secção distrital
- Providenciar uma eficaz transmissão dos reais problemas e anseios dos Médicos do distrito, junto dos órgãos centrais da Ordem dos Médicos, numa lógica de comunicação recíproca
- Dar continuidade à realização de palestras de índole cultural
- Promover anualmente sessões de recepção aos novos Médicos e Médicos Internos do Distrito
- Continuar a organizar anualmente as cerimónias de atribuição de medalhas dos 20 e 50 anos de inscrição na Ordem dos Médicos

SECÇÃO REGIONAL DO SUL

Candidatura aos Órgãos Regionais Conselho Regional do Sul - Lista A

Alternativa. Impulsionar a Mudança. Perspetivar o Futuro

RAZÕES DA CANDIDATURA

Apresento esta equipa candidata aos corpos dirigentes do Conselho Regional Sul da Ordem dos Médicos consciente dos tempos difíceis que médicos e doentes estão a enfrentar com as políticas de austeridade. As pretensas reformas da saúde têm-se resumido a cortes cegos nas despesas que conduzem a um esvaziamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a par de uma péssima gestão.

A equipa foi constituída tendo em conta a honestidade, integridade e competência profissional dos seus membros, **o orgulho de ser médico e a vontade expressa de impulsionar a mudança na Ordem dos Médicos (OM).**

A nossa bandeira vai ser a defesa intransigente do **Serviço Nacional de Saúde.**

Se a ambição dum Estado é de permitir que cada cidadão possa aceder aos melhores cuidados de saúde, tem de investir, e muito, qualquer que seja o sistema de saúde implementado. O **mercado** não é capaz de garantir um equilíbrio entre a oferta e pro-

cura médica, e conduz sempre, quer à exclusão quer ao sobre consumo ou ainda à conjugação destes dois fenómenos.

O Serviço Nacional de Saúde, obra dos médicos portugueses, não só provou que é um dos sistemas menos dispendiosos como também tem vindo a cumprir, **sendo a garantia da qualidade da medicina e da formação de profissionais**, que atingiram níveis de excelência comprovada nacional e internacionalmente.

O SNS tem assim sido o melhor e mais efectivo **garante da equidade**, identificando e intervindo nos múltiplos fatores determinantes da má saúde e da doença. Obrigamo-nos a defender o SNS, intervindo na definição das grandes linhas estratégicas dos diversos órgãos deliberativos do Ministério da Saúde e na apresentação de propostas junto do Governo, Grupos Parlamentares e Tribunais.

QUALIDADE DA MEDICINA

A qualidade é intrínseca ao exercício da profissão e a Ordem dos Médicos deve ser o seu ga-

rante na medicina praticada no nosso país, atuando com prazos limitados sempre que houver denúncia ou suspeitas de má prática, despida de qualquer espírito corporativista.

A qualidade da medicina está intimamente ligada à **organização do trabalho médico, à formação e às Carreiras Médicas.**

Os hospitais continuam na fase das instituições fabris e do *taylorismo*, há muito condenado, que continua a ser o seu método organizacional.

Equacionar uma nova Organização do Trabalho Médico e da governação clínica dos estabelecimentos de saúde torna-se indispensável.

O Trabalho Médico deve organizar-se em equipas multidisciplinares e de transdisciplinaridade, o que não acontece. A fragmentação dos conhecimentos médicos, devido à pletora de especialidades e subespecialidades, ao não serem integradas em equipas multidisciplinares, não raras vezes têm originado o aumento dos custos médicos sem melhorar o tratamento dos doentes.

Mandatário: Luís Adriano das Neves Gonçalves Sobrinho
Delegado da Candidatura: João Gama Marques Proença

Mesa da Assembleia Regional

Presidente	João Álvaro Leonardo Correia da Cunha
Vice-Presidente	António Manuel Rodrigues Nunes Diogo
1º Secretário	Fernando José Carrilho Ribeiro Leitão
2º Secretário	António José dos Santos Pinto Saraiva

Conselho Regional

Álvaro de Ascensão Brás de Almeida
Ana Maria Potier Ferreira Abel dos Santos Cabral
Catarina Canotilho Grácio Salgado
Graciela Lopes Valente Simões
Jaime Teixeira Mendes
João Miguel Monteiro Grenho
José Manuel Martins dos Santos
Maria Gorete Rodrigues Pereira
Mário Durval Póvoa do Rosário
Pedro Manuel Matos Miguéis
Sérgio Morais Ribeiro Silva

Conselho Fiscal

Presidente - Henrique Delgado Domingues Martins
Vogal - Henrique Delgado Domingues Martins
Vogal - Joaquim António Pancada Correia

Conselho Disciplinar

José Carlos de Araújo Schaller Dias
Antero do Vale Fernandes
Artur Manuel Moreira Lopes
Maria Deolinda Perfeito Brardo Barata
Miroslava Gonçalves Gonçalves

É necessário o trabalho de equipa e de continuidade de terapêuticas, centradas no doente e não na doença.

FORMAÇÃO MÉDICA

A OM deve **intervir junto das Faculdades de Medicina e dos Diretores de Serviço** para a melhoria do ensino e para a introdução de áreas das ciências humanas, preparando o jovem para enfrentar a prática clínica e melhorar o contacto com os doentes.

Deve também estar presente junto às **direções clínicas dos hospitais e ACES**, para uma melhor governação dos estabelecimentos de saúde

Os Colégios da Especialidade (CE) são a razão de ser da Ordem.

As suas direções eleitas, definem os programas de formação pós graduadas e verificam periodicamente a idoneidade dos serviços, pugnando pela Qualidade da Medicina praticada.

Tudo faremos para mudar o regulamento deste órgão (CE), valorizando-o, aliviando do trabalho jurídico-administrativo e reformulando os seus poderes para que possam exercer as suas funções com autonomia, dignidade e eficácia.

DEFESA DAS CARREIRAS MÉDICAS

As Carreiras Médicas resultaram

da luta dos médicos iniciada nos anos 60/70, com o relatório das Carreiras Médicas, e foram consignadas na lei após o 25 de Abril de 1974. Contribuíram muito para os ganhos em saúde das populações e para a formação profissional, reconhecida como uma das melhores a nível internacional.

Este governo, na sua obsessão de austeridade, iniciou um política de cortes e com ela a destruição das Carreiras, criando um fenómeno novo, nunca visto no nosso país, que é a emigração massiva de jovens médicos para os países da Comunidade Europeia, Américas, África e Austrália, à procura de salários e formação condignos. A Ordem tem o dever de fazer parar esta sangria.

A luta está longe de estar perdida, por isso comprometemo-nos na defesa das Carreiras Médicas como um dos suportes da qualidade, da efectividade e da eficiência da prestação de cuidados médicos, e a garantia da realização profissional dos médicos.

PONTOS ESSENCIAIS:

Hierarquização dos cuidados e dos profissionais por critérios de formação demonstrada.

Integração de **todos os profissionais** na estrutura das CM. As carreiras são unas, e devem ser valorizados todos os níveis de formação, a começar pelo internato. Atualização e estruturação das carreiras, conteúdos, níveis e meios de acesso, bem como a avaliação de desempenho ao longo da vida.

Maior responsabilização dos júris de concursos, quanto à fundamentação das suas decisões e ao cumprimento dos prazos legais.

DEFESA DOS INTERESSES DOS JOVENS MÉDICOS

“O médico é por definição um estudante permanente” (Mendes, A., Notícias Médicas, 1986)

“ A formação mais válida é das reuniões de serviço, periódicas, em que os mais experientes, os colegas com graus de carreira médica mais elevados, ensinam os mais novos” in relatório das carreiras médicas

A formação pós graduada, e com maior enfoque a especialização, constitui um processo complexo na transmissão dos mais velhos para os mais novos do saber e do saber fazer.

Este elo intergeracional tão importante na formação pós graduada foi quebrado pelas sucessivas medidas do Ministério da Saúde, pela destruição das equipas de urgência com a introdução de profissionais contratados às empresas, pelas reformas antecipadas, pela tentativa de uniformização do saber médico.

Os programas de formação devem ser suficientemente flexíveis para permitir ao jovem médico planear o seu futuro profissional de especialista. Deve ser estimulada a rotatividade por outros centros nacionais e estrangeiros. A formação deve ser programada com o tutor/orientador de formação e o diretor do serviço, com o acordo explícito do interno.

As funções e a acreditação dos orientadores de formação devem ser objeto de regulamentação pela Ordem dos Médicos.

O perfil do orientador deve ser estatuído e uniforme a nível nacional, sendo - lhes atribuídas horas semanais dedicadas ao ensino do interno.

Os Colégios devem promover Encontros Nacionais de Tutores/

Orientadores de Formação

A Ordem deve retomar os cursos de formação para formadores, com o fim de melhorar a qualidade do ensino pós-graduado.

A OM deve participar na **abertura de novas vagas** que devem ser suficientes para todos os médicos que completam o ensino pré graduado, de forma a combater a situação de médico indiferenciado.

IMPULSIONAR A MUDANÇA DEMOCRÁTICA NA ORDEM

Consideramos que a discussão dos Estatutos não está encerrada. Valorizamos o projecto de Estatutos apresentado pela Comissão Externa de Revisão dos Estatutos, nomeada pelo Bastonário, que defende, no essencial, os princípios de proporcionalidade nos órgãos plenários e um maior poder de decisão das Distritais, e a separação do Conselho Regional do Sul, pela sua especificidade, das **Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores**, proporcionando uma maior descentralização e democraticidade interna. Recusamos qualquer figura de curador que emane do Governo ou da Assembleia da República.

Propomos modificar o regulamento dos Colégios criando um método eleitoral proporcional que permita a participação de elementos das listas minoritárias. Não pode continuar a situação de abandono em que têm sido vetadas as duas maiores distritais do país, Lisboa-Cidade e Grande Lisboa, que nem sequer têm um local de reunião.

MEDICINA LIBERAL

A medicina liberal, a chamada medicina de consultório, sofre actualmente um ataque violento

do Ministério da Saúde que já decretou o seu enterro, fazendo mais um frete aos grandes grupos capitalistas que actuam na área da saúde.

A Ordem tem por obrigação defender estes colegas, nomeadamente apoiando a constituição de Associações de Médicos de Medicina Liberal, dignificando a sua missão de assistência à comunidade.

Uma vez eleitos, esta equipa irá propor várias medidas nesse sentido.

PROMOÇÃO SOCIAL E CULTURAL DOS MÉDICOS

O prestígio da profissão médica tem vindo a agravar-se nas últimas décadas e os sucessivos ministros da Saúde têm a sua quota de responsabilidade.

Assiste-se a uma deserção das profissões ligadas à saúde, devido ao descontentamento, à falta de reconhecimento social e de realização profissional, à insuficiente remuneração e aos problemas de formação, entre outros.

Medidas a tomar:

Valorização do potencial da nossa actividade;

Enriquecimento cultural dos médicos;

Convívio cultural entre pares e outros sectores da sociedade;

Fruição do ambiente, da beleza e do património nacional e internacional;

Solidariedade entre colegas, em especial para com os que se encontram em dificuldades, criando um **fundo de entreajuda**;

Criação, nas instalações da Ordem em Lisboa, de um centro de convívio e tertúlia para os médicos seniores, muitas vezes afastados do convívio médico.

Candidatura aos Órgãos Regionais Conselho Regional do Sul - Lista B

Compromisso

Nestes últimos anos, vividos num contexto de uma crise financeira, económica e social particularmente dura, o País sentiu o peso de uma austeridade que fragilizou sobretudo as áreas sociais mais expostas, nomeadamente a Saúde.

A dimensão desta crise, que é também uma crise de princípios e valores, compromete nestes tempos difíceis os médicos e todos os profissionais de saúde.

Por isso o compromisso assumido por este grupo de médicos, que agora se candidata à Secção Regional do Sul, passa essencialmente pela defesa da Medicina, das melhores práticas clínicas e do Serviço Nacional de Saúde.

Estamos conscientes que os próximos anos serão de uma enorme exigência para os responsáveis pela direção dos destinos da OM.. Por isso mesmo tivemos a preocupação em constituir um grupo coerente e coeso tendo por base um pensamento diversificado e diferentes sensibilidades. Um grupo que aceita como mais valia uma visão global da Medicina, fugindo à miopia por vezes redutora de cada especialidade. Um grupo que cruza a experiência indis-

pensável de alguns colegas mais velhos com a renovação desejada, integrando um número maioritário de internos e jovens especialistas. Um grupo que pretende de forma solidária com as outras duas regionais e o seu Bastonário, que a O.M. seja um corpo único.

A defesa da qualidade da medicina começa necessariamente pela formação.

Se a formação pré-graduada exige uma maior proximidade da O.M. junto das Universidades, complementando a autonomia que as Faculdades têm na definição dos currículos, é na formação pós-graduada e na contínua que a O.M. deverá ter uma intervenção mais consistente. Os atuais modelos de gestão, privilegiando os números da produção, condicionam a ideia que o interno é uma despesa e não um investimento. Também a mais valia que representa a diferenciação é olhada como um fator de agravamento da despesa. Assim se pode estar a comprometer o futuro da nossa Medicina. Internacionalmente reconhecida como exemplar, a formação pós-graduada em Portugal tem conhecido nos últimos

tempos sérios constrangimentos. Um processo de desagregação progressiva dos serviços clínicos e a falta de perspetivas, condicionam uma desmotivação evidente. Afetando ainda este nível de formação e também a formação contínua, o fato do apoio da indústria farmacêutica ser atualmente residual, condiciona o acesso a congressos ou a estágios particularmente aos médicos internos. Fará sentido, que uma verba significativa da O.M. seja disponibilizada para esse apoio, de acordo com critérios claros e objetivos.

Estaremos ao lado de todas as outras estruturas da O.M. numa intervenção decisiva na proteção à formação, particularmente no reforço da intervenção dos Colégios da Especialidade.

Exatamente no outro extremo da carreira dos médicos, também a O.M. terá que proteger os colegas mais velhos que se encontram em situação económica fragilizada pela crise. A solidariedade institucional e geracional é exigida e a criação de um modelo de mutualidade eficaz, é indispensável.

Na defesa da qualidade da Medicina mantemos na nossa agenda todo o empenho na valorização

das Carreiras Médicas, como patamares de diferenciação técnica quer seja no setor público ou privado. Também uma reflexão deverá clarificar o ato médico no contexto atual.

Entendemos ser decisivo particularmente no contexto dos cortes dos orçamentos na área da saúde, propormos a existência de um Gabinete de Apoio às Boas Práticas. No desenvolvimento da sua atividade constaria o objetivo de garantir que a O.M. estivesse presente nas instituições de saúde. Com caráter institucional, a presença de um membro da O.M. disponível para acompanhar a atividade assistencial nos Centros de Saúde e Hospitais, permitiria manter um contato regular com o corpo clínico e com a Direção Clínica. Acreditamos que a presença da O.M. reforçaria o paradigma que a gestão em saúde é sobretudo um exercício de gestão clínica, onde o poder de decisão do médico e a sua autonomia nunca possa ser posta em causa por qualquer modelo de gestão. Esta proposta faz parte do nosso plano de trabalho a implementar a curto prazo e que reputamos como essencial. Se uma Medicina de boas práticas e moderna deverá ser a preocupação nuclear da O.M, também será um compromisso incontornável que essa Medicina de qualidade seja acessível a todos, em tempo útil e sem qualquer discriminação. O Serviço Nacional de Saúde é dentro do sistema de saúde no nosso País o pilar central que garante essa acessibilidade. Qualquer desvitalização da sua capacidade ou desqualificação dos seus profissionais como infelizmente já se desenha, terá a nossa firme oposição.

A medicina privada será sempre um parceiro natural do SNS e como tal estará presente nas nos-

Mandatário: António José Murinello de Sousa Guerreiro

Delegado da Candidatura: Alcides Alves de Carvalho

Mesa da Assembleia Regional

Presidente	Paulo Sérgio de Matos Figueira da Costa
Vice-Presidente	João Miguel da Conceição Pedro de Deus
1º Secretário	Maria Madalena Cardoso Gonsalves Mourão de Carvalho Cordeiro
2º Secretário	Ana Isabel Gouveia Costa da Fonseca Lopes

Conselho Regional

Ana Rita Ferreira Sebastião
Carlos Manuel dos Santos Moreira
Edson dos Santos Oliveira
Jorge Manuel Coelho do Espírito Santo
José António do Nascimento Alves
José Luís Ribeiro Gomes
Manuel Veloso de Brito
Nuno Correia Fradinho
Nuno Manuel da Conceição Diogo
Paulo Jorge Valejo Coelho
Paulo José Sintra de Jesus Silva

Conselho Fiscal

Presidente - Filomeno Paulo Gomes
Vogal - Cláudia Sofia Bandeira Estevão
Vogal - Manuel Francisco Prata de Matos

Conselho Disciplinar

António Norberto Costa Carregal Queiroz
Francisco Manuel da Cruz Ferreira Crespo
João Adélio Marinho Trocado Moreira
José Alberto dos Santos Fernandes Pereira
Manuel Aleixo Coelho Ratão

sas preocupações e contará sempre com a nossa disponibilidade. Uma crescente proletarização dos médicos pode comprometer nesta área a sua autonomia de decisão. Também sentimos que particularmente a média e pequena medicina privada (liberal), tem que ser protegida pois há uma evidente ataque à sua sobrevivência, definindo exigências que não são colocadas ao setor público.

No plano interno, há que agilizar a capacidade de decisão e envolver todas as estruturas para reforçar o peso dessas decisões. Independentemente dos Estatutos que se encontram a aguardar a aprovação na Assembleia da República e em cuja elaboração da proposta apresentada pela O.M alguns ele-

mentos deste grupo participaram a pedido do Senhor Bastonário, definimos uma estratégia que assenta numa descentralização através de maior autonomia para as Distritais e simultaneamente uma representação mais presente e um poder de intervenção dessas estruturas nos órgãos de decisão. Uma maior disponibilidade da Secção Regional do Sul para acompanhar as Distritais. Essa capacidade para estarmos mais próximos das distritais será possível, pois é um compromisso desta SRS dinamizar a Distrital de Lisboa e Grande Lisboa até agora com existência virtual, no sentido de elas assumirem as funções que lhe estão definidas no âmbito de qualquer outra distrital e facul-

tando todos os meios e recursos necessários.

Tal opção libertará a SRS de tarefas que pertencem às respetivas distritais de Lisboa e grande Lisboa.

No âmbito da reorganização interna propomos a criação de um Gabinete de Estudos que permita com a colaboração de colegas convidados e que estejam disponíveis, refletir e elaborar textos de apoio à O.M., definindo um pensamento estruturado sobre matérias importante. Seria assim mais fácil à O.M. ser proactiva, avançando propostas ou defendendo ideias e não apenas reativa como muitas vezes acontece. Uma O.M. que se antecipe por exemplo, ao debate das novas fronteiras da Ética ou à inevitável racionalização de recursos.

A SRS estará também disponível para considerar todas as condições que o Conselho Disciplinar

entenda serem necessárias para melhor exercer a sua função. Há alguma reflexão sobre essa matéria, nomeadamente a subcontratação de uma assessoria para apoio jurídico.

O Relacionamento com o exterior é indispensável. Uma articulação permanente e até solidaria com os Sindicatos médicos, já provou ser decisiva quando é preciso proteger de forma abrangente o exercício da Medicina e a dignidade dos seus profissionais.

Associações como a dos Estudantes de Medicina, Sociedades Medicas ou as Associações de Doentes, deverão ser parceiros importantes.

Também a aproximação com as outras Ordens para além do relacionamento institucional já existente, será sempre uma mais valia.

Mais do que um elencar exausti-

vo de preocupações e propostas, é fundamental que fique muito claro o nosso compromisso.

Sabemos que só defendendo a Medicina podemos proteger os nossos doentes e dignificar todos os médicos.

Sabemos que só defendendo o Serviço Nacional de Saúde estamos a garantir o acesso de todos aos cuidados de saúde.

Mas também sabemos como vai ser difícil fazer a gestão quotidiana deste compromisso. Só uma Seção Regional do Sul forte na sua coesão, credível na sua competência, equilibrada no seu bom senso poderá garantir o nosso único objetivo: ajudar a O.M. a cumprir a sua missão.

É este desafio que aceitamos porque sabemos que reunimos todas as condições para que a O.M. possa contar com o nosso contributo.

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Distrito Médico dos Açores - Lista C

Proposta de acção

O grupo de médicos que agora se propõe para a direcção do Conselho da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Médicos, entende primeiramente que a sua acção seja uma continuação do trabalho feito nos anos anteriores e em que alguns participaram de forma activa. No entanto, existem novas circunstâncias que obrigam a um esforço de adaptação; de um modo muito especial, há a registar uma profunda mudança na política de Saúde, e na metodologia administrativa, tanto no plano nacional como regional.

Julgamos ser importante a procura de um modelo de funcionamento mais colegial e com sectores de actividade individualizados e distribuídos pelos membros da direcção. Compreendemos que este modo de trabalhar venha a prejudicar a velocidade com que a imprensa procura respostas sobre a posição da Ordem, mas actualmente os problemas tem muitas vezes uma complexidade que obriga a uma reflexão conjunta e algumas vezes a uma consulta exterior.

Vamos assumir o compromisso de encontrar uma maior autonomia para uma resposta atempada e forte aos problemas específicos da regionalidade da Saúde Açoriana; a este respeito será fundamental a presença nos órgãos directivos su-

periores da Ordem e o acesso rápido a estrutura jurídica.

Faremos o maior esforço para manter a relação com os órgãos governativos e legislativos regionais, tentando que as nossas críticas e comentários não sejam vistas como formas de privilégios corporativos, mas sim como a tradução de um dever de manter as boas condições da intervenção médica e a submissão desta intervenção aos imperativos legais e deontológicos. Os equívocos só podem ser desfeitos por diálogo; diálogo a que não nos temos esquivado no passado e que continuaremos a buscar no futuro. Desde o início do nosso mandato que, de acordo com o que foi dito, iremos individualizar sectores de actividade, da responsabilidade

de membros da direcção mas participados por colegas com conhecimento e experiência nas matérias em causa.

A política de Saúde, as estruturas, a organização administrativa destas estruturas, a metodologia de gestão de serviços médicos, tudo, sofreu uma profunda alteração nos últimos anos, no plano nacional e no plano regional. Essas mudanças, as quais não foram participadas pelos médicos, e que não nos parecem ter melhorado o funcionamento e mesmo a economia do sistema, exigem no entanto o nosso maior esforço para conservar as condições aceitáveis para que os actos médicos se mantenham na linha exigida pelos nossos princípios civilizacionais.

Mandatário: Eduardo Albergaria Leite Pacheco

Delegado da Candidatura: Hermano Chorão de Almeida Lima

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente	João José Esteves
Vice-Presidente	Rui Manuel Lemos Bettencourt
1º Secretário	Aida Maria Brandão Paiva São João
2º Secretário	Maria Amália Neves Carrapa e Bettencourt

Conselho Distrital

Presidente:	Jorge Correia dos Santos
Vogais:	Ana Isabel Pacheco Medeiros Amaral
	Ana Sofia Rego Viveiros
	José Carlos Barranha Alves
	Maria Madalena Bastos Nunes

Membros Consultivos do Conselho Regional

Irene Maria Antunes Pereira
Maria Cristina Fraga Gomes Freire de Barros

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Distrito Médico do Algarve - Lista C

Consolidar a mudança

Protagonizar a mudança

Mandatário: João Maria Larguito Claro

Delegado da Candidatura: Manuel José Machado Veloso Gomes

A lista consolidar a mudança candidata aos órgãos do Distrito Médico do Algarve da Ordem dos Médicos reúne médicas e médicos com sensibilidade diversas, norteados por princípios de trabalho com competência, com independência e capacidade de intervenção na defesa do desenvolvimento e actualização do papel da Ordem dos médicos na sociedade. Os seguintes pontos programáticos, colocados para discussão no decorrer da campanha, balizam os objectivos principais da candidatura:

1. Dinamizar a participação dos médicos nas actividades da Ordem
2. Procurar que os órgãos da Ordem sejam mais Interventivos na Sociedade
3. Contribuir para uma revisão e actualização dos Estatutos e Códigos da Ordem.
4. Incentivar a formação continua de todos os médicos e o desenvolvimento da investigação, em colaboração com todas as entidades com responsabilidade nessas áreas.

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente	Maria da Assunção Martinez Fernandez Macedo dos Santos
Vice-Presidente	Horácio Luís Guerreiro
1º Secretário	Maria Helena Boavida Pontes Gonçalves
2º Secretário	Jorge Alberto Justo Pereira

Conselho Distrital

Presidente:	Ulisses Saturnino Duarte de Brito
Vogais:	Ana Maria Barreto Mendonça Romão de Brito Camacho Filipe Manuel Ferreira Veloso Gomes João Pedro Rodrigues Ferreira Quaresma Susana Maria Pereira da Costa

Membros Consultivos do Conselho Regional

João Manuel Fernandes de Brito Camacho
João Pedro dos Santos Alves da Silva
Nelson Romão de Brito
Nuno Filipe da Costa Bernardino Vieira
Paulo Alexandre Miranda Simões
Rui Paulo Vicente Miranda

5. Apoio especial aos jovens médicos em formação e desempenho de funções na região do Algarve.
6. Procura incessante pela colaboração entre médicos de todas as áreas de cuidados de saúde, das várias especialidades, e com outros profissionais de saúde.

7. Em defesa de uma medicina de alta qualidade científica de nível Europeu, mais humanizada e com elevado sentido ético.
8. Os candidatos aos Órgãos do Distrito Médico do Algarve, da candidatura consolidar a mudança.

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Distrito Médico de Beja - Lista C

Defender o SNS / Garantir a Qualidade

DEFESA DO SNS

No momento particularmente grave por que passa a Saúde no País e no nosso Distrito, em particular, a primordial preocupação da presente Lista é assumidamente contribuir, de forma activa, para a **defesa** do que resta do edifício **do** nosso **Serviço Nacional de Saúde**, pugnando pela salvaguarda dos seus méritos, que dotaram Portugal de um sistema de Saúde de elevado nível global em poucas décadas, e contribuir para a correcção de aspectos menos positivos que nele se identifiquem.

DEFESA DE SERVIÇOS E DA QUALIDADE

CONTRARIAR A DESERTIFICAÇÃO

Assim, a **defesa de Serviços e da sua Qualidade**, que cimentaram no Distrito uma Saúde de referência (tanto a nível dos Cuidados Hospitalares, quanto dos Cuidados de Saúde Primários e da Saúde Pública) será uma inquestionável prioridade, pela convicção de que o Distrito Médico de Beja não pode ser amputado de Serviços, Profis-

sionais ou Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica o que inevitavelmente tem reflexo negativo na saúde das populações, na retirada de Idoneidades Formativas, na desmotivação crescente dos Médicos actuais e na menor atractividade local para a fixação de população em geral, de outros Médicos, especialmente jovens, e mesmo de projectos de desenvolvimento socioeconómico.

DIÁLOGO INSTITUCIONAL

O **diálogo institucional**, para que já os anteriores elencos se disponibilizaram, prosseguirá sempre que aceite, cientes de que a Ordem dos Médicos pelo seu saber e pelo seu prestígio, é parte fundamental para encontrar soluções e até dirimir conflitos. Exemplos já nos mandatos anteriores, as reuniões com a ARSA, a Câmara Municipal de Beja ou a ULSBA, com debate de problemas a corrigir e compromissos importantes daí decorrentes, seja na identificação de prioridades de actuação para a Região, na criação de incentivos camarários à fixação de profissionais ou na necessária reestruturação dos serviços de urgência/emergência distrital.

OUVIR PARA MELHOR CONHECER

Desenvolveremos mais **encontros em Unidades de Saúde do Distrito Médico** (Distrito de Beja e Litoral Alentejano) e **com grupos de Colegas**, para auscultar as suas opiniões, preocupações e realidades locais.

INTERLIGAÇÃO MEDICINA FAMILIAR/MEIO HOSPITALAR

Pretendemos promover a **aproximação e melhor comunicação entre os profissionais**, com conhecimento das diferentes realidades e trocas de saberes bem como contribuir para melhorar a articulação no seguimento de doentes.

PRÉMIO ANUAL PARA INTERNOS

No sentido de incentivar o trabalho dos jovens Médicos na nossa realidade, já em 2013 será atribuído, pela primeira vez, o **«Prémio Distrito Médico de Beja da Ordem dos Médicos para Internos»**, no valor de 500,00 euros, destinado a galardoar um trabalho que se destingue no âmbito do exercício pro-

Mandatário: Bernardo Mendes Loff Barreto

Delegado da Candidatura: Francisco José Holbeche Fino Correia

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente	Maria da Conceição Martins Vilão
Vice-Presidente	Jorge Ângelo Ramos dos Santos
1º Secretário	Gaspar Lopes Vasques Gomes Cano
2º Secretário	Marina de Lacerda Claro de Lacerda

Conselho Distrital

Presidente:	Pedro Camilo de Araújo Lima de Vasconcelos
Vogais:	Amândio Nuno Chavarria Baião Mateus Edite Maria Spencer Reis Manuel Filipe Dias e Cunha Matias da Silva Maria Laura da Encarnação Nobre Caeiro Maia de Oliveira

Membros Consultivos do Conselho Regional

Inês Ennes Ferreira Sayanda
Maria da Conceição Lopes Baptista Margalha

fissional local, prémio que, em cada ano, terá o nome de uma individualidade que aqui se tenha distinguido, nomeadamente na área da Formação.

INTERMEDIAÇÃO

A **intermediação inter pares** prosseguirá, sempre que solicitada, como já sucedeu, com gratificante sucesso.

A SEDE DISTRITAL: PONTO DE ENCONTRO, PONTO DE UNIÃO

A **Sede Distrital da Ordem dos Médicos**, manter-se-á um espaço aberto e disponível para ser utilizado pelos Colegas (com já se tem verificado para a preparação de eventos médicos ou mesmo Reuniões de Serviço).

Igualmente será o local de realizações de **eventos científicos**,

como as sete «Conversas na Ordem» realizadas ao longo do mandato que agora termina.

Mas também voltará a ser o espaço de **convívio médico** (lembrem-se as «Recepções aos Internos» ou mesmo uma Festa de Natal dos Médicos do Centro de Saúde de Beja).

Por fim, a realização de **eventos culturais**, abertos à população, será uma actividade que irá manter-se, na sequência de iniciativas musicais e das Exposições de Pintura e Fotografia já ali organizadas.

LAZER

Pretendemos, por fim, iniciar a promoção de **iniciativas de âmbito turístico**, com vista à divulgação regional e ao convívio entre Colegas e familiares.

Beja, 05 de Outubro de 2013

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Distrito Médico de Évora - Lista C

Plano de Ação para o triénio 2014 a 2016

O plano que agora se apresenta e submete a sufrágio tem como premissas orientadoras: Organização, Formação, Ética e Deontologia.

1 – Organização

É importante saber quantos somos, onde estamos e quais as condições dos nossos locais de trabalho, quais as nossas competências técnico-científicas e áreas de interesse. Para tal, efetuaremos um levantamento que irá permitir fazer a "fotografia" do Distrito Médico de Évora.

Para que todos os Médicos possam estar em contato entre si e com os eleitos para Ordem do Distrito Médico de Évora propomo-nos criar um grupo de discussão, por via eletrónica, para troca de opiniões, informações, de temas científicos e alertas sobre o exercício da profissão e qualidade do ato médico, bem como "notícias" das nossas atividades.

Também para agilizar a comunicação, análise das situações e tomada de decisão criaremos interlocutores nos concelhos do distrito, bem como descentralizaremos atividades da Ordem com visitas aos Centros de Saúde e Serviços Hospitalares.

Manter e dinamizar o Gabinete do Utente.

Promover interação com outros grupos profissionais da área da

Mandatário: António de Lencastre Leitão

Delegado da Candidatura: Maria da Graça Pinto Valente Fernandes

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente	António Jorge de Paiva Jara
Vice-Presidente	Rogério Aurélio das Neves Costa
1º Secretário	Frederico Miguel Santos Silva Marquez Correia
2º Secretário	Nuno Maria Fernandes Páscoa

Conselho Distrital

Presidente:	Maria Augusta Portas Pereira
Vogais:	António Maria Ribeiro Soares Pires Henrique Augusto Coelho da Rocha Terreiro Galha Hermínia José Ramalho Cabrita Fernandes Caeiro Maria Helena Ferreira Gonçalves

Membros Consultivos do Conselho Regional

Artur Jorge Murta Canha da Silva
João António Lopes Pereira e Almeida

saúde, advogados e outros que se revistam de interesse para a nossa prática clínica.

Dar seguimento a projetos já iniciados por anteriores equipas como a receção aos novos Médicos, como, também, criar condições para a aquisição de novas instalações para a sede. Neste âmbito vamos enviaar todos os esforços para retomar o projeto da criação da Casa do Médico no distrito de Évora.

2- Formação

Continuar a realização de conferências, palestras e cursos de formação de acordo com as necessidades previamente apontadas pelos colegas.

Disponibilizar a sede para reali-

zação de reuniões de serviços, de internos, de sociedades científicas, atividades lúdicas e culturais.

3- Ética e Deontologia

Os Médicos são porventura a classe profissional mais vigiada e escrutinada, por isso, seremos ativos na defesa da nossa dignidade e intransigentes com a qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes.

Porque o ato médico se reveste de especial importância para toda a classe, iremos fomentar a participação formal à Ordem de todas as dificuldades sentidas no exercício da prática clínica, como o deficit de material, de fármacos, falta de condições das instalações e da efi-

ciência dos sistemas informáticos. Iremos ter em atenção as situações que no âmbito do desempenho profissional possam ofender a nossa "arte". Defendemos que os estatutos da Ordem dos Médicos são para cumprir, ficando assim acaute-

lados os deveres profissionais, éticos, sociais e morais dos Médicos. Por outro lado, defendemos a observação dos direitos e deveres dos utentes num SNS que queremos mais equitativo e de maior qualidade. Em suma, a equipa que compõe

esta candidatura, em circunstância alguma, deixará de lutar pelo prestígio da classe e da sua afirmação no SNS.

Parafraseando o nosso Bastonário, Prof Dr José Manuel Silva "se nos calarmos seremos esmagados".

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Distrito Médico de Grande Lisboa - Lista B

Esta lista subscreve o programa da lista B candidata aos órgãos regionais.

Mandatário:

António José Murinello de Sousa
Guerreiro

Delegado da Candidatura:
Carlos Alberto Cardoso

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente: José Daniel Pereira Figueira de Araújo
Vice Presidente: José Manuel dos Santos Silva Videira e Castro
1º Secretário: Eusébio Manuel Ferreira Gomes Martins Porto
2º Secretário: Francisco José Valente de Sousa

Conselho Distrital

Presidente: Maria de Fátima Rodrigues Clemente Figueira de Araújo
Vogais: José Miguel Flores Santos
Isabel Maria Rodrigues do Nascimento
José Carlos Lopes Martins da Silva
Sofia de Figueiredo Ribeiro

Membros Consultivos do Conselho Regional

Alexandre Zacarias Pereira Marques Cabaço
Álvaro Eiras Carvalho
Ana Filipa Paulo Portugal Deveza Herdade
Ana Sofia Henrique Corredoura Coelho
Ana Sofia Louro Ventura Ramalheira
Ana Teresa Nunes Lufinha de Vasconcelos
Anabela dos Santos Leitão
Ângela Maria dos Santos Moreira Marques
Carlos José Pinto Gaspar
Cristina Maria de Paiva Chaves Lopes Carocha Tomé de Jesus
Diogo de Brito Medina de Sousa
Diogo Frasquilho Guerreiro
Jorge Miguel Fernandes Nunes
José Daniel Carreira de Lencastre e Menezes
José Alberto Campaniço Pereira da Silva
José Pedro Figueiredo Penedo
Maria da Luz Correia Albernaz Ferrão de Melo
Maria Helena Barbosa da Silva Baptista da Costa
Maria Leonor Bentes Paixão
Maria Leopoldina Garez Gomes Turpin
Marta Luísa dos Santos Correia
Naod Berhanu

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Distrito Médico de Grande Lisboa - Lista C

Esta lista subscreve o programa da lista A candidata aos órgãos regionais.

Mandatário:

António Manuel Nuncio Faria Vaz

Delegado da Candidatura:

João Gama Marques Proença

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente	José Alfredo Viegas da Conceição Vera
Vice-Presidente	Carlos Alberto da Silva Santos
1º Secretário	Maria de Lurdes Pais Correia Gonçalves de La Féria
2º Secretário	Ana Maria de Almeida Figueiredo

Conselho Distrital

Presidente: Artur Ramon da Rocha de La Féria
Vogais: Cipriano Pires Justo
Francisco Manuel da Costa Domingues
Isilda Maria Baptista Alves Monteiro Apell
Maria Gabriela Onofre Alves das Neves Reis Alves

Membros Consultivos do Conselho Regional

Adília da Piedade Rodrigues Menezes
Ana Paula Ramos Catarino
André Cordeiro Borges
António José Paneiro Pinto
Casimiro António da Piedade Menezes
Catarina Sofia de Miranda Saraiva
Dália Maria da Silva Carvalho Nogueira
Edgar Correia Pires Valadas
Félix de Jesus Sapinho Gomes Monteiro
Filomena José Cardoso Martins
Guilherme Nuno Tomé Vicente de Bastos Martins
Isabel Maria Jordão Gaspar
Joana Gomes Feliciano
João Henrique Cruz de Ascensão Santos
João Manuel Andrade Olias
José Gabriel Monteiro de Barros Cabral
Maria Alda Simões da Silveira
Maria da Luz da Costa Veloso
Maria dos Anjos Marques de Almeida Santos
Maria Luísa Toste de Azevedo
Mário Augusto Lopes Freitas
Marta Teixeira Saraiva

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Distrito Médico de Lisboa-Cidade - Lista A

Esta lista subscreve o programa da lista A candidata aos órgãos regionais

Mandatário:

Luís Adriano das Neves Gonçalves

Sobrinho

Delegado da Candidatura:

João Gama Marques Proença

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente: Jorge Rodolfo Gil Guedes Cabral de Campos

Vice Presidente: Maria Inês de Carvalho Bandeira e Cunha

1º Secretário: Isabel Anacleto Arroja

2º Secretário: Sofia Lopes Calado

Conselho Distrital

Presidente: Carlos José Pereira da Silva Santos

Vogais: Clara Maria Porfírio Soares
Leonor Teresa de Almeida Manaças

Cardoso

Maria Guilhermina Gonçalves
Teresa Guerreiro Laginha

Membros Consultivos do Conselho Regional

Agostinho Caldas Borges

Alice Maria Fernandes Gonçalves Lourenço Farinha

Ana Maria de Carvalho Palma Ruivo

Ana Maria Duarte Medeira

António da Assunção Mendes Araújo

António José Moraes Valente

Carlos Manuel Rodrigues Moniz

Constança Jordão Madeira Chaveiro

Dolores da Consolação Botas Paulo Moniz

Eduardo Manuel Vieira Pereira Marques

Germano Mourão do Carmo

Gustavo Orlando Raposo Rodrigues

Isabel Maria Vicente Ramires

João José Senos Vizinho

João Manuel Versos Cravino

Jorge Manuel de Sousa Pinto

José do Nascimento Leal Freixinho

José Manuel Pereira e Silva Labareda

Manuel Machado Sá Marques

Maria de Fátima Gomes da Costa Leal Branco Azedo

Maria João Brás da Silva Costa

Maria João Manzano e Silva

Maria Júlia Rebelo Duarte

Maria Laura Ferreira Lourenço Luz

Maria Margarida Grilo da Silva Dias

Maria Margarida Pires de Almeida

Mário Moutinho de Pádua

Miguel Schiavone Aurino Gonçalves de Sousa

Nídia Maria Rodrigues Coelho Rosa Zózimo

Paula Maria Corrêa Pereira

Pedro António Pires Ribeiro da Silva

Rita Maria Figueiredo Sousa Tavares de Loura

Sara Soares Marques Proença

Vítor Manuel Morgado Ramalhinho

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Distrito Médico de Lisboa-Cidade - Lista B

Esta lista subscreve o programa da lista B candidata aos órgãos regionais.

Mandatário:

António José Murinello de Sousa
Guerreiro

Delegado da Candidatura:

António Manuel de Andrade Pinto
de Almeida

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente: Jaime da Cunha Branco
Vice Presidente: Leopoldo Maria Lemos da
Cunha Matos
1º Secretário: Ana Margarida Leitão Ivo da
Silva
2º Secretário: Rui Manuel de Carvalho Silva

Conselho Distrital

Presidente:
Nuno Maria Salema Pereira dos Reis
Vogais:
António Emílio Sampaio Correia
Gonçalo Manuel Carvalheiro Envia
Luís Alberto Carvalho Jerónimo Antunes
Marta Figueira Moitinho de Almeida

Membros Consultivos do Conselho Regional

Álvaro Manuel Pereira Rosa
Ana Paula Preto da Silva Nascimento
António Carlos de Sousa Moeda
António Manuel Robalo Nunes
António Manuel Santos de Melo
António Maria Trigueiros de Sousa Alvim
Carlos Alberto Talhas dos Santos
Carlos Manuel Correia e França
Clara Isabel de Campos Azevedo
David Madeira de Carvalho Rasteiro
Delberto Constantino Araújo de Aguiar
Dora Maria Vaz
Francisco José Madail Rosa
Inês Maria Crispim Gomes da Silva
Joana Cristina da Costa Barata Tavares
João Manuel Carrelha Cascais
João Paulo Soares Pereira Brissos
Jorge Manuel Pais Miranda Rosa
José Luís de Castro de França Dória
José Manuel Barreto Duarte Esteves
José Manuel de Almeida Dias Caldeira Miguens
José Manuel Palma dos Reis
Maria Helena Cargaleiro Delgado Figueiredo Lopes
Maria José Pereira Campos de Frias Loureiro
Maria Manuel Parreira Raposo Deveza
Maria Margarida Cardoso Chagas dos Santos Correia França
Marta Catarina Esteves Guedes
Micaela Helena Seemann Monteiro
Paulo Jorge Reino dos Santos Felicíssimo
Pedro Alberto Batista Brissos de Sousa Escada
Pedro Manuel Baltazar Coelho de Aleixo Ratão
Pedro Manuel Ribeiro do Branco
Rui António Rocha Tato Marinho
Teresa Maria Taylor da Silva Kay

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira - Lista E

Por uma ordem independente

No mandato que agora acaba, temos representado todos os médicos da RAM, com dignidade, seriedade, lealdade e independência.

A Saúde atravessa tempos difíceis e os Médicos são chamados a dar o seu contributo na procura de soluções que minimizem os constrangimentos existentes. Deste modo, com uma equipa renovada, empenhada e ciente do trabalho que ainda pode ser desenvolvido, não queremos deixar de dar novamente o nosso contributo e candidatamo-nos às eleições para o Conselho Médico da RAM, para o triénio 2014-2016, com o firme propósito de manter uma Ordem que represente todos os Médicos de uma forma independente e que defenda os doentes no seu direito inalienável à saúde.

Como Conselho Médico assumimos o compromisso de:

1. Representar todos os Médicos que exercem Medicina na Região Autónoma da Madeira, com total independência em relação a todos os órgãos que interferem direta ou indiretamente na saúde, na defesa das boas práticas, da ética e da deontologia médicas;
2. Manter o acompanhamento dos jovens médicos, avaliando, sempre que necessário e em articulação com os colégios das especialidades e direções dos serviços, as condições em que são efetuados os internatos;
3. Cooperar na organização dos Serviços de Saúde, bem como no planeamento e implementação das necessárias reformas;
4. Incentivar e dinamizar a formação pós-graduada face ao avanço científico e tecnológico, assegurando a competência técnica e profissional;
5. Criar protocolos de colaboração com a Universidade da Madeira ou outras universidades, promovendo a articulação da clínica com a investigação e a docência em benefício da qualidade na formação;
6. Proteger o ato de prescrição, como ato exclusivo do médico;
7. Defender os doentes no seu direito inalienável à saúde e ao tratamento mais adequado;
8. Recuperar a relação de confiança médico/doente;
9. Colaborar com as entidades competentes na procura de soluções para o crescente aumento das listas de espera e das altas problemáticas;
10. Defender a convenção, marco histórico na medicina regional, mantendo-a como parte integrante do sistema regional de saúde;
11. Organizar formações em gestão na área da saúde, para que os médicos da RAM possam contribuir de forma eficaz e ponderada para a melhoria da saúde e do sistema de saúde;
12. Fomentar a participação ativa dos médicos madeirenses na vida da ordem, estimulando-os a frequentar as suas instalações, a participar nas reuniões dos seus grupos de trabalho e das assembleias, bem como na discussão, votação, requisição e apresentação de moções e propostas que julgarem convenientes;
13. Manter uma relação estreita entre a ordem e os diversos serviços, (cuidados de saúde primários e hospitalares), através dos elementos de ligação;
14. Garantir o direito de todos os médicos a exercer medicina na região, de serem tratados com o respeito devido, como parceiros indissociáveis à defesa da qualidade da medicina exercida na RAM;

15. Providenciar o acompanhamento necessário aos médicos que vejam os seus princípios éticos e deontológicos ou os seus direitos, liberdades e garantias questionados;

16. Realizar Assembleias Gerais periódicas, e sempre que solicitado pelos colegas, para discussão de temas fundamentais, dúvidas e anseios dos médicos, e eventual votação de propostas e atitudes a tomar;

17. Divulgar o calendário de eventos, científicos e outros, regionais, nacionais e internacionais;

18. Reforçar a participação nas estruturas nacionais da Ordem dos Médicos.

Mandatário: José António Neves Sotero Gomes Sobrinho

Delegado da Candidatura: Pedro Augusto de Figueiredo da Silva da Costa Neves

Consultores: Ana Cristina Vieira de Sá

Maria Margarida Mancelos Ornelas Sotero Gomes

Rafael Lourenço Vasconcelos e Castro Freitas

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente: Gil Duarte Freitas Gomes da Silva

Vice Presidente: Duarte Nuno Dória Freitas

1º Secretário: Luís Miguel de Freitas Farinha

2º Secretário: Sofia Gomes Müller Pereira

Conselho Distrital

Presidente: Maria Henriqueta Vieira Câmara Reynolds

Vogais: José Eduardo Tomás Cunha de Freitas

Maria Isabel Brazão Lusitano de Freitas

Maria Margarida de Carvalho Machado Gonçalves Tavares da Silva

Ricardo Jorge Pestana Fernandes

Membros Consultivos do Conselho Regional

Ana Cristina Vieira Sá

Maria Margarida Mancelos de Ornelas Monteiro Sotero Gomes

Rafael Lourenço Vasconcelos e Castro de Freitas

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira - Lista F

Programa de Acção

Introdução histórica

A criação da ordem dos médicos remonta a Novembro de 1898 quando um grupo de médicos de Lisboa julgou útil fundar uma associação de classe dos médicos com o objectivo de defender os seus associados. Designou-se então a Associação dos Médicos Portugueses. Esta associação dará lugar á Ordem dos Médicos (O.M.) em 1938 (Decreto-Lei nº 29 171, 24 de Novembro) e abrangia fundamentalmente os médicos que exerciam a medicina como profissão liberal. Nos seus primeiros estatutos ficou mencionado que a Ordem dos Médicos tinha por fim o estudo e defesa dos interesses profissionais. No capítulo dos direitos e deveres informava-se que era vedado o exercício da medicina a quem não estivesse inscrito nesta instituição. Desde então e em adequação às várias transformações políticas e sociais nomeadamente as surgidas após 1974, foi necessário alterar o Estatuto da Ordem dos Médicos. Foi então aprovado e promulgado o novo Estatuto da Ordem dos Médicos, pelo Decreto-Lei nº 282/77 de 5 de Julho, em cujo preâmbulo o Governo reconhece à OM a competência para actuar como entidade disciplinadora do

exercício da profissão médica. Este Estatuto, além de *abranger todos os médicos no exercício da sua profissão, é descentralizador e de cariz democrático*. Exigindo que a Ordem dos Médicos, agora renovada, exerça a sua actividade com *total independência em relação ao Estado, formações políticas ou outras organizações, o estatuto reconhece e pugna pela ideia de que a defesa dos legítimos interesses dos médicos passe em primeiro lugar pelo exercício de uma medicina humanizada que respeite o direito à saúde de todos os cidadãos, nele se consagrando ainda o princípio da criação de um Serviço Nacional de Saúde, no qual os médicos terão necessariamente papel preponderante e fundamental*.

A Ordem dos Médicos – Aglutinadora dos Médicos no melhor interesse dos nossos Doentes.

A Ordem somos todos nós.

Os Médicos são um grupo social e profissional altamente diferenciado que tem dado provas, de forma contínua e sustentada, de saberes, sentido ético e capacidades de trabalho invulgarres. Desde muito cedo aquando

da opção de “ser médico” e ao longo de toda a nossa carreira somos confrontados com mecanismos de selecção que nos impõem em direcção à excelência. A procura contínua das melhores opções passa seguramente pela auscultação proactiva das opiniões de todos os médicos.

À Ordem dos Médicos enquanto instituição e aos seus representantes cabe a tarefa de criar oportunidades de comunicação entre os seus associados fazendo com que da diversidade surja a melhor opção.

Socorrendo-nos das mais diversificadas ferramentas de comunicação sobretudo daquelas introduzidas pelas novas tecnologias informação propomo-nos fomentar e apoiar formalmente a comunicação entre os médicos da Madeira e entre estes e as várias instituições de saúde e do saber médico.

O Médico na Liderança da Saúde.

Não desrespeitando as outras classes profissionais da área da saúde e reconhecendo-as como parceiros importantes no bem cuidar dos nossos doentes é ao Médico que cabe a liderança da saúde em prol dos nossos doentes.

Subentenda-se Liderança como “Actividade de influenciar e mobilizar as pessoas, fazendo-as empenhar-se voluntariamente em objectivos de grupo”

Desde a actividade assistencial nas várias áreas de intervenção médica, passando por todos os órgãos de gestão intermédios dos diversos serviços e sistemas de saúde até a governação da saúde é no médico que se concentram os melhores saberes na abordagem da saúde das populações.

Propomo-nos defender junto da sociedade a intervenção do médico como elemento central na liderança da saúde assim como apoiar e representar junto das instituições regionais políticas e administrativas os mais elevados princípios da ética e do saber técnico-ciêntico médico.

A Ética Médica

A Ética nasce das relações entre os homens. Na relação do médico com os seus doentes, com os colegas, com os seus dirigentes, com outras classes profissionais e com a sociedade em geral colocam-se frequentemente dilemas éticos nem sempre fáceis de resolver

As bases da medicina que os gregos construíram há mais de 25 séculos ainda influenciam o pensamento médico contemporâneo. A cultura, metodologia e ética profissional peculiar e exemplar do médico do século V ac. levou a Medicina a ocupar os primeiros lugares na escala dos valores culturais do homem grego. Hipócrates de Cós é a figura símbolo desse período.

No *Corpus Hipocraticum*, assiste-se a uma constante preocupação com a arte da medicina, com a postura do médico, com a valorização da profissão e estabelece-se as bases de uma ética profissional que ainda hoje permanece válida,

Mandatário: Edward Richard Rushworth Maul

Delegado da Candidatura: Isabel Joana Abreu Pereira Macedo

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente:	Luís Manuel Ramada Pereira Vale
Vice Presidente:	Maria Sandra Ferreira da Silva Moniz
1º Secretário:	Luís Alberto Ferreira e Freitas
2º Secretário:	Maria do Rosário Ferraz da Silva

Conselho Distrital

Presidente:	José Júlio Pereira de Nóbrega
Vogais:	Jorge Miguel Fernandes
	Paula Cristina Santos Pinto
	Sérgio Miguel Agrela de Freitas
	Susete Nivalda Marques de Freitas

Membros Consultivos do Conselho Regional

Henrique Miguel de Albuquerque Santos Ângelo Leitão
José Augusto da Silva de Barros
Tiago Humberto Esteves Freitas

O médico era e sentia-se um demiurgo, ou seja, tinha acção e função importantes na sociedade. No tratado *Do Médico* são apresentadas diversas normas de conduta: o médico deveria ter aspecto decente, perfumes discretos, para inspirar confiança. Deveria ter autoridade, conduta honrada, ser reservado, grave, humano e justo. O célebre Juramento de Hipócrates, que continua sendo proferido nas solenidades de formatura de médicos em todo o mundo, como um tributo à sabedoria grega, representada pela figura de Hipócrates, que a posteridade chamou de “pai da medicina”, é uma síntese bem elaborada dos preceitos éticos e morais que deveriam nortear a medicina, e manter a dignidade da profissão.

Actualmente o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (*Diário da República, 2.ª série — N.º 8 — 13 de Janeiro de 2009*) constitui uma importante referência de uma conduta médica que se deseja.

À Ordem dos Médicos cabe a tarefa de mais do que punir os que o não cumprem agir proactivamente proclamando-o.

É nosso propósito promover encontros, reuniões, fóruns de discussão em torno da ética médica aplicada à medicina contemporânea.

A Medicina como Actividade de Excelência

A medicina existe para defesa dos doentes e daqueles que sofrem.

A liderança da saúde é da responsabilidade médica quer em termos assistenciais quer em termos organizacionais. O Médico e quem o representa, a Ordem dos Médicos, deve zelar pelo melhor interesses dos nossos doentes cientes que *o melhor interesse dos doentes é também o melhor interesse do médico.*

Dados recentes da Medicina Baseada na Evidência demonstram de forma sustentada que a qualidade da actividade assistencial está directamente dependente das capacidades e actividades formativas e de investigação dos médicos, serviços, departamentos e sistemas de saúde.

À Ordem dos Médicos, garante do melhor interesse dos doentes e dos

médicos cabe também o desenvolvimento da cultura da excelência. *Propomo-nos apoiar, promover e desenvolver acções junto da comunidade científica e académica regional, nacional e internacional que visem a prossecução destes objectivos através da participação activa em reuniões médicas, através da assinatura e disponibilização de revistas de carácter científico a todos os médicos da Madeira assim como o apoio de técnicos de estatística aplicada tão necessária a execução de trabalhos científicos.*

Actualmente a qualidade deve ser monitorizada e acompanhada através de indicadores de estrutura, de processo e de resultados sobrejamente conhecidos no mundo científico.

Propomo-nos desenvolver acções que visem apoiar os médicos na prossecução destes objectivos.

O Médico e a Cultura

“Sendo a última profissão romântica a Medicina será sempre de melhor Qualidade quando praticada por homens e mulheres de Cultura” João Cid dos Santos

Desde tempos remotos o Médico sempre teve um papel relevante no mundo da cultura e vários são os exemplos desta ligação da Medicina com a actividade artística em áreas como a pintura, escultura, literatura, entre outras. Nomes como Marcelino Mesquita, Abel Salazar, Armando Pinheiro ou Rui Soares da Costa, são alguns dentro muitos exemplos.

Sabemos que é na religião, na filosofia, na literatura e em diferentes outras formas de expressão artística que o homem se encontra com o sentido do seu ser.

Propomos a disponibilização das instalações da Ordem dos Médi-

cos para acções de promoção da cultura entre os médicos, quer através de exposições, lançamento literários ou apenas para austerulação de uma peça musical ou da arte de declamar.

Formação Médica

A formação no Internato Médico das várias especialidades tem sofrido alterações importantes nos últimos tempos fruto do crescimento do conhecimento médico e do desenvolvimento de técnicas avançadas de diagnóstico e terapêutica assim como de metodologias avançadas de ensino e avaliação.

Grande ênfase tem sido dado às capacidades formativas dos serviços assim como às dos orientadores de formação e aos perfis dos candidatos.

Os planos curriculares são definidos pelos colégios das diferentes especialidades.

Na Madeira nunca tão grande investimento se deu à formação médica como nos últimos tempos quer através do estímulo e apoio formal a processos de doutoramento quer na formação dos candidatos nas várias especialidades apesar dos importantes constrangimentos financeiros.

Na Madeira desde há vários anos tem-se assistido à criação e organização de vários cursos de forma quase gratuita destinados aos médicos, particularmente aqueles em formação. Exemplo disso são as extensas actividades desenvolvidas no decurso da Semana Ibérica de Emergência Médica da Madeira.

O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira possui desde há 2 anos o Centro de Simulação Clínica, peça crucial no ensino e avaliação simulada avançados.

A par de alterações e melhorias de estrutura instituídas outras de processo foram implementadas.

Os resultados são evidentes e bem exemplificativo são as distintas apresentações em reuniões médicas nacionais e internacionais de trabalhos científicos assim os resultados das avaliações finais no internato médico

Os órgãos regionais e distritais da Ordem dos Médicos, conhecedores privilegiados das realidades locais, constituem elementos fundamentais no acompanhamento destes processos de melhoria com participação activa e colaborativa na transmissão aos diferentes organismos da Ordem, particularmente dos Colégios desse desenvolvimento ocorrido.

Benefícios Sociais

No Campo dos Benefícios Sociais a Ordem dos Médicos e as Secções Regionais têm desenvolvido parcerias importantes com empresas de diferentes áreas. Estas contudo são do desconhecimento de um grupo vastíssimo de médicos.

Propomos a divulgação das mesmas junto da classe médica indo de encontro às necessidades dos vários sub-grupos profissionais (estudantes, internos, diferentes especialidades e diferentes escalões etários).

Propomos ainda a criação de novas parcerias com empresas de âmbito regional indo mais de encontro às necessidades dos médicos da Madeira.

A Medicina Publica, a Medicina Privada e o Direito à Livre Escolha

A longo dos tempos a Medicina Pública e a Medicina Privada sempre coexistiram mais como serviços complementares do que concor-

rentes em prol de um direito fundamental dos doentes que é o da livre escolha.

Na Madeira o sistema da convenção permitiu de uma forma justa e equitativa cumprir estes preceitos. No entanto a evolução dos tempos com as diferentes reformas da saúde particularmente as impostas pela conjectura económica actual obrigam a processos de readaptação.

Propomos em nome da classe e no melhor interesse dos doentes participarmos activamente nos processos de renegociação dos sistemas de comparticipação da medicina convencionada, após auscultação da opinião colectiva dos médicos, particularmente daqueles que a praticam.

Súmula

A Ordem dos Médicos somos todos nós.

A Ordem dos Médicos abrange todos os médicos, é descentralizadora, tem cariz democrático e exerce a sua actividade com total independência.

A defesa dos legítimos interesses dos médicos passa em primeiro lugar pelo exercício de uma medicina humanizada que respeite o direito à saúde de todos os cidadãos.

Defenderemos junto da sociedade e das instituições o papel central, preponderante e fundamental do médico na Liderança da Saúde.

"A saúde do meu doente será a minha primeira preocupação" Hipócrates

Conceberemos proactivamente actividades em torno da ética médica e da procura da excelência no exercício da nossa profissão.

A investigação e a formação mé-

dica são para nós prioridades. Assumimos que a Ordem dos Médicos tem um papel importante e facilitador na formação contínua de todos os médicos mas particularmente daqueles em fases mais precoces do seu percurso.

Defendemos a complementaridade da Medicina Pública e Medicina Privada.

A comunicação é uma importante ferramenta de integração, instrução, de troca mútua e desenvolvimento. Propomos criar oportunidades de comunicação entre os médicos e entre estes e a sociedade. As novas tecnologias de informação são importantes ferramentas na persecução destes objectivos.

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Distrito Médico do Oeste - Lista C

Programa eleitoral

Recandidatamo-nos a novo mandato à frente do **Distrito Médico do Oeste** da Ordem dos Médicos, na firme convicção de que sabermos continuar a defender e proclamar uma Ordem mais presente e interventiva, e a merecer a confiança dos colegas.

Continuaremos a assumir um papel de proximidade e disponibilidade, actuante e consequente, credível e visível na defesa dos médicos e dos doentes, defendendo e promovendo a qualidade da Medicina, a Ética e a Deontologia.

Pugnaremos por um exercício profissional digno e responsável, exigindo as necessárias e indispensáveis condições, na defesa do direito ao acesso universal e socialmente justo de todos os cidadãos, sem qualquer tipo de discriminação.

Defenderemos a qualidade da formação médica pré e pós-graduada e o acompanhamento sistemático da forma e condições concretas em que esta se desenvolve.

Manteremos a defesa do Serviço Nacional de Saúde, que se pretende forte e alicerçado nas Carreiras

Médicas, em programas de Educação Médica contínua e em avaliações de desempenho segundo critérios exclusivamente definidos pela "Legis Artis", e feita inter pares.

Combateremos a degradação sistémica das condições de trabalho no SNS, que tem levado à "fuga" de profissionais competentes, quer para as instituições privadas quer para a aposentação prematura e para a emigração.

Faremos ouvir a nossa voz em qualquer local ou oportunidade, e em qualquer tema polémico ou

Mandatário: António José Alves Dias
Delegado da Candidatura: António Rafael Nicolau Gomes

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente: Manuel Ferreira Seixas
Vice Presidente: Isabel Maria de Azevedo Ramos
1º Secretário: Maria do Rosário Mata Monteiro
2º Secretário: Rui Miguel Alves Garcia

Conselho Distrital

Presidente: Pedro Dinis Madeira Coito
Vogais: Ana Cristina Martins Teotónio
António Manuel Pinto Curado
David Miguel Silvério Rodrigues
Helena Maria Amaral de Almeida

Membros Consultivos do Conselho Regional

Ana Maria Pipa de Matos da Costa Monteiro
Joana Martins Louro
Nuno Lima Santa Clara da Cunha

fracturante.

Não calaremos a nossa indignação perante a desvalorização, porque não dizer tentativa concertada de destruição das nossas estruturas hospitalares locais, desde o Barro ao Hospital das Caldas, passando por Torres Vedras, Peniche e Hospital Termal.

Estaremos na primeira linha da defesa destas nossas Instituições, que nada têm beneficiado com a atabalhoada fusão criada, causadora de acentuado agravamento das condições de trabalho, de desmotivação colectiva, de diminuição de produtividade, de constante corrupção de ambulâncias e automóveis,

e de gritante aumento de carências em materiais consumíveis e na manutenção de equipamentos, e sem qualquer benefício, diríamos mesmo, com evidente prejuízo assistencial.

Continuaremos a promover sessões de debate de temas com interesse transversal e com convidados de reconhecido mérito, bem como a sessão anual de boas vindas aos novos internos.

Apoiaremos a recandidatura do nosso Bastonário, factor de união e defensor exímio do prestígio da Ordem dos Médicos, que com a sua actuação inteligente, permanente e acutilante, recuperou a

influência e a dimensão política e social da nossa classe.

Sabemos que vivemos tempos de mudança, mas saberemos conciliá-los com a solidariedade, generosidade e sensibilidade social e humana tão características da actividade médica. Para nós as Pessoas estão primeiro. E os Doentes acima de todos.

Propomo-nos prosseguir e revitalizar a nossa actuação como dirigentes da Ordem dos Médicos, e apelamos à participação livre e empenhada de todos os colegas em qualquer dos aspectos que tenham que ver com a nossa profissão e actividade. Só assim seremos capazes de encurtar a distância que nos separa do que realmente nos interessa e serve os nossos doentes.

16 de Outubro de 2013

Pedro Coito
António Curado
Cristina Teotónio
Helena Almeida
David Rodrigues
Manuel Seixas
Isabel Ramos
Maria Rosário Monteiro
Rui Garcia
Nuno Santa Clara
Ana Maria Pipa
Joana Louro

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Distrito Médico de Portalegre

Não foi apresentada nenhuma lista.

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Distrito Médico do Ribatejo - Lista C

Unir os colegas em torno da Ordem

Muitos colegas encontram-se alheados dos assuntos relacionados com a profissão médica. A envolvente política, económica e social atual leva à desmotivação dos profissionais sujeitos a exigências crescentes, quase sempre ditadas por burocratas, muitas delas estereis em melhorar os cuidados de saúde prestados.

A exigência dos números e da produtividade entra em conflito com o conceito humanista da Medicina, em que o doente deve ser a nossa única preocupação. Esta situação poderá pôr em causa a qualidade da Medicina exercida. Faz parte dos nossos compromissos para com o doente, sermos o garante de que ele recebe os melhores cuidados de acordo com a *leges artis*.

Temos de nos manter atentos, unidos em torno daquilo que nos distingue como uma das mais nobres profissões: um código de valores assente no respeito pela vida, pelo doente, pelos colegas e pelos nossos mestres.

Com esta candidatura ao Conselho Distrital do Ribatejo da Ordem dos Médicos, pretendemos dar o nosso contributo mais amplo na defesa desses valores. Pretendemos unir os colegas entre si e que sintam o apoio da Ordem, que no fundo somos todos nós! Esperamos contar com a sua participação activa no acto eleitoral e nas iniciativas que iremos desenvolver, para que nós consigamos sentir que fizemos uma maior aproximação a todos os Colegas.

Mandatário: Ermelinda Júlia Rodrigues Gonçalves

Delegado da Candidatura: Francisco José Espinha Ribeiro de Carvalho

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente:	Margarida Isabel Dias Estrela
Vice Presidente:	Victor Manuel Pereira Bezerra
1º Secretário:	António Júlio Pinto Correia
2º Secretário:	José Francisco Correia Afonso Marouco

Conselho Distrital

Presidente:	Carlos Miguel Curates Garrudo Correia Rodrigues
Vogais:	Ana Isabel Gonçalves Alexandre Calado
	Ana Rita Carvalho Vicente
	António Alberto Leandro Ferreira Roxo
	Ruth Cláudia Fernandes de Figueiredo Lopes

Membros Consultivos do Conselho Regional

Aníbal Orlando Henriques Teixeira de Sousa
Carlos Eduardo Baptista da Piedade de Noronha
João Carlos Gouveia Monteiro Morais
José António da Costa Salgado

Candidatura aos Órgãos Distritais - Secção Regional do Sul Distrito Médico de Setúbal - Lista C

Manifesto aos médicos do Distrito Médico de Setúbal

1 - PREÂMBULO

Colegas,

Não mudou a percepção que tínhamos em 2010, quando nos afirmávamos cientes das tremendas dificuldades que então caracterizavam os enquadramentos científicos, económico, político, social e ético-deontológico em que a profissão médica era desempenhada, fosse no ambiente de mercado competitivo de cuidados, fosse no de serviço público de saúde.

Desde então agravaram-se as condições objectivas relativamente àquelas em que então nos propúnhamos cumprir um programa e desenvolver a nossa acção no âmbito do nosso colectivo Ordem dos Médicos.

Por isso, os signatários, médicos do Distrito Médico de Setúbal, vêm manifestar publicamente a sua disposição de se recandidatarem aos corpos dirigentes distritais da Ordem dos Médicos e assumirem, no caso de serem reeleitos, as responsabilidades decorrentes do papel decisivo, primordial, em que a Ordem está investida, como garante da prática médica conforme aos interesses dos doentes.

Assumem-se como paladinos do interesse dos doentes e seus agentes a quem é cometida a função de avaliar as necessidades de saúde, de recomendar pelo seu saber e de prestar com as suas mãos os cuidados de que carecem para readquirirem aquele bem de mérito inestimável.

Por partilharem do conceito de que a saúde não é só **um estado de ausência de doença** (OMS) pelo qual

como técnicos informados são particularmente responsáveis, não podem deixar de endossar aos poderes político e económico a responsabilidade de criarem as condições propícias não só ao combate das doenças, mas também ao bem-estar físico, psicológico e social ou seja a garantia dos “pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, salário, estabilidade do ecossistema, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”.

Fazem-no por concordarem ainda com a Carta de Otava (1986) quando proclama que “a saúde é um recurso maior para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma importante dimensão da qualidade de vida”.

Não prescindem, por isso, na sua reconhecida condição de actores decisivos das questões da saúde, de intervir, nos vastos termos em que a lei permite, em todas as situações nas quais a actividade médica careça de ser regulada ou perigosa a independência do seu desempenho. Inspirados nos princípios éticos e deontológicos que juraram cumprir, estarão particularmente atentos ao cumprimento dos postulados de inspiração hipocrática da Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial.

Mas não é aceitável que no plano dos princípios a conduta médica seja tão condicionada e exigente (e ainda bem) e na prática se submeta aos ditames dessa disciplina emergente dita Economia da Saúde, sem que as organizações representativas dos Médicos participem de modo decisivo na definição dos quadros em que a acção se realiza.

Não é aceitável, por exemplo, o menosprezo a que são votadas nos Hospitais as hierarquias médicas no que respeita à definição estratégica de objectivos institucionais bem como à execução orçamental.

Nem se aceita o ambiente de hostilidade de diversos matizes que a tutela/administrações tão frequentemente cultivam em relação ao sector clínico e que invariavelmente conduzem a uma hemorragia de recursos com resultados funestos a prazo para o SNS e, geralmente, frustrantes para o médico empurrado para o mercado livre da saúde.

A destruição estrutural das instituições ao invés da positiva mudança e comportamento organizacional adequados a dar resposta mais efectiva às crescentes e diferentes necessidades dos cidadãos, abala não só o SNS como também os outros dois pilares do Sistema de Saúde, a saber as Carreiras Médicas e o Internato Médico, momento imprescindível de transmissão do saber médico e formador de novos profissionais.

Presencia-se um processo de degradação visível tanto nas Organizações Hospitalares como nos Cuidados de Saúde Primários, apesar de nestes ter parecido esboçar-se alguma melhoria com as medidas reformadoras dos últimos anos, mas que, entretanto, se verificou terem ficado muito aquém das promessas feitas.

Ciclópicas serão, então, as tarefas que esperam quem se propuser intervir num meio como o da saúde que, para nossa desgraça, mais do que complexo é caótico.

Mas, num simples exercício racio-

Mandatário: José Manuel Domingues Poças

Delegado da Candidatura: Maria da Luz Carvalho dos Santos Pereira

Mesa da Assembleia Distrital

Presidente:	Manuel Gonçalves Valente Fernandes
Vice Presidente:	Lina Maria Guarda
1º Secretário:	Edison Pedro Alves Dias
2º Secretário:	Vítor Manuel Vieira Augusto

Conselho Distrital

Presidente:	António Manuel Ferreira Amaral Barros Canelas
Vogais:	Daniel Pires Paiva Travancinha Filipe José Lopes Vieira Gonçalves do Seixo Manuel Pedro dos Santos Rodrigues Pereira Alda Gisela de Freiras Monteiro

Membros Consultivos do Conselho Regional

Anita da Conceição Birrento Vilar
Edgar Ruivo Ferreira
José Afonso oliveira Janeiro Neves
Maria da Conceição Martinho Rendeiro
Maria de Lourdes Lobato de Faria e Silva
Paulo Alexandre Henriques Cardoso da Costa
Rogério da Conceição Palma Rodrigues
Rui Marques da Costa

nal de avaliação das próprias capacidades, forças e insuficiências, reconhecem-se múltiplas oportunidades de intervenção, embora de resultado incerto para a classe Médica em face das ameaças sistémicas ofensivas da natureza social do Estado, clamorosamente rejeitadas pela população portuguesa, em geral, por todos os grupos profissionais que trabalham no sector da saúde. Impõe-se cada vez com maior força a necessidade da unidade de toda a classe na defesa dos seus direitos e aspirações profissionais, de uma prática médica de qualidade e respeitadora dos direitos dos doentes e de um SNS de que se orgulham todos os que pensam ser a saúde um bem de mérito e agem de acordo com o compromisso assumido perante si próprios e perante a sociedade consubstanciado no Juramento Hipocrático.

2 – OBJECTIVOS PROGRAMÁTICOS

Tal como em 2010, também hoje se mantêm actuais muitos dos objectivos que então enunciámos e integravam o nosso Programa de Acção, uns porque o seu cumpri-

mento se revelou de todo inviável no curto prazo de um mandato, sendo o exemplo mais flagrante a não concretização da ideia de construir uma Casa do Médico no Distrito Médico, que ainda não perspectivamos para os próximos anos. Outros objectivos persistem e sempre se renovam porque correspondem a necessidades relacionadas com a vida profissional médica e o seu exercício.

1 – Manter e aprofundar uma certa autonomia relativamente aos órgãos regionais e nacionais, através da adequada e necessária descentralização de algumas decisões que envolvam problemas de índole eminentemente distrital.

2 – Trabalhar pela definição legal de Acto Médico, instrumento que permitirá tornar claro não só qual é o papel dos médicos, mas também quais são as suas responsabilidades em relação aos doentes com benefícios para todos.

3 – Promover todas as condições para que a Ordem dos Médicos intervenha de forma mais efectiva nas esferas da sua competência.

4 – Defender o Serviço Nacional de Saúde – SNS – porque o mesmo

continua a ser uma medida politicamente moderna, socialmente avançada, cientificamente correcta e com provas dadas na efectividade e eficiência dos cuidados prestados, e em particular, dos ganhos em saúde alcançados, porque o mesmo tem sido o garante da qualidade da medicina e da boa prática médica, da equidade em saúde e tem possibilitado aos médicos atingirem níveis de excelência, permitindo também a sua realização profissional e humana.

5 - Realizar periodicamente Cursos de Formação Pós – Graduada, bem como Debates sobre todos os temas que sirvam o objectivo de informar, de suscitar a discussão e de aproximar os médicos entre si, e destes aos Cidadãos e à Sociedade.

4 – Estabelecer contactos regulares com as instituições prestadoras de cuidados de saúde de todo o Distrito Médico.

7- Manter o aperfeiçoamento e actualização do Livro Branco da Saúde do Distrito Médico.

Hoje, mais do que nunca, é patente o desrespeito pelos direitos constitucionais dos cidadãos e, em particular, dos doentes.

Esta nova circunstância mais justifica a necessidade de intervenção de uma Ordem dos Médicos que, ao celebrar 75 anos, vê reforçada a razão da sua existência.

Esta, também, a razão da nossa recandidatura.

Cientes das responsabilidades e também das dificuldades com que nos iremos deparar, tudo faremos, porque motivados, para honrar o compromisso que agora assumimos. E, se for da vossa vontade sermos eleitos, queremos ainda afirmar que contamos convosco, com a vossa participação activa ao longo deste triénio durante o qual todos os médicos, do serviço público ou privado, se confrontarão com novos e decisivos desafios que se perfilam cada vez de forma mais clara. Setúbal, 17 de Outubro de 2013

Quer ser revisor AMP?

A **Acta Médica Portuguesa (AMP)** é a revista científica da Ordem dos Médicos. Tem como objectivo principal a divulgação dos trabalhos de investigação científica, através da publicação de artigos originais, de revisão, editoriais, imagens médicas e perspectivas. Todos os artigos são submetidos a peer review por dois revisores externos.

Procuramos neste momento alargar a nossa base de dados de revisores, estando disponíveis para receber candidaturas.

As candidaturas deverão ser dirigidas a secretariado@actamedicaportuguesa.com e referir:

- Nome
- Número de Cédula Profissional
- Especialidade e três Áreas de Diferenciação
- Cargo e Local de Trabalho

