

Revista **Ordem** **Médicos**

ano 29 n.º 138 Março | 2013 Mensal | 2€

Concursos fechados

pág. 30

Actualidade

A Medicina Geral
e Familiar depois da crise
pág. 74



Entrevista:
António Sampaio da Nóvoa
A formação universitária é infinitamente
mais do que uma acumulação de créditos
pág. 40

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 29
N.º 138
Março 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:
Litografia Coimbra
Zona Industrial da Pedrulha
Apartado 8041
3021-997 Coimbra
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
n.º 1, alínea a do artigo 12 do Decreto
Regulamentar n.º 8/99



05 Código Deontológico

editorial

- 06 Alys bem identificados:
médicos e professores.
A necessidade de uma
resposta.

informação

- 11 Resposta da OM à proposta
de lei sobre Enfermeiro de
Família

- 14 Em defesa dos direitos dos
Doentes

- 16 Enfermeiros não têm
competências para substituir
Médicos de Família

- 17 Em defesa da qualidade
assistencial

- 18 A vida, a saúde e os cidadãos
exigem mais e melhores
Cuidados de Saúde Primários!

- 23 Competência em Patologia
Experimental

- 24 Reflexão de um conjunto
de médicos do CHBA

- 26 Troca indevida de antibiótico
genérico por marca original

- 27 Comunicado do Conselho
Distrital do Oeste

- 29 Concurso especial IM 2013-B

- 30 Concursos fechados

- 32 Estatuto do Medicamento
- Declaração de Apoios

- 36 Armazenamento de células
estaminais

- 39 Acupuntura médica
- participação em congressos
médicos

entrevista

- 40 A formação universitária é
infinitamente mais do que
uma acumulação de créditos

actualidade

- 48 As diversas realidades
do ACES Arco Ribeirinho

- 52 Estudo indica que as bebidas
açucaradas podem ser mortais

- 54 Pedro Hispano: filósofo,
médico de Papas e Papa

- 58 Testemunhos da vida e obra
artística de um médico

- 59 Casos clínicos em Urologia

- 62 Juramento de Hipócrates 2012

- 74 A Medicina Geral e Familiar
depois da crise

opinião

- 79 A Guiné-Bissau em vez
do Algarve

- 81 *Ranking, Rating e Benchmarking*

- 86 SNS – Claro que há dinheiro!
Querem alternativas?

- 89 Provedor da Medicina

- 90 A saga de Lance Armstrong:
Metáfora de um tempo ou o
triunfo dos zelotas

- 92 Sistemas de Informação na
Unidade de Saúde Pública
do Agrupamento de Centros
de Saúde do Pinhal Litoral II

- 100 As implicações da crise
económico-social no âmbito
das doenças transmissíveis

histórias da...

- 110 Hospital Sobral Cid

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.

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: Maria Helena Alves
 MEDICINA DESPORTIVA: Paulo Beckert Rodrigues
 MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO: Cecília Vaz Pimto
 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: (a designar)
 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: (a designar)

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



*Alvos bem identificados:
médicos e professores.
A necessidade de uma
resposta.*

Segundo o JN online, o secretário-geral da UGT exigiu, este sábado (13/04/2013), ao Governo, a "clarificação" das medidas propostas à "troika", acusando-o de só considerar o "clima de contenção de custos" e procurar apenas reduzir direitos sem tornar mais eficiente ou transparente a administração pública...

João Proença reagia desta forma à carta enviada pelo primeiro-ministro Pedro Passos Coelho à "troika" na qual afirmava que a criação de uma tabela salarial única e a convergência da lei laboral e dos sistemas de pensões público e privado são opções para compensar a inconstitucionalidade de normas orçamentais decidida pelo Tribunal Constitucional a 05 de Abril. Para João Proença a proposta de criação de uma única tabela salarial, para público e privado, tem

um objetivo de "tentar acabar com as carreiras de regime especial", com dois alvos bem identificados: médicos e professores.

Já todos tínhamos percebido. Os médicos têm sido um alvo preferencial deste Governo. Depois da extraordinária mobilização geral do ano transacto, assistimos a alguma acalmia das revoltas águas da Saúde, que se encontravam extremamente agitadas pela política pouco coerente e persecutória deste Governo.

Alguns progressos se verificaram, é certo e há que reconhecê-lo, mas com lentidão e vários choques pelo caminho.

Ainda não temos acto médico. Há problemas na prescrição electrónica e por DCI que não foram resolvidos. Os institucionais e iníquos concursos fechados vieram levantar novos e inesperados problemas de injustiça e desigualdade, tardando o Ministério em assumir e corrigir os seus erros. O regime das 40 horas está a ser

bloqueado. As contratações de empresas continuam a proliferar. O trabalho médico é cada vez mais desqualificado. Os cortes cegos continuam.

A perseguição aos médicos acentua-se. Os ataques têm múltiplas origens, vestem diferentes roupagens e visam a desqualificação do exercício da medicina.

Quase todas as notícias tendem a estigmatizar os médicos por alguma razão. Por isso temos procurado sensibilizar os jornalistas para um maior equilíbrio nos títulos que apresentam. Muitos são os exemplos. Um deles é a notícia do Correio da Manhã, de 23/3/2013, em que uma médica e duas enfermeiras do IPO de Lisboa foram condenadas, em primeira instância, mas o título da notícia é “médica do IPO condenada”.

Outro título: “Cerca de 80 “erros médicos” ocorridos em hospitais e centros de saúde” foram registados nos primeiros três meses de funcionamento do sistema informático de notificação de eventos adversos em instituições de saúde, da Direção Geral da Saúde. Afinal, no corpo da notícia verifica-se que as notificações mais recorrentes dizem respeito a “comportamento”, “quedas” e “infecções associadas aos cuidados de saúde”. Mas para os jornalistas tudo são “erros médicos”!!!

Completamente vergonhosa é a notícia do SOL “Os truques dos Médicos para burlar o Estado”, de 5/04/2013. É uma generalização insultuosa do comportamento indigno de alguns, que são muito poucos. Será que a Ordem deve começar a lembrar aos Médicos que passem a recusar ler os órgãos da comunicação

social que construam títulos pouco rigorosos com objetivos difamantes de toda uma Classe? Aos médicos que burlam reiterada e dolosamente o Estado, com esquemas fraudulentos de prescrição ou outros (ex: “baixas por doença”), queremos deixar um solene aviso: se e quando a sentença transitar em julgado a nossa determinação será expulsá-los definitivamente da Ordem dos Médicos, para sempre!

As notícias referentes e resultantes da base de dados do Infarmed, com as declarações de “conflitos de interesse”, não são inesperadas e ilustram os problemas decorrentes do seu pouco rigoroso acesso público. A OM apoia todas as medidas de combate à fraude, mas não pode assistir impassível a esta devassa da vida privada e à reprovação pública de actos perfeitamente legais e essenciais à investigação médica e formação pós-graduada. Por isso contestámos a legalidade desta base de dados, e já confirmámos que o Infarmed não cumpriu a Lei quanto à consulta prévia da CNPD, e solicitámos a sua inconstitucionalidade junto da Provedoria de Justiça. Aguardamos os resultados. Logicamente, entretanto os médicos têm de cumprir a Lei e declarar todos os apoios ou subsídios recebidos da indústria farmacêutica e que possam tem um valor superior a 25 euros. Esperemos que Vitor Gaspar não se lembre de os vir taxar...

A forma como a auditoria opinativa da ERS sobre o exercício privado de medicina em hospitais públicos foi elaborada e divulgada é mais um dos vértices desta campanha. É estranho que a ERS fale em ausência de regulamentação,



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

O SNS é barato

Por motivos políticos, alguns continuam a insistir que o SNS é um luxo caro, o que não é verdade.

Segundo os dados mais recentes da OCDE, Portugal é apenas o 25º país da OCDE em percentagem de contribuição pública para a despesa em Saúde e somente o 23º em despesa anual per capita (cerca de 2700 dólares), muito abaixo da média da OCDE (cerca de 3200 dólares).

No orçamento de Estado para 2013 prevê-se uma despesa pública no SNS de apenas 5,1% do PIB.

O SNS é barato, sustentável e a forma de prestação de cuidados de saúde

O que pode ser melhorado no SNS é a eficiência da gestão e o excesso de gestores

com a melhor relação custo/qualidade/universalidade.

O que pode ser melhorado no SNS é a eficiência da gestão e o excesso de gestores, as nomeações políticas, o deficiente aproveitamento da capacidade instalada, o insuficiente combate ao desperdício, a má e pouco transparente política de compras e as dificuldades em completar a reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

É essencialmente nestas questões que a energia resolutive do Ministério da Saúde se deve concentrar.

In “Correio da Manhã” - 31 de Janeiro de 2013

como se ela não existisse em cada hospital, em “direitos dos doentes” que seriam postos em causa, e em riscos “incorrigíveis”, pelo que deveria pôr-se termo a essa experiência, conclusão logo subscrita pelo Ministro da Saúde. A própria auditoria também foi publicamente contestada quando ao seu rigor e exactidão, nomeadamente pelo Centro Hospitalar do Porto.

Discordamos frontalmente das conclusões da ERS. Não se coloca fim a uma experiência interessante sem uma análise custo-benefício da mesma! Se há riscos, corrigem-se! Se não há um Regulamento nacional, elabore-se um! O aproveitamento dos recursos do SNS deve ser maximizado de várias formas, esta é uma delas! Não faz sentido retirar mais uma alternativa de escolha aos utentes! O fim do exercício da medicina privada em hospitais públicos não alargaria o funcionamento desses mesmos hospitais em horário público, pois o Governo quer desinvestir do SNS e não o contrário. Acabar com o exercício da medicina privada em hospitais públicos reduz o aproveitamento das instalações públicas de Saúde, prejudica os doentes e penaliza os profissionais de saúde. A eterna pergunta desagradável: e quem ganha?!... Os grandes grupos económicos da Saúde, obviamente, que fazem tudo o que podem para emagrecerem a concorrência. Esperamos que não tenham sido estes interesses a condicionar a abusiva recomendação da ERS.

O estudo apresentado pela *Porto Business School*, com cinco conjunto de soluções teóricas para o SNS, também teve aspectos menos felizes e gerou títulos martirizantes para o SNS,

como o de que “Serviços sem qualidade na saúde devem ser encerrados”. Foi mais um estudo académico, demasiado desligado da realidade.

Se os critérios propostos para o encerramento de serviços fossem levados à letra, quase todo o país seria encerrado! O relatório esqueceu as Leis de *Murphy* que, em Portugal, acontecem sempre... Quando uma medida proposta depende de muitos “ses” para poder ter êxito, já sabemos por antecipação que irá correr muito mal se for aplicada! O estudo da *Porto Business School* até começa por traçar uma radiografia interessante, pormenorizada e muito favorável do SNS, mas depois avança com uma série de propostas que o descaracterizariam quase por completo. Nomeadamente, entre outras, ao propor orçamentos clínicos, financiamento por capitação ajustada pelo risco, que colocariam sobre o médico uma insuportável pressão para “não tratar” os doentes. Considerando que os médicos são responsáveis por 80% das despesas com a saúde dos doentes, é fácil imaginar um imaginário Ministro da Saúde a reduzir anualmente os orçamentos clínicos em “mais 10% de corte”... Sempre com a desculpa da Troika...

Todavia, algumas das notícias mais lamentáveis da comunicação social são claramente manipuladas pelo Ministério da Saúde, que sorrateiramente libertou excertos de uma auditoria da IGAS sem divulgar simultaneamente todo o relatório. Recordamos uma crónica do jornalista André Macedo, intitulada “Olha, vi a mão invisível!”

Estas notícias não indiciavam nem indiciam nada de bom. Progressivamente iremos perce-



Cuidado com a Saúde!

Em Saúde, apostar em cuidados de excelência sairá sempre mais barato, afirmou Donald Berwick, na Fundação Gulbenkian.

O recente escândalo inglês, que forçou o Primeiro-Ministro David Cameron a pedir desculpas públicas, veio reforçar isso mesmo. Em Inglaterra, os cortes impostos no SNS levaram gestores e profissionais de saúde hospitalares a concentrarem-se mais na despesa do que na assistência aos doentes. Resultado: no Hospital de Stafford, a mortalidade aumentou dramaticamente.

São cada vez mais as pessoas da ex-classe média com dificuldades em pagar as taxas

mente, e inquiridos a cinco outros hospitais com excesso de mortalidade foram abertos.

Em Portugal, as barreiras de acesso aos cuidados de saúde por motivos financeiros aumentam, e são cada vez mais as pessoas da ex-classe média com dificuldades em pagar as taxas moderadoras. Os Médicos continuam a informar que os doentes faltam cada vez mais às consultas. Estranhamente, a ACSS não publica as estatísticas de monitorização mensal do SNS desde outubro. Em nome dos doentes, apelo ao Primeiro-Ministro para que não imponha mais cortes na Saúde.

bendo em que extensão, que já vamos percebendo, porque não somos destituídos de inteligência...

Alegadamente haverá médicos a receber pagamentos de forma ilegal, por cirurgias adicionais efectuadas dentro do horário normal de trabalho dos hospitais. E dizemos alegadamente porque já recebemos na Ordem, enviada por uma Colega visada nesse relatório, a contestação fundamentada às conclusões da IGAS, cujas explicações solicitámos.

O Ministério da Saúde aproveitou o relatório para alguns títulos bombásticos na comunicação social, como é seu timbre, sem ter a gentileza de enviar esse mesmo relatório previamente à Ordem dos Médicos. É um comportamento tacticista, mas muito pouco digno! Registamos. Segundo o Ministério, os médicos estarão sob ameaça de procedimentos disciplinares e de devolução dessas mesmas verbas, apesar de terem tratados os doentes.

O Ministério omite que, a terem sido cometidas ilegalidades, elas envolveram muita gente, porque os médicos não operam sozinhos, e terão tido, obrigatoriamente, o conhecimento e aprovação, quiçá até o estímulo, dos Conselhos de Administração nomeados pelo Senhor Ministro.

O Ministério da Saúde omite que os hospitais também ganham com estas práticas, agora ditas ilegais.

O Ministério omite se vai obrigar os hospitais a devolverem as verbas que receberam com essas mesmas práticas.

A comprovarem-se que foram efectivamente ilegais, o Ministério omite o que fará com os verdadeiros responsáveis

dessas alegadas ilegalidades, os Conselhos de Administração! Na verdade, se as práticas assinaladas foram autorizadas pela Administração, podem os profissionais de saúde ser pessoalmente penalizados? Parece-nos que não!

São demasiadas omissões voluntárias... Registamos.

Nem os Cuidados de Saúde Primários escaparam e alguns Colegas foram apontados como tendo recebido pagamentos em excesso, ou mesmo irregulares. Não obstante terem trabalhado efectivamente, muitas vezes em zonas ainda fortemente carenciadas.

A Ordem dos Médicos não tem quaisquer dúvidas em que todas as ilegalidades dolosamente praticadas devem ser investigadas e adequadamente penalizadas. Os abusos não são toleráveis. Mas não nos parece que seja esse o caso na maioria das situações referenciadas. Aguardaremos.

O corolário de todas estas notícias já se começa a fazer sentir.

O Ministério da Saúde pretende impor mais cortes, de 20 por cento, nas horas extra dos médicos para este ano, não obstante todas as reduções já implementadas. As novas regras foram publicadas em Diário da República. Mais uma vez, o Governo justifica que a redução decorre do compromisso com a troika.

A estratégia privilegiada pelo Governo continua a limitar-se, no essencial, aos cortes amblíopes a que já nos habituou, não obstante já quase todos terem percebido que este tipo de política, como vimos afirmando e escrevendo desde 2011, conduzirá o país e os portugueses à miséria extrema e ao comprometimento



JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Perguntas

Porque é que o Hospital de Braga, uma PPP, pode suspender medicamentos a doentes oncológicos, comprometendo o seu potencial de eventual cura, sem que nada aconteça?

Porque é que há doenças em que o acesso dos doentes aos medicamentos mais eficazes é dificultado e o Ministério da Saúde diz, candidamente, que não sabe de nada?

Porque é que a reforma dos Cuidados de Saúde Primários está suspensa, quando os responsáveis políticos afirmam o seu alegado empenho na mesma?

Porque é que conti-

Porque é que o Hospital de Braga pode suspender medicamentos, sem que nada aconteça?

nuam a ser contratados médicos em que o critério essencial de contratação é o preço mais baixo, empurrando especialistas necessários ao País para a emigração?

Porque é que o Ministério da Saúde abre concursos para médicos mas limitando-os a alguns anos de formação, excluindo outros médicos com a mesma especialidade de poderem concorrer?

Porque é que as farmácias estão a substituir prescrições médicas por medicamentos mais caros e nada acontece?

Por onde anda o Ministério da Saúde e a Regulação da Saúde?! Estarão perdidos?

In "Correio da Manhã" - 28 de Fevereiro de 2013

das décadas e gerações futuras. O mais dramático é que há alternativas, que já temos elencado.

Toda esta longa explanação confirma o que os médicos vêm sentindo e verbalizando, o trabalho médico continua a ser intencionalmente desqualificado. A primeira resposta dos médicos deve ser a de comunicar à Ordem todas as disfuncionalidades, dificuldades e constrangimentos

ao exercício da medicina de acordo com as *leges artis* e os legítimos direitos dos doentes. Para que a Ordem possa actuar em conformidade.

Porém, num futuro não muito distante, talvez volte a ser necessário repetir a mobilização geral do passado recente.

Se for mesmo essencial, sabemos bem o que fazer e não hesitaremos.

Um apelo ao respeito pelos mais velhos

Via facebook, recebi este apelo de um Colega:

Quando vamos a uma urgência ou a uma consulta perguntam-nos tudo menos a profissão.

Nos hospitais onde fiz toda a minha vida profissional em vez de Dr. ... sou agora o Sr. Fernando.

Eu sei que somos todos iguais mas confesso que me soa mal. Parece uma antecâmara para a morte.

Também lhe vai acontecer a si e certamente não vai apreciar quando o tratarem por Sr. José.

Por favor, Sr. Bastonário, faça algo.

Caros Colegas, revejo-me integralmente neste apelo!

Temos a obrigação de tratar os nossos Colegas mais velhos e todos os nossos doentes pelo título profissional que detêm e, por conseguinte, merecem.

Para além do mais, em Portugal, as regras da boa educação mandam que se tratem os cavalheiros pelo seu nome de Família, i. é, Sr. Santos, Sousa, Nunes (e não pelo nome próprio), e as senhoras por Sr^a D^a "qualquer coisa", sendo este "qualquer coisa" o seu nome próprio (Sr^a D^a Maria Luísa, Manuela, etc.), a que se acrescentará, quando exista, o título profissional. Respeitarmos os outros é respeitarmo-nos a nós próprios.

Devemos dar este exemplo de educação, respeito e humanismo e exigir que os outros profissionais da Saúde também o façam.



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Do lápis e do post-it

A Ordem dos Médicos defende as declarações de conflitos de interesse e a máxima transparência em todo o setor público.

Curiosamente, das profissões públicas só os médicos têm sido obrigados a regras e exigências que não são impostas a nenhuma outra! Apoiamos e ficamos honrados com a distinção. Mas não entendemos porque receia o Governo generalizar as regras da transparência e de declaração de conflitos de interesses a todas as profissões e a todos os cargos públicos e

Se o ridículo matasse, já havia muitos mortos para os lados do Ministério da Saúde...

políticos. Porque será?...

Mas cuidado com os exageros, haja bom senso!

Numa nota pública, o Infarmed afirma que os médicos também devem declarar "as canetas, lápis, cadernos, blocos de post-it, etc." que recebem dos Delegados, materiais que o mesmo Infarmed nunca terá forma de confirmar se os médicos receberam, ou não, a não ser que coloque um "fiscal do lápis e do post-it" atrás de cada médico!

Será que é este tipo de medidas que salva o SNS?!

Se o ridículo matasse, já havia muitos mortos para os lados do Ministério da Saúde...

Resposta da OM à proposta de lei sobre Enfermeiro de Família

A Ordem dos Médicos, como tem afirmado, apoia a criação da figura e especialidade de Enfermeiro de Família, logicamente dentro das competências inerentes à formação e especificidade de um Enfermeiro.

É neste enquadramento que, relativamente ao documento “Preparação de Legislação sobre a Metodologia de Trabalho por Enfermeiro de Família” é do seguinte teor o parecer da Ordem dos Médicos.

Os vários regulamentos elaborados pela Ordem dos Enfermeiros, alguns dos quais publicados em Diário da República, apenas implicam internamente os próprios Enfermeiros, não tendo absolutamente nenhum valor legal para estabelecer quaisquer regras que definam juridicamente ou condicionem vinculativamente o SNS e a sua organização ou as outras profissões da Saúde.

Por isso mesmo, as competências referenciadas no RCEESF, Regulamento nº 126/2011, de 18 de Fevereiro, relativamente ao qual a Ordem dos Médicos não foi ouvida, não podem nem devem condicionar a elaboração da legislação e a amplitude de aptidões do Enfermeiro de Família.

Em última instância, se a Ordem dos Enfermeiros elaborasse, como elaborou, Regulamentos que incluíssem actos médicos inequívocos, é mais do que evidente que, só porque os próprios decidiram em causa própria, os respectivos Regulamentos não passam a constituir ou a assumir obrigatoriamente força de Lei. Valem o que valem e apenas limitada e internamente, na própria Classe.

Manifestamente, o nobre objectivo do programa de Saúde do Governo, que tem como fulcro estratégico continuar a melhorar a Qualidade e acesso dos cidadãos a estruturas de proximidade ao nível da rede de Cuidados Primários, só é possível de atingir respeitando, nunca confundindo, as competências próprias e naturais de cada Classe Profissional da Saúde.

Saliente-se que a Família já é o alvo nuclear da Equipa de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários, liderada pelo Médico de Família.

Efectivamente, a Prática Clínica (avaliação, decisão e seguimento dos pacientes/utentes/famílias) é competência exclusiva de quem tem formação especializada pré e pós-graduada na área clínica e familiar, ou seja, dos Médicos e, especificamente em Cuidados de Saúde Primários, do Especialista de Medicina Geral e Familiar.

Para que melhor se compreenda como esta é a realidade há muitos anos, anexa-se o programa da disciplina de Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina de Coimbra (doc. 1) e o programa da especialidade de Medicina Geral e Familiar, publicado na Portaria n.º 300/2009, de 24 de Março, com efectivo valor legal (doc. 2).

Repare-se como, ainda no âmbito do período pré-graduado, a Família já tem uma importância inequívoca na formação dos futuros médicos (doc. 1):

3. A Família como Sistema
Definição de Sistemas, Abordagem Sistémica do Sistema –

Família, Subsistemas. Tipos de Família.

4. Famílias - Problema

Crítérios de Janet Christie-Seely. Disfunção Familiar. Casos – Problema. Risco Familiar / Famílias Vulneráveis. Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados.

5. Métodos de Avaliação Familiar Principais Indicações e Limitações. Aplicações Práticas: Genograma, Círculo de Thrower, Psicofigura de Mitchell, Ciclo de Vida de Duval, Escala de Holmes e Rahe, Linha de Vida de Medalie, Escala de Graffard, Apgar Familiar, Ecomapa, Modelo de Olson.

A Família como alvo primordial dos Cuidados de Saúde Primários há muitos anos que está assumida como uma competência e obrigação Médica, na qual o Enfermeiro de Família colabora complementarmente de forma activa. Esta perspectiva é integralmente compatível com a Declaração de Munique (2000).

Sublinhe-se, como se torna evidente, que a importância da Família nos Cuidados de Saúde Primários não foi descoberta agora, de repente, com a criação do Enfermeiro de Família.

Há muitos anos que os Médicos, particularmente através da especialidade de Medicina Geral e Familiar, compreendem a estrutura, estudam os processos de desenvolvimento e avaliam o estilo de funcionamento das Famílias, diagnosticando e lidando preventiva e terapêuticamente com eventuais disfuncionalidades familiares.

Quanto ao articulado proposto, não pode a Ordem dos Médicos deixar de referir a desnecessária complexidade e vasta indefinição de alguns dos conceitos apresentados, passíveis de gerar alguma confusão aquando da sua

aplicação no terreno, quer quanto ao exercício de competências, quer quanto à complementaridade de actuação. Por vezes até parece que não existem outros profissionais de Saúde; ora, a verdade é que existem mesmo outros profissionais de Saúde.

Mais uma vez, o artigo 3º confere aos Enfermeiros de Família uma vastidão de competências que irá inevitavelmente conflitar com as outras profissões da Saúde e até com Administradores, ao afirmar que “O enfermeiro de família é o gestor e organizador de recursos...”, ou seja, é proposto que seja ele que comanda e lidera a gestão e organização de recursos. Será mesmo assim?!

Indo mais longe, escreve-se “sendo para cada família a referência e o suporte qualificado...”. E também é sua função “Cuidar da família como unidade de cuidados”.

Por este artigo 3º, a Ordem dos Enfermeiros quer assumir a família como uma “coisa sua”, como se outros profissionais da Saúde não existissem e há muito tempo não tivessem essas competências e responsabilidades.

Por conseguinte, esta redacção é inaceitável e será inevitavelmente potenciadora de vários conflitos no terreno, pelo que deve ser reformulada e muito melhor balizada.

O artigo 4º continua o 3º e padece dos mesmos males e das mesmas necessidades, pelo que deve ser reescrito. Porém, agravando a situação, acrescenta mais um pouco, introduzindo a expressão “de forma autónoma”, cujo alcance não tem horizonte visível. A Ordem dos Médicos recorda que a coordenação do trabalho em equipa de saúde é sempre atribuição dos Médicos, conforme a alínea 3 do artº 9º dos Decretos-Lei nºs 176 e 177, de 4 de Agosto

de 2009, que a seguir se transcreve. Atente-se igualmente à alínea 1, onde estão claramente incluídas as famílias.

Artigo 9.º

Perfil profissional

1 — Considera-se médico o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças ou outros problemas de saúde, e apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos, conjuntos de indivíduos ou grupos populacionais, doentes ou saudáveis, tendo em vista a protecção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde.

2 — A integração na carreira médica determina o exercício das correspondentes funções.

3 — O médico exerce a sua actividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica, através do exercício correcto das funções assumidas, coopera com outros profissionais cuja acção seja complementar à sua e coordena as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas.

Cumpra-se o que está legislado e não se criem complexas contradições legais, que teriam resultados perturbadores.

Todos os gestores e administradores sabem que não é possível gerir nenhuma organização que tenha uma bicefalia autónoma. Para não ir mais longe no raciocínio, por supérfluo, quem se responsabiliza e quem decide quando não haja entendimento de diagnóstico e decisão entre as várias “autonomias”?

Por conseguinte, a Ordem dos Médicos está em completo desacordo em que sejam atribuídas Competências Clínicas aos enfer-

meiros que lhes permitam assumir autonomamente, ou mesmo em complementaridade com os médicos, responsabilidades de avaliação, tratamento, reabilitação e acompanhamento dos utentes/famílias.

Por estas mesmas razões, a Ordem dos Médicos não pode concordar, porque iria gerar um fatal conflito de competências e legislações, com a alínea i do artº 4º, que transformava o Enfermeiro de Família no “interlocutor entre a família, os demais profissionais de saúde dos CSP e os recursos da comunidade”.

Quem lida com as Famílias é a Equipa de Saúde. Quem coordena a Equipa de Saúde é o Médico. Quaisquer veleidades de subverter esta organização, que tão bons resultados tem prestado ao país, irão lançar os CSP num caos de gestão e autonomias, com inerentes, óbvios e incalculáveis desaguisados e sérios prejuízos para utentes, famílias e SNS. Não se compreende a estratégia de alterar substantivamente o que funciona bem, a não ser para satisfazer ambições corporativas, absolutamente desmedidas, de uma classe profissional.

Os métodos de avaliação familiar devem ser definidos pela Equipa de Saúde, quando muito por Normas de Orientação Clínica, não se entendendo, nem aceitando, que fiquem rigidamente plasmados em Lei, e muito menos que seja atribuída essa responsabilidade à Ordem dos Enfermeiros. Então, e para que servem os Médicos?!...

O artigo 7º é interessante. Fala, e bem, em equipas de Saúde e responsabilidades partilhadas. Mas omite qualquer referência à coordenação das equipas de Saúde

e volta a evidenciar, na alínea 4, que o Enfermeiro de Família intervém “autonomamente”.

Como pode uma legislação falar em Equipas de Saúde sem definir quem as coordena? Como poderia uma equipa ministerial funcionar sem um Primeiro-Ministro?! Como funcionaria um Ministério com uma equipa de Secretários de Estado, todos com autonomia, se não existisse a coordenação responsável de um Ministro?!

O artº 8º está redigido de forma tão indefinida que permite várias interpretações. Consequentemente deve ser reformulado de modo claro.

Difusas e autonomizadas como estão as funções do Enfermeiro de Família, a alínea 3 do artº 10º percorre todos os passos de um verdadeiro acto médico, da avaliação diagnóstica à continuidade dos cuidados, passando pela prescrição (planeamento). Intolerável. Conflituante. No artº 13º institucionaliza-se mesmo a “decisão clínica”, já nem sequer se fica por “decisão de enfermagem”...

É interessante verificar como a legislação proposta ultrapassa extensivamente as definições que constam do artº 2º, elas próprias já muito difusas, mas em que se fala somente de “cuidados de enfermagem” e “diagnósticos de enfermagem”.

Pelo exposto, de forma sumária, fica bem patente a nossa frontal discordância e o aviso de que o articulado legal que foi presente à Ordem dos Médicos, para apreciação, irá desarticular os Cuidados de Saúde Primários, pelo que deve ser profundamente repensado.

Não se entende, não está fundamentado e não se aceita

o esbater das fronteiras entre as competências médicas e de enfermagem.

Aliás, os Enfermeiros têm demonstrado como são ciosos das suas próprias competências e reagem violentamente sempre que consideram que as mesmas são postas em causa. Recordase a convocação de uma greve de Enfermeiros quando o ex-Ministro Luís Filipe Pereira propôs um pequeno aumento das competências dos então Auxiliares de Acção Médica, os processos judiciais movidos contra Farmacêuticos devido à administração de vacinas em farmácias, a ameaça de processos disciplinares aos Enfermeiros que ministrassem formação a técnicos e a Providência Cautelar contra a intenção de melhorar as competências das centenas de Técnicos de Ambulância de Emergência do INEM, que resultaria em benefício das vítimas em situações *life saving*, de acordo com protocolos aprovados pela Ordem dos Médicos e sob supervisão médica.

Se a presente legislação avançar como está, em defesa dos Utentes, Doentes e Famílias, da hierarquia de competências técnicas, científicas e clínicas e da Qualidade dos CSP, a Ordem dos Médicos reagirá adequadamente. A Ordem dos Enfermeiros já mostrou o caminho.

Porque concorda com o conceito do Enfermeiro de Família, a Ordem dos Médicos e o seu Colégio de Medicina Geral e Familiar estão totalmente disponíveis para um diálogo laborioso e construtivo sobre o âmbito da presente proposta legislativa.

Em defesa dos direitos dos Doentes

Carta da OM enviada à ADSE sobre comparticipação por essa entidade nos cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica e reabilitação.

Em resposta à carta de V. Exa., na sequência de uma solicitação do Exmo Sr Director Geral da ADSE, a Ordem dos Médicos afirma e reafirma com clareza que a existência de diferentes profissões na área da Saúde, que surgiram naturalmente e foram criadas para responder a necessidades e conteúdos próprios, deve-se à sua imprescindibilidade para o exercício de competências específicas que decorrem dos diferentes níveis de cuidados de que os doentes carecem e da formação pré-graduada de cada uma delas.

Por isso existem médicos e existem enfermeiros, com diferente formação e missão.

A questão do *Taskshifting*, discutida aliás a nível internacional, é extraordinariamente complexa, nomeadamente pelas implicações que tem em termos de responsabilidade civil e penal.

Em defesa do direito dos Doentes a uma medicina qualificada, a Ordem dos Médicos rejeita liminarmente que competências médicas sejam exercidas por outras classes profissionais mais impreparadas. O risco que daí advém para os Doentes e a desestruturação das Equipas de Saúde e do modelo e tipologia de organização e prestação dos Cuidados de Saúde vigente no nosso país não justificam quaisquer voluntarismos e facilitismos para

o exercício autónomo de competências médicas por parte de profissionais de saúde não médicos. Recordamos que há actos delegados que são já naturalmente desempenhados por outros profissionais de saúde, mas dentro da Equipa de Saúde e sob coordenação e responsabilidade médica, no respeito pela alínea 3 do artº 9º dos DLs 176 e 177/2009, e em estruturas de Saúde apropriadas e devidamente equipadas para a actuação complementar.

São totalmente desaconselhados perigosos desvarios autonómicos ou a importação de modelos que funcionam, mas com conhecidas deficiências, em sistemas organizados com vastos recursos técnicos disponíveis para actuar em qualquer eventualidade, o que implica custos financeiros muito elevados, ou em países sem alternativa para poderem fazer melhor e almejar a mais qualidade. Recomendamos, por exemplo, a leitura do artigo "Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study", BMJ 2010;341:c5639. Para facilitar o trabalho, transcrevemos integralmente as pertinentes e muito preocupantes, mas não inesperadas, conclusões: "Infants of pregnant women at low risk whose labour started in primary care under the supervision

of a midwife in the Netherlands had a higher risk of delivery related perinatal death and the same risk of admission to the NICU compared with infants of pregnant women at high risk whose labour started in secondary care under the supervision of an obstetrician. An important limitation of the study is that aggregated data of a large birth registry database were used and adjustment for confounders and clustering was not possible. However, the findings are unexpected and the obstetric care system of the Netherlands needs further evaluation."

Do mesmo artigo parece-nos pertinente transcrever igualmente o primeiro período da introdução: "Perinatal mortality is an important indicator of the quality of obstetric care. The Peristat I and II studies, based on data from 1999 and 2004, showed that the Netherlands has almost the highest perinatal mortality (11.4 and 10.0 per thousand) in Europe".

Como se pode verificar, a Holanda tem um grave problema de Qualidade, por ter entregue a enfermeiros algumas competências médicas, que seria muito infeliz reproduzir em Portugal! Certamente as grávidas portuguesas, devidamente esclarecidas, nunca o aceitariam.

Em primeiro lugar devem prevalecer sempre os interesses dos

Doentes/Cidadãos.

Como transcorre da prática e é inequivocamente consensual, constitui acto médico a actividade de avaliação diagnóstica, prognóstica, de prescrição e execução de medidas terapêuticas relativa à saúde das pessoas, grupos ou comunidades.

Logicamente, para a prescrição de um acto terapêutico são exigidos uma imensa vastidão de conhecimentos genéricos e especializados, pré e pós-graduados, que permitem a realização de um diagnóstico correcto, por exame clínico exclusivo ou complementado por meios auxiliares de diagnóstico. Sem um diagnóstico correcto não é possível estabelecer um esquema terapêutico apropriado. Sem conhecimento de todas as opções terapêuticas não é possível efectuar as escolhas mais adequadas.

Se os enfermeiros tivessem estas competências, não eram enfermeiros, eram médicos. Aliás, por desejarem ser efectivamente médicos, muitos enfermeiros tiram o curso de medicina, sendo naturalmente bem vindos a esta exigente e mui complexa profissão.

Evidentemente, como se conclui do raciocínio anterior, não pode a Ordem dos Médicos concordar nem aceitar, em defesa dos doentes, que os actos descritos na carta de V. Exas sejam realizados de forma autónoma por enfermeiros, independentemente da sua formação complementar, sem a prescrição e responsabilidade de um médico legalmente reconhecido. A Ordem dos Enfermeiros tem publicado alguns Regulamentos internos com competências auto-atribuídas, como é o caso dos Regulamentos nº 125 e 127/2011, publicados no DR, 2ª série, nº 35 de 18 de Fevereiro, sem escrutínio externo e sem análise e consenso prévio da Ordem dos Médicos

ou de outras entidades técnicas independentes, pelo que tais Regulamentos têm apenas um eventual valor interno e nada mais. Não seria compreensível que cada classe profissional da Saúde tivesse a liberdade de efectuar os Regulamentos que entendesse e auto-atribuir-se as competências que lhe apetecesse.

Como exemplo referem-se as intervenções da área obstétrica, que o artigo acima citado desaconselha que sejam efectuados de forma autónoma por enfermeiros. Pretende agora a Ordem dos Enfermeiros “exercer de forma autónoma em unidades privadas e em actividade liberal”. Se fosse dado este passo, em que a ADSE assumiria uma tremenda responsabilidade, em breve a mesma Ordem dos Enfermeiros estaria a exigir uma autonomia paralela no sector público, com total desagregação do actual sistema organizativo.

Ora, o actual modelo de seguimento de grávidas sem sinais evidentes de risco, feito pela equipa de saúde nos CSP, sob coordenação e responsabilidade médica e com parto de referência hospitalar, provou os seus bons resultados, traduzidos nos excelentes indicadores de saúde materno-infantil de que Portugal se pode e deve orgulhar. Estamos convictos que não haverá por parte da ADSE qualquer interesse em os alterar. Alteração essa que apenas visaria servir os interesses corporativos de uma classe, quando até há evidência científica de que tal será prejudicial para grávidas e crianças. Reiteramos que é muito perigoso alterar o actual modelo português. Quanto à Reabilitação de referir que é uma área de intervenção que assenta no trabalho em equipa. As equipas são multiprofissionais e multidisciplinares constituídas por médicos e por não médicos (ex:

fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, etc.), e actuam de forma organizada, o que implica uma estratégia com objectivos comuns, centrada no doente.

Os especialistas de MFR são os líderes destas equipas e os responsáveis pela concepção dos programas de reabilitação. Utilizam ferramentas específicas de avaliação e diagnóstico e implementam diversos tipos de tratamentos, que incluem intervenções farmacológicas, físicas, técnicas, educacionais e vocacionais, que em muito ultrapassam os atos enumerados no documento enviado, atos estes que são potenciados quando enquadrados por outros da tabela de MFR e das intervenções atrás referidas como parte de um programa completo e integral.

Assim, as competências de cada profissional devem obviamente estar articuladas de forma a não existirem desnecessárias e ineficazes sobreposições, quando não mesmo situações conflituantes e prejudiciais para os doentes.

Esta abordagem estruturada permite maior eficiência e melhoria do desempenho de todos os profissionais ao promover o trabalho em equipa e a concentração de cada profissional nas suas tarefas e competências nucleares, resultando daí ganhos em saúde e melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Em síntese, os Enfermeiros especialistas de Saúde Materna e Obstétrica e de Reabilitação não reúnem as competências necessárias a uma capacidade diagnóstica, global e específica, que permita prescrever e executar com autonomia as técnicas que presentemente propõem à ADSE para comparticipação.

Com os melhores cumprimentos,
José Manuel Silva

Teamwork

Work performed
combined effort
organized cooperation
together or a
res

Comunicado

Enfermeiros não têm competências para substituir Médicos de Família

A Ordem dos Médicos recebeu com surpresa o título de uma recente notícia pública de um jornal diário: “Enfermeiros vão substituir Médico de Família”.

Mesmo descontado o sensacionalismo jornalístico, a Ordem dos Médicos não pode deixar de afirmar publicamente o óbvio, que os Enfermeiros não têm competências adequadas para substituir os Médicos de Família. A profissão de Enfermeiro, que defendemos e respeitamos, tem as suas competências próprias, por isso mesmo há Enfermeiros, e os Médicos têm a sua formação específica e conhecimentos adequados para outro tipo de missão, responsabilidades e decisões, por isso mesmo há Médicos.

Acima de tudo a Ordem dos Médicos, em defesa dos doentes, deseja que cada profissão saiba respeitar as suas competências próprias e as das outras profissões da Saúde.

A Ordem dos Médicos apoia o trabalho em equipa dos Enfermeiros de Família, aguarda tranquilamente que o respectivo projecto lhe seja presente pelo Ministério da Saúde, para se pronunciar, e considera que

os Doentes também devem ser ouvidos neste processo, pois a eles se destinam as reformas em curso.

Entretanto, a Ordem dos Médicos confia que o Ministério da Saúde não pretenda colocar um cartaz em cada Centro de Saúde a perguntar às grávidas se querem ser seguidas pelo Médico de Família ou por um Enfermeiro! Se porventura pensar fazê-lo, no que não acreditamos, certamente assumirá esse ónus, mas as grávidas também saberão decidir o que pretendem.

De igual forma, a Ordem dos Médicos acredita que o Ministério da Saúde não irá perguntar aos pais das crianças se pretendem que os seus filhos sejam acompanhados pelo Médico de Família ou pelo Enfermeiro de Família... Se porventura pensar fazê-lo, no que não acreditamos, logicamente assumirá essa responsabilidade.

Inequivocamente, os pais das crianças também saberão decidir o que pretendem.

Ao contrário da referida notícia pública, a Ordem dos Médicos esclarece que os Enfermeiros não fazem “triagem” nos Hospitais, limitando-se a aplicar a Triagem de prioridades de Manchester no Serviço de Urgência, segundo protocolos pré-estabelecidos. Ou seja, quem faz verdadeiramente a triagem são os protocolos.

Finalmente, a Ordem dos Médicos salienta que é muito importante que o Enfermeiro de Família continue a desempenhar o seu insubstituível papel na Equipa de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), sob liderança responsável do Médico de Família, devendo ser a Equipa de Saúde a decidir a organização do respectivo trabalho, não sendo compreensíveis nem necessárias quaisquer derivas autonómicas ou a introdução de outros “Enfermeiros Especialistas” nos CSP.

Conselho Nacional Executivo da
Ordem dos Médicos
Porto, 1 de Março de 2013

Em defesa da qualidade assistencial

Em face do pedido da DGS de definição, a priori, do que é 'gravidez de baixo risco', anexamos a resposta da OM onde se frisam princípios fundamentais como o facto de não ser correcto considerar que um profissional de Saúde possa vigiar isoladamente uma gravidez, na medida em que a OM defende que o trabalho de equipa (multidisciplinar, incluindo médicos e enfermeiros) garantirá sempre maior qualidade.

«Exmo Sr Director Geral da Saúde
Assunto: petição 39/XII (1ª) –
Grupo de Trabalho

Em resposta à carta de V. Exa. e após reunião com os Colégios envolvidos, a Ordem dos Médicos entende reafirmar os seguintes princípios.

a) Não é possível definir, a priori, o que é gravidez de baixo risco. Outros tentaram, nomeadamente para dicotomizar o seguimento das grávidas por médicos ou enfermeiros, com maus resultados. Vide bibliografia que se anexa com o exemplo holandês.*
b) O actual modelo de seguimento de grávidas sem sinais evidentes de risco, feito pela equipa de saúde nos CSP, sob coordenação e responsabilidade médica e com parto de referência hospitalar, provou os seus bons resultados, traduzidos nos excelentes indicadores de saúde materno-infantil de que Portugal se pode e deve orgulhar. Estamos convictos que não haverá por parte da DGS qualquer interesse em alterar o modelo e tipologia de organização e prestação dos Cuidados de

Saúde vigente no nosso país. Alteração essa que apenas visaria servir os interesses corporativos de uma classe, quando até há evidência científica de que tal será prejudicial para grávidas e crianças. Reiteramos que é muito perigoso alterar o actual modelo português.

c) Dentro deste contexto, não vislumbramos áreas para novos protocolos/normativos clínicos sobre esta temática, mas estamos receptivos a analisar eventuais propostas que nos sejam presentes.

A Ordem dos Médicos sublinha que o conteúdo funcional dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica não reúne as competências técnicas necessárias ao acompanhamento autónomo da gravidez, ainda que alegadamente considerada “de baixo risco”.

Não é correcto considerar que um profissional de Saúde (qualquer que seja) possa vigiar isoladamente uma gravidez, na medida em que defendemos que o trabalho de equipa

(multidisciplinar, incluindo médicos e enfermeiros) garantirá sempre maior qualidade.

Plasmada que fica a posição da Ordem dos Médicos não nos parece necessária a realização de mais reuniões para discutir estas matérias, para nós muito claras e não passíveis de quaisquer derivas autonómicas corporativas.

Finalmente, salientamos que a Ordem dos Médicos não admitiria que nenhuma decisão fossem tomadas neste âmbito sem ouvir os cidadãos alvo das mesmas.

Estes princípios abrangem todo o Sistema Nacional de Saúde.

Com os melhores cumprimentos,
José Manuel Silva»

* Nota da redacção: A bibliografia a que se faz alusão corresponde ao estudo publicado no BMJ 2010;341:c5639 intitulado ‘Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study’



Carta aberta

A vida, a saúde e os cidadãos exigem mais e melhores Cuidados de Saúde Primários!

A Associação Nacional das USF (USF-AN), a Ordem dos Médicos (OM) e a Ordem dos Enfermeiros (OE) consideram fundamental para a sociedade portuguesa que exista, desde já, um forte investimento nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), para que se tenha um Serviço Nacional de Saúde (SNS) de proximidade e de qualidade.

Para a Ordem dos Médicos, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) não poderão ficar de fora deste investimento, no reapetrechamento em recursos humanos e de instalações e na melhoria da qualidade das suas instalações, no caso de não desejarem a sua transformação em USF.

Os CSP são a porta de entrada do cidadão no SNS e o elo privilegiado entre os cidadãos e o sistema de saúde, assumindo e protagonizando importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, de prestação de cuidados de saúde e articulação com os restantes serviços, sendo, na generalidade dos episódios,

o ponto de partida e de chegada das pessoas.

A reconfiguração dos CSP em Portugal abriu um processo de crescimento, maturação e inovação no funcionamento dos cuidados de saúde, no sentido da flexibilização organizativa e de gestão, da desburocratização, do trabalho em equipa (1), da autonomia, da responsabilização, da melhoria contínua da qualidade, da contratualização, da avaliação (interna e externa) e da sustentabilidade, tendo as USF sido as impulsionadoras da mudança.

O valor das USF está demonstrado através dos resultados nas áreas do acesso, da continuidade, do desempenho, da qualidade e da eficiência fruto de uma melhor alocação de recurso humanos e da existência de incentivos ao seu funcionamento e desempenho, da sua opção e especial interesse por este modelo de autonomia, de nova organização do trabalho e da prestação de cuidados, centrada no cidadão e nos resultados de saúde, que implica risco, contratualização, avaliação, consequências e res-

pensabilidade.

Destaca-se sobretudo o acesso a cuidados domiciliários, a vigilância da doença crónica, como a diabetes e a hipertensão arterial, a prevenção oncológica, a precocidade na vigilância da grávida e no recém-nascido. A par destas melhorias, as USF demonstram ser eficientes a nível económico e geram satisfação nos profissionais e cidadãos (2).

Estão em atividade 356 USF, com 6902 profissionais de saúde (2458 enfermeiros, 2482 médicos de família, e 1962 secretários clínicos), abrangendo 4 393 567 portugueses (3). No entanto, para a população abrangida, deveriam estar alocados 2835 enfermeiros.

A implementação das USF gerou, até agora, um aumento da capacidade para a prestação de cuidados de saúde a 580.933 utentes, por equipas de saúde multiprofissionais, organizadas e motivadas.

As USF fazem mais e melhor com menores custos (4) na prescrição de terapêutica e de meios auxiliares de diagnóstico.

No quadro da reconfiguração

dos CSP foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) que são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, desconcentrados das respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS), mas sob o seu poder de direção, constituídos por várias unidades, tendo por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica (5).

Na realidade enquanto as USF conseguiram alcançar o potencial encerrado na legislação que lhes dava suporte, os ACeS não o conseguiram na sua plenitude, estando a sua autonomia gestionária e por isso, a sua capacidade de resposta ainda muito limitadas, designadamente na área essencial da governação clínica.

Foram também, até hoje, criadas 184 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), com 2829 profissionais, dos quais 1576 enfermeiros (já enviado posição pública da OE ao Sr. Ministro da Saúde relativamente às UCC na reconfiguração dos CSP em Portugal).

Tendo em conta as reais necessidades em cuidados de saúde da população, o número de profissionais nos CSP é insuficiente, o que compromete a oferta qualificada e equitativa de cuidados de saúde aos cidadãos.

Há fortes contradições entre o discurso político e a realidade. Ameaças de despedimentos para contratados a termo, obstáculos à evolução de USF para modelo B, alterações arbitrárias nas listas de utentes e incumprimentos na contratualização (6), e dificuldades acrescidas na reorganização das UCSP devem dar lugar a apoio, incentivo, motivação, para que seja possível continuar o desenvolvimento de um ambiente organizacional estimulante e de uma

cultura de serviço público.

É inaceitável a ausência de liderança, a inércia e a falta de investimento na mudança. Em 2012 apenas 35 USF iniciaram a atividade, o valor mais baixo desde o início da reforma; em 2013 não houve lançamento de nenhuma Unidade. O sistema de informação não progrediu de forma a acompanhar o desenvolvimento do trabalho em equipa, da implementação de novos indicadores e da governação clínica. Não tem existido, igualmente, o necessário empenho na acreditação e na formação.

Numa altura de fortes restrições orçamentais para todo o país, é necessário que a administração substitua as ameaças pelo cumprimento de compromissos, os obstáculos por estímulos à generalização progressiva da mudança, relançando o processo de transformação e de desenvolvimento organizacional dos CSP e de todo o Serviço Nacional e Saúde.

A atual crise financeira que Portugal atravessa reforça essa necessidade, e o “Memorando de Entendimento” com o Fundo Monetário Internacional, o Banco Central Europeu e a Comissão Europeia contém explicitamente orientações para reforçar e desenvolver os CSP, em especial as USF modelo B.

Os signatários desta carta aberta desafiam o Ministério da Saúde e a Assembleia da República a adotarem iniciativas e medidas que permitam combinar vontade política e capacidade operacional, para haver mais CSP, mais enfermeiros e médicos nos CSP em Portugal e para que seja atribuída uma equipa de saúde familiar a todos os cidadãos e famílias.

É necessário criar condições para:

1 - Promover o investimento e a

alocação de recursos financeiros e humanos na área dos CSP, de forma estratégica e sustentada por serem ainda mais eficientes e úteis para a população (7);

2 - A evolução dos ACeS no sentido de maior autonomia gestionária e a evolução das outras unidades funcionais de forma a desempenharem melhor as suas funções, tornando o SNS mais centrado nos cidadãos, dando assim uma melhor resposta aos desafios atuais e futuros;

3 - Que, tendencialmente, todas as UCSP se possam reorganizar voluntariamente em USF, sendo que para o ano de 2013 se criem pelo menos 70 novas USF e 35 evoluam de modelo A para modelo B (como objetivo a superar e não como limite, como foi definido em 2012, no Despacho n.º 9999), preservando a marca, com requisitos mínimos e exigentes, preservando as equipas, os seus princípios e as suas práticas de qualidade, de modo a assegurar um efetivo acesso universal dos cidadãos aos CSP (8)

Relançar o processo de transformação e de desenvolvimento organizacional dos CSP exige ainda:

1 - Aperfeiçoar a contratualização, definindo metas de saúde como expressão de “compromisso social”, desafiando a imposição e a hegemonia da conceção hierárquica de comando e controlo na implementação de políticas públicas (10);

2 - Promover a governação clínica como processo de responsabilização das organizações pela melhoria contínua e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados;

3 - A informatização global e integrada dos cuidados de saúde com instituição do processo clínico único, permitindo a co-

municação interespecialidades (CSP e Cuidados Hospitalares) e a monitorização do desempenho individual e coletivo;

4 – Uma articulação eficaz entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde (CSP, hospitalares e continuados), com equipas multidisciplinares alargadas e em rede, com consultadoria de enfermeiros e médicos das diferentes áreas de especialidade, assistentes sociais, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos clínicos, professores de educação física, entre outros.

As USF são um modelo positivo para o futuro (10) e os CSP são

o melhor investimento para os próximos anos.

Trata-se de uma nova gestão pública com uma influência positiva na administração de saúde do Estado, centrada no cidadão e na micro-eficiência. Uma governação que assegura um elevado grau de participação, transparência, discriminação positiva e responsabilização nas decisões de interesse comum para a saúde dos cidadãos.

O modelo das USF que assenta nos princípios da conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, responsabilidade, articulação, avaliação e gestão participativa, constitui uma das

reformas melhor sucedidas das últimas décadas em Portugal, sendo possível influenciar a reforma dos hospitais e outras áreas sociais e permitir uma reestruturação dos serviços públicos em Portugal, com

ganhos para a administração pública e para todos os cidadãos.

A Associação Nacional de USF (USF-AN), a Ordem dos Enfermeiros (OE) e a Ordem dos Médicos (OM) apelam aos profissionais de saúde, cidadãos e suas organizações para que não deixem a reforma ser capturada pelas administrações, contribuindo para a convergência, o envolvimento, a mobilização de todos eles, indispensáveis ao relançamento do processo de transformação e de desenvolvimento organizacional dos CSP.

Pela Associação Nacional das USF (USF-AN)

Bernardo Vilas Boas – Presidente da Direção

Pela Ordem dos Enfermeiros

Germano Couto – Bastonário

Pela Ordem dos Médicos

José Manuel Silva – Bastonário



1) A Reforma dos CSP está fortemente alicerçada na cultura dos profissionais de saúde, nos médicos de família e na relação destes com os outros grupos profissionais; relança o conceito do enfermeiro de família e da importância da intervenção familiar e comunitária; enriquece as funções administrativas abrindo a porta para uma nova profissão (secretário clínico), e reforça a noção de equipa de saúde, considerada um dos pontos fortes dos CSP.

Este processo de mudança teve dois vetores, um “de cima para baixo”, em consonância com a reestruturação da Administração Central do Estado e a nova macroestrutura do Ministério da Saúde e outro de “baixo para cima” com o envolvimento dos profissionais de saúde através de processos de candidaturas voluntárias destes para a criação de equipas autónomas de prestação de cuidados de saúde, as USF. Estas candidaturas a USF são sujeitas a uma avaliação técnica, devendo cumprir uma série de requisitos previamente estipulados num processo dinâmico de ajustamento contínuo do modelo organizacional.

2) Acesso – Saliencia-se o horário de funcionamento das 8.00 h às 20.00 h, o atendimento de situações de doença aguda no próprio dia e os serviços mínimos garantidos na ausência do médico de família ou do enfermeiro de família.

Como reconhece o governo no preâmbulo do Despacho n.º 9999/2012, onde afirma: “... entende o Governo que o reforço das USF é um elemento imprescindível, em geral, da política de saúde, e, em especial, da política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonado, devendo antes ser reforçado e aprofundado como uma experiência de organização dos cuidados de saúde que tem demonstrado contribuir para a melhoria da acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde prestados à população.

Na avaliação do grau de satisfação dos utentes em que se comparou USF versus Não USF, num estudo conduzido por uma entidade independente “The Nielsen Company” a pedido e com o financiamento da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, com 2200 entrevistas em 2009, envolvendo 11 USF e 11 não USF, concluiu-se que as USF foram significativamente melhor avaliadas que as Não USF na organização, nos horários, no serviço prestado, nas condições da Unidade de Saúde, nas marcações via telefone, no tempo entre a marcação e a consulta (mais curto nas USF), e no tempo de espera para ser atendido quando chega à unidade (em média menos 15 minutos nas USF).

No estudo de âmbito nacional da autoria da CEISUC, 93,7% dos utentes das USF concordavam ou concordavam muito com a frase “Recomendo fortemente esta USF a amigos”.

3) Em 18 de Fev. de 2013, tinham sido efetuadas 557 candidaturas, das quais 443 tinham sido aceites para avaliação e 356 USF estavam em funcionamento ao longo do País. A zona norte tem sido a mais ativa nas candidaturas para a constituição de USF.

Quadro geral nacional de USF

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012/13	Total
Candidaturas a USF	131	88	49	125	59	51	54	557
USF em atividade	43	61	56	71	47	42	35	356

4) Num estudo da ARS Norte de 2010 (Departamento de Contratualização de Cuidados de Saúde Primários da ARS Norte. Cuidados de Saúde Primários – O NORTE APOSTA NAS USF; EVOLUÇÃO 2006/2010. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article_6100/csp_usf_regiao_norte_evol_2006_2010.pdf), gastavam-se menos 62,1 euros em média por utilizador em medicamentos facturados nas USF do que nas UCSP e menos 17,7 euros em meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Se todo o território de Portugal estivesse coberto por USF a poupança em medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, em números de 2010, seria na base referida de 282.579.902,6 euros.

5) Destas unidades constam as unidades funcionais como as USF e as UCSP (unidade de cuidados de saúde personalizados) para além das USP (unidades de saúde pública), das URAP (unidades de recursos partilhados que integram, por exemplo, as assistentes sociais e os psicólogos) e das UCC (unidades de cuidados na comunidade) – uma por cada CS (Centro de Saúde). Cada unidade funcional (UF) assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do ACeS. Existem ainda as UAG (unidades de apoio à gestão) para apoiar o diretor executivo, o conselho executivo, o conselho clínico e o conselho da comunidade do ACeS.

6) O exemplo dos enfermeiros e secretários clínicos com contratos a termo certo, que constituem cerca de 40% do total das respetivas equipas, ameaçados de despedimento e ameaçando consequentemente dezenas de USF, é elucidativo.

O atraso na evolução das USF para modelo B pode paralisar toda a dinâmica de evolução da reforma; as restrições financeiras atuais devem estimular e não travar a mudança centrada na acessibilidade, qualidade, eficiência e ganhos em saúde.

A contratualização tem sido subvertida muitas vezes por atrasos, pelo desrespeito dos relatórios das USF e da validação dos ACeS e pela imposição arbitrária de aumentos das listas de utentes, de que é exemplo inaceitável o adormecimento de utentes pela ARSLVT.

Enfermeiros e secretários clínicos estão a ser discriminados negativamente uma vez que os respetivos descontos não estão a contar para os cálculos das aposentações.

7) Impõe-se uma política de recursos humanos, definida com a participação dos sindicatos, que: normalize todo o processo de recrutamento dos jovens especialistas de MGF e enfermeiros de família para as USF e para as UCSP, nomeadamente com a criação de épocas fixas (Maio e Novembro) de concursos nacionais, abertos a todos os interessados e uma época fixa de concurso de mobilidade regional.

8) Existem neste momento 66 candidaturas, das quais 18 aprovadas pelas ARS e a aguardar abertura, 10 a aguardar aprovação pelas ARS e 22 em avaliação pelas Equipas Técnicas Operacionais.

As UCSP devem constituir centros de custos, com igualdade de condições de trabalho, com espaço físico e equipamentos (nomeadamente informático), com uma área geográfica, uma carteira de serviços, recursos humanos, ratio adequado de administrativos, enfermeiros e médicos, um coordenador, contratualização e avaliação.

9) A contratualização é um dos aspetos-chave desta reforma e quase 74 por cento dos coordenadores das USF consideram que os mecanismos de contratualização são um estímulo para trabalhar com maior qualidade. No entanto, quase 50 por cento dos inquiridos afirmam que —as metas contratualizadas não foram discutidas e negociadas de forma equilibrada e não houve uma negociação transparente em matéria de contratualização.

A contratualização tornou-se um imperativo na organização dos serviços de saúde em todo o mundo, dando resposta à necessidade, por um lado, de contenção de custos e de eficiência técnica e, por outro lado, de prestação de cuidados com qualidade a todos os cidadãos. O movimento reformador que teve início na década de 90 em muitos países tem incidido principalmente sobre a contratualização em cuidados de saúde primários, considerando que sistemas de saúde mais focalizados nos CSP atingem melhores níveis de desempenho assistencial e financeiro e de sustentação e desenvolvimento (WHO, 2008).

10) As USF dão corpo a um modo avançado de organização baseado em equipas coesas, multiprofissionais, auto-organizadas, com uma dimensão média de 20 elementos, agrupadas voluntariamente para responder de modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto bem definido de cidadãos e famílias;

- Têm autonomia técnica e organizacional e apresentam uma estrutura orgânica onde podem ser identificados o coordenador da equipa, o conselho técnico e o conselho geral;

- Visam alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e de resultados de saúde, sendo avaliadas e responsabilizadas pelos seus desempenhos – a contratualização permite, assim, melhorar a ligação entre a afetação de recursos e os objetivos e prioridades em saúde;

- Podem aceder a um sistema retributivo misto (base/carreira, capitação ajustada, à peça - só no caso dos domicílios - e por objetivos da equipa e não individuais) que premeia a igualdade de acesso, o desempenho individual e coletivo para a eficiência e a qualidade;

- Podem, igualmente, alcançar outros incentivos que tenham como objetivo apoiar e estimular o desempenho coletivo dos profissionais da USF;

i. Os incentivos institucionais consistem na atribuição de prémios para reinvestimento na própria USF sendo aferidos pelo desempenho, medido por indicadores, em quatro áreas – acessibilidade; desempenho assistencial; satisfação dos utentes; eficiência;

ii. As atividades específicas para médicos estando a sua atribuição dependente do desempenho da equipa;

iii. Os incentivos financeiros para enfermeiros e secretários clínicos, estando a sua atribuição dependente da concretização de metas contratualizadas;

- Possuem sistemas de informação (gestão do utente, administrativa, clínica e de desempenho) para a gestão da prática e que permitem responder aos indicadores solicitados pela equipa regional de apoio e acompanhamento e manter uma base de dados credível e fiável dos ficheiros de utentes dos profissionais aderentes;

- Assumem um acordo de intersubstituição que garanta, nos dias úteis, atendimento no próprio dia aos utentes inscritos nas USF;

- Estabelecem uma hierarquia técnico-científica, indicada pela equipa, para garantir a qualidade do serviço;

- Estruturam um plano de desenvolvimento de competências e de formação;

- Aceitam uma integração em rede com as outras unidades no ACeS.

Querem que a
IMPREENSA
MÉDICA
ESPECIALIZADA
acabe?

Responda em: <https://www.facebook.com/QueremQueAImprensaMedicaEspecializadaAcabe>



Competência em Patologia Experimental

Passamos a divulgar os critérios para o reconhecimento dos cursos de formação conducentes à atribuição da Competência Médica em Patologia Experimental.

1º São critérios para o reconhecimento dos cursos de formação conducentes à Competência Médica em Patologia Experimental:

a) O curso ser leccionado numa universidade pública, privada ou unidade hospitalar com ensino da medicina, integrado numa formação pós-graduada. Este Curso estará integrado num segundo ou terceiro ciclo ou num curso incluído na formação de internos de uma especialidade reconhecida pela Ordem dos Médicos;

b) O curso possuir um mínimo de 100 horas de contacto em ambiente teórico e/ou teórico-prático (bTTP) e um mínimo de 100 horas de estágio laboratorial (bLTR) e corresponder a um mínimo de 30 ECTS;

c) O estágio laboratorial a que se refere a alínea anterior, deve integrar-se nas áreas de: Histopatologia e Histotecnologia, Tanatologia Experimental, Manutenção e Manipulação Animal;

d) O curso ter acesso a um biotério de experimentação devidamente autorizado pela entidade competente;

e) O curso deve incluir como conteúdos obrigatórios:

i. Bioterapia e Bem estar Animal;

ii. Ética, Normas e Legislação;

iii. Anatomofisiologia comparada;

iv. Histotecnologia e Histopatologia em Patologia Experimental;

v. Tecnologias Laboratoriais em Patologia Experimental,

vi. Tanatologia Experimental e.

vii. Modelos em Patologia Experimental;

f) O corpo docente que lecciona pelo menos 70% das horas de contacto do bloco teórico, teórico-prático (bTTP) e a totalidade dos docentes que supervisionam o estágio laboratorial são médicos com a competência em Patologia Experimental;

g) A avaliação dos alunos é feita por avaliação contínua, complementada com exame final escrito para as matérias do bloco bTTP e exame prático para as matérias do bLTR.

2º O reconhecimento do curso pela Ordem deverá ser solicitado até 60 dias úteis antes do início do curso, ou durante os 30 dias úteis que seguem a publicação destas normas, devendo ser explícito que cumpre todos os requisitos exigidos.

3º Até à entrada em vigor

das presentes normas serão considerados equiparados a cursos reconhecidos todos os cursos de pós-graduação em Patologia Experimental com um mínimo 30 ECTS ou de 2º Ciclo ou 3º em Patologia Experimental, que existam legalmente constituídos há pelo menos dois anos, leccionados em universidades públicas ou privadas, com ensino da medicina ou instituições hospitalares com ensino da medicina.

4º O acesso à Competência em Patologia Experimental, após a entrada em vigor dos critérios, é condicionado aos médicos que tenham frequentado e sido aprovados num curso previamente reconhecido pela Ordem dos Médicos e que tenham publicado pelo menos um artigo usando modelos de Patologia Experimental, numa revista de circulação internacional. Este artigo pode ser substituído pela respectiva tese no caso de um 2º ou 3º ciclo em Patologia Experimental.

5º Estas normas entram em vigor no 21º dia útil após a sua publicação.

Reflexão de um conjunto de médicos do CHBA

Passamos a divulgar o documento síntese de uma reflexão de um conjunto de médicos especialistas do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio enviada ao Conselho de Administração do CHBA, a qual, oportunamente, foi igualmente remetida ao Ministro da Saúde. Os subscritores do documento estavam devidamente identificados.

«Concelho de Administração do Hospital do Barlavento
Portimão, 15 de Janeiro de 2013

OS HOSPITAIS PÚBLICOS DO ALGARVE:

Os hospitais são estabelecimentos de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituídos por meios tecnológicos e humanos cujo objetivo é a prestação de serviços de saúde com grau de excelência. Têm que estar organizados de modo a adequarem-se às necessidades de saúde das populações. Em situações de constrangimentos financeiros públicos devem ainda assim, poder oferecer de forma racional o seu “know how” a bem destas mesmas populações, ainda que a mais baixos custos mas sem perdas de qualidade.

O Algarve possui duas Instituições Hospitalares e uma Rede de Cuidados Primários/Sistemas Locais de Saúde, articulados por uma Rede de Referência. Esta rede consta de dois componentes: uma Rede de Centros de Saúde com ligação às Instituições Hospitalares de referência e uma Rede Inter-Hospitalar. A

Rede Inter-Hospitalar baseia-se na hierarquização tecnológica. Este modelo de referência, é o atual. Trata-se de um modelo fechado não permitindo, o saltar de nível. Por exemplo, um determinado Centro de Saúde não pode referenciar um doente para outra Instituição Hospitalar a não ser o seu hospital de referência, mesmo que os recursos humanos deste sejam insuficientes, em determinada valência hospitalar, para a qual o doente foi referenciado. Por outro lado a qualidade da referência é bastante deficiente. Trata-se de uma disfunção existente nestas duas Instituições, desde longa data e que se tem perpetuado até hoje. Trata-se também de uma consequência da não avaliação e revisão da dimensão das Redes de Referência ligadas às duas instituições hospitalares e sem que estas estejam estabilizadas, no que concerne ao seu equipamento tecnológico e recursos humanos. A flexibilização da dimensão das redes e a própria referência, deverão ser dinâmicas e adaptáveis à realidade das instituições prestadoras de

serviços. A mudança rápida em termos tecnológicos, os fluxos interinstitucionais dos recursos humanos, a implantação de novas instituições prestadoras de serviços na região e neste momento o agravamento das condições de sustentabilidade, condicionam, alteram e modificam, a resposta das instituições, tomando-as inadequadas e pouco eficazes. Nestas circunstâncias, as instituições não têm ao seu dispor os dispositivos necessários que lhes permitam adaptar às novas realidades, podendo passar por sobressaltos e conflitos inter-institucionais.

A referência baseia-se numa relação de complementaridade e apoio técnico, de forma a garantir o acesso dos doentes aos serviços e Instituições prestadoras dos cuidados de saúde. **A este modelo, que é o atual, exige-se que tenha flexibilidade.** Trata-se de um modelo que pressupõe a existência de duas Instituições Hospitalares no Algarve, bem definidas, diferentes, hierarquizadas, estabilizadas e bem enquadradas nesta região. Este não é o caso!

Temos duas Instituições em que uma, o Hospital Central de Faro, tem estatuto de Hospital Central mas que não possui as valências intermédias e diferenciadas que permitem tal classificação. Mesmo em algumas valências básicas não possui recursos humanos suficientes! Para além destas disfuncionalidades, o espaço físico funcional é insuficiente e não permite alterações estruturais significativas! Nestas circunstâncias é extremamente difícil conseguir um desempenho eficaz! Serve uma rede de referência demasiada larga para a sua estrutura! Os constrangimentos financeiros atuais não permitem a construção de nova estrutura hospitalar! O grau de satisfação das populações que serve e o grau de satisfação dos profissionais que nela trabalham têm-se deteriorado significativamente ao longo dos tempos.

A outra Instituição, o Hospital do Barlavento Algarvio, para além de servir uma população mais pequena, enferma por ter uma rede de referência diminuta para a sua capacidade, embora possua mais espaço físico funcional e circundante suficiente, de modo a permitir alterações estruturais em caso de necessidade. Em algumas valências os recursos humanos são insuficientes, não permitindo uma acessibilidade, qualidade, desempenho e eficiência corretos! Noutras áreas a capacidade instalada até excede as necessidades.

Em suma temos duas Instituições cujo funcionamento não correspondem aos anseios das populações que servem e que foram geridas sem qualquer critério de qualidade, visão ou estratégia e que se encontram infelizmente em falência técnica e financeira. Na atual situação de crise todos

os problemas se agudizam e torna-se urgente tomar medidas que possam alterar de alguma forma este estado de coisas. Procurar os mesmos modelos de gestão ou soluções estafadas e enganosamente fáceis, sem se acautelar o bem público e o investimento realizado é uma imprudência que poderá desencadear conflitos e que as populações não irão perdoar, por se sentirem defraudadas nas suas expectativas! Por se tratar de duas Instituições localizadas numa região eminentemente turística exige-se ainda muito mais prudência e bom senso!

Estas Instituições não podem estar voltadas para si próprias. Tem que haver um redimensionamento/reflexão da rede de referência atual de modo a garantir uma complementaridade técnica e a continuidade de cuidados num contexto de rentabilização da capacidade instalada. Ao contrário do que muitos defendem, não é com concentração de recursos em qualquer uma das Instituições que se consegue tal desiderato, sobretudo quando a capacidade instalada já tem um nível muito aceitável nas Instituições Hospitalares em apreço. Concentrar recursos em qualquer uma delas é sinónimo de desbaratar recursos já instalados, não se conseguindo replicar os resultados obtidos em ambas separadamente. Os conflitos laborais que se podem gerar e os custos monetários e sociais para os utilizadores, não são desprezíveis e em nada irá contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde. A concentração de recursos poderá ser equacionada em Instituições “de novo” ou entre Instituições numa grande cidade cuja distância entre elas seja pequena, não nesta situação.

Em suma os problemas destas duas Instituições, resultaram em grande medida:

1) da ausência de enquadramento no sistema regional de saúde e da ausência de definição do seu próprio papel como entidades promotoras de saúde. Uma rede de referência fechada, não flexível, não permitindo saltos de referência, não redimensionada em relação à capacidade assistencial das duas Instituições, encontra-se portanto desajustada da realidade atual.

2) da incorreta gestão na área dos recursos humanos que de burocrática se transformou em esbanjadora de recursos financeiros. A própria transformação destas Instituições em EPEs que deveria ser virtuosa, conduziu ao aparecimento da contratualização de serviços a preços leoninos, permitindo o não acautelamento da defesa do interesse institucional, criando as condições promotoras de escândalos nacionais que em nada prestigiou as Instituições e que criou desmotivação nos profissionais sérios, destruiu carreiras médicas e que provocou, em larga medida, a saída de tantos profissionais do SNS.

3) Na área das aquisições assistiu-se ao recurso a procedimentos viscosos e burocráticos.

4) As áreas financeiras e de gestão deixaram de ter objetivos e a desresponsabilização e permissividade são uma constante.

É perante este quadro que se encontram estas duas instituições, até há relativamente pouco tempo. Urge alterar alguns dos pressupostos em que estas instituições se regiam e que ainda se regem!

Proposta de Mudança - Valores e

Princípios

1) Redimensionar ou repensar a rede de referência e a sua qual qualidade de acordo com a capacidade assistencial de cada Instituição. Como princípio básico da referência deve-se permitir saltar níveis de modo a obter melhores resultados e conseguir ganhos de saúde e diminuição de custos. Referimos aos diversos níveis de referência.

2) Transferência e/ou mobilização de alguns recursos humanos quando excedentes, de uma Instituição para a outra. Reforço em meios tecnológicos e a criação de valências diferenciadas no

Hospital Central de Faro, com alívio da carga assistencial mais básica, através de medidas contantes do ponto 1)

3) Satisfação das necessidades em recursos humanos, de algumas valências do Hospital do Barlavento de modo a evitar a referência para o Hospital Central, de situações clínicas que de outro modo não seriam referenciáveis. Pela mesma razão ir-se-ia assistir a uma diminuição da referência e da necessidade de saltar níveis de referência. A capacidade assistencial multidisciplinar estaria melhor garantida, com ganhos de saúde bastante importantes.

Tomando por base de trabalho e reflexão estes três desideratos poder-se-ia construir os alicerces de duas futuras Instituições Hospitalares modernas, competitivas entre si na captação e prestação de serviços de saúde de melhor qualidade. A relação custo/ benefício é perfeitamente suportável e nunca haverá a asfixia de qualquer instituição pela outra que decorrerá se houver concentração de recursos em qualquer uma delas. O benefício para os Centros de Saúde será enorme como também o grau de satisfação para utentes e profissionais.»

Troca indevida de antibiótico genérico por marca original

Publicamos a carta enviada ao Ministro da Saúde, com conhecimento ao Infarmed, Ordem dos Farmacêuticos, Grupos Parlamentares e à Comissão Parlamentar da Saúde, a propósito de um procedimento de troca indevida, ao balcão de farmácia, de um antibiótico genérico prescrito por um Médico de Família pela respectiva marca original, estando a farmácia devidamente identificada, situação em que o Infarmed arquivou o processo.

«Excelência,
Conforme documentação que se anexa, a Ordem dos Médicos efectuou uma comunicação formal ao Infarmed relativamente a um procedimento de troca indevida, ao balcão da farmácia, de um antibiótico genérico prescrito por um Médico de Família pela respectiva marca original, estando a farmácia devidamente identificada. Infelizmente, mas não inesperadamente, o Infarmed viu-se obrigado a arquivar o processo. Confirma-se, assim, como sempre afirmou a Ordem dos Médicos, que a legislação deixou desprotegida a esmagadora

maioria dos utentes no momento da dispensa dos medicamentos na farmácia, reduzindo o seu “direito de opção” a uma mera formalidade ratificadora da opção da farmácia e não do doente. Confiamos que o novo modelo de receita, quando entrar em vigor, possa ser um pouco mais exigente nesta matéria e dificultar as trocas indevidas ao balcão das farmácias, tornando mais efectivo e verdadeiro o exercício do direito de opção por parte do doente. De qualquer forma, torna-se evidente a necessidade de intensificar as auditorias ao genuíno cumprimento do espírito e da letra da Lei no momento da

dispensa dos medicamentos. Perante mais este exemplo concreto, dos muitos que nos são relatados, a Ordem dos Médicos reitera a responsabilidade e o contributo negativo destas trocas de genéricos por originais, ao balcão das farmácias, na realidade da taxa de utilização de genéricos em Portugal.

Com os melhores cumprimentos,
O Presidente
Prof. Doutor José Manuel Silva»

Nota da redacção: na carta original seguiu em anexo o referido processo.



Comunicado do Conselho Distrital do Oeste da OM

No momento em que decorre o processo de organização do Centro Hospitalar do Oeste, resultante da fusão entre o Centro Hospitalar Oeste Norte e o Centro Hospitalar de Torres Vedras, o Conselho Distrital do Oeste da Ordem dos Médicos entende dever tornar públicas as suas principais preocupações relativamente a este processo de fusão e suas possíveis consequências.

É importante começar por reconhecer que a criação do Centro Hospitalar do Oeste encerra em si mesma algumas virtualidades que, a serem utilizadas com bom senso e competência, poderão vir a traduzir-se em benefícios na área da saúde para as populações envolvidas.

A título de exemplos mais significativos, podem citar-se a abertura de consultas de várias especialidades em unidades hospitalares onde até agora não existem, a previsível diminuição das listas de espera cirúrgicas em Ortopedia e Cirurgia Geral, através do incremento da cirurgia de ambulatório, o acréscimo de qualidade que, em termos clínicos, poderá advir dos diferentes contributos de serviços e profissionais que até agora trabalhavam de forma independente, ou o efeito facilitador relativamente à aquisição de serviços, materiais e equipamentos resultante do aumento de escala proporcionado pela criação do novo Centro Hospitalar.

Dito isto, importa chamar a atenção para alguns aspectos

que, em nosso entender, deverão ser acautelados, e que constituem preocupações fundamentais para este Conselho Distrital. Muitos destes aspectos foram já por nós abordados em documento publicado em Março de 2012, o qual consideramos manter toda a actualidade.

Neste sentido, pensamos ser essencial que, no processo de criação do Centro Hospitalar do Oeste, sejam tidos em conta os pontos seguintes:

1. A premência de obter uma significativa poupança financeira num prazo relativamente curto não pode ser o principal objectivo do novo Centro Hospitalar, nem pode ser conseguida através da perda de qualidade da actividade assistencial e do aumento de dificuldade no acesso dos doentes aos cuidados de saúde.

2. A organização do CHO terá de assentar na análise e definição clara das suas valências, capacidades e funções, numa perspectiva realista e consolidada, e não fundada em expectativas cuja concretização está longe de

ser um dado adquirido, não passando actualmente, de uma possibilidade remota ou de uma simples miragem.

3. Por outro lado, torna-se cada vez mais urgente colmatar situações de carência que frequentemente se verificam em relação a vários materiais de uso corrente, desde material de penso até reagentes laboratoriais, bem como é cada vez mais premente a necessidade de manutenção de equipamentos que, em muitos casos, se encontram inoperacionais ou com funcionamento deficiente, o que, algumas vezes, tem vindo a comprometer a qualidade e segurança da prática clínica.

4. Igualmente é imperativo que a eventual redistribuição de serviços e actividades seja realizada apenas quando se encontrarem reunidas as necessárias condições logísticas e de instalação, e não à custa da deterioração ainda maior das condições de trabalho dos profissionais e das condições de permanência dos doentes, ou da imposição artificial da

necessidade de altas precoces, ou outras medidas inaceitáveis do ponto de vista técnico-científico.

5. A este respeito, é necessário ter em conta que a passagem do Hospital de Alcobaça para a área de influência do Centro Hospitalar Leiria-Pombal, mantendo-se três freguesias do Concelho de Alcobaça na área de influência do CHO, conduzirá, em termos relativos, a uma significativa diminuição da capacidade dos serviços, uma vez que passarão a ter mais doentes para um menor número de camas. Acresce que a permanência de todo o ACES Oeste Norte igualmente na área de influência do CHO será mais um factor de pressão e sobrecarga sobre esta instituição.

6. Assim, vemos com enorme apreensão uma anunciada diminuição da lotação dos serviços, de forma quase generalizada, antes de estarem asseguradas novas e mais eficientes formas de articulação com os cuidados primários e com a Rede de Cuidados Continuados, e antes que se verifique uma efectiva diminuição da demora média e um aumento da cirurgia de ambatório. Além disso, em alguns casos, a diminuição do número de camas poderá conduzir a um importante prejuízo na capacidade de resposta e na diferenciação dos serviços, nomeadamente em termos de idoneidade formativa.

7. Será fundamental que a previsível reorganização de serviços e actividades seja feita

de forma a minorar o mais possível tanto a necessidade de deslocações dos doentes, e o seu afastamento da sua área de residência, como a necessidade de transferência de doentes internados entre hospitais, com todos os custos inerentes e com prejuízo evidente da qualidade assistencial.

8. Em relação às reais condições de acesso dos doentes aos serviços prestados, a alteração da área de referência para especialidades que, até agora, só existiam num dos antigos Centros Hospitalares, nomeadamente Pneumologia, Gastrenterologia, Dermatologia, Neurologia e Psiquiatria, significará inevitavelmente um enorme aumento nas listas de espera para consultas, exames e tratamentos dessas especialidades, uma vez que, com os mesmos recursos, passarão a ter de servir uma população que, na maioria dos casos, mais do que duplica. Por isso, será essencial reforçar em grande medida os recursos humanos e materiais dos serviços em causa ou, em alternativa, manter a possibilidade de referência dos doentes para outras instituições. Igualmente se impõe a reabertura das especialidades entretanto desactivadas de Oftalmologia, Urologia e Reumatologia.

9. É absolutamente imperiosa a manutenção de urgência médico-cirúrgica, com todas as valências, capacidades e recursos que a definem, tanto no Hospital de Torres Vedras como no Hospital de Caldas da

Rainha. Actualmente é evidente para todos que nenhuma dessas urgências teria a capacidade para, isoladamente, responder às necessidades das populações, e o encerramento, ou diminuição das condições de funcionamento, de qualquer uma delas significaria uma situação dramática de limitação funcional, com prejuízos inaceitáveis e riscos gravíssimos para os doentes.

10. Como repetidamente vimos afirmando, seria trágico o abandono definitivo da recuperação do Hospital Rainha D. Leonor, enquanto verdadeira instituição hospitalar e termal, representando uma perda irreparável tanto em termos históricos e patrimoniais, como no que respeita à actividade clínica e às potencialidades e recursos que caracterizam o Hospital Termal.

Como sempre, a Ordem dos Médicos manifesta a sua inteira disponibilidade para colaborar na procura e implementação de soluções para os problemas referidos acima, bem como para qualquer contribuição que possa ser útil para o sucesso e melhoria de qualidade assistencial e científica do novo Centro Hospitalar do Oeste, lamentando nunca ter sido consultada pelo Conselho de Administração do CHO acerca de todo este processo.

Caldas da Rainha, 8 de Março de 2013

O Conselho Distrital do Oeste da Ordem dos Médicos

Concurso especial IM 2013-B

A propósito deste concurso, transcrevemos a carta que a Ordem dos Médicos dirigiu ao SIM, explicando o contexto das múltiplas insistências da instituição para que fosse cumprido o compromisso público do Ministério da Saúde em abrir pelo menos uma vaga por especialidade para esse concurso.

«Agradecemos a carta do SIM, a que respondemos com todo o prazer.

A Ordem dos Médicos, quer como um todo, quer através do empenho permanente do CNMI, insistiu múltiplas vezes, por escrito e através de reuniões por nós solicitadas, em que fosse cumprido o compromisso público do Ministério da Saúde em abrir pelo menos uma vaga por especialidade para o concurso em epígrafe.

Fê-lo, por escrito e presencialmente, ainda antes da publicação do mapa de vagas para o concurso A. Infelizmente a ACSS não tomou em devida conta os avisos e apelos da Ordem dos Médicos e esgotou todas as capacidades formativas de algumas especialidades com o concurso A.

Foi feita uma várias vezes repetida insistência junto de todos os Colégios para levarem ao limite a atribuição de idoneidades e capacidades formativas nas suas especialidades, com a consciência da necessidade de corresponder às expectativas de todos os jovens Colegas candidatos a vagas de especia-

lidade. E assim foi feito.

Inclusivamente, o Ministério de Saúde teve de impor a abertura de vagas a alguns hospitais que não as queriam receber por dificuldades financeiras.

A Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios, respondeu a todas as questões colocadas pela ACSS quanto a locais para potenciais vagas de especialidade, justificando, por escrito, as competentes decisões, para que não restassem quaisquer dúvidas sobre o rigor e transparência das mesmas.

Exactamente devido a este esforço máximo, alertámos atempadamente a ACSS para o facto de que, se não fossem guardadas vagas em algumas especialidades para o concurso B, seria posteriormente impossível aumentar as capacidades formativas para cumprir a promessa do próprio Ministério, de abrir pelo menos uma vaga por especialidade.

Não pode a Ordem dos Médicos substituir-se ao planeamento da responsabilidade da ACSS.

De qualquer forma, mesmo nas especialidades elencadas pela ACSS com não tendo

sido exequível abrir vagas para o concurso B se levantam algumas dúvidas. Efectivamente, de acordo com a nossa contabilidade, não foram esgotadas as capacidades formativas atribuídas pela Ordem nas especialidades de Imunoalergologia, Medicina Física e Reabilitação e Pediatria. A não abertura de pelo menos uma vaga em cada uma destas quatro especialidades aconteceu por motivos totalmente desconhecidos para a Ordem dos Médicos. Já chamámos a atenção da ACSS para esta circunstância e solicitámos uma explicação.

Porque efectivamente se levou este ano ao extremo a abertura de vagas de especialidade e estando os serviços a ficar saturados de Internos, o que levanta problemas inultrapassáveis particularmente nas especialidades de carácter mais técnico-cirúrgico, prevemos dificuldades agravadas para a elaboração do próximo mapa de vagas, para o qual haverá ainda mais candidatos do que este ano.

Devido a este difícil enquadramento, temos persistido

reiteradamente junto do Ministério da Saúde para a necessidade de uma revisão adequada e devidamente preparada do Regulamento do Internato Médico. Infelizmente,

até à data nada recebemos para analisar ou discutir, o que eleva o nosso nível de preocupação para o futuro próximo.

Para estas matérias convocamos também a atenção do SIM,

porque, em conjunto, vamos ter de equacionar e preparar novas realidades.

Com os melhores cumprimentos,
José Manuel Silva»

Concursos fechados

Os concursos fechados para apenas alguns períodos limitados de termo da especialidade (Despachos 15630/2012 e 2546/2013) são injustos e não têm fundamento legal, qualificação que tem a concordância da Provedoria de Justiça. Publicamos em seguida dois comentários que demonstram o estado de espírito dos Colegas e a carta endereçada pela OM ao Provedor de Justiça sobre o mesmo assunto.

Esses concursos, provavelmente até serão inconstitucionais, pois não permitem a possibilidade de acesso em regime de equidade a contratação pública, violando, nomeadamente, os artºs 13º, 47º, 50º e 58º da Constituição.

É profundamente deplorável que o Ministério da Saúde não respeite a lei fundamental do país.

Nem sequer se entende a eventual racionalidade desta política do Ministério da Saúde! Mas ainda é mais lamentável a situação de injustiça e desespero que está a atingir alguns Colegas, que assim vêm ser-lhes injustamente negada a sequer a simples oportunidade de concorrerem a concursos públicos apenas e tão somente por não terem acabado a especialidade nas épocas privilegiadas pelos Despachos acima referidos.

Fazemos mais um apelo, agora público, ao Ministério da Saúde para que estes Colegas não sejam excluídos dos concursos!

Com autorização dos Colegas, transcrevemos duas cartas que recebemos e que atestam a situação deles e de muitos outros

Sinto-me enganado...

«O meu nome é ... e sou médico ... com especialidade concluída na primeira fase de 2012. Tomei a liberdade de lhe escrever uma carta há cerca de 2 meses para lhe expor a problemática do Despacho 15630/2012, que estipulava a abertura dum concurso médico ao qual eu e muitos colegas, por força da data de conclusão do internato médico, estávamos automaticamente excluídos. Recebi uma resposta em seu nome (aproveito a ocasião para agradecer), referindo que a Ordem dos Médicos é por princípio contra a existência de concursos fechados. A minha geração fez a sua parte: protestou, reivindicou, escreveu para o Ministério da Saúde, Sindicatos,

Provedoria de Justiça, concorreu em massa mesmo sabendo que seriam excluídos... Lutámos por nós mas também por todos, para que não mais voltasse a acontecer uma barbaridade como a que estava escrita naquele Despacho. Mas aconteceu...

A 15 de Fevereiro é publicado o Despacho 2546/2013 que regula um novo concurso fechado para as épocas anteriormente excluídas e que mais uma vez é discriminatório ao não possibilitar o acesso a ele aos médicos que possuem vínculo por tempo indeterminado com o SNS.

Sinto-me enganado, porque concorri o ano passado a um concurso viciado, conforme é reconhecido pelo próprio ministério no Despacho 2546/2013: "não abarcava a universalidade das situações identificadas (...) como comportando carências de pessoal médico".

Sinto-me enganado, porque ao aceitar um lugar nesse concurso,



me vejo privado de concorrer agora a vagas à porta de casa. Sinto-me enganado, porque nunca tive hipótese de competir com outros colegas por esses lugares, não por ser menos competente, mas pelo simples facto de nunca me ter sido dada a hipótese de provar o meu valor. Sinto-me enganado, porque se estas restrições se perpetuarem a futuros concursos (seja pela data da conclusão da especialidade ou seja por ter vínculo) estarei impossibilitado indefinidamente de alterar o meu local de trabalho, que actualmente fica a mais de 250 km da minha residência.

Mais que o meu caso ou o caso de algumas dezenas ou centenas, os concursos fechados atentam contra a mobilidade médica e aprisionam os médicos. É intolerável que este modelo se aplique e apelava à Ordem que tudo fizesse dentro das suas competências para terminar definitivamente com estas restrições arbitrárias e insensatas que prejudicam os médicos e em nada beneficiam os doentes.»

Carta de uma Colega desesperada

Colegas:

“Sr. Professor,

Ontem, a ACSS respondeu-me pela primeira vez, em carta datada de 20 de Março de 2013... Dizem que eu já tive uma oportunidade para 1 vaga de Pneumologia na unidade de saúde local do norte alentejano, em julho de 2010...

Estou desfeita, em 3 anos não tive mais oportunidades, não sei se terei mais alguma na vida...

tive uma única oportunidade, que na altura nem soube porque estava integrada num projeto de transplantação pulmonar do serviço, que posteriormente não se veio a concretizar.

Acabámos cerca de 10 Colegas, na minha época, e tínhamos 1 vaga de Pneumologia para todos, carenciada, a nível nacional...

Concorri a Aveiro, mas não sei se me vão excluir... provavelmente vão...

Estou doente!”

Carta da OM ao Provedor de Justiça

No final do ano passado o Ministério da Saúde publicou o Despacho nº 15630/2012, tendo em vista a abertura de procedimentos concursais para celebração de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado ou de contrato individual de trabalho por tempo indeterminado ao abrigo do Código do Trabalho, concurso esse exclusivo para os médicos que concluíram a respetiva formação médica especializada na 2.ª época de 2012.

A Ordem dos Médicos contestou a iniquidade e injustiça destes concursos fechados, que até poderão ser inconstitucionais. Fê-lo para o Ministério da Saúde e publicamente e escreveu a V. Exa. a solicitar a superior opinião e eventual intervenção da Provedoria de Justiça. Além disso, prestámos aconselhamento jurídico aos Colegas que entenderam contestar esse

concurso.

Surpreendentemente e, mais uma vez, sem qualquer justificação aparente, o Ministério da Saúde reitera nas mesmas práticas, publicando o Despacho 2546/2013, colocando mais vagas a concurso mas agora apenas para os médicos que concluíram a respetiva formação médica especializada na 2.ª época de 2010, nas duas épocas de 2011 e na 1.ª de 2012.

A Ordem dos Médicos tem recebido várias reclamações dramáticas, de que junta uma, de Colegas que assim se vêm administrativamente impedidos de concorrer a uma carreira profissional no SNS, vendo defraudadas as suas expectativas de acesso a concursos públicos em regime de igualdade com os outros candidatos, ficando até numa situação difícil de ausência de qualquer apoio social. Colegas há que, por terem acabado a sua especialidade até 2010 e, por circunstâncias várias, não terem ficado colocados, se vêm agora inapelavelmente ultrapassados por Colegas mais novos.

Porque a Ordem dos Médicos considera como profundamente injusta, constitucionalmente discutível e moralmente inaceitável a abertura de concursos fechados, vimos solicitar a V. Exa. a realização de uma audiência para a análise desta problemática

Com os mais respeitosos cumprimentos,

José Manuel Silva

Presidente do Conselho Nacional Executivo da OM



Departamento Jurídico

Estatuto do Medicamento - Declaração de Apoios

A propósito das alterações ao Estatuto do Medicamento no que se refere às normas relativas a publicidade e a declaração de apoios, ao Decreto-Lei 20/2013m, divulgamos a análise do Departamento Jurídico da OM.

«Foi solicitado a este departamento esclarecimento sobre a mais recente alteração ao Estatuto do Medicamento, pela qual os médicos e demais os profissionais de saúde ficam obrigados a registar em página da internet livremente acessível ao público todos os apoios recebidos da indústria farmacêutica.

Pretende-se saber qual a sua abrangência, isto é, que tipos de apoios estão sujeitos a esse registo.

Vejamos.

De acordo com o artigo 159.º, n.º 6 do Decreto-Lei n.º 176/2009, de 30 de Agosto, na redação introduzida pelo Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de Fevereiro, “Toda e qualquer associação, ou qualquer outro tipo de entidade, independentemente da sua natureza ou forma, representativa de determinado grupo de doentes, associação ou sociedade médica de cariz científico ou de estudos clínicos, ou ainda toda e qualquer entidade, pessoa coletiva ou singular, que receba subsídio, patrocínio, subvenção ou qualquer outro valor, bem ou direito avaliável em dinheiro, nos termos do número anterior, fica obrigada a comunicar esse facto, no

prazo de 30 dias, ao INFARMED, I.P., em local apropriado da página eletrónica desta Autoridade Nacional, bem como a referenciar o facto em todo o documento destinado a divulgação pública que emita no âmbito da sua atividade”.

Face ao teor desta norma, interessa conhecer o n.º 5 do mesmo artigo, que tem a seguinte redação: “Qualquer entidade abrangida pelo presente decreto-lei que, diretamente ou por interposta pessoa, conceda ou entregue qualquer subsídio, patrocínio, subvenção ou qualquer outro valor, bem ou direito avaliável em dinheiro, a associação ou qualquer outro tipo de entidade, independentemente da sua natureza ou forma, representativa de determinado grupo de doentes, ou ainda a empresa, associação ou sociedade médica de cariz científico ou de estudos clínicos, fica obrigada a comunicar esse facto, no prazo de 30 dias, ao INFARMED, I.P., em local apropriado da página eletrónica desta Autoridade Nacional”.

Da leitura conjugada destes dois preceitos, desde logo ressalta o facto de os médicos, independentemente de trabalharem para o sector público, privado, social ou cooperativo, estarem obrigados a comunicar

o subsídio, patrocínio, subvenção ou qualquer outro valor, bem ou direito avaliável em dinheiro recebido, mas as entidades abrangidas pelo diploma não terem idêntica obrigação quando o destinatário é uma pessoa singular pois a norma limita-se “(...) a associação ou qualquer outro tipo de entidade, independentemente da sua natureza ou forma, representativa de determinado grupo de doentes, ou ainda a empresa, associação ou sociedade médica de cariz científico ou de estudos clínicos”.

Pela leitura conjugada dos artigos 158.º a 161.º, concluímos que as entidades abrangidas pelo diploma podem:

- Patrocinar congressos, simpósios ou quaisquer ações ou eventos de cariz científico ou de divulgação, direta ou indireta, de medicamentos;
- Suportar custos de acolhimento (os encargos com a inscrição, deslocação e estadia) dos participantes nas ações de formação, informação ou de promoção de vendas nas ações ou eventos de cariz exclusivamente profissional e científico;
- Pagar os honorários a profissionais de saúde pela sua participação ativa, nomeadamente

através da apresentação de comunicações científicas em eventos desta natureza ou em ações de formação e de promoção de medicamentos, desde que, em qualquer caso, o aludido pagamento não fique dependente ou seja contrapartida da prescrição ou dispensa de medicamentos;

- Dar ou prometer objetos de valor insignificante e relevantes para a prática da medicina ou da farmácia.

O diploma esclarece, no n.º 7 do artigo 159.º, que “o INFARMED, I.P., disponibiliza na sua página eletrónica a informação prevista nos números anteriores”.

Elencado o tipo de apoios autorizados, regressamos à questão que nos foi colocada, dizendo que os médicos estão obrigados a registar na página eletrónica do Infarmed os apoios recebidos para participação em congressos, simpósios ou quaisquer ações ou eventos de cariz científico ou de divulgação de medicamentos. É este, em nosso entender, o critério legal definido pelo n.º 1 do artigo 159.º, à luz do qual consideramos que deve ser interpretado o n.º 6 do mesmo artigo.

Segundo o artigo 150.º, n.º 1, alínea f) do diploma, os apoios recebidos para as reuniões de promoção de medicamentos serão, sem dúvida, enquadráveis nesse conceito.

Naturalmente que a dificuldade se coloca na definição do que pode ser abrangido no conceito de “ações ou eventos de cariz científico ou de divulgação de medicamentos”.

Dir-se-á que um almoço oferecido por um delegado de informação médica a um profissional de saúde não é uma ação de cariz científico mas poderá ser entendida como uma ação de divulgação de medicamentos?

Estará o profissional obrigado a dar publicidade, junto do Infarmed, dessa refeição, desse “apoio”? E a oferta da assinatura de uma revista científica? E de uma impressora para, por exemplo, impressão do receituário eletrónico?

Julgamos que, neste momento, só o aplicador da lei – INFARMED – poderá definir, com precisão, qual o critério que os profissionais de saúde deverão adotar.

Contudo, tendo em mente que o legislador admite a oferta de objetos de valor insignificante e que, por outro lado, não constituem crime de recebimento indevido de vantagem (vide artigo 372.º do Código Penal, aplicável apenas a funcionários do Estado, ainda que no sentido lato constante do artigo 386.º do Código Penal) “as condutas socialmente adequadas e conformes aos usos e costumes”, somos de parecer que os exemplos acima citados não constituem o profissional de saúde na obrigação de proceder ao registo público desse “apoio”.

Com efeito, parece-nos descabido e excessivo registar um apoio no valor de €0,50 (cinquenta cêntimos) como já consta do registo oficial. Não foi, seguramente, este o pensamento do legislador quando criou esta obrigação.

Por outro lado, mesmo o registo de certos “apoios” poderão constituir uma verdadeira autoincriminação do profissional de saúde caso o Infarmed (e o Ministério Público) venha a considerar que tal apoio é mais do que uma conduta socialmente adequada e conforme aos usos e costumes, caindo-se assim no âmbito do crime de recebimento indevido de vantagem.

Para se compreender o

perigo que encerra o registo ora criado seguiremos de perto o trabalho da Dr.ª Rita Maria Meira Niza, intitulado “Contributo para a análise do novo crime de recebimento indevido de vantagem” (<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8943/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20CONTRIBUTO%20PARA%20AN%C3%81LISE%20DO%20CRIME%20DE%20RECEBIMENTO%20INDEVIDO%20DE%20VANTAGEM.pdf>). Neste texto que a seguir transcrevemos encontraremos uma síntese do que poderão ser as designadas “condutas socialmente adequadas”:

Como exemplos de condutas que, embora sejam indesejáveis, se encontram culturalmente enraizadas, e daí que se possam considerar como socialmente toleradas, podemos elencar, a aceitação do pagamento isolado de um café num vulgar estabelecimento, as prendas decorrentes das relações afetivas ou familiares, a tradição de na altura de determinadas épocas festivas, nomeadamente no Natal e na Páscoa, oferecerem-se prendas a diversas autoridades públicas, o que constitui uma prática tão generalizada que já entrou nos costumes, «o caso da prenda de Natal à professora da escola primária pública», o «convite dirigido ao funcionário para assistir a eventos públicos culturais ou desportivos, desde que nele desempenhe um papel exclusivamente representativo, isto é, desde que não tire qualquer proveito económico além da presença no evento». Aliás, e ainda como exemplos de casos que não integram a prática de crime e reproduzindo aqui os casos apontados por Figueiredo Dias, podemos referir as pequenas lembranças de cortesia ou publicidade (a agenda para o ano que começa), pequenas gratificações em épocas festivas (as boas-festas

a empregados de limpeza) ou a outorga de benesses de exclusivo significado honorífico (medalhas, condecorações). Diferente é já, porém, a situação de aceitação de ofertas substanciais, ou seja, de prendas que não são irrelevantes ou desprezíveis e que não estão enraizadas nos usos e costumes, e também o caso em que a aceitação de vantagens corresponde a uma prática frequente do funcionário público. Desta forma, já não se pode entender que configurem situações reconduzíveis ao conceito de comportamento socialmente adequado, o caso do médico que trabalha para o Serviço Nacional de Saúde e que aceita uma viagem com carácter eminentemente turístico de laboratórios da indústria farmacêutica ou de empresas de genéricos e a situação de alguns funcionários hospitalares que aceitam vinhos caríssimos por parte de agências funerárias a fim de darem conhecimentos de óbitos. A ser assim, as condutas referidas, devem considerar-se abrangidas pelo crime de recebimento indevido de vantagem, pois, estão para lá do socialmente adequado e, por isso, são tipicamente lesivas do bem jurídico, traduzindo-se numa forma de mercadejar com o cargo.

Como se pode concluir, existe uma fina linha que separa o comportamento criminoso da conduta socialmente aceite, sendo que o novo regime legal, agora em apreço, veio criar uma terceira entidade, que “caminha” sobre essa linha.

Alega o legislador que a publicitação dessas ofertas/apoios é uma forma de se conseguir isenção e transparência na emissão de comentários, análises e estudos e nas manifestações públicas de grupos da sociedade civil. No campo particular dos prescritores, o legislador esclarece que pretende “dar a

conhecer a atribuição e a receção, entre quaisquer entidades, de vantagens económicas com influência no exercício de atividade enquadrada pela política do medicamento, desde as associações de doentes às sociedades de estudos clínicos e aos profissionais de saúde”. Este mecanismo (registo público de ofertas) nada tem de inovador, existindo na Comissão Europeia (para valores superiores a €150,00) e no Reino Unido (Bribery Act), por exemplo, estando também previsto que venha a ser aplicado em Portugal no âmbito da Administração Pública, existindo projetos e propostas legislativas nesse sentido.

Da pesquisa efetuada na internet foi possível detetar a existência de várias referências à implementação nos E.U.A. e na Europa de sistemas semelhantes, sendo o exemplo norte-americano o mais publicitado, com a curiosa designação de Physician Payments Sunshine Act, cuja leitura se recomenda vivamente dado tratar-se de um documento que consolida todos os dilemas ético/morais que este tipo de dever levanta, além de ser o resultado de dois anos de consultas aos diversos stakeholders.

O documento pode ser consultado em <https://s3.amazonaws.com/publicinspection.federalregister.gov/2013-02572.pdf>.

Adicionalmente, por serem mais sucintos, indicam-se ainda três fontes, igualmente úteis: <http://www.ama-assn.org/amednews/2013/02/18/prsb0218.htm>; http://www.nytimes.com/2012/01/17/health/policy/us-to-tell-drug-makers-to-disclose-payments-to-doctors.html?_r=3&pagewanted=all&_http://www.propublica.org/series/dollars-for-docs. É importante notar que o

sistema norte-americano apenas impõe o dever de comunicação às empresas farmacêuticas ou fabricantes de dispositivos médicos, não existindo qualquer dever por parte dos profissionais de saúde.

Esta distinção afigura-se relevante.

A nosso ver, a existência desta obrigação de registo colide com o princípio constitucional da presunção de inocência, pois pode constituir, na prática, uma forma de obtenção de prova (por confissão) de cometimento de um crime de receção indevida de vantagem ou de corrupção ativa.

Por outro lado, a publicitação (ou a publicidade) do registo faz cair sobre o médico a suspeita de que exerce a sua profissão condicionado pelos apoios que lhe são concedidos, criando assim reticências na relação médico/doente que se pretende e se exige que seja de plena e mútua confiança, constituindo um “ataque” à dignidade profissional e, portanto, uma violação do direito ao bom nome e reputação, constitucionalmente consagrado no artigo 26.º, n.º 1 da Constituição. A comparação com as exigências feitas aos deputados julgamos não fazer sentido pois os médicos não são eleitos nem estão em representação dos cidadãos, mas “apenas” e só a exercer uma profissão, ao abrigo do direito ao trabalho e à livre iniciativa privada. Não faz, a nosso ver, sentido que o escrutínio exigido aos médicos seja superior do que aquele imposto aos representantes da Nação.

Note-se ainda que idêntica exigência não é feita aos membros dos órgãos do Infarmed, que “apenas” estão obrigados a apresentar “anualmente uma declaração sobre os seus interesses

financeiros, da qual constem todos os interesses diretos ou indiretos que possam estar relacionados com entidades que estejam sujeitas a regulação ou supervisão do INFARMED, I.P.”, assegurando este “pelos meios mais adequados e no respeito pela legislação aplicável, tanto o registo como a consulta, por quaisquer terceiros, do registo de interesses previsto no número anterior” – vide artigo 200.º do aqui analisado Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de Fevereiro.

Ou seja, não existe qualquer obrigatoriedade de comunicar o recebimento de qualquer tipo de ofertas, o que poderá ser entendido como uma discriminação injustificada face aos profissionais de saúde, logo inconstitucional por violação do princípio da igualdade.

Importa ainda referir que o tratamento de dados previsto no diploma impunha o parecer prévio da Comissão Nacional de Proteção de Dados, face ao disposto no artigo 22.º, n.º 2 da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro (“A CNPD deve ser consultada sobre quaisquer disposições legais (...) relativos ao tratamento de dados pessoais”).

Ora, o diploma não faz qualquer referência a essa audição nem a

página da internet da Comissão refere a existência de um tal parecer no ano de 2013 ou 2012.

– vide <http://www.cnpd.pt/bin/decisoões/decisoões.asp>

Acresce que também não está assegurado ao profissional de saúde qualquer direito de correção dos dados ali colocados pelas empresas. Por forma a realmente se alcançar a transparência desejada, é importante que os dados constantes do registo sejam rigorosos e verdadeiros, devendo ser dado ao profissional de saúde o direito de rever e confirmar os dados ali inseridos antes de serem tornados públicos.

De notar, ainda, que da Circular Informativa n.º 24/CD/8.1.6, de 14-02-2013, do INFARMED resulta a exigência da comunicação de um conjunto de dados pessoais que nos parecem excessivos e, conseqüentemente, não proporcionais ao fim em vista.

Em conclusão:

- Dado que, a nosso ver, o dever de comunicar poderá colidir com, pelo menos, dois princípios constitucionais, somos de parecer que a questão da inconstitucionalidade da norma deverá ser levantada junto do

Sr. Provedor de Justiça, para que este exerça, caso assim o entenda, o seu poder de suscitar a questão junto do Tribunal Constitucional;

- Adicionalmente, sugere-se um pedido de esclarecimento junto da C.N.P.D. sobre a legalidade do tratamento de dados previstos na norma em apreço e da eventual obrigatoriedade de parecer prévio daquela autoridade, assim como da adequação dos dados pessoais exigidos pelo INFARMED para que os profissionais de saúde façam o registo na Plataforma de Comunicações – Transparência e Publicidade;

- Por fim, porque a norma abrange os profissionais de saúde elencados na alínea aaa)¹ do artigo 3.º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 176/2009, sugere-se ainda que esta questão seja levada ao Conselho Nacional das Ordens Profissionais para eventual tomada de posição institucional. Esta é, salvo melhor, a n. opinião. O Consultor Jurídico, Vasco Coelho
2013-02-27»

1 aaa) «Profissional de saúde», a pessoa legalmente habilitada a prescrever, dispensar ou administrar medicamentos, designadamente médicos, médicos dentistas, médicos veterinários, odontologistas, farmacêuticos ou enfermeiros.

Conselho Disciplinar Regional do Sul

Edital

Torna-se público, nos termos das disposições conjugadas dos Art.ºs 10º do Código Deontológico, e dos Art.ºs 13º n.º 1 alínea b), e 17º n.º 1 alínea b) do Estatuto Disciplinar dos Médicos (Dec. Lei 217/94, de 20.08) que o Conselho Disciplinar Regional do Sul, por acórdão de 18 de Setembro de 2012, transitado em julgado, condenou o médico Dr. Henri Paul Octave Jules Marie Joseph Eloy, inscrito nesta Secção Regional do Sul com o número 38701, na pena de cinco anos de suspensão, com pena acessória de publicidade da pena, tendo sido notificado para dar início ao cumprimento da pena, dia 1 de Março de 2013.

Lisboa, 5 de Março de 2013

Dr. Manuel Marçal Fontes Mendes Silva

O Presidente do Conselho Disciplinar Regional do Sul



Armazenamento de células estaminais

Perante um pedido de informação sobre armazenamento de células estaminais obtidas a partir do sangue colhido do cordão umbilical na altura do parto para transplante autólogo, foi solicitado um parecer ao Colégio de Genética Médica, cuja Direcção apresentou uma posição em consonância com diversos pareceres do European Group on Ethics in Science and New Technologies da Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada e do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, entre outros, o qual passamos a transcrever.

Parecer

A Direcção do Colégio de Genética Médica, em consonância com diversos pareceres do European Group on Ethics in Science and New Technologies (2004), Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (2005), Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2006) e American College of Obstetricians and Gynecologists (2008 e 2010) entende que, uma vez salvaguardadas todas as condições técnicas e éticas enumeradas nos documentos referidos e em vários pareceres do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, é razoável com base nos conhecimentos actuais afirmar que:

- a probabilidade de utilização de células estaminais de sangue do cordão umbilical num familiar é inferior a 1 em 3.000;
- a probabilidade de utilização de células estaminais de sangue do cordão umbilical no próprio

é de 1 em 20.000 (e nunca para doenças genéticas, incluindo as doenças hereditárias do metabolismo, ou leucemias).

O European Group on Ethics in Science and New Technologies (EGE), instituição independente, multidisciplinar e pluralista, cujo papel é assessorar em como os valores éticos das sociedades europeias podem ser tomados em consideração nos desenvolvimentos científicos e tecnológicos promovidos pelas políticas comunitárias, emitiu, em 16 de Março de 2004 a sua Opinião n.º 19 nos aspetos éticos dos bancos de sangue do cordão umbilical

Desde 1988 células retiradas de sangue do cordão umbilical são usadas como fonte de células estaminais para transplante para tratar pacientes com doenças do sangue, metabólicas ou imunológicas.

Com efeito, o sangue do cordão umbilical é rico em células estaminais hematopoiéticas

(células que se podem desenvolver em qualquer célula branca do sangue) que podem repopular a medula óssea dos pacientes, constituindo uma fonte de células do sangue e, por causa das suas características imunológicas, células estaminais do sangue do cordão umbilical são menos susceptíveis de induzir reacções de rejeição após o transplante do que as células estaminais colhidas da medula óssea de dadores.

Habitualmente, o sangue do cordão é armazenado em bancos públicos, ou privados mas não comerciais que o colectam de dadores voluntários (com efeito existem bancos deste tipo em vários países, mas ainda não em Portugal). Sangue do cordão está, nesses casos, disponível para qualquer paciente que dele necessite desde que exista compatibilidade (chamada HLA) entre o dador e receptor.

O EGE é de opinião que se devem promover «apoios a bancos

públicos de sangue do cordão para transplantes alogénicos (entre indivíduos diferentes) e o seu funcionamento a longo prazo deverá ser assegurado”.

O desenvolvimento de redes e registos que garantam que qualquer paciente que necessite transplante encontre rapidamente uma amostra adequada de um dador compatível deverá também ser encorajado e apoiado.

As implicações éticas de tais bancos de sangue do cordão estão defendidas na Lei n. 12/2005 de 26 de Janeiro, em Portugal. Ressalvam-se os valores a serem salvaguardados: integridade física do dador, respeito pela privacidade e confidencialidade dos dados, promoção da solidariedade, justiça no acesso aos cuidados de saúde e informação e consentimento dos dadores.

Informa-se que: a probabilidade de alguém vir um dia a precisar de um transplante autólogo (de si próprio) nos primeiros vinte anos de vida tem sido estimado como de 1/20.000. Para além disso ainda não foi inequivocamente demonstrado que células utilizáveis para transplante possam ser armazenadas por mais de 15 anos (tempo máximo para o qual tal possibilidade já foi realmente demonstrada) (Cord Blood Banking for Potential Future Transplantation, Section on Hematology/Oncology and Section on Allergy/Immunology, Pediatrics 2007; 119; 165-170).

Muita investigação é efectuada em células estaminais, em particular, investigação na diferenciação de células estaminais pluripotentes em tipos de células específicas que poderiam ser usadas

para tratamento de doenças crónicas tais como doença de Parkinson, diabetes, cancro ou enfartes do miocárdio bem como investigação em medicina regenerativa. Contudo, os resultados sugestivos da utilidade de células estaminais carecem ainda de confirmação e a possibilidade de uso de células estaminais do sangue do cordão para medicina regenerativa no próprio é, correntemente, puramente hipotética.

Mesmo que a investigação venha a demonstrar a utilidade de células do sangue do cordão neste tipo de situações, não é evidente que o uso de células do cordão umbilical do próprio seja preferível ao uso da sua própria medula óssea, outro tecido ou células estaminais alogénicas (obtidas de dador) HLA compatíveis. É portanto apenas uma possibilidade que células do cordão umbilical guardadas para uso autólogo (no próprio) venham a ser de qualquer valor no futuro.

Esta é a razão pela qual o EGE é de opinião que «a legitimidade dos bancos comerciais de sangue do cordão para uso autólogo deveria ser posta em causa dado que vendem um serviço que não tem, presentemente, qualquer tipo de uso real no que diz respeito a opções terapêuticas”. Tal facto levanta preocupações éticas sérias.

“Enquanto alguns membros do Grupo consideram que esta actividade deveria ser banida, a maioria considera que as actividades destes bancos deveriam ser apenas desencorajadas, mas a sua proibição representaria uma restrição indevida na liberdade de constituição de empresas e na liberdade de escolha de

indivíduos / casais».

“Se bancos comerciais de sangue do cordão umbilical forem autorizados, informação apropriada deverá ser fornecida a consumidores que considerem o uso dos respectivos serviços, incluindo o facto de que a probabilidade da amostra guardada vir a ser usada para tratar o filho é, correntemente negligível, de que as possibilidades terapêuticas futuras são de natureza altamente hipotética e de que, até agora, não há nenhuma indicação de que a investigação presente conduzirá a aplicações terapêuticas para as células do cordão umbilical do próprio. Portanto, a informação terá de ser particularmente explícita de que a auto conservação de células do próprio cordão umbilical tem pouco valor no estado actual do conhecimento científico. Esta informação deverá ser tornada clara em todos os meios, incluindo a Internet, e em qualquer contrato celebrado entre qualquer banco comercial e os seus clientes.

O EGE congratula-se com a adopção, no dia 2 de Março de 2004, da Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho no estabelecimento de critérios Standard de qualidade e segurança para a dádiva, obtenção, teste, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de células e tecidos humanos o qual estabelece um quadro legal, nomeadamente em termos de autorização, licenciamento, acreditação, inspecções, controlos, promoções e publicidade e experiência dos técnicos.

Também achamos importante transcrever a seguinte frase extraída do documento do EGE:

“Informação a consumidores e cidadãos:

Os cidadãos podem ser tentados a tirar vantagens de todas as possibilidades propostas para a saúde mesmo se elas não tiverem sido validadas. Para além disso, os períodos de gravidez e nascimento representam um período em que as mulheres / pais podem estar vulneráveis. Esta vulnerabilidade e a sensação de culpa nos pais que desejam fazer tudo para o bem da sua criança, induzida pelo fornecimento de informação enganadora ou excessivamente optimista, pode conduzir as pessoas a investir num produto que eles podem realmente ter dificuldades em adquirir, e que pode não valer o dinheiro investido.”

Caso estejam interessados poderão obter o referido parecer integral e gratuitamente do seguinte website:

http://ec.europa.eu/bepa/european-group-ethics/docs/avisl_9_en.pdf Poderão também obter *opress release* original de:

<http://ec.europa.eu/bepa/european-group-ethics/docs/cpl9en.pdf>

Transcreve-se ainda, a conclusão da Recomendação n.º R/01/ERS/05, sobre a Colheita e Conservação de Células Estaminais do Sangue do Cordão Umbilical de Recém-Nascidos, da Entidade Reguladora da Saúde em Portugal, datada de 11 de Abril de 2005:

1. No processo de divulgação e de apresentação pública desta intervenção médica, nomeadamente através da Internet ou de folhetos explicativos, a informação a prestar aos casais que recorrem a esta técnica deve ser **clara** e

precisa, evitando o recurso a linguagem técnica ou a termos médicos. Os casais devem ser cabalmente esclarecidos sobre os presumíveis benefícios das células estaminais provenientes do sangue do cordão umbilical do nascituro;

2. A obtenção de **consentimento informado**, livre e esclarecido é uma obrigação ética e um dever jurídico que impende sobre todos os intervenientes neste processo, com especial acuidade para os médicos ou enfermeiros envolvidos na colheita de sangue do cordão umbilical do nascituro. Em nenhum caso devem ser discriminadas as mães portadoras da infecção pelo VIH ou Hepatite B;

3. Deve constar do documento de informação a finalidade da colheita, os presumíveis benefícios, o tempo de conservação e o destino a dar ao material biológico, findo o período previsto no contrato de prestação de serviços;

4. Os operadores (empresas dedicadas a esta actividade) devem comprovar inequivocamente a qualidade dos actos praticados, desde logo a **acreditação ou certificação dos laboratórios** (nacionais ou internacionais) envolvidos na criopreservação de células estaminais. Por maioria de razão quando se prevê que estas células sejam conservadas durante mais de duas décadas;

5. A **garantia de qualidade** deve ser demonstrada através da publicitação dos processos de acreditação ou certificação e do envio à Entidade Reguladora da Saúde da documentação comprovativa destes procedimentos;

6. No caso da técnica ser utilizada em hospitais públicos

(independentemente do modelo de gestão envolvido) deve existir **autorização expressa do conselho de administração e do director de serviço** onde a técnica é utilizada. Mais ainda, devem ser determinados os custos da utilização desta técnica para o hospital (mão de obra, tratamento de resíduos, etc.) e estes **devem ser suportados pela empresa promotora**;

7. Devem ser definidos os **níveis de responsabilidade** de todas as partes envolvidas, dado que, quer a utilização da técnica (colheita de sangue), quer o manuseamento de produtos biológicos tem sempre algum risco (ainda que reduzido) de acidente, tanto para o utente como para os profissionais de saúde envolvidos (acidente de trabalho de médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, etc). Neste sentido deve ser padronizado o termo de responsabilidade por parte dos casais;

8. As agências responsáveis pelo início e acompanhamento da actividade devem monitorizar eficazmente os operadores em causa. Tratando-se o Kit de colheita de sangue do cordão de um **dispositivo médico** deve determinar-se se este se encontra, ou não, de acordo com a **legislação nacional e comunitária** que regulamenta a sua utilização. Mais ainda, deve apurar-se se estão, ou não, reunidas as condições para o licenciamento da actividade dado que se trata de empresas que prestam serviços na área da saúde;

9. Deve a Comissão Nacional de Protecção de Dados Pessoais confirmar se o armazenamento num laboratório de células estaminais

proveniente do sangue do cordão umbilical de recém-nascidos se enquadra-nos termos da Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro de 2005 (Informação Genética Pessoal e Infirmação de Saúde) - no conceito e Banco de Produtos Biológicos;

10. Mais ainda, a Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro de 2005 refere expressamente no seu artigo 19.º n.º 10 (Bancos de DNA e

de Outros Produtos Biológicos) que “não é permitido o armazenamento de material biológico humano não anonimizado por parte de entidades com fins comerciais, pelo que importa esclarecer se os laboratórios - nacionais ou estrangeiros - que efectivamente conservam as células estaminais se enquadram, ou não, neste conceito de “entidades com

fins comerciais”;

11. Sugere-se que a Directiva 2004/23/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 31 de Março de 2004 seja rapidamente transposta para ordem jurídica portuguesa.»

Com os meus cumprimentos
Prof. Doutor Jorge M. Saraiva
Presidente da Direcção do Colégio da Especialidade de Genética Médica da Ordem dos Médicos

Acupunctura médica - participação em congressos médicos

Caros Colegas

A comissão de Competência em Acupunctura Médica tem constatado que continuam a ser convidados para os congressos médicos como palestrantes de temas relacionados com as terapêuticas complementares, nomeadamente a acupunctura, indivíduos sem formação médica.

Nesse sentido, relembramos a classe médica que existe uma Competência Médica em Acupunctura há mais de 10 anos, uma Sociedade Portuguesa Médica de Acupunctura, assim como formação pós-Graduada em Acupunctura, em quatro Universidades de Medicina, existindo, por isso, um número significativo de médicos com Competência em Acupunctura Médica

Lisboa, 19 de Março de 2013

Pela Comissão de Competência Médica em Acupunctura
Pires da Silva

Colégio da Especialidade de Radioncologia

O Conselho Nacional Executivo, na sua reunião de 01 de Março de 2013, deliberou alterar a designação do Colégio da Especialidade de Radioterapia para Radioncologia.



António Sampaio da Nóvoa

Reitor da Universidade de Lisboa

A formação universitária é infinitamente mais do que uma acumulação de créditos

António Sampaio da Nóvoa, Reitor da Universidade de Lisboa, é muito crítico do excesso de burocracia que entrava o bom funcionamento das universidades. Considera-o quase mais pernicioso do que a falta de financiamento. Defendendo ser fundamental «ligar a formação à profissão» num modelo que não separe «a formação do espírito e da pessoa», porque conhecimento e pessoa são indissociáveis, Sampaio da Nóvoa salienta que a qualidade da formação deverá avaliar-se não pelo diploma em si mas pelo que o licenciado venha a fazer com esse diploma. Igualmente essencial é a definição «políticas que liguem a educação à organização social e económica» e que «articulem o investimento em formação com a mudança das estruturas de trabalho». O discurso sobre a banalização dos estudos ou o excesso de licenciados não o sensibiliza, especialmente porque a Europa ainda está muito a baixo da média americana. Em face da crise e do esforço financeiro que um curso superior acarreta, o Reitor da UL é peremptório ao afirmar que as universidades não têm «o direito de defraudar as expectativas de jovens e famílias, atribuindo-lhes diplomas sem préstimo e sem valor», efectuando a apologia de um ensino de qualidade, «capaz de contribuir para o desenvolvimento do país», mas ressaltando a importância da escolha de instituições com «qualidade e prestígio».

António Sampaio da Nóvoa é Reitor da Universidade de Lisboa desde 2006. Desde o início do seu mandato tem-se batido por uma reorganização da rede do ensino superior, em particular em Lisboa através da ligação entre a Universidade 'Clássica' e a Universidade Técnica. É Doutor em História pela Universidade de Paris IV-Sorbonne e Doutor em Educação pela Universidade de Genebra.

Ao longo da sua carreira ensinou em importantes universidades estrangeiras, com destaque para as Universidades de Genebra, Paris V, Wisconsin e Oxford e para a Columbia University em Nova Iorque.

Os seus trabalhos académicos, publicados em quinze países, incidem fundamentalmente sobre políticas educativas, história da educação e da cultura, estudos comparados e temas universitários.

Foi Consultor para a Educação do Presidente da República, Jorge Sampaio. No ano de 2012, foi nomeado Presidente das Comemorações do Dia de Portugal, de Camões e das Comunidades. Recentemente, foi nomeado Presidente do Conselho Consultivo da Fundação Calouste Gulbenkian para a área da Educação.

Revista da Ordem dos Médicos - **Afirma-se que, na era da sociedade da informação, o antigo princípio de que a aquisição do saber é indissociável da formação do espírito, e mesmo da pessoa, cai - e cairá cada vez mais - em desuso (Jean-François Lyotard, *La Condition Post-Moderne*). Concorda que se trata de uma inevitabilidade?**

António Sampaio da Nóvoa - A reflexão de Jean-François Lyotard é muito importante, mas deve ser vista como um aviso, um alerta, e não como uma inevitabilidade. Nos tempos de hoje, talvez mais do que nunca, precisamos de construir uma nova 'inteligência das coisas'.

Por um lado, já não basta a erudição culta à maneira do século XIX, de uma formação enciclopédica da pessoa, num momento em que os livros pertenciam apenas a alguns e eram de acesso restrito. Por outro lado, também não nos basta o modelo que se impôs na segunda metade do século XX, dos 'especialistas especialmente especializados', com um conhecimento fragmentado, separado da formação do espírito e da pessoa, que criou o que Michel Serres designa por «ignorantes cultos».

Não se pode separar o inseparável, o conhecimento e a pessoa. A palavra 'inteligência' ainda tem muito para nos ensinar. Desde logo, na importância de ligar, de interligar, de dar sentido, de transformar a informação, que hoje circula livremente, em conhecimento. Depois, na perspectiva da compreensão do mundo e, sobretudo, da relação com os outros, pois o conhecimento não existe no vazio e integra necessariamente uma

dimensão social. Finalmente, porque o conhecimento é sempre auto-conhecimento, implica que cada um inscreva a sua própria 'pessoalidade' no processo cultural.

ROM - Como analisa a substituição da pergunta «com quem estudou» pela questão «que créditos obteve?»

ASN - Passamos de um modelo mais clássico, que os anglo-saxões designam por 'educação liberal', para modelos mais normativos baseados na acumulação de créditos. A articulação coerente entre estas duas perspectivas é, provavelmente, o que melhor caracteriza as universidades de maior prestígio. Por isso, a questão central é «onde estudou».

Com a expansão do ensino superior tornou-se impossível essa relação individualizada entre mestre e discípulo que continua a habitar o nosso imaginário. A este propósito, o livro de George Steiner, *As lições dos mestres*, merece ser lido e relido. Mas a formação universitária é infinitamente mais do que uma simples acumulação de créditos.

ROM - Que critérios devem então ser usados na escolha de um curso superior?

ASN - A qualidade e o prestígio das instituições são, hoje, critérios decisivos para a escolha dos cursos. Uma universidade é um espaço colectivo, no qual existem professores de referência, que trabalham em conjunto para criar um ambiente estimulante de aprendizagem e formação. Uma universidade é um lugar de ensino e de investigação, de criação científica e cultural, que abre experiências e dá mundo

aos seus estudantes.

Os anos da formação universitária são irrepetíveis. São demasiado importantes para que os desperdicemos em instituições de segundo nível, que não possuem dispositivos de garantia de qualidade e que não fornecem aos seus estudantes uma vida cultural, científica e artística. Num passado ainda recente os diplomas tinham um valor intrínseco. Hoje, não têm. O seu valor depende, e muito, do prestígio da universidade onde foram obtidos.

ROM - Concorda que, se mantivermos o desinvestimento no ensino superior, se corre o sério risco de transitar de uma Europa do Conhecimento para um mercado único da banalidade académica?

ASN - É um debate muito difícil, que se repete ano após ano. Os historiadores da educação sabem que, pelo menos desde o século XIX, todas as gerações se queixam de uma 'banalização dos estudos' com a correspondente perda de qualidade. Em Portugal, homens como Jaime Moniz, Ramalho Ortigão, Adolfo Coelho ou Júlio de Matos, entre tantos outros, traçam um retrato calamitoso do estado do ensino na transição do século XIX para o século XX. E depois... foi sempre a piorar.

ROM - Uma consequência da massificação do ensino...

ASN - Certamente que a massificação do ensino, seja no básico seja no superior, arrasta problemas com as aprendizagens e a qualidade da formação. Em Portugal, houve um esforço enorme de expansão do ensino superior. Em 1970, tínhamos cerca de 40.000 estudantes. No final do século XX, esse número

tinha decuplicado, passando para quase 400.000. O mesmo se tem passado na Europa. Mas, em comparação com os Estados Unidos da América, há ainda um longo caminho a percorrer. E, por isso, a estratégia *Europa 2020*, recentemente aprovada, tem como um dos seus principais objectivos aumentar o número de diplomados do ensino superior. A preocupação com a avaliação das aprendizagens e a qualidade da formação deve estar sempre presente. Mas devemos ter consciência de que é nesta nova geração, com qualificações superiores, que podemos assentar um novo modelo de desenvolvimento em Portugal e na Europa. Para isso, precisamos de definir políticas que liguem a educação à organização social e económica, que articulem o investimento em formação com a mudança das estruturas de trabalho e de produção.

ROM - Ter uma educação superior de qualidade será, hoje, sinónimo de «perda de tempo»?

ASN - Certamente que não. Apesar do drama que, hoje, vivem os licenciados desempregados, todos os estudos, nacionais e internacionais, sublinham que o facto de possuir um diploma universitário é um elemento favorável para uma mais fácil inserção na vida activa. E sublinham também, sobretudo no caso português, que continua a haver grandes diferenças salariais entre pessoas com e sem formação de nível superior.

As famílias portuguesas têm consciência desta realidade e, mesmo em momentos de crise, procuram que os seus filhos sigam estudos universitários. É uma realidade

nova em Portugal, que traz uma enorme responsabilidade às universidades. Não temos o direito de defraudar as expectativas de jovens e famílias, atribuindo-lhes diplomas sem préstimo e sem valor.

ROM - Mas o importante não será apenas obter o diploma...

ASN - Nunca esqueçamos que o nosso maior bem é a formação que damos aos estudantes, é o valor que está incorporado num percurso, num diploma, no prestígio desse diploma, no bom nome e na reputação da universidade. E nunca esqueçamos que não contam apenas os diplomas. Conta, e muito, o que cada um faz com o seu diploma, com a sua formação. A nossa distinção maior estará sempre nas vidas futuras dos nossos estudantes, naquilo que cada um fizer, por si e pelos outros.

ROM - Em nome da empregabilidade e da competitividade estaremos a prejudicar a qualidade do ensino superior?

ASN - São conceitos que devem ser manuseados com todo o cuidado, pois têm sido utilizados

de forma redutora e têm contribuído, frequentemente, para empobrecer o debate universitário.

É preciso não confundir ‘características primárias’ da formação universitária – como a capacidade de pensar, de conhecer ou de argumentar – com ‘características secundárias’ – como a empregabilidade ou o empreendedorismo –, que derivam destas e que só podem desenvolver-se em ambiente empresarial, em ambiente de trabalho, no dia-a-dia da profissão. As universidades não são escolas de formação profissional, no sentido estrito do termo, ainda que a preparação para as *learned professions* (as profissões baseadas no conhecimento) seja parte decisiva e estruturante do seu trabalho.

ROM - Mas é necessário estabelecer relações entre formação e empregabilidade...

ASN - É fundamental desenvolver uma reflexão sobre as profissões e sobre o emprego, criar fóruns de encontro com as empresas e com as associações profissionais, promover gabinetes de inserção profissional,



criar formas de apoio e de incentivo às iniciativas de criação de emprego dos estudantes e diplomados, numa palavra, ligar o que está dentro ao que está fora. E antecipar as grandes evoluções da sociedade e das profissões.

É nesta perspectiva que o debate sobre a empregabilidade e a competitividade deve influenciar as nossas decisões. Não para nos subordinarmos às 'reais necessidades do mercado' (seja lá o que isso quer dizer...), mas para colocarmos o nosso conhecimento e os estudantes que formamos ao serviço de novos modos de organização económica, empresarial, associativa, profissional.

É essa capacidade de transformação, de criação, que define o que há de melhor nas universidades. Não servimos para responder ao que já existe, mas para criar o que ainda não existe.

ROM - Não estaremos, sob o pretexto da mobilidade, a impor às universidades o conceito de 'aluno europeu médio' como parâmetro?

ASN - Creio que não. A mobilidade cria culturas comuns, mas não diminui as nossas características próprias. Se há uma realidade nova, no mundo de hoje, é a diversidade de filiações e de identidades de que cada um de nós é portador. E essa diversidade pode ser enriquecida com a mobilidade que, para mim, é um elemento central da formação universitária.

Um dos aspectos mais nefastos da forma como se desenvolveu em Portugal a rede do ensino superior prende-se com a tendência para estudar o mais perto possível de casa. Nos Estados Unidos da América, e em

vários países europeus, a entrada na Universidade corresponde à saída de casa dos pais e a uma certa autonomia de vida. Há uma dimensão simbólica muito importante, que integra os jovens noutros mundos e num convívio com outras pessoas, hábitos e culturas.

Em Portugal há uma tendência excessiva para nos fixarmos nos mesmos lugares e para deles não sairmos. Mas o momento universitário deve ser sempre encarado como uma partida, o início de uma viagem, como tão bem explica Michel Serres. E, por isso, a mobilidade é tão importante.

ROM - Que autonomia académica neste contexto de contracção económica e crise? Até que ponto a falta de financiamento põe em causa a qualidade do ensino?

ASN - A liberdade académica e científica é central para a vida de uma universidade. Como escreve Jacques Derrida, num texto notável, a universidade representa, necessariamente, uma causa autónoma, incondicionalmente livre na sua instituição, na sua palavra, na sua escrita, no seu pensamento. Mas esta autonomia não é feita de isolamento, mas de responsabilidade e de compromisso.

Num célebre discurso de 1904, já Bernardino Machado dizia: «Que nenhuma Faculdade se quede no seu recinto académico». Para que isto aconteça, nas áreas da cultura, da ciência e da tecnologia, é necessária uma grande autonomia de funcionamento. Tenho dito, numa frase que pode ser equívoca, que as universidades já não são apenas universidades.

O que quero explicar é que, hoje, as universidades já não são apenas lugares de ensino mas são também espaços de ciência e de criação; que abrangem inúmeras iniciativas, onde se concretizam ideias e projectos sociais, culturais, empresariais, tecnológicos, fundamentais para a vida económica e para o desenvolvimento social.

Não é possível gerir toda esta complexidade com as mesmas regras administrativas de uma qualquer repartição administrativa. E também não é possível responder a este conjunto de missões sem um financiamento mínimo, em linha com os padrões europeus. Mas mais grave do que a falta de financiamento é a falta de autonomia.

ROM - Ainda relativamente à autonomia, como analisa a gestão das instituições universitárias?

ASN - Um dos problemas principais das universidades portuguesas é o mundo de burocracia que as envolve. Um dia contarei as inúmeras histórias, trágicas e cómicas, kafkianas, que destroem o dia-a-dia das universidades. Neste contexto, e com níveis tão baixos de financiamento, é um milagre que as universidades continuem a funcionar de modo tão regular, sem endividamento, sem salários em atraso, com os pagamentos em dia. Tem de haver uma exigente avaliação e prestação de contas, mas isso é bem diferente da burocratização diária de todos os gestos e procedimentos.

ROM - Que tipo de faculdades queremos para Portugal: Oxford ou Harvard?

ASN - São duas grandes

universidades, sob todos os pontos de vista. Pessoalmente, tenho uma grande inclinação pelo modelo das grandes universidades norte-americanas, sobretudo das universidades públicas (Califórnia, Illinois, Michigan, North Carolina, Virginia, Wisconsin...). O papel histórico que estas universidades cumprem na formação de pessoas de todas as origens sociais e o modo como integraram a ciência, bem como a ligação forte à sociedade, são aspectos que merecem a nossa atenção.

Mais do que escolher modelos-tipo, o fundamental é assegurar uma educação superior de qualidade, com instituições diferentes, capaz de responder aos anseios dos estudantes e de contribuir para o desenvolvimento do país.

ROM - À semelhança do que, outrora, se referenciava como sendo 'a escola de Direito de Coimbra' ou a 'escola Médica de Lisboa', ainda hoje há este 'espírito transversal' no ensino, ou cada Universidade constitui-se numa amálgama de Departamentos sem estruturação de um pensamento comum?

ASN - Julgo que há, hoje, um movimento de criação de um espírito universitário, que vai mais longe do que a 'Escola de Direito' ou a 'Escola de Medicina', centradas sobre uma determinada área e, num certo sentido, sobre uma determinada profissão.

O processo de fusão que está neste momento em curso entre a Universidade de Lisboa, por vezes chamada 'Clássica', e a Universidade Técnica de Lisboa é um exemplo extraordinário de que, contrariamente ao que dizia





Miller Guerra, as universidades também se auto-reformam.

ROM - O que representa para si essa união de instituições?

ASN - A união da UL e da UTL é feita em nome da liberdade. Liberdade para construir uma universidade pública, forte, prestigiada, que não se deixe fechar na dicotomia entre 'clássica' e 'técnica'. Liberdade para juntar ensino e investigação, para apostar na pós-graduação, designadamente em áreas de fronteira, de cruzamento e de convergência. Liberdade para agir num quadro de 'autonomia reforçada', fundamental para promover o talento, a mobilidade

e a internacionalização.

Não há nada pior do que os discursos que, ao longo dos séculos XIX e XX, justificaram o nosso afastamento dos centros científicos e culturais com as especificidades próprias do 'homem português'. Teríamos inclinação para intermediários, mercadores, mas não para fazermos ciência e criar conhecimento ou tecnologia. Isso seria tarefa de outros e as novidades, um dia, cá chegariam. A futura 'Universidade de Lisboa' é fruto de uma nova consciência dos portugueses. Queremos afirmar a presença da ciência e do conhecimento na sociedade. Queremos afirmar

a presença da universidade na cidade e no país. Queremos afirmar a nossa presença na Europa e no mundo. E para isso precisamos de um novo espírito universitário, que não se deixe fechar nas divisões disciplinares tradicionais.

ROM - Com Bolonha implementado e o aumento do *numerus clausus* em diversos cursos, não concorda que podemos estar a abrir a porta para que as faculdades deixem de ensinar certas valências essenciais para posteriormente venderem pós-graduações?

ASN - É evidente que, na sua origem, o Processo de Bolonha



tem uma matriz economicista. Num certo sentido, é o reconhecimento de que os países europeus não têm condições para continuar a financiar, por via dos erários públicos, estudos universitários longos para um número cada vez maior de estudantes.

E, por isso, ninguém ignora que há hoje tendências fortes de 'mercantilização' do ensino superior, tanto nas instituições privadas como nas instituições públicas. Quando a maioria dos jovens, de todas as origens sociais, tem acesso ao ensino superior, surgem tendências de distinção e de diferenciação, nomeadamente através de 'pós-

graduações de excelência' muito caras.

Temos, sem dúvida, de exercer uma enorme vigilância crítica em relação a tendências que a própria UNESCO denuncia, não só no ensino, mas também na investigação, quando refere que «os mercados estão exercendo uma grande influência sobre a agenda das universidades».

ROM - Considera útil que, na área da medicina, se esteja a dar um segundo curso superior público a quem já tinha um, sendo que, quase inevitavelmente, essas pessoas irão aumentar o número de desempregados (duplamente) licenciados no nosso país?

ASN - É um tema muito difícil, sobre o qual há duas iluminações possíveis, entre outras. Por um lado, não se pode impedir ninguém de fazer novas formações que correspondam a interesses pessoais ou projectos de vida. Eu próprio fiz várias formações, e mesmo dois doutoramentos, e acredito que isso me deu uma visão mais rica de diversos mundos científicos e artísticos. Mas, nestes casos, os custos da formação devem ser assumidos pelo próprio.

Por outro lado, em muitas situações, a frequência de um segundo curso pode revelar-se fundamental para abrir novos caminhos profissionais e conseguir criar novos empregos, em áreas de fronteira, de grande importância para o país. Cruzar cursos de economia e de direito, de saúde e de tecnologia, de artes e de comunicação, entre tantos outros, pode revelar-se uma resposta pertinente em muitos casos.

A sensação de que temos licenciados a mais sempre existiu

em Portugal. Há inúmeros textos e declarações, de meados do século XX, quando poucos estudantes havia no ensino superior, chamando a atenção para o excesso de doutores (?!). É um discurso muito arraigado na sociedade portuguesa que, tendo em conta o drama que hoje se vive com o desemprego dos jovens licenciados, se torna ainda mais intenso. Mas, contra este discurso, é preciso dizer que, de acordo com padrões europeus, Portugal é um dos países com menor percentagem de licenciados na sua população. Nunca podemos esquecer este facto.

ROM - Que sugestões daria para garantir a qualidade do ensino superior, nomeadamente das faculdades de medicina?

ASN - Em primeiro lugar, é fundamental ligar a formação à profissão, integrar as evoluções científicas e tecnológicas na formação e na profissão. O projecto do Centro Académico de Medicina de Lisboa – Faculdade de Medicina, Hospital de Santa Maria e Instituto de Medicina Molecular – é uma iniciativa que vai neste sentido.

Em segundo lugar, desenvolver processos regulares de avaliação, interna e externa, e de garantia da qualidade, de acordo com as melhores práticas internacionais. Há hoje uma cultura universitária que incorpora estas dimensões e que compreende a necessidade de explicar e prestar contas públicas sobre o trabalho que se realiza. Os cientistas adquiriram esta consciência há várias décadas, uma consciência que agora se tem difundido, e bem, em todo o espaço universitário.



As diversas realidades do ACES Arco Ribeirinho

Numa visita a instituições de saúde da Península de Setúbal, o presidente da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, acompanhado por representantes do Distrito Médico de Setúbal, reuniu com médicos de duas unidades do Agrupamento de Centros de saúde (ACES) Arco Ribeirinho.



O ACES Arco Ribeirinho abrange os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, numa área geográfica de 560 Km². O ACES Arco Ribeirinho dispõe de 8 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 6 Unidades de Saúde Familiar (USF), 4 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Saúde Pública (USP), 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e 1 Unidade de Apoio à Gestão (UAG), num total de 21 unidades funcionais. Este ACES desenvolve, também, atividades de vigilância epidemiológica, investigação em

saúde, controlo e avaliação dos resultados e participa na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua. A USF Lavradio e a UCSP do Montijo foram as unidades contempladas nesta visita do presidente da OM. Anita Vilar, presidente da Mesa da Assembleia Distrital de Setúbal, Palma Rodrigues, vice-presidente da Mesa da Assembleia Distrital de Setúbal, e os membros consultivos do Conselho Regional do Sul, pelo Distrito Médico de Setúbal, Daniel Travancinha e Jorge Espírito Santo, e Manuel Rodrigues Pereira, vogal do Conselho Distrital de Setúbal da OM acompanharam o bastonário da Ordem dos Médicos nestas duas visitas, no dia 22 de Março. A reunião na USF do Lavradio contou ainda com a presença de Francisco Gouveia, membro consultivo do Conselho Regional pelo Distrito Médico de Setúbal

e médico desta USF e Maria José Branco médica desta USF, entre outros. A unidade é uma USF modelo B e tem 10 médicos de família e vários internos, numa afirmação da preocupação que existe em desenvolver a vertente de formação. Contudo, como alguns dos orientadores são muito recentes, só quando terminarem um ciclo completo com um interno é que poderão receber mais internos. Perante algumas preocupações manifestadas nesta reunião relativamente à escolha de especialidade, como, por exemplo, o facto de actualmente se poder escolher uma especialidade com zero respostas certas, José Manuel Silva explicou que estão a ser preparadas novas normas, nomeadamente o facto de a nota mínima no exame de seriação para escolha de especialidade passar a ser 40% e que quem não tiver 50% nesse exame não terá autonomia para o exercício da medicina; «Vamos usar o exame do National Board até

atingirmos a capacidade técnica para mudarmos o modelo», explicou; relativamente ao reconhecimento das licenciaturas de médicos estrangeiros ou de médicos portugueses que tenham efectuado a sua formação pré-graduada no estrangeiro, o presidente da OM explicou mais uma vez que a Ordem é obrigada a aceitar a inscrição desde que os documentos estejam reconhecidos, mas solicitou aos colegas que apresentem denúncias sempre que existam casos que lhes suscitem dúvidas para que a OM possa apresentar queixa junto do Ministério Público. Manuel Rodrigues Pereira, vogal do Conselho Distrital de Setúbal da OM, não se coibiu de afirmar que existe «um grande laxismo no processo de reconhecimento de diplomas», dando exemplos de situações em que uma faculdade recusava o reconhecimento e o candidato levava o mesmo diploma a uma faculdade de outra região do país e era reconhecido sem quaisquer problemas.

Um interno de 6º ano presente nesta reunião referiu alguns defeitos do sistema: «devia existir mais tempo de preparação; o curso está mal estruturado e tem demasiados alunos, o 6º ano não é verdadeiramente profissionalizante; acresce que ficamos dependentes da boa vontade do tutor que, não sendo remunerado, pode ou não ensinar algo mais ao interno». Em resposta, o presidente da OM concordou que há situações

que têm que ser revistas mas que «o ensino da medicina em Portugal tem muita qualidade, facto que é reconhecido a nível internacional», opinião partilhada por Anita Vilar que realçou que «os nossos internos são superiores, por exemplo, aos ingleses»; «No que se refere ao ensino pré-graduado a OM não tem capacidade de intervenção», explicou, referindo o caso da Faculdade de Ciências Médicas que alterou totalmente o seu



currículo. Apesar de não haver uniformização, «tem que haver limites para a autonomia», referiu, exemplificando com o caso dos colegas de Coimbra que se queixam legitimamente de terem menos tempo para preparar o exame porque terminam o 6º ano mais tarde do que os outros. «O 6º ano não cumpriu os objectivos para que foi criado» de preparar melhor os alunos, concordou.

Nesta reunião foi igualmente analisada a questão de se estar a proporcionar cursos de medicina como segundo curso a outros profissionais de saúde e o estudo do Health Cluster que pretendia colocar os enfermeiros como ‘ponto de entrada’ no sistema de saúde, explicando que este tipo de abordagem é importado de países onde há falta de médicos, como é o caso britânico, razão pela qual se permite que outros profissionais assumam actos de

menor complexidade, mas com formação específica para o fazer e não apenas com o curso básico de enfermagem (nesta edição, na rubrica ‘informação’, publicamos vários documentos a propósito destas questões). «Há uma guerra de classes na saúde: todas as pessoas querem ser médicos mas... só é médico quem tem o curso de medicina».

A propósito da qualificação dos recursos humanos, Manuel Rodrigues Pereira explicou que o sistema actual é quando os médicos indiferenciados (colombianos ou outros) são colocados nos ACES, e não têm qualidade, o que se faz é pedir à empresa

de recursos humanos que os colocou que não volte a enviar aqueles profissionais. Na USF do Lavradio, especificamente, saúde materna e planeamento familiar é sempre reservado aos especialistas em Medicina Geral e Familiar, contando para o resto com a ajuda dos internos pois há muita falta de recursos humanos. Ainda assim, foi explicado que o recurso a ‘tarefeiros’ é um grande risco em termos de saúde pois,



alguns desses médicos, apesar de só verem o doente uma vez, trocam a medicação crónica que está prescrita pelo médico de família...

Outro assunto de relevo que foi analisado com os médicos desta Unidade de Saúde Familiar, foi a implementação das Normas de Orientação Clínica (NOC). Em face de algumas críticas tecidas pelos colegas ao processo de aprovação das NOCs, o presidente da Ordem dos Médicos esclareceu que apesar de terem sido desenvolvidas muitas normas, apenas 10 estão já aprovadas pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas e que, mesmo essas, ainda podem ser

alvo de revisão, correcção ou actualização pois a vida de uma NOC é um processo dinâmico de melhoria contínua. Perante a 'queixa' de que as NOCs são desenvolvidas por um pequeno grupo de médicos, José Manuel Silva não hesitou em responder que «as NOCs são feitas por 40 mil médicos porque todos nós podemos contribuir durante o longo período de discussão a que são sujeitas as NOCs; além disso, nenhuma norma é aprovada sem a aprovação do Colégio da Especialidade; Não estamos a fazer ciência nova, estamos a adaptar guidelines à nossa realidade; ou seja, um grupo restrito de colegas faz uma reavaliação da evidência

que existe e torna-a visível e auditável por todos os médicos», explicou, lembrando que a partir do momento em que a OM coloca a sua assinatura numa NOC, esta torna-se parte integrante da Leges Artis, e o seu cumprimento passa a ser obrigatório ao abrigo do Código Deontológico. Lembrou ainda que as auditorias têm intuito pedagógico e formativo, não punitivo, e que são uma espécie de recertificação. «A diversidade da prática clínica é um sinal de falta de qualidade; estamos a combater o racionamento com a racionalização das normas clínicas; é um processo de aprendizagem colectivo com vista à melhoria da qualidade da prática clínica; o médico tem a obrigação e a responsabilidade imensa de decidir bem e de acordo com a evidência científica disponível e com o Código deontológico. Não temos liberdade de decisão, temos responsabilidade de decisão», concluiu.

Discutida a questão da falta de recursos humanos, Jorge Espírito Santo interveio definindo como «indigna» a tentativa de contratação de um médico reformado para assegurar a assistência a uma lista de utentes, oferecendo-lhe um pagamento de 200 euros, opinião, naturalmente, secundada quer pelo presidente da OM quer pelos outros elementos da direcção da Distrital de Setúbal. Neste contexto, foi explicado que a contratação de médicos à hora, os referidos 'tarefeiros', é obrigatório que se processe através de intermediários, empresas de colocação de recursos humanos; esta situação, imposta aos ACESs – e a quaisquer outras instituições

de saúde públicas – tem como consequência que não se possa contratar directamente um colega, mesmo que pelo mesmo valor que se pagaria à empresa, com a agravante que os médicos contratados neste sistema, já de si mal pago, ainda têm que deixar uma parte desse pagamento para a empresa intermediária... E, segundo foi referido nesta reunião, só duas ou três empresas de recursos humanos é que estão credenciadas no Ministério Público para esse efeito. Todos os presentes concordaram que deve haver contratação por valores dignos e aceitáveis e Manuel Rodrigues Pereira afirmou mesmo que os ACES deviam ter o direito de contratar directamente sem recurso a intermediários e sem garantias de qualidade.

Seguiu-se a visita às instalações da USF do Lavradio, onde foi explicado que, por exemplo, dos cerca de 800 diabéticos diagnosticados entre os utentes da USF, só 50 é que têm seguimento no Hospital do Barreiro, estando os restantes devidamente controlados apenas com recurso à consulta na USF, facto que consubstancia a «verdadeira acessibilidade aos cuidados de saúde», frisou Anita Vilar. Relativamente ao sistema informático instalado, os colegas da USF referiram estar contentes com o mesmo, «faltando apenas o acesso aos exames de diagnóstico do hospital pois quando isso acontecer iremos poupar muitos mais recursos e tempo». «Muitas especialidades já escrevem os seus relatórios no Sam o que facilita muito o nosso trabalho; as urgências é que ainda não e seria muito útil se o fizessem».

No início da reunião na UCSP Montijo, Daniel Travancinha, membro consultivo do Conselho Regional do Sul, pelo Distrito Médico de Setúbal, referiu que muitos bons especialistas e muitos jovens médicos estão a emigrar o que não irá ajudar na situação da falta de recursos humanos que se verifica actualmente. Um dos participantes nesta reunião é um dos médicos colombianos contratado pelo Governo português. Rosário Santos, médica da UCSP Montijo referiu que esse colega integrou-se muito bem e que teve sempre uma postura correcta, recorrendo, sempre que necessário ao apoio dos outros colegas desta unidade. Esse médico explicou aos representantes da OM que na Colombia o sistema de ensino é diferente e que, apesar de não ser especialista em MGF, tem uma experiência de nove anos de exercício e que a sua formação incluiu programas de saúde materna, saúde infantil, diabetes, hipertensão, etc.

Sobre o tema da mobilidade e recursos humanos falou-se sobre as principais dificuldades sentidas nomeadamente com a reforma de 3 colegas e a saída de outros três colegas para integrar USFs. Estas duas situações fizeram com que houvesse seis novas listas a integrar numa unidade já de si deficitária de recursos humanos. A agravar esta situação, a abertura de vagas não tem acontecido na medida das necessidades: «no meu concurso abriram 28 vagas em MGF: 23 para a margem norte do Tejo e 5 para a margem sul», explicou Manuel Rodrigues Pereira, realçando em seguida a

importância de existirem bons orientadores, embora, como referiu Daniel Travancinha, «neste momento, a probabilidade de estarmos a formar internos para irem embora é muito elevada». Palma Rodrigues lembrou que «a valorização curricular por se ser orientador já não existe» o que não é motivante e exemplificou com os colegas angolanos, os quais não aceitam de bom grado que o exercício de uma actividade de formação seja gratuito e que «ficavam admirados por o fazermos sem que nos paguem nada». Daniel Travancinha, a este propósito, referiu que «um dia alguém irá tratar-nos portanto é nosso dever e nosso interesse ensinar os mais jovens». Perante a queixa de que o ACES não tem autonomia, José Manuel Silva defendeu que «mais do que autonomia deve procurar-se uma partilha da responsabilidade da gestão dos recursos». Manuel Rodrigues Pereira defendeu que «devemos aproveitar a crise para tornar a 'máquina' menos pesada, mais funcional e mais ágil».

Outras questões abordadas nesta reunião foram o problema da fisioterapia - «os doentes gostam muito de fisioterapia» o que provoca dificuldades aos médicos de família no momento de lhes explicar que não existem benefícios terapêuticos na manutenção da fisioterapia; e o que José Manuel Silva definiu como a «mercantilização da medicina» em que se passam mais exames complementares de diagnóstico do que os necessários, gerando despesas injustificadas.



Estudo indica que as bebidas açucaradas podem ser mortais

Bebidas açucaradas, energéticas e refrigerantes à base de fruta podem estar associados a mais de 180 mil mortes anuais. Essa é, pelo menos, a conclusão do estudo apresentado em Março no âmbito das sessões científicas da American Heart Association sobre epidemiologia, prevenção, nutrição, actividade física e metabolismo. As vozes discordantes são várias mas a discussão está lançada e mesmo os investigadores que reconhecem que é difícil imputar uma relação de causa/efeito das mortes apenas ao consumo excessivo de bebidas açucaradas, pronunciam-se pelo resultado benéfico que poderá ser obtido a partir de uma medida simples, mas muito importante, que as pessoas podem adoptar para melhorar a sua dieta alimentar e consequentemente a sua saúde e qualidade de vida: reduzir o consumo de bebidas açucaradas.

As bebidas açucaradas, como os refrigerantes, não se limitam a engordar: segundo um estudo de Harvard este tipo de bebida é mortal. O estudo foi apresentado durante uma conferência da American Heart Association sobre Epidemiology and Prevention/Nutrition, Physical Activity and Metabolism, no dia 19 de Março de 2013, em Nova Orleães no Louisiana e apresenta dados que relacionam, a nível mundial, as bebidas açucaradas com 133 mil mortes por diabetes, 6 mil mortes por cancro e 44 mil mortes por doença cardiovascular. Os resultados do estudo revelam

ainda que a geografia e a economia podem ter impacto na maneira como certas populações são, ou não, afectadas pelo consumo desse tipo de bebidas: das nove regiões mundiais, a América Latina e os países das Caraíbas foram as regiões que apresentaram maior número de mortes relacionadas com a diabetes em associação com o consumo de bebidas açucaradas enquanto que a Europa central e de leste e a Ásia são as regiões com maior número de mortes por doença cardiovascular. O Japão é indicado como o país que tem menos mortes relacionadas

com o consumo de refrigerantes e outras bebidas açucaradas, não sendo de negligenciar o facto de ser também um dos países com menor consumo desse tipo de bebida. Em termos económicos, Gitanjali Singh, uma das autoras do estudo, investigadora na Escola de Saúde Pública de Harvard (Harvard School of Public Health, Boston) considera que os resultados são surpreendentes pois a maior parte das mortes que foram relacionadas com o consumo de bebidas açucaradas ocorreu em países com rendimento médio ou baixo e não, como é

habitual ser associado, em países ricos: «muitas vezes associa-se o problema do consumo exagerado de refrigerantes a países mais ricos», confirmou a investigadora principal deste estudo, salientando que fica agora demonstrado que se trata de uma análise errada.

O estudo, que foi financiado pelo The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, refere a potencial associação entre o consumo em excesso de bebidas açucaradas e as cerca de 184 mil mortes anuais por recurso a um cálculo feito a partir da análise de dados que abrangeram cerca de 60% da população mundial, relacionando as taxas de obesidade resultantes do consumo excessivo de refrigerantes e outras bebidas açucaradas com o número de mortes resultantes de doenças relacionadas com a obesidade. Os dados analisados pelos investigadores de Harvard foram recolhidos no âmbito do Global Burden of Diseases Study 2010.

Na apresentação, durante as sessões científicas da American Heart Association, Gitanjali Singh defendeu a necessidade de se implementarem medidas que reduzam o consumo de bebidas açucaradas, entre as quais a aplicação de impostos a esse tipo de bebidas e limitações à publicidade dirigida às crianças. Na cidade de Nova Iorque Michael Bloomberg (mayor dessa cidade) tentou implementar uma norma segundo a qual os refrigerantes e outras bebidas açucaradas de formato grande seriam banidos mas uma decisão judicial impediu a entrada em vigor desse regulamento. Michael Bloomberg pretende defender o seu plano e impedir



que restaurantes, roulottes de comida e teatros vendam refrigerantes com mais de 16 onças, isto é, 474 ml.

Se o estudo de Harvard apenas demonstra uma associação entre as mortes e as bebidas açucaradas, alguns investigadores, entre os quais Rachel K. Johnson da Universidade de Vermont (Burlington), afirmam que a ideia de relação causal efectiva é biologicamente plausível e que o custo dos tratamentos destas doenças irá destruir o sistema de saúde.

A American Heart Association recomenda que os adultos consumam não mais de 450 calorias por semana provenientes de bebidas com açúcar.

A Ordem dos Médicos portuguesa, por seu lado, tem vindo a pugnar, desde há muito, por convencer o Governo português a avançar com políticas públicas efectivas de promoção da Saúde, bem como com alterações de índole fiscal que influenciem a mudança de comportamentos de forma positiva, algo que parece agora ser uma tendência reconhecida a nível internacional em termos de educação para a saúde.

Fontes:

- <http://www.heart.org/>
- <http://newsroom.heart.org/news/180-000-deaths-worldwide-may-be-associated-with-sugary-soft-drinks?preview=b88b>
- <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2296146/Sugary-drinks-kill-180-000-people-annually-diabetes-cancer-heart-disease-study-claims.html#ixzz2PJ3p3Jy4>
- <http://www.newscientist.com/article/dn23294-sugary-drinks-may-kill-184000-people-each-year.html>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22282311>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076619>



Pedro Hispano: filósofo, médico de Papas e Papa

Realizou-se no passado dia 15 de Janeiro, mais uma conferência promovida pelo Núcleo de História da Medicina da OM. O orador nesta sessão foi António Aires Gonçalves, da direcção do Núcleo, o qual nos brindou com uma interessante palestra sobre Pedro Hispano, uma das várias figuras ímpares não só da história da medicina portuguesa, mas também da mundial.

Pedro Hispano nasceu em Lisboa entre 1205 e 1220, filho do médico Julião Rebelo. Estudou na Sé de Lisboa onde fez os seus estudos na área da teologia, medicina e outras disciplinas. Conforme nos explicou António Aires Gonçalves, ainda jovem, Hispano seguiu para Paris onde estudou no Colégio das Artes (teologia, física, astronomia, etc.). A medicina terá sido estudada em Palermo, mas não há certezas. Entre 1240 e 1245 ensinou lógica – e talvez medicina – nesse mesmo colégio parisiense, tendo sido professor também em Siena. «Pedro Hispano era um homem de bom carácter, o que lhe trouxe alguns amargos de boca», afirmou o conferencista. Entre 1250 e 1258 Pedro Hispano regressa a Portugal. Chega a ser porta voz de D. Afonso III e, em 1253, é prior da igreja de Santo André em Mafra. Na qualidade

de porta voz do rei participou nas Cortes de Leiria e Guimarães em 1254. Entretanto, «o rei começa a querer reduzir os privilégios do clero e Alexandre IV coloca o reino sob interdito. (...) Nessa fase não havia nem funerais nem casamentos religiosos», como consequência do interdito, ou seja da penalidade eclesiástica que suspendeu essas cerimónias em território português, explicou António Aires Gonçalves. A consequência dessas interdições era que, quando eram levantadas, «as pessoas exumavam os cadáveres dos familiares para que os mesmos voltassem a ser enterrados, desta vez, segundo os sacramentos religiosos». Num enquadramento histórico, o conferencista explicou as consequências para a nação portuguesa da fase em que sendo D. Afonso III casou com D^a Matilde e posteriormente com D^a

Beatriz, tornando-se bígamo. Em 1258 ocorre a morte de D^a Matilde e em 1261 nasce D. Diniz; como o Papa resolve legitimar o segundo casamento do rei só em 1263, a legitimidade sucessória de D. Diniz viria a ser posta em causa, tendo havido duas guerras civis. Durante esse período Pedro Hispano foi: «proposto pelo rei para prior da igreja da Colegiada de Santa Maria de Guimarães e tesoureiro-mor da Sé do Porto». Em 1258 seria derrotado por D. Mateus, preferido do rei, para bispo de Lisboa, tendo reclamado para Roma.

«Pedro Hispano foi médico dos Papas Adriano V e Gregório X, embaixador do Papa Clemente IV; nomeado bispo de Braga, não chega a ser entronizado porque já havia sido nomeado bispo de Tusculum (Fracasti) por Gregório X». Os processos de nomeação dos Papas eram,

nessa altura, muito morosos, conforme explicou António Aires Gonçalves: «no conclave de Leão, quando Gregório X foi eleito Papa, os cardeais não se decidiam... Foram precisos três anos para deliberar quem era o sucessor». A partir dessa altura, as reuniões de cardeais começaram a ser geridas de outra forma para tornar este processo mais rápido: «na primeira reunião servia-se um banquete sumptuoso, na segunda um banquete mais pequeno, na terceira uma refeição leve, à quarta ficavam fechados na sala e, a partir da quinta, passavam a estar a pão e água...» O conferencista

explicou que a Gregório X sucedeu Inocêncio V, que «era um Papa bom e tolerante e que, consequentemente, durou pouco tempo»; sucedeu-lhe Adriano V que, ao fim de 38 dias, morreu envenenado. Reunidos os cardeais para escolher o novo Papa, devido à luta entre Carlos D'Anjou e o cardeal Orsini que queriam impor cada um o 'seu' Papa, os cardeais

foram alvo de várias violências; «perante a impossibilidade de obter consenso, é eleito o Papa João XXI, o nosso Pedro Hispano, que é coroado em 20 de Setembro de 1276», explicou. «Pedro Hispano era um homem muito erudito que tocava vários instrumentos e gostava de alquimia, que quando foi eleito acabou por ter o apoio de Orsini que julgou que iria dominá-lo». Dado o seu gosto pela alquimia Pedro Hispano, então João XXI, mandaria construir em Viterbo uma dependência especificamente destinada às

suas experiências. A título de curiosidade, António Aires Gonçalves explicou que, antes de Pedro Hispano, só tinham existido 19 Papas 'João', no entanto, quando é eleito torna-se 'João XXI'. A razão desta discrepância numérica será a inclusão nas contas da papisa Joana (João VIII - 852 a 855), a jovem que tomando a identidade do irmão, terá sido eleita Papa; como o facto incomoda a igreja, há quem negue a existência da papisa. Regressando ao nosso Papa, o orador explicou como a postura do mesmo terá sido incómoda e surpreendente: João XXI começou por castigar

e Campano de Novara, tornando Viterbo uma luz cultural na época medieval». Em relação a Afonso III que estava excomungado, executava padres e não permitia que o dizimo fosse cobrado, João XXI (Pedro Hispano) enviou representantes para o pressionar e «tentar torná-lo mais brando em relação ao clero», como não conseguiu, o Papa interditou novamente o reino.

«Pedro Hispano esteve só 8 meses como Papa... Foi muito pouco tempo mas com muito trabalho». A brevidade do seu papado não surpreende quando analisamos as suas acções. Mas, caso houvesse dúvida, são as



toda a violência que tinha sido exercida sobre os cardeais, «enviou embaixadores em missão de paz ao Sacro Império e à Sicília e conseguiu que Carlos D'Anjou fosse a Roma prestar-lhe vassalagem»; também enviou embaixadores de paz ao reino de Navarra, obteve a paz entre Afonso X e Filipe III e tentou organizar uma cruzada com todos os príncipes europeus e o imperador do oriente; «transformou Viterbo num centro cultural convidando nomes como Roger Bacon, João Perham, Guilherme de Hoerbeke, Witelo

palavras dos seus detractores que melhor o demonstram: João XXI é definido por quem o ataca como um homem de grande ciência mas que «não dignificava o cargo de Papa» porque «recebia qualquer um; era precipitado no uso da palavra; modesto e discreto; aceder a ele era fácil; atribuíam bolsas de estudo e ajudas diversas aos pobres, etc.». Os dominicanos deixaram uma péssima imagem do nosso Papa por falsamente o acusarem de condenar teses de São Tomás de Aquino. Os dominicanos consideravam-no herético,

bruxo, adivinho, alquimista e que 'consultava mortos', talvez numa referência ao facto de Pedro Hispano ser anatomista. «Tudo isto prejudicou muito a imagem do nosso Papa que foi votado ao desprezo, até que alguns autores dos séculos XV e XVI começaram finalmente a perceber, graças à descoberta de vários documentos da autoria de Pedro Hispano, que a realidade era algo muito diferente».

muitas inimizades», explicou o orador. «Da sua obra fazem parte: Summulae Logicales, 12 capítulos de sistematização da lógica de Aristóteles, com 300 cópias manuscritas e 260 edições impressas e que foi adoptado durante 300 anos; o Tratado dos Olhos que continha, entre outras, uma receita de um colírio que, séculos depois, seria usado por Miguel Ângelo que ao ficar com problemas

línguas; Scientia Libri de Anima, tratado de psicologia, para muitos a mais importante das obras de Pedro Hispano, traduzido para 9 línguas e adoptado durante 200 anos, Liber de Conservanda Sanitate, obra de medicina preventiva onde se preconizava o exercício físico e que o excesso de comida levava à doença», este último conceito muito visionário para a época, conforme realçou Aires Gonçalves durante a sua



Mas a obra de Pedro Hispano fala por si para a posteridade: tratados de zoologia, astronomia e muitas outras áreas do conhecimento foram alvo de estudo por parte do nosso Papa. «Ele era capaz de congrega todas as opiniões, mesmo as de não católicos, o que, obviamente, também lhe valeu

de visão em consequência da pintura da Capela Sistina, soube da existência desse tratado e procurou-o; o Tesouro dos Pobres dedicado a Gregório X com 1400 receitas 'para tudo' e que merecia esse nome porque Pedro Hispano tinha a preocupação de fazer receitas acessíveis para os menos favorecidos, obra de particular relevância numa época em que a medicina praticada era essencialmente escolástica, não se observando o doente mas apenas tratando os sintomas conforme o estudo dos antigos (Avicena e outros), com 70 cópias manuscritas, 100 edições impressas em 12

palestra.

A 16 de Maio de 1277 uma derrocada atinge gravemente o Papa João Paulo XXI. «As razões da derrocada podem ter sido várias: má construção, acto criminoso, explosão de uma experiência mal sucedida ou castigo divino; escusado será dizer que os dominicanos aproveitaram de imediato para afirmar ter sido um castigo divino pelas heresias praticadas», relatou o conferencista.

Quatro dias depois, a 20 de Maio, morria João XXI, o nosso Pedro Hispano, aquele que foi médico, filósofo, Papa e médico de Papas, mas, acima de tudo, um homem de ciência e cultura, com preocupações sociais e gostos e conhecimentos muito diversificados.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos

Conferência

14 de Maio, terça-feira, 21h

«As plantas na história da dor» - Figueiredo Lima

Maio a Novembro
de 2013

Sessão temática

22 de Junho, sábado, 15h

«A medicina portuguesa no século XVI, no Oriente»

«Descobrimientos portugueses: higiene, dieta e doenças entre os marinheiros» - João Frada

«A introdução da medicina ocidental pelos portugueses no Japão» - A. Aires Gonçalves

«A assistência médica e hospitalar no Estado da Índia» - Germano de Sousa

Conferência

9 de Julho, terça-feira, 21h

«Cirurgiões portugueses dos séculos XVII, XVIII e cancro da mama» - Fortuna Campos

Conferência

17 de Setembro, terça-feira, 21h

«Da Herança do Saca-Moelas à Moderna Estomatologia e Medicina Dentária Portuguesas» - Ivo Furtado

Sessão temática

19 de Outubro, sábado, 15h

“Pedro Hispano Lusitaniensis, médico e papa, vulto da cultura europeia no séc. XIII”

«Pedro Hispano e a arte dos olhos no século XIII» - Alfredo Rasteiro

«Pedro Hispano, carreira eclesiástica, percurso académico e médico ao serviço do papado» - A. Aires Gonçalves

Pedro Hispano Portugalense: da eleição papal às vicissitudes da tumulação - Boleo Tomé

Razão e experiência na obra “Thesaurum Pauperum” - Helena da Rocha Pereira

Local da sessão: Ordem dos Médicos - Avenida Afonso Henriques, nº39 - 3000-011 Coimbra

Sessão temática

12 de Novembro, terça-feira, 21h

Sessão de homenagem a José Leite de Vasconcellos, Médico, integrada na comemoração dos 120 anos do Museu Nacional de Arqueologia, e evocando a criação do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, durante o lançamento do livro “Medicina dos Lusitanos” a 21 de Janeiro de 2009, em colaboração com o Museu Nacional de Arqueologia e a Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa.

A sessão conta com a presença do Bastonário da OM, José Manuel Silva, António Carvalho, Director do Museu Nacional de Arqueologia e de José Luís Doria, Presidente da Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa.

Abertura da sessão:

José Manuel Silva, seguida de intervenções do António Carvalho e do José Luís Doria

«Assomos da formação Médica» - Maria José Leal

«A fascinação e seus sinónimos – considerações etnopsiquiátricas» - José Morgado Pereira

«Alguns contributos a respeito do cariz medicinal da tríade capitolina na Hispânia: o contributo de José Leite de Vasconcelos»

Pedro Marques

Breves considerações sobre a obra “Medicina dos Lusitanos” - Maria do Sameiro Barroso

Salvo indicação em contrário, as sessões realizam-se na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos

Av. Almirante Gago Coutinho, 151 – 1749-084 Lisboa

Informações e inscrições:

D.ª Manuela Oliveira

manuela.oliveira@omcne.pt

História da
Medicina



Testemunhos da vida e obra artística de um médico

«Cem fotografias de Portugal há cem anos. Realidades, Vidas, Costumes. Luzes e Sombras» é o título da exposição de fotografia da autoria do médico Jorge Marçal da Silva, que esteve patente na galeria da Ordem dos Médicos em Lisboa.

A inauguração da exposição, na qual estiveram presentes várias dezenas de convidados, teve lugar no passado dia 20 Fevereiro e contou com a presença de familiares de Jorge Marçal da Silva, nomeadamente o médico Manuel Mendes Silva, actual presidente do Conselho Disciplinar Regional do Sul da OM que falou do trabalho artístico do seu avô: «estamos aqui para a inauguração da exposição “Cem fotografias de Portugal há cem anos. Realidades, Vidas, Costumes. Luzes e Sombras”, de Jorge Marçal da Silva (1878-1929), meu avô paterno, médico, de requintada cultura, viajante pelo país, habilíssimo cirurgião mas também fotógrafo amador. Era homem querido por familiares, amigos e doentes, e era apreciado e respeitado no meio médico e cultural da época, como o provam testemunhos orais e numerosos documentos que temos em nosso poder», características que se sentem quando olhamos as fotos

que foram seleccionadas para esta mostra. O objectivo da exposição foi, naturalmente, além da partilha de uma obra digna de nota, quer a nível artístico quer enquanto testemunho histórico, prestar homenagem ao seu autor. Resultado de um esforço de



equipa com o qual «toda a família tanto se entusiasmou, colaborou e trabalhou na realização», esta exposição resultou de uma ampla conjugação de esforços e vontades que incluiu várias entidades, das quais citamos, apenas a título de exemplo, a SOPEAM - Sociedade Portuguesa de Escritores e Artista Médicos, a Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa ou a Fundação Casa de

Macau.

Baltasar Caeiro, presidente da SOPEAM, fez um enquadramento histórico da época em que viveu Marçal da Silva, e definiu o registo histórico efectuado através das suas fotografias como partindo de um homem com «mestria e invulgar sensibilidade». «Quando virem a exposição, retenham a enfermaria, os garfeiros, a feira do gado e o torpedeiro nº 2», disse e tendo como pano de fundo esta exposição, não hesitou em afirmar que se a medicina e a arte não são gémeas, terão pelo menos nascido juntas.

Pereira Coelho, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, agradeceu a partilha desta exposição e o contributo que a mesma representa para a valorização cultural da OM.

Está prevista a inauguração desta mesma exposição na Secção Regional do Norte no próximo dia 13 de Setembro.

Casos clínicos em Urologia

A obra «Urologia - Casos Clínicos» foi apresentada no auditório da Ordem dos Médicos em Lisboa no dia 20 de Fevereiro. Trata-se de uma edição da Lidel, coordenada pelos especialistas Manuel Mendes Silva e José Santos Dias.

Na apresentação desta obra estiveram presentes, além de muitos convidados, o presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, António Pereira Coelho, o presidente do Colégio de Urologia da Ordem dos Médicos, José Palma dos

Reis, o presidente da Associação Portuguesa de Urologia, Tomé Lopes, e Manuela Annes, representante da LIDEL. Na mesa estava ainda Baltasar Caeiro, presidente da SOPEAM, para falar sobre a exposição de fotografia que inaugurou após

este lançamento (e da qual damos conta também nesta edição).

Tomé Lopes, presidente da Associação Portuguesa de Urologia, referiu os contributos dos coordenadores, quer com esta quer com outras publicações, para a divulgação da urologia portuguesa. «Temos a obrigação de dar a conhecer à comunidade médica o que é a urologia hoje para que os doentes sejam mais bem tratados», concluiu Tomé Lopes. O presidente do Colégio de Urologia da Ordem dos Médicos, José Palma dos Reis, referiu-se ao livro como «interessante, não maçudo» e repleto de conhecimentos práticos, acompanhado de interessante iconografia, congratulando os coordenadores e os autores pelo trabalho efectuado.

Manuel Mendes Silva, coordenadores do livro, explicou que o mesmo surgiu na sequência dum desafio lançado pela própria editora – LIDEL –, que foi «aceite com muito gosto» por ambos os coordenadores. «Como



dizemos na introdução 'Se o Médico hoje tem de ser cientista, tem também de continuar a ser artista e artesão... Os casos clínicos, concretos e individuais, refletem e exemplificam situações de doentes com patologias, terapêuticas e evoluções clínicas específicas, inseridos no seu ambiente físico e psicológico, socioeconómico e cultural... E sempre foram uma forma de transmissão de conhecimentos e experiências entre médicos, com reflexões, comentários e recomendações, baseadas na evidência científica mas adaptadas aos casos concretos, que são motivo de formação e enriquecimento... Este conhecimento é adquirido de forma viva e interessante, opondo-se a outras formas de aprendizagem mais áridas... para uma cada vez melhor prática clínica quotidiana, baseada na evidência mas também na competência e no senso clínico'. Oxalá consigamos

esse objectivo, todos nós, coordenadores, autores, editores, divulgadores,...», exortou Manuel Mendes Silva.

José Santos Dias, coordenador, realçou o trabalho dos autores que são «muito bons urologistas», e definiu o livro agora apresentado como «uma arma para aprender mais sobre a nossa especialidade».

Pereira Coelho, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, no uso da palavra, aproveitou a ocasião para elogiar o trabalho

cargo «como é possível exercê-lo correspondendo às necessidades sociais e médicas» que se impõem. Manuela Annes da Lidel referiu a

seleção criteriosa dos textos que compõem este livro, através do qual os médicos urologistas «têm hoje ao seu dispor um importante instrumento de apoio à sua atividade profissional». «Com a publicação deste 'Urologia – Casos Clínicos', a Lidel, líder em Portugal na publicação de livros médicos e científicos, dá mais um importante contributo para a construção de uma bibliografia atual, credível e rigorosa, em língua portuguesa», referiu a CEO da editora que completou no mês de Março 50 anos de dedicação ao livro técnico. Meio século a contribuir para a divulgação e valorização do conhecimento científico em língua portuguesa. Esta edição teve o apoio da Bayer.



desenvolvido por Manuel Mendes Silva enquanto presidente do Conselho Disciplinar do Sul da OM: «um médico de uma capacidade, dedicação e empenho que muito prestigiam a Ordem dos Médicos». Com estas características e com «um grande sentido de dever», Manuel Mendes Silva demonstra nesse



Juramento de Hipócrates 2012

Damos nota nesta edição das cerimónias de Juramento de Hipócrates das três Secções Regionais da Ordem dos Médicos. No final reproduzimos a súpula do discurso de acolhimento aos jovens, efectuado pelo presidente da OM, José Manuel Silva, nestas cerimónias.

Secção Regional do Sul

A Cerimónia de Juramento de Hipócrates da SRS, onde se incluiu a entrega de cédulas a todos os novos médicos, realizou-se, uma vez mais, na Aula Magna da Reitoria da Universidade de Lisboa, no dia 28 de Novembro de 2012. Reproduzimos em seguida o discurso proferido por **António Pereira Coelho, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos**, no acolhimento aos cerca de 430 novos Colegas que prestaram juramento nesse dia. «Ocorre o Juramento de Hipócrates este ano num contexto que condiciona fortemente o teor da mensagem que tradicionalmente o Presidente da Secção Regional dirige aos médicos recém inscritos. Quis o destino que o 2012 fosse para mim um ano particularmente exigente, que me obrigou bem contra a minha vontade

como diria Adriano Correia de Oliveira, a afastar-me da minha actividade por dois longos e sofridos períodos.

Esse afastamento, como tudo na vida, teve uma vertente positiva que não pode ser olvidada, nem desprezada: fez-me uma vez mais comungar do estatuto de doente/paciente que, sendo desejavelmente dispensável, não deixa de nos permitir fazer o reconhecimento de uma realidade que nos aproxima da vulnerabilidade e da dependência comuns aos seres humanos.

É assim, que com profundo desgosto, me vejo obrigado a só parcialmente partilhar convosco e, através da palavra, este dia inesquecível das vossas vidas.

Não quero contudo que a minha limitada presença física possa de algum modo contribuir para perturbar o júbilo da vossa festa única e irrepetível, nem quis deixar de estar presente numa cerimónia tão tocante e de

tamanha importância e, como consequência, partilhar convosco algumas reflexões suscitadas pelo momento e pelo contexto.

A alegria nem sempre é incompatível com a tristeza e muitos serão os momentos das vossas carreiras em que tereis que conciliar sentimentos antagónicos.

Admitindo que por força das circunstâncias possa vir a ser esta a última oportunidade de directamente viver convosco este momento transcendente, senti mais do que nunca a necessidade de bem escolher o teor das reflexões que vamos partilhar.

A curta mensagem que vos quero deixar é que a nobreza da vida que agora ireis começar será seguramente o mais forte incentivo para vencer as adversidades que vos esperam.

Em circunstâncias normais e, tendo deixado de exercer a actividade clínica, eu estaria a esta hora dedicado em exclusivo ao lazer e ao acompanhamento

familiar; mas o estímulo de alguns colegas e a minha própria vontade fizeram-me perceber que algo mais teria ainda que realizar para cumprir um dos preceitos do juramento que daqui a um pouco ireis proferir: **“PROMETO SOLENEMENTE CONSAGRAR A MINHA VIDA AO SERVIÇO DA HUMANIDADE”**

Tem sido este o lema que conduziu os meus passos desde o momento em que a escolha dos colegas nos trouxe, a mim e aos restantes elementos do Conselho Regional do Sul, ao desempenho das nossas funções e das obrigações publicamente assumidas.

O compromisso para com eles, enunciado aquando da nossa tomada de posse, foi na minha óptica um compromisso assumido com a sociedade, e com os outros, especialmente com os doentes, com os mais frágeis e os mais carenciados.

Só neste enquadramento vale a pena viver os preceitos a que nos vinculámos num contexto em que na maioria dos casos somos obrigados a fazer escolhas difíceis de definir e cumprir.

É bom que quem está de fora, entenda-se de fora do funcionamento interno da OM, tenha a noção que alguns dos ecos que de tempos a tempos vão chegando ao conhecimento da classe e, que permitem duvidar da existência dum são clima de convivência e colaboração, constate que nem tudo o que parece é, ou se se preferir, nem sempre se pode tomar a nuvem por Juno.

Impossível será contudo, pretender passar a mensagem que não ocorrem entre os dirigentes da OM e aos mais diferentes níveis, dissensões e mesmos

fracturas sensíveis de análise e de opinião.

Ainda bem recentemente se tornou óbvio um conflito ainda latente, a propósito de uma posição e, conseqüente proposta, do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, relativa à disponibilização e correcta utilização dos recursos para a saúde.

Ter-se-á porventura, como noutras situações, ido longe de mais na explanação das divergências, quer conceptuais, quer metodológicas, levando à quase quebra dos preceitos que também em breve ides jurar:

“EXERCEREI A MINHA ARTE COM CONSCIÊNCIA E DIGNIDADE e ainda:

“OS MEUS COLEGAS SERÃO MEUS IRMÃOS”

Servir os médicos e por inerência os doentes é também fazer opções políticas; escamotear esta realidade não é sensato nem benéfico. Mas a política também tem a sua ética e as suas regras deontológicas, embora, na minha perspectiva, bem menos exigentes que a ética e deontologia médicas.

Assumir a realidade de posturas menos correctas entre nós médicos e no nosso relacionamento com terceiros, parece-me saudável, defensável e exigível, sobretudo nos tempos que vamos vivendo, os quais irão provavelmente pôr à prova ainda com mais frequência e intensidade a solidez dos nossos princípios e convicções.

Tudo nas nossas existências é relativo e os mais negros cenários que possam abrir-se diante de nós podem transformar-se por determinação da nossa vontade, em força anímica que nos conduza à superação das adversidades.





Permiti que vos recorde que a minha geração se viu confrontada há quase meio século, com obstáculos e ameaças que à partida se afiguravam demolidores dos nossos planos e intenções.

Contudo, foi essa geração que caldeada pelas agruras e exigências de uma guerra sem sentido, conseguiu encontrar a força e a motivação que contribuíram para a construção de um dos mais estimulantes projectos do nosso país – o Serviço Nacional de Saúde.

Também vocês partis com ameaças terríveis de emigração, de falta de objectivos e estímulos, de impossibilidade de usufruir de tudo aquilo que foram os vossos sonhos, quando haveis escolhido o curso de Medicina.

Não vos deixeis intimidar, nem vos deixeis vergar pelos discursos da desmotivação e do miserabilismo militantes.

Respondi aos profetas da desgraça com aquele que ao longo dos séculos foi sempre o caminho da regeneração: solidariedade, disponibilidade, generosidade, rigor, verdade, determinação, saber. Assim sereis dignos dos preceitos que ireis jurar:

PROMETO SOLENEMENTE CONSAGRAR A MINHA VIDA AO SERVIÇO DA HUMANIDADE e MANTEREI POR TODOS OS MEIOS AO MEU ALCANCE A HONRA E AS NOBRES TRADIÇÕES DA PROFISSÃO MÉDICA.

Também a vossa formação especializada poderá vir a desenrolar-se em condições menos favoráveis e menos estimulantes do que a que foi proporcionada às gerações pregressas.

A plétora de novos médicos que não cessam de se apresentar no mercado de trabalho por força de uma absurda falta de rigor e de planeamento na entrada para as faculdades de Medicina, vai cercear não apenas a possibilidade de escolha autónoma do caminho a seguir por cada jovem médico, como diminuir a qualidade dos meios proporcionados para sua diferenciação.

A desmotivação generalizada dos formadores, confrontados com situações adversas à sua própria satisfação profissional é outro problema candente, para cuja solução podeis contribuir fazendo sentir aos vossos

tutores o quanto dependeis do seu empenhamento e entrega e, retribuindo-lhes a sua dedicação com mais trabalho e qualidade no exercício profissional. Com esta postura tornar-vos-eis coerentes com o preceito que hoje jurareis: **DAREI AOS MEUS MESTRES O RESPEITO E O RECONHECIMENTO QUE LHE SÃO DEVIDOS**

Muitas serão as situações em que tudo poreis em causa: o caminho que escolhesteis, o rigor das vossas prestações, a qualidade do trabalho que vos é exigido, o reconhecimento pelo vosso esforço, a bondade mesmo da vossa atitude e das vossas intenções.

Tereis também momentos em que vos sentireis revoltados por sentirdes a vacuidade daqueles com quem conviveis diariamente, a injustiça na avaliação das vossas intenções, a incapacidade de resolver favoravelmente os casos em que mais fortemente vos empenhastes.

Nesses momentos pensai que o reconhecimento não vos é devido, não nos é devido, embora a santidade não seja uma virtude exigível àqueles que escolheram a vida de médico como uma vocação.

Nessas alturas rejeitai tudo o que vos faz desfalecer e recordai o vosso compromisso:

A SAÚDE DO MEU DOENTE SERÁ A MINHA PRIMEIRA PREOCUPAÇÃO.

Os tempos que vivemos são tempos de desespero, tempos de renúncia e de exclusão prenhes de circunstâncias que apontam para a desistência da vida e dos valores. Não recusamos “a priori” novas perspectivas que nos obriguem a reflectir acerca de novas soluções e novas atitudes acerca do início e do fim

da vida, novas formas de abordar o conceito de dignidade do Homem ao longo do seu existir. Problemas como os levantados pela utilização das técnicas de PMA, pelo diagnóstico pré-natal, pela interrupção de gravidez, pela reatribuição do sexo, pela homossexualidade e novas formas de parentalidade,

pelo testamento vital e, mesmo pela eutanásia não podem ser ignorados, muito menos enjeitados.

Estes desafios exigirão de nós novas leituras e novas abordagens, eventualmente adequação dos termos das normas hipocráticas, procurando porém, manter intocável o preceito que

nos aponta o caminho a seguir:

GUARDAREI RESPEITO ABSOLUTO PELA VIDA HUMANA DESDE O SEU INÍCIO, MESMO SOB AMEAÇA E NÃO FAREI USO DOS MEUS CONHECIMENTOS MÉDICOS CONTRA AS LEIS DA HUMANIDADE.»



Secção Regional do Norte

A Secção Regional do Norte escolheu a Casa da Música para acolher, no dia 16 de Dezembro de 2012, os 518 médicos que realizariam nessa data o seu Juramento solene, assinalando assim a entrada na profissão. Reproduzimos parte do artigo da revista Norte Médico referente a essa cerimónia e que inclui o resumo do discurso de **Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos.**

Uma Ordem sólida depende muito de vós – **Se 2012 foi um ano de luta pela defesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2013 voltará a sê-lo. De**

forma inequívoca. As questões éticas, a reforma do sistema, os cortes orçamentais e as políticas de “racionamento” foram temas centrais das intervenções do presidente da Secção Regional do Norte (SRNOM), Miguel Guimarães, e do bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, na cerimónia do Juramento de Hipócrates que decorreu na Casa da Música, no dia 16 de Dezembro.

Foi exatamente a participação activa das estruturas dirigentes da Ordem que o presidente do Conselho Regional do Norte (CRN) enalteceu no seu discurso. “Do valor excessivo das taxas moderadoras até à intenção de diminuir o número de camas hospitalares, muitas foram as

medidas implementadas ou tentadas pelo Ministério da Saúde que colocam, claramente, em causa a base do nosso Estado Social, o SNS” e que mereceram a reprovação da SRNOM e da Ordem dos Médicos. Miguel Guimarães passou, assim, em revista alguns dos momentos mais marcantes de 2012, sem esquecer o futuro: “Na saúde, foram muitas as medidas decretadas e aplicadas por este Governo. Umas presumivelmente necessárias, outras completamente dispensáveis e incompreensíveis, e algumas inaceitáveis, pois constituem uma ameaça aos direitos dos doentes e à dignidade do exercício da profissão médica. Todas com o único intuito de diminuir os

custos em saúde. A qualquer preço. De tal forma que a percentagem do PIB para a saúde diminuiu drasticamente nos dois últimos anos. E no orçamento de Estado para 2013 a situação tende a agravar-se ainda mais”. Neste contexto, “a Ordem dos Médicos e o Conselho Regional do Norte estão atentos e determinados a lutar por um futuro melhor, para os médicos e para os doentes”: contra o aumento do número de cursos de medicina; a favor da diminuição do número de vagas exclusivas para licenciados; na oposição à nomeação dos directores executivos do Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da região Norte pela sua total ausência de experiência na governação clínica; pela defesa da definição e regulamentação do Acto Médico. Em clara rejeição da política de racionamento na saúde; em luta pela aplicação prática da carreira médica. “Muitas outras intervenções e iniciativas da Ordem dos Médicos, de que resultaram centenas de posições públicas na defesa dos doentes, dos médicos e do SNS, poderiam ser hoje lembradas”, assinalou Miguel Guimarães.

De olhos postos no futuro, o presidente da SRNOM recordou que, apesar da crise de valores, a qualidade deve prevalecer e, nesse contexto, “os médicos têm o direito e o dever de manter viva a arte do exercício da medicina”. Além disso, “nunca nos devemos esquecer que a ética e a qualidade nos devem acompanhar sempre nos actos médicos praticados, prevalecendo sobre todas as outras matérias. É que, em última análise, dependem mais de nós, médicos, e menos dos outros”. E dirigindo-se aos recém-licenciados sentados

na plateia da Casa da Música, Miguel Guimarães realçou: “São vocês, e todos os outros jovens médicos, presentes e futuros, o núcleo da massa crítica essencial que regularmente permitirá a evolução da medicina e de todo o SNS”. Por isso, “a existência de uma Ordem dos Médicos sólida e consequente depende muito de todos vós”, acrescentou.

Na defesa da verdadeira equidade no acesso aos cuidados de saúde e no combate eficaz e coerente ao desperdício, Miguel Guimarães recentrou a discussão do plano estratégico para a saúde nas questões relacionadas com a ética, em sintonia com a Associação Portuguesa de Bioética, voltando a criticar o parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida sobre o “racionamento administrativo”. “A discriminação com base na idade é contrária aos princípios fundamentais dos direitos humanos, que têm como base a igual dignidade de todos os seres humanos”, advogou.

Preocupação com o Futuro

Cerca de 500 jovens licenciados reuniram-se na cerimónia do Juramento de Hipócrates que decorreu na Casa da Música. Este

será, provavelmente, o último ano em que todos os jovens licenciados conseguem vaga para o internato da especialidade. Preocupação sentida por todos, com a certeza também de que as condições de empregabilidade serão em tudo diferentes dos colegas mais antigos.

Todos querem ficar. Mas todos já pensaram em partir. Será o último recurso. Por enquanto, e apesar da crise, os jovens que completaram o curso de medicina em 2012 ainda acreditam que terão emprego garantido. Pelo menos, estão numa condição bem mais positiva que os próximos colegas que, já no próximo ano, podem ficar sem colocação no internato. “Para o ano, será virtualmente impossível abrir vagas para todos os candidatos e teremos entre 200 a 300 licenciados em medicina sem vaga na especialidade”, alertou o bastonário José Manuel Silva.

Ana Milhazes completou o curso na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e tem consciência dos alertas que ouviu durante a cerimónia do Juramento de Hipócrates. No momento de escolher a especialidade há três factores de ponderação que elege:

Maria João Bernardes

No discurso que antecedeu a entrega dos diplomas, o presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos lamentou o precoce desaparecimento de Maria João Flores Lima Bernardes, que deveria cumprir o seu juramento de Hipócrates nesta cerimónia. “Perdemos um ser humano excepcional (...). É também a pensar nela que temos a obrigação de não desistir e de fazer cada vez melhor”, sublinhou Miguel Guimarães.



“empregabilidade, qualidade de vida e gostar da profissão”. “Não existem dúvidas de que, neste momento, temos de pensar no futuro”, advoga. Também por isso Ana Milhazes sabe que poderá ter de procurar outras vias. Ficar no desemprego não é opção: “Depois de tantos anos de estudo, do investimento de tempo, do esforço, é impensável ficar no desemprego. Prefiro ficar em Portugal, mas vou investir numa formação em línguas, para o caso de não ser possível”.

A “última opção” de Ana Milhazes repete-se na voz de quase todos os jovens licenciados em medicina que não hesitam em preferir abraçar uma carreira profissional em Portugal. “Acredito que tenho de tentar de fazer alguma coisa pelo meu país, em vez de «fugir». Sei que isso irá, com certeza, significar piores condições de trabalho do que colegas mais antigos, mas sinto uma grande força para remar contra aquilo que está a acontecer”, reconhece Júlio Santos, jovem licenciado pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), secundado

por outro colega, da FMUP, André Carvalho: “Confesso que nunca pensei em ir para fora. Gosto muito de Portugal. Já tive oportunidade de conhecer alguns países e nunca gostei de algum como gosto do meu. Por isso, emigrar seria mesmo uma última opção”.

E como é esta nova geração? Activa? Ana Lima, licenciada pela FMUP, acredita que sim: “Penso que existe cada vez mais

a noção de que temos de nos fazer ouvir. Da minha experiência académica, considero que temos estado atentos e participativos, no sentido de tentar alterar o rumo das coisas”. André Carvalho anui: “Tem sido um ano repleto de iniciativas, onde a greve foi o expoente máximo. Como aluno, tive uma grande percepção destas movimentações, porque tem havido uma grande preocupação de mobilização”. “Somos muito interventivos e com muito espírito associativo. Falo por mim e por

as mensagens que aqui ouvimos tenham servido de alerta e tenham, no futuro, algum peso”.

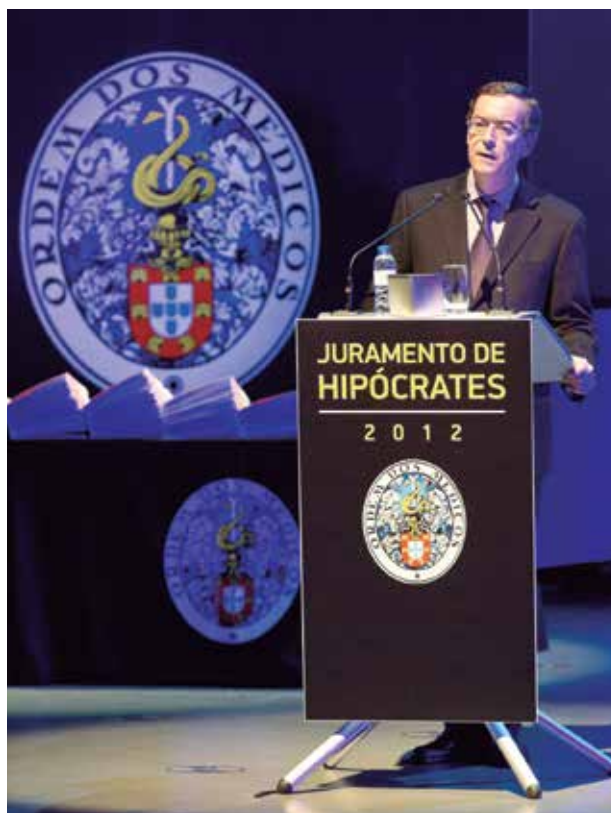
Excertos do discurso do Presidente do CRN na cerimónia do Juramento de Hipócrates 2012:

«... o exercício de uma medicina humanizada, a defesa e a observância constantes da ética e da deontologia, a defesa da qualificação profissional médica, a defesa do SNS e da Carreira Médica, a defesa de um ensino médico de qualidade, a defesa da organização dos serviços de saúde, a defesa intransigente das competências médicas (...), são matérias distintas mas que resultam, em última análise, na defesa dos legítimos interesses dos médicos e dos doentes, e do seu direito a uma medicina qualificada».

«Na Saúde, foram muitas as medidas decretadas e aplicadas por este Governo. Umas presumivelmente necessárias, outras completamente dispensáveis e incomprensíveis, e algumas inaceitáveis pois constituem uma ameaça aos direitos dos doentes e à dignidade do exercício da profissão médica».

«Por outro lado, reformas de fundo que permitam dotar todo o sistema de mais equidade, rigor, responsabilidade, transparência e qualidade, e diminuir os custos de forma sustentada, não foram até ao momento apresentadas ou discutidas».

«... todos temos a obrigação de exigir: 1. A aplicação na prática da Carreira Médica, que constitui a garantia de um SNS em que



muitos colegas que acabaram agora o curso”, assinala.

Júlio Santos acredita que a geração que representa tem ainda a particularidade de ser interessada: “Somos uma geração empenhada, também muito por força das condições em que vivemos. Se queremos progredir e crescer temos mesmo de nos empenhar, porque de outra forma não conseguimos”. Ana Milhazes conclui: “Espero que

a qualidade da medicina é permanentemente actualizada e renovada; (...) 3. A consagração do respeito pelas competências médicas e o papel essencial do médico como coordenador e líder das equipas multidisciplinares de saúde; 4. A publicação de legislação sobre o acto médico com base na proposta devidamente fundamentada já apresentada pela OM; 5. A alteração do modelo de receita médica de modo a conferir aos doentes o poder de escolher o medicamento do princípio activo prescrito; 6. A participação da OM na definição de protocolos terapêuticos e de utilização e reutilização de dispositivos médicos».

«A nova legislação que estabelece

as regras de licenciamento das clínicas e consultórios médicos (portaria 287/2012) já mereceu a contestação do CRN, por não salvaguardar os direitos adquiridos e por não se aplicarem as mesmas regras ao SNS. A aplicação prática desta portaria poderá (...) significar o encerramento de muitos consultórios médicos que servem, em cuidados de proximidade, muitos doentes das regiões mais periféricas do País».

«É precisamente nos momentos de crise que se deve apostar mais na solidariedade social e nas questões prioritárias, distinguindo o essencial do acessório».

«Os médicos têm sido os

principais responsáveis pela melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e pelo sucesso do nosso SNS».

«A sociedade confere-nos o direito de autonomia, de nos autorregularmos, e em troca exige da nossa parte competência, rigor e responsabilidade no exercício da nossa profissão. A permanente actualização de conhecimentos constitui um dever inerente à condição de ser médico».

«... uma Ordem dos Médicos sólida e consequente depende muito de todos vós».

A versão completa do discurso pode ser lida em www.miguelguimaraes.pt



Secção Regional do Centro

O Juramento de Hipócrates que acolheu os recém licenciados da região centro realizou-se no dia 16 de Fevereiro de 2013 no Auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra, tendo prestado juramento 298 jovens. Transcrevemos em seguida o discurso proferido por **Fernando Gomes, presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem**

dos Médicos, o qual se seguiu à exibição de algumas imagens da reconstituição teatral da cerimónia original em Kos.

«O curto filme que acabámos de ver é uma mera teatralização, em Kos, da cerimónia em que hoje participamos.

A coreografia é diferente mas os valores são os mesmos.

Podemos interrogarmo-nos sobre como é possível resistirem ao longo de tantos séculos.

A resposta poderá estar na

afirmação de Simone Weil de que as obrigações são anteriores aos direitos.

Os médicos hipocráticos afirmaram-se perante todos, e em particular perante os doentes, assumindo uma panóplia de obrigações e deveres éticos.

Como escreve Maria do Céu Rueff, na sua dissertação doutoral:

“Talvez resida precisamente aí “o segredo” da longevidade da tradição hipocrática e bem assim o êxito da prática de um

juramento antes do exercício duma profissão”.

Falamos pois de obrigações e deveres éticos antes da bandeira dos direitos que todos devemos saber evocar como marca de cidadania.

Tenho-me interrogado, muitas vezes, perante estes rostos frescos que carregam simultaneamente todo o conhecimento adquirido e toda a inocência do primeiro dia:

E depois? O que os espera? Que oportunidades vão ter? Será que se vão lembrar de tratar os seus colegas como irmãos? Que farão da ética o valor central das suas vidas? Será que colocarão o doente acima de tudo? Que terão da Saúde uma perspectiva centrada na pessoa? Que terão em conta que nenhuma decisão deverá ser tomada a não ser com o doente? Que a relação terapêutica continuará a ser o instrumento da Arte de curar? O que lhes exige a Sociedade? O que lhes vai ser pedido?

Para muitas destas perguntas a resposta é certamente introspectiva mas o Mundo em que se integram é um Mundo em que as questões da Saúde são discutidas, e quantas vezes decididas, em areópagos como a Organização Mundial do Comércio. Não. Não há engano, é mesmo “do Comércio”.

Stephen Hawking, um dos mais consagrados físicos teóricos da actualidade, disse numa entrevista há alguns anos, que a Humanidade corre sério risco de se auto-destruir por causa da ganância e da estupidez. Salientava ele a dominância do chamado primado da Economia. Economia, aquela ciência que alguns já apelidaram de esotérica e que os chanceleres alemães insistem em que 50% é de outra ciência chamada Psicologia.

Se dúvidas houvesse aí temos a chamada “nova gestão” da Saúde em que a preocupação fundamental não é a de tratar doentes com a qualidade exigida pelas leges artis, a de colocar a pessoa no centro das abordagens, mas antes a dos números das linhas de produção, dos benchmarkings, dos orçamentos decididos de cima para baixo e da nomeação política de gestores capazes desta visão aparentemente tão moderna, mas que na perspectiva de um físico teórico farão parte do caminho que nos pode conduzir à perdição. O Mundo atravessa um período em que vai empurrando a Medicina para uma mudança de paradigma e que, para alguns, assume mesmo o significado duma agonia em trânsito. Assistimos a uma mudança ideológica que contém duas grandes violações dos nossos valores: a medicina arte de curar passa a um modo de produção industrial e os doentes passam a consumidores.

Os doentes passaram a utentes, como o são dos transportes ou de outras atividades, e os hospitais passaram a produtores de cuidados, procurando alguns justificação das suas decisões num *taylorismo* que de forma alguma pode ser aplicável ao conceito de Medicina de raiz hipocrática. **A Medicina não pode ser encarada simplesmente como um bem de consumo e os Médicos não podem ser uns meros prestadores de serviços à hora.**

Estamos pois num Mundo em mudança acelerada em que perspectivas humanistas e economicistas parecem cada vez mais irreconciliáveis. A nossa preocupação vem sendo a de que nesta realidade, ainda nem todos os colegas se tenham apercebido de quão importante, e eu diria mesmo vital, é o papel da Ordem

dos Médicos.

Às tentativas de controlo economicista, a que poderíamos intitular de “selvagem”, que por vezes alguns colegas travestidos de dirigentes nos procuram impor, postergando a Autonomia dos médicos (ou das equipas médicas) e a Qualidade da medicina, só uma classe unida e participante no organismo que defende os médicos mas também a qualidade do exercício da Medicina, e por isso mesmo os doentes e a Saúde, poderá dar a adequada resposta. Esse organismo existe. Chama-se Ordem dos Médicos.

Se a Ordem dos Médicos, que nos representa a todos, não souber desempenhar o seu papel poderemos dizer que será trágico não só para os médicos, mas fundamentalmente para os doentes e para a Saúde. Os tempos são de unidade no fundamental e de passar ao lado de querelas no acessório. Temos que ter uma Ordem forte, coesa, e que represente para a Sociedade uma verdadeira Provedora dos Doentes ao defender a qualidade do exercício da Medicina.

Se fosse um antropólogo falaria agora da importância do que hoje aqui vamos fazer provavelmente rotulando esta cerimónia de um Rito de Passagem e chamaria a atenção para a relevância social dos ritos nas sociedades em crise de valores.

Deixemo-nos pois impregnar de Esperança e lutemos contra o derrotismo e o pessimismo tão característicos do fado lusitano. Assumamos, hoje aqui, com esta cerimónia ritual que estamos a combater esta crise de valores e... mais que tudo...

Sejam bem-vindos Colegas!!!»

Discurso proferido nestas cerimónias pelo Presidente da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva

«Caros jovens Colegas,

Mais uma vez, com o imenso orgulho e a elevada responsabilidade de representar e liderar os médicos portugueses, aqui estou a dar-vos as boas vindas à mais escrutinada, complexa, sensível, difícil, exigente e gratificante profissão do mundo. Desejo-vos, a vós e às vossas famílias, que bem o merecem, que tenham um dia marcante e inesquecível.

Alcançaram o êxito porque são jovens de indiscutível mérito e qualidade, com capacidade de trabalho e de sacrifício.

Os cidadãos portugueses podem estar tranquilos, porque está garantida a preservação da reconhecida qualidade da Medicina Portuguesa, que atrai países da Europa mais desenvolvida para a contratação dos nossos especialistas.

Hoje ireis invocar o Juramento de Hipócrates, como cerimónia de iniciação profissional.

O melhor conselho que vos posso e tenho a obrigação de dar é que leiam o Código Deontológico da Ordem dos Médicos com muita atenção e que o pratiquem todos os dias. Está lá tudo. Infelizmente, alguns, felizmente, poucos, parecem esquecer-se dele com alguma facilidade.

Mas o amanhã que vos espera vai ser muito difícil.

Há um ano atrás chamei a atenção dos vossos Colegas para uma notícia de que jovens gregos estavam a desmaiar nas escolas por fome e desnutrição e recordava que, para Portugal, a Grécia era já ali...

Pois bem, recentemente a comunicação social noticiou que o mesmo já sucedia em Portugal e que os casos de fome em crianças se multiplicam.

Numa outra vertente, o setor público de Saúde na Grécia não está a conseguir cumprir regras básicas de higiene principalmente nos hospitais, potenciando a propagação de infeções e o desenvolvimento de multirresistências aos antibióticos e levando mesmo a um alerta do Centro Europeu para a Prevenção e Controlo de Doenças.

Recentemente, fruto do desespero financeiro, um grande hospital do Norte anunciou a estulta intenção de reduzir em cerca de 2/3 o número de horas de limpeza da instituição, o que, se tivesse sido concretizado, felizmente verificou-se um recuo por pressão dos profissionais, poderia ter consequências particularmente funestas para muitos doentes e aumentar a despesa.

Existe uma relação clara entre limpeza hospitalar e infeções hospitalares e aquisição de bactérias hospitalares multirresistentes e o seu transporte para a comunidade. A limpeza pode ser um dos mais eficientes e eficazes meios de combate e prevenção às graves e dispendiosas infeções hospitalares. Aposte-se na limpeza e não o contrário! Estudem-se as consequências das decisões antes de as tomarem!

Já este mês estive em Espanha, no Congresso da Ordem dos Médicos Espanhola, num debate com o meu homólogo Espanhol, onde chamei a atenção dos nossos vizinhos que a Grécia ia um ano à frente de Portugal e a Espanha um ano atrás de nós. Nessa oportunidade dei uma entrevista à Acta Sanitaria, cujo link coloquei na minha página pessoal do

facebook. Não podemos cometer os mesmos erros da Grécia.

A situação de Portugal é dramática e está a ter sérias repercussões negativas na Saúde dos portugueses.

As notícias de que há hospitais a manipular as listas de espera cirúrgicas, de que há Colegas a sofrerem processos disciplinares apenas por dizerem publicamente a verdade, de que há hospitais a suspenderem medicamentos e cirurgias programadas, de que há hospitais a recusarem doentes que não são da área geográfica teórica, de que há hospitais a colocarem entraves administrativos no acesso a medicamentos, etc., etc., são profundamente chocantes.

Porém, tantos cortes não evitam derrapagens nas contas do SNS e a razão é muito simples, os doentes precisam de ser tratados de alguma maneira e, por um lado ou pelo outro, a despesa acaba por surgir, por vezes agravada pelo não tratamento atempado e pela ausência de aposta nas medidas de prevenção, essenciais num país que gasta cerca de 80% do seu orçamento da Saúde em doenças crónicas.

A própria **Comissão Europeia alertou que os cortes no sector da saúde podem vir a aumentar a despesa no médio e longo prazo**, apontando um total de despesa adicional na ordem dos 13% a 16% em custos hospitalares como resultado de complicações provocadas no hospital e má assistência médica em geral.

Fala agora o Governo em impor uma redução das camas hospitalares em Portugal. Mas como, se há hospitais com doentes em macas e se, segundo o relatório da OCDE de 2011, Portugal tem a penas 3,3 camas hospitalares/1000 habitantes, contra uma média de 4,9 na OCDE e 8,2 na Alemanha?

A OMS recomenda 4,5 camas. Para além disso, Portugal tem um tempo médio de internamento, por todas as causas, somente de 5,9 dias, para uma média de 7,2 na OCDE e de 9,7 na Alemanha. Por onde querem reduzir mais camas? Onde vamos tratar os nossos doentes?

Por isso mesmo e para defendermos a Qualidade da Saúde em Portugal, depois do conselho que vos dei, permitam-me que vos lance um enorme desafio. Para além de excelentes médicos, sejam também cidadãos de corpo inteiro. Activos, interventivos, exigentes e honestos. Participem mais na vida política deste país!

e não tereis direito a lamentar-vos. Permitam-me que vos leia algumas passagens de um magnífico artigo de Jorge Fiel publicado recentemente (28/11/12) no JN:

“Downton Abbey faz-me lembrar o Estado português, que depois de ter vivido ociosa e alegremente acima das suas possibilidades, a contratar criadagem a eito (só entre 1995 e 2005, engordou a folha de salários com mais 100 mil novos funcionários públicos), apenas evitou a bancarrota ao ser resgatado pela troika.

E apesar da situação ser triste, dá-me vontade de rir quando vejo o debate sobre o nosso futuro situado em termos da escolha entre um Estado social ou um

vive em estado de guerra latente) gasta mais (4,7% do PIB) que nós (4,1%) em defesa e segurança.

A alternativa não é entre um Estado social e um Estado liberal. A alternativa é entre um Estado Downton Abbey - com 1182 empresas públicas, 29 mil carros, 356 institutos públicos, 343 empresas municipais e milhares de instituições sentadas à mesa do Orçamento - e um Estado bem gerido. O resto é conversa.” Fim de citação.

Na realidade, porém, segundo o orçamento geral do Estado para 2013, a contribuição pública para a Saúde é apenas de 5,1% do PIB, muito inferior à média da OCDE! Portugal é apenas o 25º da OCDE



Tal como nos alertou o Prof. Adriano Moreira, não permitam que Portugal seja governado por pessoas muitíssimo menos competentes, menos íntegras e menos preparadas do que vós.

Caros Colegas, lembrem-se que na vossa vida pública estareis sempre a fazer política, seja por acção seja por omissão. Se opinarem e intervierem, podereis influenciar os decisores no sentido que considerardes mais correcto e adequado, se se alhearem e calarem, outros decidirão por vós

Estado liberal.

As despesas com o Estado social (pensões, saúde, subsídios de desemprego, etc.) representam apenas 25% do PIB. E Portugal é o terceiro país da OCDE onde os gastos sociais menos subiram desde o início da crise.

Em saúde, mesmo antes dos cortes, investíamos apenas 7% do PIB, menos que a média da OCDE (7,5%). Idem aspas nos apoios sociais: levam 18,7% do PIB, bem abaixo da média de 20,5%. Em contrapartida, só o Chipre (que

em termos de contribuição pública para a despesa em Saúde, com 65,8%, contra 85,7% da Holanda ou 76,8% da Alemanha, e é somente o 23º quanto à despesa per capita, muito abaixo da média da OCDE!

E querem fazer crer que o SNS, um dos melhores serviços públicos de saúde do mundo, com excepcionais indicadores de Saúde, sem excluir ninguém à partida e com um custo per capita muito abaixo da média da OCDE não é sustentável?

Há uma clara campanha ideológica e destruidora contra o SNS, ignorando ostensivamente a evidência científica publicada que demonstra o desperísimo e a falência dos sistemas baseados no mercado dos seguros de saúde, como refere, entre outros, um artigo do New England Journal of Medicine sobre a experiência holandesa (Managed Competition for Medicare? Sobering Lessons from the Netherlands), que “mostrou que a competição entre seguradoras não produziu os esperados benefícios e, de facto, criou novos problemas”, ou ainda um outro do BMJ (Private healthcare market may be anti-competitive with poor returns for patients).

E ainda querem racionar mais em Saúde? Relativamente ao bem polémico e inaceitável parecer do CNECV sobre racionamento em Saúde, continuamente branqueado na comunicação social, que até o racionamento por idade propunha (!), para não me alongar sugiro-vos que leiam o editorial que escrevi sobre esta questão na Revista da Ordem dos Médicos de Outubro, que intitulei de “Ética, racionalização, racionamento e metamorfose”, que podem complementar com a leitura do Editorial da Revista de Novembro e da Revista de Janeiro. Não posso deixar de saudar a inegável valia ética técnica e social do documento da Associação Portuguesa de Bioética sobre racionamento em Saúde, recentemente apresentado pelo Prof Rui Nunes, que apresenta importantíssimas conclusões e recomenda a não aplicação do parecer do CNECV, reforçando a posição da Ordem dos Médicos nesta matéria. Revejo-me integralmente no excelente parecer da Associação Portuguesa de Bioética.

Caros jovens Colegas, a nossa mais nobre missão é a de defender os nossos doentes e, como recomenda a Associação Médica Mundial, exigir um orçamento que permita tratarmos os nossos doentes de acordo com a mais rigorosa evidência científica.

O próprio Papa expressou publicamente a sua preocupação de que a Saúde se pudesse tornar no direito de apenas alguns.

Nesse sentido, deixem-me fazer-vos um particular pedido, sejam os Provedores e a Voz dos vossos doentes. Não permitam que nada nem ninguém limite o direito dos doentes de ter acesso a uma medicina de Qualidade e aos recursos devidamente aprovados pelas entidades competentes, de acordo com o Estado da Arte, como obriga o nosso Código Deontológico.

Racionalização, sim, racionamento discriminatório dos mais desfavorecidos, nunca!

Poderão alguns de vós perguntar, e se não houver recursos financeiros?

Caros Colegas, olhem à vossa volta, metaforicamente falando, e digam-me se os recursos deste país estão a ser utilizados com parcimónia, rigor e transparência?

Leiam as notícias diárias da comunicação social e os relatórios das sucessivas auditorias do Tribunal de Contas e digam-me se este país está a ser bem governado. Por exemplo, como é possível que os Hospitais consigam comprar medicamentos por preços dez vezes inferiores aos que constam da Central de Compras do Ministério da Saúde, ou que hospitais que distam 20km adquiram o mesmo medicamento com diferenças de 34%? Afinal, não há benchmarking e não há circulação de informação horizontal e verticalmente. Inacreditável!

Como é possível que se estejam a comprar fármacos para a Hepatite C por AUE (autorização de utilização especial) por preços muito superiores aos que seriam possíveis por negociação global nacional e que haja hospitais que já trataram dezenas de doentes e outros nenhum doente, apesar de serem de dimensão semelhante?

Como é possível que haja hospitais a recusar doentes para não serem financeiramente penalizados?

Como é possível que haja hospitais a comprar medicamentos e dispositivos médicos ao dia, com inevitáveis consequências negativas nos custos?

Como é possível, por exemplo, que o Hospital de S. Bernardo, em Setúbal, que visitei recentemente, estivesse sem Director Clínico há 8 meses, quando meses antes tinha sido sugerido um nome, e com um Conselho de Administração em mera gestão corrente há 11 meses, por ausência de recondução, paralisando o Hospital? Será esse o objectivo?

Como é possível que os doentes HIV do Centro Hospitalar do Médio Tejo tenham sido deslocados à força para Santarém, aumentado 90km a cada deslocação, e agora, para além das consultas, sejam obrigados a deslocar-se com periodicidades frequentemente inferiores a um mês para levantamento da medicação, afectando a sua adesão ao tratamento?

Não tratar convenientemente os Doentes HIV, para além da questão individual, é um crime de Saúde Pública. Na Grécia já se assiste a um surto de disseminação do HIV, com consequência humanas e económicas gravíssimas.

Em termos humanos e de gestão esta medida geográfica também é uma decisão absurda. Só neste grupo de pouco mais de

200 doentes acrescentaram-se mais de 300000 quilómetros de deslocações anuais, com graves custos sociais e económicos. Sinais do desespero esquizofrénico nos decisores da Saúde.

Caros jovens Colegas, poderia referir um rol de ineficiências, desumanidades e desperdícios no SNS, mas seria demasiado aborrecedor neste momento de feliz e expectante celebração.

Uma coisa é certa, antes de alguém pensar em racionamento, o Ministério da Saúde que organize a sua própria casa e o Governo que cumpra com as suas obrigações.

O país perde todos os anos mais de 12 mil milhões de euros em impostos devido à economia paralela, muito acima do orçamento público da Saúde, grande parte da qual é devida à grande corrupção do Estado, que a actual classe política não quer combater de maneira nenhuma, por razões que são mais do que evidentes.

Como afirmou Paulo Rangel num artigo intitulado “O BPN e a legitimidade política e moral”, a solução encontrada para o BPN é um sorvedouro exponencial de dinheiro, sem que nenhum de nós saiba para onde vai esse dinheiro. E foi também o BPP e agora o BANIF. Querem convencer-nos que não há dinheiro para os doentes porque o dinheiro tem de ir ajudar a banca e os banqueiros privados?!

O país desembolsa anualmente em juros da dívida mais do que o Estado gasta em Saúde! Temos o direito e o dever de exigir uma solução europeia, porque a crise que atravessamos em Portugal também é da responsabilidade da Europa!

Regressar aos mercados com juros

mais elevados que os da Troika é um absurdo. O Banco Central Europeu, ao emprestar dinheiro aos Bancos a 1%, ou menos, para com esse dinheiro os Bancos nos emprestem a 5% está a promover um roubo descarado aos portugueses.

Com uma redução dos juros especulativos que, com o beneplácito da Europa, nos estão a ser impostos, não seria necessário o corte cego adicional de mais 4000 milhões de euros e a continua destruição da nossa economia e do que resta do Estado Social, dramaticamente necessário em tempos de tão grave crise.

O futuro é mesmo muito difícil, Colegas, alguns de vós não



terão acesso a uma vaga de especialidade, mas esse futuro está nas vossas mãos, usem-nas bem e de forma integral, atenta e exigente! Porque há soluções alternativas e melhores para o advir do país. Está tudo nas nossas mãos. Não sejam cidadãos abúlicos e conformados! Não acreditem em falsas promessas de políticos profissionais, mentem quase sempre!

Uma última palavra sobre demografia médica e sobre as organizações médicas.

Aguardamos todos os resultados do estudo sobre demografia médica que encomendámos à Universidade de Coimbra, que já

está em fase final. Esperemos que sirva ao Governo para um correcto planeamento futuro dos recursos humanos em Saúde. Faz algum sentido formar médicos, técnicos extraordinariamente caros na sua formação, para exportarmos para outros países e economias a custo zero?

É altura de repensar o numerus clausus, pois uma decisão tomada hoje apenas terá efeito dentro de 10 anos. Portugal precisa de planeamento.

Finalmente, não posso deixar de me regozijar por no mandato dos actuais corpos sociais da Ordem dos Médicos ter sido finalmente possível construir um diálogo franco e aberto entre todas as diferentes organizações médicas, no mais estrito respeito pelas respectivas competências, o que permitiu realizar no passado mês de Julho uma das maiores mobilizações médicas de sempre, em que exercemos exemplarmente o nosso direito à indignação, que conduziu a resultados positivos, particularmente para os mais jovens.

Nos dias negros que se avizinham, sozinhos somos seres pouco mais que indefesos, mas colectivamente somos e seremos sempre fortes e respeitados em defesa dos Doentes, dos Médicos e da Qualidade da Saúde.

O meu último conselho: trabalhem muito! Como dizia Thomas Jefferson, “acredito muito na sorte, quanto mais trabalho mais sorte pareço ter”.

Caríssimos jovens Colegas, podem contar sempre com a Ordem dos Médicos.

Bem vindos e as maiores felicidades para o futuro.

Parabéns a todos e um 2013 muito feliz!»



A Medicina Geral e Familiar depois da crise

'A Medicina Geral e Familiar (MGF) depois da crise: USF's modelo A, B e C' foi o tema do debate que decorreu no dia 27 de Fevereiro no Auditório da OM e que contou com a intervenção de Silva Henriques, presidente do Colégio de MGF, Bernardo Vilas Boas, presidente da Associação USF-AN, João Sequeira Carlos, presidente da APMGF, Couto dos Santos (deputado à AR pelo PSD), e representantes dos Sindicatos Médicos (Roque da Cunha pelo SIM e Manuel Vasques pela FNAM). Um dos consensos a que se chegou foi que não se justifica falar do modelo C quando ainda há falhas na aplicação dos modelos A e B e as regras de transição entre modelos ainda não estão devidamente clarificadas.

A primeira intervenção neste debate moderado pelo jornalista Rui Avelar foi do **presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar, Silva Henriques** que, intencionalmente, efectuou uma curta intervenção para resumir o essencial desta temática, explicando que, «independentemente do modelo implementado, o que preocupa os especialistas em MFG é a qualidade técnica e que se assegure a qualidade assistencial» e que, qualquer que seja o modelo, «que sejam especialistas a assegurar a assistência médica». Mais adiante no debate, o presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da OM criticaria os critérios de expurgo das listas dos médicos de família,

questionando: «em que critérios se baseia o Estado para obrigar os utentes a ir ao médico?» e defendeu um sistema de gestão horizontal baseado no trabalho em equipa, em que só devem ser incluídos médicos especialistas em MGF, em defesa da qualidade dos cuidados prestados.

João Sequeira Carlos, presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMCG), por seu lado, considera que a crise deve ser encarada como uma oportunidade de mudança: «agora, mais do que nunca, deve apostar-se numa resposta centralizada nos cuidados de saúde primários» e apresentou, para reforçar a sua ideia, as conclusões da resolução 62.12 da WHA (Assembleia Mundial da Saúde)

que estatui o compromisso de desenvolvimento dos cuidados de saúde primários (CSP), defendendo-os como condição para a sustentabilidade do sistema de saúde, com integração e continuidade dos cuidados centrados no doentes, realçando ainda a importância da formação de equipas de saúde, sublinhando a relevância do trabalho em equipa e com financiamento adequado. O representante da APMCG considera que esta abordagem também está aceite como correcta em Portugal e até o próprio memorando da Troika apela a que seja este o caminho quando instiga ao aumento do número das Unidades de Saúde Familiar (USF). Referindo-se ao documento que a APMCG enviou ao Ministério da Saúde, explicou

que as áreas de acção estratégica fundamentais são: «evolução e inovação das unidades de saúde da pessoa e da família, recursos humanos, sistemas de informação, articulação de cuidados, promoção da saúde e prevenção da doença»; Especificamente quanto aos recursos humanos: «que médicos se quer para o sistema de saúde? (...) É necessário apostar na formação para um exercício da MGF qualificado, com médicos de família mais qualificados». Este orador defendeu ainda o «alargamento sustentável da rede de cuidados de saúde primários com disseminação de unidades funcionais devidamente equipadas e com recursos humanos qualificados» e a «promoção da capacidade resolutiva, acessibilidade e qualidade no atendimento em CSP de forma a que as suas unidades funcionais sejam o *front office* do sistema de saúde». «Um sistema de saúde deve ter a utopia de não ser necessário. Como? Promovendo a saúde e prevenindo a doença» porque isso originará «menor pressão assistencial em resultado de uma população mais saudável». E o futuro? «Queremos USFs fortes para que sejam a imagem de marca da excelência dos CSP». «A sustentabilidade é tarefa para depois da Troika. Mas é preciso definir o que se quer: reorganizamos todo o sistema? Transferimos cuidados hospitalares para os cuidados primários?» Num fórum, organiza pela APMCG, a resposta foi clara pela reorganização. A terminar a sua intervenção Sequeira Carlos referiu que o congresso da WONCA 2013, que decorre entre os dias 25 e 29 de Junho na República Checa, tem

como tema a Medicina Geral e Familiar e realçou que «depois da crise, a MGF continuará a ser a medicina do século XXI».

Bernardo Vilas Boas, presidente da Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN), fez um breve enquadramento histórico explicando como nos anos 90 se procurou um novo modelo organizacional salientando que, muito antes do despoletar da crise, já existiam ao nível dos CSP novas formas organizacionais que se baseavam na autonomia, responsabilidade e capacidade das equipas. Bernardo Vilas Boas salientou a necessidade de se fazerem políticas de avaliação com consequências pois «pensar o que vai ser depois da crise depende do que formos capazes de fazer no momento presente» e realçou a importância de um «ambiente organizacional para o desenvolvimento da própria especialidade e o ambiente de equipa, multidisciplinar» com lugar para «a formação e a investigação». O presidente da USF-AN referiu aquelas que são para si as capacidades que todos os especialistas de MGF devem dominar e as competências nucleares, a saber: «gestão de CSP, cuidados centrados na pessoa, aptidões específicas de resolução de problemas, abordagem abrangente, orientação comunitária e modelação holística». Essas competências serão implementadas pelo especialista em MGF em três áreas: tarefas clínicas, comunicação com os doentes e gestão da prática clínica. Bernardo Vilas Boas defendeu ainda que esta disciplina deve ser centrada na pessoa. «considerando o contexto pessoal, familiar, comunitário e cultural; baseando-se a atitude



do médico nas suas capacidades, valores e ética profissionais e adoptando uma abordagem crítica da prática clínica, baseada na investigação científica, bem como mantendo-a através da aprendizagem e da melhoria da qualidade contínuas.» É preciso «trazer para a organização o



primado da clínica, o que se consegue com o conselho técnico na unidade e com o conselho científico nos agrupamentos». Considerando que ainda estamos longe de levar este modelo organizacional ao seu máximo potencial, considera ainda assim que existem bases para o conseguir. Nas USF existe «um processo de exigência garantido». Não negando que no modelo tradicional já existe trabalho de equipa, Vilas Boas explicou a posição da USF-AN: «consideramos necessário que ao nível do modelo das UCSP seja definida uma carteira de serviços» pois «independentemente de quererem evoluir para USF têm o direito de criar um modelo organizacional que seja estimulante, motivador e adequado à prestação de

cuidados de qualidade». A carteira básica inclui, entre outros aspectos: promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida: saúde da mulher, do recém-nascido, da criança e adolescente, do adulto e idoso, acompanhamento clínico de doença crónica e patologia múltipla, cuidados no domicílio, colaboração em rede com outros serviços e níveis de diferenciação, etc. Relativamente ao futuro, Vilas Boas considera que há o risco de subverter a mudança que aconteceu nos últimos anos, nomeadamente com a criação de obstáculos ao surgimento de novas unidades e apontou erros a um sistema de comunicação deficiente e que dificulta a evolução de modelo A para modelo B. A forma de sobreviver à crise? «intervir de forma organizada».

Roque da Cunha, do Sindicato Independente dos Médicos (SIM), defendeu o papel destas instituições num processo organizacional que apelidou de «voluntarista». Mais adiante referiria que «o excesso de voluntarismo tem que ter alguma temperança sob risco de exaustão». Concordando que a autonomia é uma mais valia, não deixou de alertar para os perigos para o «trabalhador médico», nomeadamente quando se criam obstáculos artificiais à evolução de modelo A para modelo B e defendeu mesmo que «em bom rigor não se justifica a existência de USFs de modelo A» pois «todas deviam começar em modelo B e ser sujeitas a avaliações com um conjunto de critérios objectivos» que definissem as questões de remuneração. «Não se pode dar a uns e recusar a outros», afirmou, salientando os investimentos em recursos humanos e materiais que

se fazem nas USF e não deixando de louvar os colegas especialistas em MGF que se mantiveram no modelo tradicional das UCSP. Ainda assim, Roque da Cunha considera que existem vantagens organizacionais no modelo das USF quer no que se refere à satisfação dos utentes e dos profissionais quer em termos financeiros e defendeu que as cooperativas de médicos deviam poder ter acesso ao modelo organizacional das USF. Concordou com a necessidade de defender a qualidade e que tal só é possível se forem integrados apenas os especialistas em MGF. Numa fase em que existem dificuldades à transição de modelo A para modelo B por razões económicas, Roque da Cunha expressou o seu receio de que os profissionais se desmotivem.

Manuel Vasques, da Federação Nacional de Médicos (FNAM), explicou como, desde a primeira hora, a FNAM participou na definição das carreiras médicas, nomeadamente na de MGF. «Não há modelos perfeitos», explicitou, especialmente numa área como a saúde «que está em mudança contínua». Relembrou que os CSP não são só a MGF mas também a Saúde Pública, áreas de trabalho essenciais. Segundo este orador, 70% da prestação de cuidados a nível nacional, é feita fora do modelo USF. Sobre a crise e os seus efeitos, alertou que houve alterações nalguns indicadores: «a mortalidade infantil aumentou e este é um indicador sensível muito ligado à prestação de cuidados». O problema neste momento é que «muitos médicos de família pediram a reforma» e «USF ou UCSP sem médicos ou outros profissionais» não servem de

nada: «um modelo organizacional pode ser muito bem elaborado mas sem meios...» Salientou que os concursos para integração dos internos são excessivamente morosos e instigou a OM a proceder a uma fiscalização das USF para confirmar a habilitação e idoneidade de profissionais e serviço. Sobre o procedimento de actualização das listas dos Médicos de Família, Manuel Vasques também teceu algumas críticas por se estar a «desmembrar o conceito de família» num processo que considerou como «eticamente reprovável» e que «não obedece ao primado da medicina». Considerou ainda que as análises organizacionais e sistemas de avaliação têm muitas vezes «falta de senso» pois misturam indicadores de qualidade com indicadores de quantidade, já para não falar «num excesso de indicadores inúteis». Essa é a origem de um dos grandes obstáculos para quem trabalha e planeia: «o cansaço» inerente a estes processos e às dificuldades administrativas colocadas. «O modelo neo liberal é altamente apelativo» mas «quem está no terreno começa a pensar em quanto tempo falta para a reforma», concluiu.

Couto dos Santos, deputado do PSD, defendeu que a crise traz vantagens se as soubermos aproveitar. «No sector da saúde ajuda a estabelecer prioridades e a racionalizar recursos». Em seu entendimento o problema é que «na saúde sempre se definiu tudo como prioritário» e que isso não pode ser pois as prioridades têm que ser definidas conforme os recursos disponíveis». Claro que a crise não será só vantagens: Couto dos Santos referiu a título de exemplo o efeito da crise nas

doenças crónicas, nomeadamente devido à alteração de hábitos alimentares, por força das necessidades económicas. «As pessoas que vivem afectadas pela crise têm mais medo da morte e isso 'atira-as' para o hospital», referiu salientando que, quando há uma greve, «é à porta dos hospitais que a comunicação social vai e não à porta dos serviços de cuidados de saúde primários». Realçou a essencialidade da educação para a saúde como parte integrante dos CSP porque «se não formos capazes de educar as pessoas, as USF serão apenas um anteparo para o hospital». No entanto, «se for bem aproveitado, o modelo das USF é a resposta à crise e é o caminho mais adequado dando acesso de proximidade e diminuindo custos em saúde». Quanto à problemática do modelo A ou B, Couto dos Santos referiu que talvez fosse necessário criar um sistema de avaliação externa para classificar as unidades, «tipo *rating*», explicou, com o objectivo de todos terem incentivos a produzir mais e melhor. Como aspectos menos conseguidos do sistema organizacional referiu o facto das USF que passam a modelo B nunca mais deixarem de o ser e o facto de não terem autonomia de gestão suficiente face às ARS, além do excesso de burocracia a que os médicos são sujeitos: «o vosso papel é ver doentes, não é preencher papéis», concluiu.

José Manuel Silva, presidente da Ordem dos Médicos, responsável pela organização do debate, interveio salientando que a OM desenvolveu em parceria o Prémio Miller Guerra, com vista a premiar o lado humano da medicina, que este ano será precisamente atribuído



a um especialista em Medicina Geral e Familiar. «Tivemos como objectivo que fossem precisamente os doentes a poder propor o seu médico para esta distinção». Relativamente às presenças neste debate, que agradeceu, lamentou a ausência do representante da ARS de Lisboa e Vale do Tejo que «confirmou a presença mas primou pela ausência». Falando especificamente do tema em debate, o presidente da OM deixou a sua visão de uma reforma de CSP que aproxime de facto o médico assistente dos seus doentes, referindo, por exemplo, que o caminho passará por médicos de família que acompanham os seus doentes às urgências ou que atendem o telefone às 3 da manhã (se não o fizerem, estará no poder do doente mudar, ou não, de médico de família). Isto, obviamente, «enquadrado numa negociação justa». Relativamente ao momento actual, José Manuel

Silva considera que a forma de se poder atribuir um médico de família a cada português deve passar pela contratação de médicos reformados, com pagamentos justos. «Os indicadores não se podem tornar uma obsessão», afirmou, explicando que não pode um médico «passar o tempo todo da consulta a olhar para as listas de indicadores».

O **debate** que se seguiu foi bastante participado de damos nota de algumas das intervenções:

António Pedro, médico de uma UCSP há 19 anos - «os colegas deste modelo organizacional fazem o mesmo mas sem os estímulos»

Ana Ferrão, médica de família na USF Marginal - «Trabalhei 24 anos num centro de saúde e não me tornei melhor ou pior médica por ter passado para uma USF; o que muda não é a competência profissional, é o modelo organizativo que possibilita a potencialização das capacidades»

Silva Henriques - «Fazemos educação para a saúde quer no acto clínico quer com os exemplos dados e há muito tempo que o

fazemos, não era necessário sair em portaria. A portaria é populista e origina duplicação de consultas»

Sequeira Carlos - «no Canadá, o lema de um centro de saúde é 'chame-nos primeiro', porque se assim não for, o hospital cobra ao CS; isto é compromisso assistencial e excelência na resposta à população»

Manuel Vasques - «quem trabalha 24 horas por dia ou defrauda o sistema ou cai para o lado... O direito ao descanso e às folgas tem que ser defendido»

Vilas Boas - «A definição dos indicadores não pode ser feita unilateralmente pela Administração»

Guilherme Mendes, médico numa USF modelo A - «é preciso responsabilizar os utentes e mais transparência organizacional»

Interna da USF Venda Nova - «Não é nada fácil fazer educação para a saúde com tantos indicadores para pensar. É importante registar mas... tira-nos tempo, nomeadamente para ouvir e falar com o doente»

José Manuel Silva - «Se fizesse a minha escolha hoje, iria para MGF e integrava uma USF. O trabalho de equipa e a forma como permite, por exemplo, em sistema de rotatividade, assegurar o trabalho nocturno, é um regime aliciante»

Couto dos Santos - «Como utente sempre entendi que é da relação médico/utente que saem as respostas para os problemas da saúde. É essencial promover essa relação privilegiada»



Francisco Pavão
Rita Areias
Humberto Santos

Médicos Internos do Ano Comum

A Guiné-Bissau em vez do Algarve

Concluída a licenciatura, canudo na mão, inscrição na Ordem, desconhecendo por enquanto os resultados do incrível exame para escolha de especialidade, decidimos trocar os prometidos e merecidos dias de lazer no agradável e apetecido Algarve por um trabalho de voluntariado na quase desconhecida Guiné-Bissau onde a democracia custa a enraizar.

Não se tratou duma decisão apressada à procura de aventura como agora está na moda nas televisões, mas antes duma opção consciente e planeada desde há alguns meses atrás. O ano de 2012 foi de intenso trabalho, vivido com muita ansiedade e emoções parecendo-nos por isso que terminá-lo com um exercício no âmbito da cooperação, seria um fecho de acordo com os nossos horizontes de vida. Decidimos pois dar a mão e o nosso saber a quem precisa e nada tem, acalentando a esperança que o nosso modesto exemplo possa vir a contagiar outros agentes de saúde em Portugal.

A Guiné-Bissau é um pequeno país da costa ocidental africana, com uma área geográfica do tamanho aproximado da região norte de Portugal. Rodeado de países francófonos adoptou a língua portuguesa, testemunho duma convivência secular que, apesar das guerras pela independência, geraram também um clima de fraternidade que todos devemos zelar e recriar.

Coexistem ali mais 28 etnias de características morfológicas, cultura, religião e línguas

diferentes, somando uma população de 1,5 milhões de pessoas mais concentrados nas maiores cidades.

Do programa que organizámos e que demos a conhecer previamente ao Senhor Ministro da Saúde da Guiné-Bissau, constava a passagem pelos hospitais da capital, participar nos trabalhos quotidianos de consulta, visita a enfermarias, cuidados assistenciais de pequena cirurgia e ainda uma visita ao interior do país, não como mera curiosidade, mas sobretudo para ficar com uma ideia das conhecidas limitações de recursos humanos e tecnologia que tanto contribuem para o sofrimento das populações.

Saímos de Lisboa na noite de 23 de Novembro, um voo tranquilo da nossa TAP sob a ameaça da temida privatização e que cerca de 4 horas depois nos deixou no aeroporto Osvaldo Vieira, uma realidade bem diferente daquela que havíamos deixado em Lisboa e que os olhos abertos da Rita não se cansavam de perscrutar.

Ficámos hospedados na Casa Emanuel, uma missão Evangélica bem conhecida e respeitada pelo

notável trabalho que desde há muitos anos vem prestando à população guineense, especialmente às crianças. Na realidade são mais de 150 crianças que nesta prestigiada instituição são acolhidas, educadas e assistidas nos seus problemas de saúde, aptas a enfrentar o futuro. A Casa Emanuel tem também capacidade de prestar cuidados nas especialidades de ginecologia-obstetrícia, com sala de partos e bloco operatório, havendo por isso oportunidade para colaborarmos activamente, fazendo a inevitável comparação com os hospitais europeus onde a mortalidade neonatal é das mais baixas do mundo. A Casa Emanuel presta ainda assistência nas áreas da Pediatria e Medicina Interna.

Efectuámos também uma demorada visita à unidade principal da cidade, o Hospital Simão Mendes, cuja arquitectura é em módulos como no passado, ficando os serviços distribuídos por pavilhões, o que a nosso ver dificulta por vezes a rápida prestação de cuidados. A energia eléctrica, o principal problema do país é aqui fornecida por



geradores e mesmo assim subutilizada para serviços não públicos.

A convite do colega, Dr. Luís Gonçalves, distinto oftalmologista do Hospital de Guimarães, que tem prestado um excelente serviço às populações, no campo do despiste e tratamento incluindo cirurgias, visitámos demoradamente o Hospital de Cumura e uma pequena comunidade em tratamento da doença de Hansen.

Deslocámo-nos ao interior, visitando a cidade de Bafatá e Gabu, onde o panorama

assistencial tem muitas e manifestas limitações, apesar da presença de alguns agentes de saúde portugueses e do apoio de organizações não governamentais que neste país desenvolvem uma acção meritória.

Nesta região e durante três dias, fizemos consultas e prestámos os cuidados médicos possíveis aos residentes, na Tabanca Cruzante, muito próximo de Quebo, na fronteira com a Guiné Conacri.

Por último, visitámos uma das ilhas do deslumbrante arquipélago dos Bijagós, onde soubemos que não recebiam

qualquer visita médica há mais de um ano. De facto as populações da ilha de Uno receberam-nos com grande entusiasmo e o acolhimento foi caloroso, o que ficou bem traduzido nas palavras que a responsável política local nos dirigiu. Ouvimos atentamente e assistimos o maior número de pessoas que nos foi possível, distribuímos medicamentos e fizemos algumas ofertas de roupa para crianças, sendo certo que tudo isto nos deixou marcas inesquecíveis.

No rescaldo desta visita, quando nos reunimos para analisar os frutos do nosso trabalho, foi opinião unânime que tinha valido a pena. Acima de tudo, soubemos ser solidários com gente necessitada, repartimos os bens que previamente havíamos reunido e ficámos com a certeza de que o peso do passado de convivência histórico e o facto de falarmos a mesma língua nos remete para a obrigação de alargarmos e aprofundarmos a cooperação com este país de gente boa e simpática.

Oxalá que os actuais dirigentes da Ordem dos Médicos saibam levar aos responsáveis políticos o somatório das diversas acções solidárias que os agentes de saúde portugueses vão multiplicando ao longo dos últimos anos. Resta finalmente agradecer ao Sr. Doutor Agostinho Ca, actual Ministro da Saúde da Guiné-Bissau, o apoio e a simpatia com que nos recebeu e nos acompanhou durante esta missão.



Isabel Alexandra Santos

Assistente Graduada de Anestesiologia
Directora do Departamento de Gestão da Qualidade, Risco, Higiene, Saúde e
Segurança do Centro Hospitalar do Porto

Idalina Beirão

Assistente Graduada de Nefrologia
Gestora de Risco Clínico do Centro Hospitalar Porto
Professora Auxiliar Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar, UP – Centro Hospitalar do Porto

Humberto Machado

Chefe de Serviço de Anestesiologia
Director do Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar Porto
Adjunto do Director Clínico do Centro Hospitalar Porto
Professor Associado Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar, UP – Centro Hospitalar do Porto

Ranking, Rating e Benchmarking:

o que melhor serve as instituições, os profissionais de saúde e os doentes

A publicação de estudos com resultados em saúde que permita algum grau de comparação entre instituições é sempre uma mais-valia pelo que proporciona em termos de reflexão e análise às próprias instituições. A disponibilização da informação e o grau de entendimento da mesma por parte dos utentes é quase sempre moldada pelos meios de comunicação social. A interpretação que é feita dos resultados e o modo como são apresentados publicamente servem interesses muito variados, nem sempre profícuos mas sempre fulgurantes.

A recente publicação do estudo da Escola Nacional de Saúde Pública intitulada “Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (Internamento) em Portugal Continental” 2011 – versão provisória – disponível no site da ENSP, que vem sendo habitual ao longo dos últimos anos, promove a cada publicação reacções imediatas na comunicação social e nas próprias instituições alvo da classificação de ranking, umas de regozijo outras de incompreensão e muitas dúvidas. O rigor científico e ético do estudo é incontestável. Os autores são uma referência nacional no âmbito da administração hospitalar no qual se insere este tipo de estudo. O presente artigo de opinião não ousa qualquer tipo de refutação dos dados apresentados, apenas pretende reflectir sobre o grau

de utilidade prática dessa informação para as instituições e para os doentes.

Conceitos comumente usados nos diversos métodos de classificação e comparação de resultados em cuidados de saúde são os de ranking ou rating e surge ainda o conceito de benchmarking cada vez mais aplicado neste círculo de informação. A definição e abrangência destes conceitos são ainda frequentemente objecto de confusão entre a comunidade geral dos profissionais de saúde. Parece importante partir das definições de cada conceito e verificar quais as metodologias disponíveis às instituições como ferramentas de trabalho ou puramente informativas.

A definição de ranking, classificação ordenada de acordo com determinados

critérios¹, pode ser usada em diversos âmbitos, por exemplo no desporto (ranking ATP do ténis) e distribui de 1 até ao número total os elementos em classificação, sejam atletas ou hospitais, de forma ordenada em primeiro, segundo,... último. Neste conceito insere-se o estudo já referido, da ENSP.

Assim, em termos globais realço alguns aspectos a considerar na análise mais detalhada deste estudo:

1. A sustentação científica da metodologia em opção é claramente apresentada.
2. A dimensão do estudo, o internamento, a definição da amostra de dados e a opção por um sistema de ajustamento pelo risco, o Disease Staging, considerado pelos autores como o mais adequado na avaliação das variáveis em estudo,

mortalidade, complicações, readmissões e efectividade global, é descrito estabelecendo concordância com a finalidade do estudo. O Disease Staging estabelece um Agrupamento de Doenças (ex. Digestivas, Infecciosas, Rins e Aparelho Urinário) sem relação directa com o sistema estrutural dos hospitais, sendo a interpretação dos resultados por Agrupamento difícil de enquadrar na realidade hospitalar. O Disease Staging não considera a presença de intervenção cirúrgica como factor adicional explicativo de morte.

A não consideração de um número mínimo de casos cirúrgicos, por exemplo no agrupamento de doenças dos Rins e Aparelho Urinário, é um critério que pode enviesar os resultados em hospitais cujo volume de cirurgia urológica tenha uma ponderação significativa, não enquadrável no grupo de doenças dos Órgãos Genitais Masculinos.

3. A classificação de ranking apresentada é para o profissional de saúde e instituições meramente informativa. A sua leitura e análise com determinação construtiva para eventual implementação de melhorias resultam infrutíferas. Pelo facto de ser um relatório provisório, é omissa em muita informação que está definida nos objectivos da sua avaliação, nomeadamente em relação aos resultados para as complicações e readmissões. Assim o ranking final é apresentado essencialmente com base nos resultados da mortalidade desconhecendo-se a contribuição das outras dimensões para este resultado final (quadro1).

4. Os autores ressaltam que

Todos os episódios de internamento

Quadro XXI

Todos os episódios de internamento: Desempenho Global e por Indicador em 2011

	2011			
	Global	Mortal	Comp	Read
CH de São João, EPE	1	1	---	---
CH e Universitário de Coimbra, EPE	2	2	1	---
CH de Lisboa Norte, EPE	3	3	---	---
CH Tondela-Viseu, EPE	4	4	---	---
CH de Leiria-Pombal, EPE	5	7	9	---
CH de Lisboa Central, EPE	6	5	---	---
ULS de Matosinhos, EPE	7	6	---	---
CH Cova da Beira, EPE	8	9	8	---
H Curry Cabral - Lisboa	9	8	---	---
CH de Lisboa Ocidental, EPE	10	---	---	---
H Garcia de Orta, EPE - Almada	---	---	---	1

CH – Centro Hospitalar. H – Hospital. IPO – Instituto Português de Oncologia. ULS – Unidade Local de Saúde.

“ as conclusões são somente e exclusivamente válidas para as dimensões em apreciação, sendo abusivo e mesmo incorrecto extrapolar estes rankings para todo o internamento hospitalar ou para a actividade hospitalar. Ou seja, é natural que quando se consideram e/ou se adicionam outras dimensões este mesmo ranking possa ser alterado”.

Não são objecto de análise deste estudo os hospitais das regiões autónomas dos Açores e da Madeira, bem como alguns hospitais públicos continentais e hospitais privados. Este estudo não avalia o desempenho para a urgência, consulta externa, ambulotorização, acessibilidade aos cuidados medida por tempos de espera para consultas ou intervenções cirúrgicas, demora média entre outros indicadores de reconhecido valor para análise de eficiência.

A disponibilização de informação em linguagem não comparável com a informação que habitualmente é trabalhada nos hospitais (GDH - grupos diagnósticos homogéneos) limita a utilidade da mesma do

Quadro 1

Ranking final do estudo da ENSP.

ponto de vista dos utilizadores - profissionais de saúde e gestores hospitalares.

Quando se procura a definição de Rating, este conceito surge muito relacionado com compromissos financeiros e a capacidade do seu cumprimento. Rating - avaliação da credibilidade e da capacidade de cumprimento das responsabilidades financeiras de uma entidade feita por uma empresa especializada ou por um grupo de especialistas². Conceptualmente o rating pressupõe a definição de valores de referência ou uma escala que permite posteriormente a classificação das diferentes estruturas ou serviços em análise em aposição a essa predefinição, admitindo que vários elementos possam ter o mesmo rating. Aplicado à saúde o conceito de rating reporta-nos para o SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde – um sistema de avaliação da qualidade global dos serviços de saúde, em Portugal

continental, desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS). O SINAS visa avaliar, de forma objectiva e consistente, a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal, com base em indicadores de avaliação que permitam obter um rating dos prestadores. A publicação do rating garante o acesso dos utentes a informação adequada e inteligível acerca da qualidade dos cuidados de saúde nos diversos prestadores, promovendo a tomada de decisões mais informadas e a melhoria contínua dos cuidados prestados³. Os indicadores de avaliação utilizados são desenvolvidos pela Joint Commission International - JCI, e assentam em evidência científica. O modelo de cálculo dos indicadores e os resultados da sua aplicação são da responsabilidade do consórcio Siemens/JCI, parceiro tecnológico da ERS na implementação do projecto.

No caso concreto do SINAS foram estabelecidos três níveis de qualidade: o “nível de qualidade I” engloba todos os prestadores posicionados no nível de qualidade de base; o “nível de qualidade II” inclui os prestadores posicionados no nível de qualidade intermédio; o “nível de qualidade III” abarca todos os prestadores posicionados no nível de qualidade superior. Estes níveis de qualidade correspondem a uma escala predefinida segundo a qual os serviços são classificados em função do cumprimento dos indicadores em análise.

Os relatórios individuais distribuídos aos responsáveis e interlocutores locais dos serviços intervenientes no projecto são instrumentos de trabalho,

considerados importantes pela informação que proporciona aos clínicos na definição de medidas específicas a implementar numa perspectiva de melhoria contínua das práticas e dos resultados. Os resultados obtidos são dinâmicos, reflexo de recolhas sucessivas e facultam aos prestadores a comparação do seu posicionamento com os seus pares – benchmarking assim como a sua evolução temporal.

O termo anglo-saxónico Benchmarking, de difícil tradução numa só palavra, identifica a comparação dos processos de uma organização com as práticas que demonstraram os melhores resultados. É um processo contínuo de comparação para aprender com as organizações líderes que apresentam os melhores resultados.

É um conceito que surge no âmbito de uma melhoria contínua da qualidade e efectividade dos serviços obrigando à procura de soluções para melhorar os resultados face aos recursos disponíveis e em comparação com parceiros de dimensão e complexidade semelhantes. Refira-se ainda que, a Directiva 2011/24/EU do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de Março de 2011 relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados transfronteiriços, suporta a necessidade de um benchmarking entre os hospitais europeus que proporcione informação comparável e sustentável que apoie as opções dos doentes e as tomadas de decisão das Autoridades de Saúde de cada país-membro. A IASIST é uma empresa de estudos de benchmarking clínico hospitalar presente em Portugal desde 2004. Trabalha



Isabel Alexandra Santos

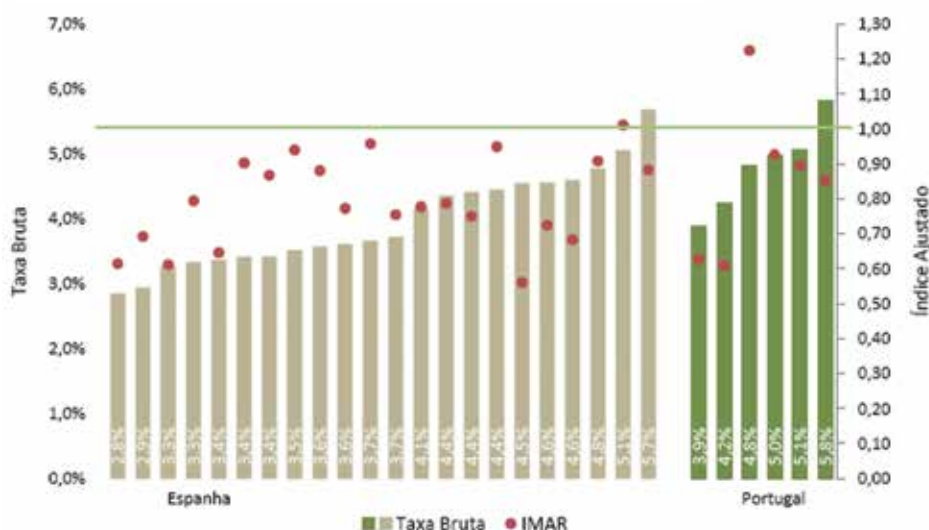


Idalina Beirão



Humberto Machado

Comparação da Mortalidade bruta e ajustada pelo risco



Quadro 2
Resultados comparativos para o IMAR, no estudo ibérico da IASIST de Abril de 2012

actualmente com seis hospitais portugueses, concretamente o Centro Hospitalar do Porto (CHP), o Centro Hospitalar Lisboa Central, o Centro Hospitalar Lisboa Norte, o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, os Hospitais da Universidade de Coimbra e o Hospital de São João.

A metodologia que utiliza na análise dos indicadores que disponibiliza online através da ferramenta informática IAmetrics, baseia-se nos DRG e a ferramenta de Ajustamento pelo Risco é o All Patient Refined Diagnosis Related Groups, uma das metodologias para medição da produção hospitalar. A IASIST trabalha igualmente com vários hospitais espanhóis o que lhe proporciona uma base de dados alargada e fiável assim como a possibilidade de realizar comparações equitativas e com significado ao ajustar

as medições e estatísticas de acordo com a complexidade dos pacientes tratados.

As dimensões avaliadas pelo IAmetrics são: a demora média, a demora média pré-operatória, a capacidade de ambulatorização, a mortalidade (taxa bruta e ajustada ao risco – IMAR), as complicações (taxa bruta e ajustada ao risco – ICAR) e as readmissões a 30 dias (taxa bruta e ajustada ao risco – IRAR). Os resultados podem ser analisados em comparação com a média dos hospitais (Peer) ou em comparação com o grupo de hospitais que tem o melhor desempenho (Benchmark) para cada indicador. A familiarização com as comparações (benchmarking), a sua generalização e, sobretudo, a colocação destas à disposição dos médicos como instrumento para a tomada de decisões com base nos resultados são uma mais-valia inequívoca. A possibilidade de análise e auditoria por serviço, por patologia e por doente são potencialidades acessíveis por esta ferramenta.

A IASIST realizou o ano passado em Abril de 2012 um

estudo ibérico entre 22 hospitais espanhóis e os seis portugueses anteriormente referidos. O estudo⁴ está disponível em http://www.iasist.pt/files/Artigo_BK_Iberico_IASIST_Portugal_2012.pdf e reporta-se a dados de 2010. Nas principais conclusões afirmam: “não há em termos globais, diferenças estatisticamente significativas no desempenho dos hospitais universitários dos dois países, permitindo inferir-se que a prática clínica é globalmente similar e apresenta idênticos resultados, em termos de qualidade quer em termos de eficiência técnica” e registam “a significativa margem de progressão que, quer os hospitais universitários espanhóis, quer os hospitais universitários portugueses, apresentam na comparação com o benchmark, quanto às durações do internamento.”⁴

Os dados no estudo são apresentados de forma anonimizada. Sabemos as seis colunas que representam os hospitais nacionais e as 22 colunas dos espanhóis (quadro 2).

A IASIST no entanto, ao divulgar os resultados aos seus clientes apresenta a sua posição relativa face aos restantes. O CHP exhibe neste estudo ibérico o melhor resultado nacional em três dos indicadores avaliados: demora média, IMAR (índice de mortalidade ajustada ao risco) e ICAR (índice de complicações ajustada ao risco).

Assim é um pouco incompreensível que, para as variáveis sobreponíveis, mortalidade e complicações, às analisadas pelo estudo da ENSP, o CHP não tenha lugar no top 10 do ranking apresentado.

Esta discrepância de resultados só se compreende pelas diferentes

metodologias que dão origem aos resultados. No estudo da ENSP, o Disease Staging, no IAmetrics o All Patient Refined Diagnosis Related Groups.

Em termos gerais, a medição da produção hospitalar pode ser efectuada essencialmente por essas duas metodologias, os Diagnosed Related Groups – DRG, (em Portugal designados GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos) e o (Coded) Disease Staging. A lógica de funcionamento de ambas é diferente e a aplicação de uma ou outra resulta em divergências importantes nos resultados. Genericamente é considerado que os DRG estão ligados à oferta de cuidados e ao consumo de recursos e que o Disease Staging se centra nas características do doente e o seu risco de morte, posicionando-se no lado da procura de cuidados⁵. Ambos são metodologias retrospectivas e dependem dos dados administrativos dos resumos de alta e da fiabilidade das mesmas. Sendo o sistema de GDH o sistema de dados disponíveis nos hospitais é nestes que assentam a exequibilidade da comparação de resultados, de indicadores e de eficiência. A avaliação e monitorização pela tutela têm por base informação baseada nesses dados. Os GDH (Grupos de Diagnósticos Homogéneos) são os que se encontram internacionalmente mais divulgados para os pacientes hospitalizados, possibilitando a existência de enormes bases de dados internacionais, que permitem a comparação com muitos centros e países. O facto de o Disease Staging não considerar a presença de intervenção cirúrgica como factor adicional explicativo de morte

em oposição às metodologias como o DRG pode influenciar os resultados⁵.

Do ponto de vista do utilizador e das próprias instituições estes resultados discrepantes geram desconfiança e questionam a consistência e a fiabilidade dos resultados. Do estudo da ENSP transparece a robustez de análise embora a restrição à vertente internamento sem a análise acrescida de outros indicadores de eficiência, como por exemplo a demora média, são factores muito limitantes importantes na pressuposta atribuição de um ranking de avaliação de desempenho. Numa era em que a ambulatorização e a redução do tempo de internamento são a tônica da gestão hospitalar, a pretensão de um ranking geral dos hospitais nacionais onde a amostra agrupa hospitais de dimensões e capacidade de resposta clínica tão discrepantes, sem recorrer a indicadores de eficiência tão relevantes como a demora média ou a acessibilidade aos cuidados, surge no estudo da ENSP prematura e excessiva. A responsabilidade da disponibilização de informação provisória e da sua divulgação como categórica decorrerá de objectivos para além dos interesses dos profissionais e das instituições.

OIAmetrics assentena linguagem comum dos hospitais, os GDH, proporciona uma ferramenta de análise e de auditoria no terreno que serve melhor os interesses dos profissionais empreendidos na melhoria contínua dos cuidados prestados. O benchmarking que proporciona, disponibilizando indicadores clínicos e de eficiência a hospitais com índices de complexidade e dimensões sobreponíveis, é

no entendimento geral mais compreensível.

Os Conselhos de Administração devem propor à tutela qual a melhor opção no que à metodologia de análise diz respeito, de modo que os profissionais e as instituições consigam falar a mesma linguagem na análise de indicadores e a informação proporcionada aos utentes seja realmente a mais objectiva que melhor os apoie e sustente nas suas decisões de opção.

Apenas utilizando um rigoroso padrão de comparação por benchmarking, ou seja comparando o que é comparável, se consegue apostar na melhoria contínua e imprimir claros ganhos em saúde em favor dos utentes e das populações.

1- ranking In Infopédia. Porto: Porto Editora, 2003-2013.
Disponível na [www: <URL: http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/ranking>](http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/ranking).

2- rating In Infopédia. Porto: Porto Editora, 2003-2013.
Disponível na [www: <URL: http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/rating>](http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/rating).

3- SINAS- ERS <http://www.websinas.com/sinas/index.html>

4- Estudo Ibérico da IASIST- Abril 2012 http://www.iasist.pt/files/Artigo_BK_Iberico_IASIST_Portugal_2012.pdf

5 C. Costa, S. Lopes, R. Santana. Diagnosis Related Groups e Disease Staging: importância para a administração hospitalar. Sistemas de classificação de doentes, Volume Temático: 7, 2008.



Jorge F. Seabra

Membro da Comissão da Ordem dos Médicos para o SNS

SNS – Claro que há dinheiro! Querem alternativas?

Em abstracto, há sempre um tecto para o que um país pode investir em qualquer área de serviços (ou outra). Mas será que num PIB de cerca de 170.000 milhões euros não haverá mais do que os 5,8% (que diminuiu para 5,1% nos últimos 3 anos) para o Serviço Nacional de Saúde (SNS)¹?

Ao contrário do que é apregoado, na última década (2000-2009), o aumento da despesa com a Saúde foi, em Portugal (1,5%), muito menor que a verificada nos países da OCDE (4%)² e nada prova que seja insustentável.

Na realidade, e incluindo o “desperdício” tão convenientemente empolado, Portugal gasta muito menos *per capita* (2.728 dólares) do que a maioria dos países economicamente evoluídos (OCDE – 3.268, USA – 8.233), e a percentagem do gasto público na despesa total (pública+privada) em Saúde foi apenas de 65,8% contra 72,2% da OCDE³.

Mas se a produção de riqueza não fosse suficiente para um serviço público de Saúde, ela passaria a sê-lo se os mesmos cuidados fossem pagos a instituições privadas orientadas para o lucro? Terá essa ideia algum sentido?

Paradigma de um país com um sistema privado, os USA gastam, em Saúde, a mais alta

percentagem do PIB dos países da OCDE e uma das mais elevadas do mundo (17,4%)², tendo já provado, à exaustão, a sua baixa eficiência, deixando uma parte significativa da população sem qualquer cobertura (49,9 milhões de pessoas – 16,3% da população)³ e outra com uma assistência caritativa e de baixa qualidade.

“Privatizar serviços sociais públicos não poupa dinheiro a ninguém: começa por forçar o povo a pagar mais, quando deles precisa; depois, faz surgir gastos desnecessários, de promoção, de marketing e de administração de menor custo na gestão pública; depois ainda, por exigir regulação forte, mas torneável e susceptível de ser enganada, alimentando conluios e fraudes ainda maiores aos do sistema público; finalmente, porque discrimina os que têm dinheiro, ou o cheque, sobre aqueles que o não têm, e, nos prestadores, separa os que podem seleccionar clientela dos que não o podem fazer”, escreveu,

recentemente, Correia de Campos⁴.

O nosso ex-ministro fala bem mas, talvez por ser como o poeta Paul Valéry que dizia *“nem sempre sou da minha opinião”*, fez quase tudo ao contrário: impulsionou a privatização da Saúde através das parcerias público-privadas e subiu as taxas moderadoras fazendo *“o povo pagar mais”*, assegurando que o interesse público estaria acautelado com a regulação que agora reconhece *“torneável e susceptível de ser enganada”*.

Esta última referência tem, aliás, um particular sabor a trincadela no carôço, porque toda a argumentação justificativa da liberalização dos mercados (como o da Saúde) tem, como invocada alma salvadora, a *“regulação”* e, como se percebe, é também a própria verdade que se reconhece *“torneável”* e *“enganada”*.

De qualquer forma, nada disto tem alguma carga pejorativa para quem trabalha num sistema

privado. No acelerado processo de proletarianização dos médicos, eles passaram a ser, no condicionado exercício da “profissão liberal” em consultórios e clínicas, empregados “franchisados” dos grandes grupos económicos que lhes cobram caro o aluguer dos espaços e lhes pagam barato o trabalho. São as empresas *major* da Saúde e dos seguros que enchem os cofres explorando a vulnerabilidade de uma “mão-de-obra” qualificada mas desprotegida que se vai adaptando (mal) às migalhas que sobram depois ser taxada como “rica”, pagando percentualmente mais impostos que os seus privilegiados empregadores.

O que se combate são os interesses que guiam um sistema privado e as consequências perversas que ele causa, o que não pode ser confundido com um preconceituoso e negativo juízo de valor dos profissionais que o integram.

Na actual deriva neoliberal, os médicos, como os doentes, estão do lado que perde vantagens e direitos, sendo, além disso, culpabilizados pela degradação dos cuidados de saúde, aceitando, tantas vezes sem o compreender, o papel de bode expiatório de um Poder que determina as causas fugindo à assunção das consequências.

É neste contexto que o debate sobre a sustentabilidade do SNS está sequestrado por opções políticas e ideológicas dos que defendem o fim do “Estado Social”, alegando que não há dinheiro.

Como pode um governo - que acaba de investir 1.100 milhões de euros no Banif, o dobro do seu capital social e cerca de catorze vezes o seu valor no mercado (80 milhões de euros)⁵ -

ANOS	Dívida Pública (Milhões €)	Juros pagos (Milhões €)	Juros Taxa = 0,75% (Milhões €)	Diferença de Juros (Milhões €)
2011	174.895,0	6.881,0	1.311,7	
2012	196.146,0	7.523,0	1.471,1	
2013	207.624,0	7.276,0	1.557,2	
Total		21.680,0	4.340,0	17.340,0

ter o deslante de dizer que falta dinheiro para o SNS, e que é o serviço público de Saúde (e não a Banca) que é difícil de sustentar? De resto, soluções avulsas para, num desespero, arranjar financiamento para bens de primeira necessidade como a Saúde não faltam. Pode-se pegar nos lucros dos casinos ou dos jogos da sorte (só a “raspadinha” rendeu, em 2012, 378 milhões de euros)⁶, dos cartões dos telemóveis, da net, do tabaco, das diversões, das transmissões desportivas, enfim... Dirão que fariam falta noutros lados e é verdade. Mas, em último recurso, teriam as áreas prejudicadas maior prioridade que a Saúde? Não defendo esse tipo de

soluções, pontuais e desgarradas, que, de resto, nem sequer são necessárias. Tudo se pode resolver com melhores e mais estruturantes alternativas. Torna-se necessário deixar de sustentar os buracos da corrupção financeira e os negócios das parcerias público-privadas, invertendo o caminho, promovendo o emprego e o crescimento económico, apoiando o sector produtivo e levando a cabo uma política fiscal justa, que tribute duramente os verdadeiros “ricos” cujas fortunas vêm da especulação bolsista, de salários obscenos, de mordomias aberrantes, de negócios de favor, de “rendas” protegidas, ou dos lucros maciços



1- Relatório da Proposta do OE-2010 e OE-2012 e Correia de Campos em "Público" de 5-11-2012

2- Últimos dados conhecidos referentes a 2010 - OEDC Heath Data 2012

3- US Census Bureau.Income, poverty and health insurance coverage in the United States: 2010

4- Jornal "Público" de 21-1-2013

5- Expresso - Economia - 19-1-2013, e outros.

6- Telejornal RTP 1 de 23-1-2013

7- Público 29-9-2012

8- Eugénio Rosa (2012) - A "refundação (destruição) do Estado Social" pelo governo PSD/CDS e pela "troika" já resulta do OE-2013."

9- Discurso em Set. 2011 de Durão Barroso ao Parlamento Europeu (4,6 milhares de milhões) a que se acrescenta mais um milhar de mil milhões distribuídos pela banca europeia em Dez. 2011 (498 mil milhões) e Fev. 2012 (530 mil milhões) segundo o Público (1-3-2012), Expresso e El País.

que permanecem abrigados nas famosas Sociedades Gestoras de Património Social (SGPS), ridiculizando a equidade através de uma panóplia de benefícios e isenções fiscais que os governos, cúmplices, lhes propiciam.

Conhecem a *CSN Europe,Lda* (186 milhões de benefícios), a *Namise Europe Lda* (119 milhões) e o *Millenium BCP Participações SGPS* (98 milhões)? Pois são as três empresas que estão no top dos benefícios fiscais do "off-shore" da Madeira (total em 2011 - 814 milhões de euros)⁷. E embora nessa zona franca existam mais de duas mil empresas colectadas, só as primeiras dezassete têm 65% do total de benefícios. Que tal cobrar-lhes mais qualquer coisinha?

Já agora, deixem-me lembrar uma outra alternativa:

Imaginem que o Banco Central Europeu (BCE) passava a ser um banco ao serviço dos estados - como, de resto, a maioria dos cidadãos pensa que é - emprestando, ao nosso país ao mesmo juro de 0,75% a três anos que oferece à banca privada.

Refazendo as contas, para Portugal, teríamos então:

Em apenas três anos, o país pouparia, só em juros, 17.340

milhões de euros⁸. Com isso ficariam resolvidos muitos problemas e se os quiséssemos aplicar todos na Saúde, dariam para pagar quase a totalidade da despesa, pública e privada, da população portuguesa durante dois desses anos!

Quem ficaria a ganhar com a mudança das regras neoliberais do BCE? Os estados e os cidadãos. Quem perderia? A banca europeia que recebeu, até Fevereiro de 2012, a astronómica ajuda de 5.6 milhares de mil milhões de euros⁹, setenta vezes o empréstimo da *troika* a Portugal (78 mil milhões)! Quem poderia decidir essa mudança do regulamento do BCE? Os mesmos governos europeus que repetem a ladainha de que o "Estado Social" não se aguenta e que "não há alternativa"!

A sufocante "austeridade" e a apregoada insustentabilidade do SNS e dos direitos sociais escondem, por trás de uma opaca cortina argumentativa, a defesa de grandes interesses, não estando justificadas por um qualquer "neutro" ou "rigoroso" problema de falta de dinheiro.

É preciso recusar essa artimanha e trilhar outro caminho.

Foto: 2aocubo





Rosalvo Almeida

Neurologista aposentado

Provedor da Medicina

A lei das associações públicas profissionais¹, recentemente aprovada, estipula (artigo 8.º) que os seus estatutos «devem regular» o «Provedor dos destinatários dos serviços, se o houver».

A mesma lei refere (artigo 18.º) que o «provedor dos destinatários dos serviços, quando exista», tem «legitimidade para participar factos suscetíveis de constituir infração disciplinar ao órgão com competência disciplinar».

Sobre esta nova figura, a lei estabelece que, «*sem prejuízo do estatuto do Provedor de Justiça, as associações públicas profissionais podem designar uma personalidade independente com a função de defender os interesses dos destinatários dos serviços profissionais prestados pelos membros daquelas*» e que este provedor «*é designado nos termos previstos nos estatutos da associação e não pode ser destituído, salvo por falta grave no exercício das suas funções*» (artigo 20.º).

O mesmo artigo atribui ao provedor a competência de «*analisar as queixas apresentadas pelos destinatários dos serviços e fazer recomendações, tanto para a resolução dessas queixas, como em geral para o aperfeiçoamento do desempenho da associação*», determinando que o cargo possa «*ser remunerado, nos termos dos estatutos ou do regulamento da associação*» e que «*a pessoa designada para o cargo de provedor [caso seja seu membro, deve requerer] a suspensão da sua inscrição*».

Havendo notícia de que a Ordem dos Médicos tem em curso a revisão dos seus estatutos, bom seria que não se perdesse a oportunidade de demonstrar que a nossa associação pública profissional não deixa os seus

créditos por mão alheia, apesar de a lei permitir, aparentemente, que a existência de um provedor seja opcional.

Se é certo que a Ordem dos Médicos, enquanto associação pública profissional, tem por primeira atribuição a «*defesa dos interesses gerais dos destinatários dos [seus] serviços*» (artigo 5.º), sabemos como tem sido predominante a «*representação e a defesa dos interesses gerais da profissão*» e, quiçá, dos profissionais. É por isso que, salvo melhor opinião, instituir um Provedor da Medicina, no seio da Ordem, poderia significar uma nova e sincera postura, no respeito pelo que consta do atual Estatuto², como primeira das suas finalidades essenciais: «*defender a ética, a deontologia e a qualificação profissional médicas, a fim de assegurar e fazer respeitar o direito dos utentes a uma medicina qualificada*» (artigo 6.º).

O Provedor da Medicina deveria ser escolhido através de um concurso, com regras predefinidas, a que pudessem apresentar-se médicos que tivessem atingido, pelo menos, o grau de chefe de serviço ou equivalente, aposentados (ou no ativo, mas dispostos a suspender a sua atividade), que se manifestassem

dispostos a desempenhar o cargo por um período de 4 anos e se obrigassem a fazê-lo de modo tão discreto quanto autónomo.

A gestão das reclamações recebidas na Ordem, relativas ao desempenho de médicas e médicos, deveria ser feita de tal modo que as questões que o Provedor apresentasse aos visados necessitariam de uma resposta imediata, sendo a sua ausência penalizada adequadamente. As recomendações do Provedor deveriam ter um embargo de publicidade, com prazo por este estabelecido, e definitivamente arquivadas sem publicidade em caso de total satisfação. O Provedor, a quem deveria ser disponibilizado apoio administrativo e jurídico prioritários, deveria assumir o compromisso de não conceder entrevistas ou emitir notas à Comunicação Social, salvo em casos excecionais e precedidas de participação ao Bastonário e tempo suficiente para uma resposta deste.

Creio bem que este tema poderia dar origem a um debate interessante e proveitoso.

1 - Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, <http://dre.pt/pdf1sdip/2013/01/00700/0011700128.pdf>
2 - Estatuto da Ordem dos Médicos, Decreto-Lei N.º 282/77 de 5 de julho, www.ordemdosmedicos.pt



José Mário Martins

A saga de Lance Armstrong: Metáfora de um tempo ou o triunfo dos zelotas



Demorei algum tempo até decidir escrever este texto. Queria que o tempo deixasse assentar a espuma dos dias e nos deixasse ver as coisas com um pouco mais de serenidade.

Para que não restem dúvidas, vou fazer a minha declaração de interesses: gosto de desporto (embora não pratique regularmente), mas nunca fui, nem sou, a favor da utilização de métodos fraudulentos visando a obtenção de melhores resultados. Não me surpreendi com as reacções imediatas à entrevista do atleta Lance Armstrong, dada a uma famosa apresentadora, onde confessava o uso de substâncias proibidas, com vista a aumentar o seu rendimento em competição. Logo se levantou um coro de vozes pedindo a “crucificação” do

atleta, dado o seu comportamento indigno e a mentira em que viveu durante anos, fenómeno tornado “viral” pela disseminação na web. Sendo certo que o comportamento de Lance Armstrong (LA), enquanto atleta, está longe de ser recomendável, admiro, porém, a sua atitude ao admitir o uso de substâncias dopantes, bem como a sua vontade de recuperar a dignidade perdida.

Ao analisar o caso de LA, uma dúvida começou a pairar no meu espírito. Se, como disse Ortega Y Gasset, “eu sou eu e minha circunstância...”, então, importa ver qual era a circunstância nos tempos em que se passaram os factos.

Atente-se na análise dos seguintes dados:

- Lance Armstrong vence o 1º Tour

de France em 1999. Nesse ano, a competição durou 21 dias, nos quais os ciclistas percorreram a espantosa distância de 3 690,8Km, à não menos espantosa velocidade média de 40,276Km/h. LA vence, dopado (como agora se sabe), e deixa o 2º classificado a 7 minutos e 33 segundos e o 3º a 10 minutos e 26 segundos.

- Quando em 2005 alcança a sua última vitória no Tour, a volta tinha uma extensão de 3 608Km, que foram percorridos à impensável velocidade média de 41,654Km/h. O 2º classificado fica, então, a 4 minutos e 40 segundos e o 3º a 6 min e 21 segundos.

Daqui resulta que, tendo em conta os resultados de 2005, LA venceu o Tour com uma vantagem de... cerca de 4,2Km sobre o segundo classificado. Isto, numa prova de

mais de 3600Km, corridos em 21 dias! Então, e ninguém suspeita de nada??? Afinal eram todos super-homens?

Porém, não é apenas na área do desporto que importa analisar o que se passava pelo Mundo na viragem do século.

Interessante é constatar que em 1996, a média dos alunos colocados no Curso de Medicina da Universidade de Lisboa era de 173.4, sendo em 2005 de 186.0, apesar de o número de vagas ter aumentado cerca de 2,5 vezes! Será que os candidatos eram mais conscienciosos, mais inteligentes ou será que funcionou o “dopping” das explicações?

E se atentarmos na evolução, por exemplo, da nossa dívida pública, ela era de 63 MME em 1999, tendo crescido para cerca do dobro (101,8 MME) em 2005, empurrada pelo “dopping” do dinheiro fácil e a juro baixo, promovendo a especulação e os investimentos não produtivos?

Enfim, estes breves exemplos servem para explicar a circunstância que nos trouxe até a este tempo e ao modo de ver o Mundo do avesso, entregue ao relativismo moral que tudo aceita, em nome da vã glória, escrupulosamente defendida por zelosos “funcionários”.

Os zelotas dos tempos modernos são os justiceiros que defendem o pitbull que mata, tratando-o pelo nome, e esquecem a criança que morre. Ou aqueles outros que fazem furor nas redes sociais e meios de comunicação com o pontapé que um elemento da GNR deu num porco quando, como diz Miguel Sousa Tavares no seu artigo “o Triunfo do Porco” (Jornal Expresso, 3 de Fevereiro de 2013), no tempo em que ele estudou jornalismo notícia seria um porco que agredisse um GNR. “Agora é ao contrário. Não sei se é para rir ou para ficar assustado” remata o

articulista.

Sim, porque como alguém já disse, é bom que não esqueçamos que há uma linha muito estreita que separa a civilização da barbárie. E a barbárie começa quando, na extremada luta pelos direitos dos animais, nos esquecemos das pessoas. E, eu, não sei se elas aguentam!!!

Porém, não gostaria de terminar sem uma palavra de esperança. A Ordem dos Médicos, em colaboração da Fundação Merck Sharp & Dohme, criou o Prémio Miller Guerra de Carreira Médica (<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=dda04f9d634145a9c68d5dfe53b21272> ou <https://www.facebook.com/PremioMillerGuerra>), destina-do, este ano, a galardoar com 50000€ um Médico da carreira de Medicina Geral e Familiar e Médicos de Clínica Geral. Ao contrário de muitos outros já existentes, este visa premiar a vertente humanista do exercício da Medicina. Quero acreditar que haverá um número significativo de candidaturas e que, em 14 de Maio, ao entregar o prémio, a Ordem dos Médicos reconhecerá, de entre os seus associados aquele que, pelo seu exemplo, merece ser um referencial para a Sociedade, dando um sinal claro de que os valores não estão esquecidos.



Rui Passadouro

Médico de Saúde Pública na USP do ACES Pinhal Litoral

Sistemas de Informação na Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral II (Leiria)¹

Sistemas de Informação

A crescente globalização dos mercados, o aumento dos padrões de exigência dos consumidores e o forte incremento da concorrência trouxeram novos desafios às empresas. A informação tornou-se um recurso vital à sua sobrevivência por permitir minimizar o erro na tomada de decisão (Serrano, Caldeira, & Guerreiro, 2004).

Informação é uma coleção de dados que, quando apresentada de determinada forma e em determinado momento, melhora o conhecimento do indivíduo que a recebe, de modo a que este indivíduo se torne mais capaz de realizar a ação ou decisão a que se propõe (Galliers, 1987, cit. por Gouveia & Ranito, 2004).

A informação tornou-se um dos motores da atividade humana. Faz parte do quotidiano dos cidadãos e das organizações. Independentemente do tamanho, natureza ou atividade de uma organização, esta precisa de informação para poder executar, prosseguir a sua missão e cumprir os objetivos a que se propõe. Este facto justifica um

esforço apreciável para instituir infraestruturas adequadas para a sua recolha, armazenamento, processamento, representação e distribuição.

As organizações usam as Tecnologias de Informação e Comunicação como forma de garantir a função dos sistemas de informação, enquanto infraestrutura de suporte ao fluxo de informação.

Um sistema pode ser definido como um complexo de elementos em interação, atuando em determinado ambiente, com um objetivo comum e com capacidade de autocontrolo. Nas organizações, esses elementos podem ser os recursos humanos, materiais ou financeiros. Nos sistemas informáticos incluem-se o *hardware*, o *software* e o *peopleware*, as pessoas, sem as quais não é possível obter os *outputs* do sistema informático (Serrano, Caldeira, & Guerreiro, 2004).

Os diferentes elementos do sistema, atuando de forma coordenada, permitem que o resultado da sua ação seja superior ao somatório das suas

ações individuais. Os sistemas de informação podem constituir uma vantagem competitiva para as organizações, sendo facilitadores do seu crescimento e desenvolvimento. Contudo só por si, não são suficientes para assegurar a vantagem competitiva. É necessário alinhá-los com a estratégia das empresas, ou seja, geri-los.

No setor da saúde, a informação é um recurso estratégico. Para uma unidade de saúde a gestão da informação é uma atividade crítica do seu desempenho (Lapão, 2010).

Ultrapassada a fase do investimento em *hardware* e *software*, muitas vezes descurando o conceito de interoperabilidade, urge transformar as ilhas de informação em saúde num sistema de informação em saúde. Tal como para as organizações em geral, também a saúde pode ter vantagens competitivas se se aplicarem as regras da gestão aos sistemas de informação da saúde. As profundas alterações ao nível orgânico e funcional dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), ocorridas em 2008, com a

extinção das sub-regiões de saúde e criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), e, recentemente, em Dezembro de 2012 com a fusão de alguns ACES, exigem a adequação dos sistemas de informação a esta nova realidade, de modo a disponibilizar a informação indispensável à gestão e à atividade clínico-administrativa. Os sistemas de informação dos ACES não estão orientados para a nova realidade do processo de negócio (Castanheira, 2011), sendo, por isso, ainda considerados pelo utilizador um obstáculo e não uma ferramenta de apoio à atividade.

Em Portugal, é evidente a crescente utilização das tecnologias da informação e comunicação (TIC). A percentagem de agregados familiares com computador passou de 46%, em 2006, para 64% em 2011. A percentagem de agregados domésticos com ligação à internet passou de 22%, em 2003, para 58% em 2011 (Gráfico 1). (PORDATA, 2012).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 elege a cidadania e o acesso como dois dos seus pilares. Sendo a cidadania um conjunto de direitos e valores a que um indivíduo está sujeito, logo se depreende a importância vital da informação.

A cidadania constrói-se e evoluiu com o conhecimento; não há cidadania sem informação.

Por outro lado, a garantia de acesso à saúde obriga a um nível de gestão dos serviços de saúde que não é possível sem um sistema de informação (SI) (Lapão, 2010).

O paradigma *Health 2.0* evoluiu paralelamente com a internet para um conceito de *Web 2.0*, integrando um vasto mundo de informação, tais como redes

sociais, *sites* colaborativos e *blogs*. Esta evolução centra-se principalmente no doente, tornando-o mais conhecedor da doença e com capacidade de gestão da sua saúde.

A complexidade organizacional

das modernas unidades de saúde exige soluções informáticas adequadas à gestão de recursos, que aumentem a segurança dos cuidados e diminuam a possibilidade de erro, promovendo uma maior autonomia dos cidadãos relativamente à saúde.

Enquadramento legal das unidades de saúde pública

A publicação do Decreto-Lei (DL) nº28/2008 de 22 de fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e estabelece o seu regime de organização e funcionamento. Cria também as unidades de saúde pública (USP), uma por cada ACES. As USP são constituídas por uma equipa multidisciplinar, com autonomia organizativa e técnica. Atuam em cooperação com as demais unidades funcionais do ACES onde se inserem, bem como com os restantes serviços de cuidados de saúde a outros níveis, nomeadamente os hospitais da sua área geodemográfica.

As regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local, foram estabelecidos através do Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril.

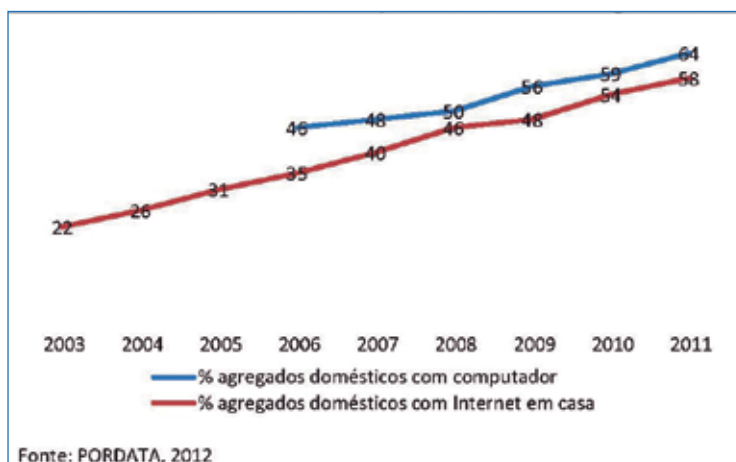
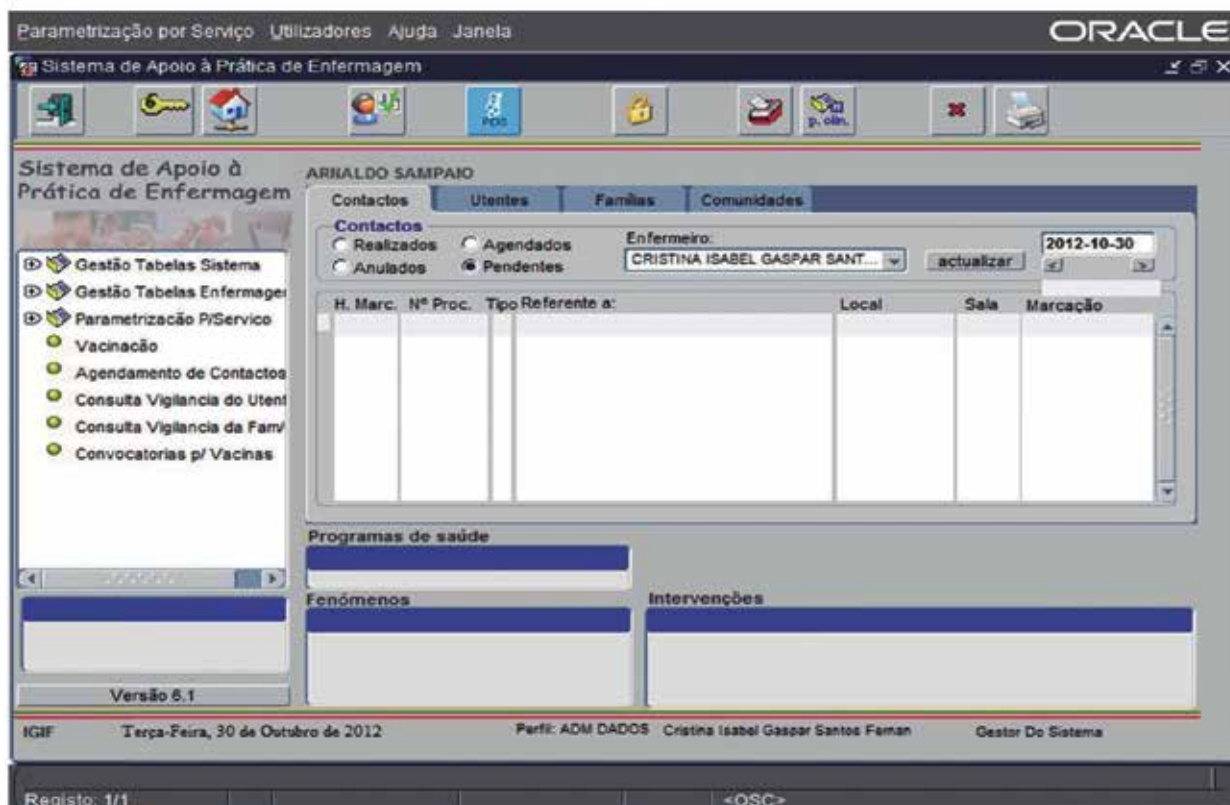


Gráfico 1 - Utilização das TIC em Portugal

1 - Elaborado no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia de Coimbra



Recursos Humanos

A USP do ACES Pinhal Litoral II integra uma equipa multidisciplinar constituída por 8 médicos de saúde pública (MSP), 4 enfermeiras, 8 técnicos de saúde ambiental e 7 técnicos operacionais. Estão distribuídos pela sede da USP, em Leiria, CS de Marinha Grande, CS de Batalha e CS de Porto de Mós.

Os MSP desenvolvem a sua atividade na sede da USP e, caso necessário, em qualquer uma das unidades sediadas nos concelhos.

Competências das unidades de saúde pública

Com a implementação progressiva dos ACES, vão sendo implementadas as unidades funcionais (UF), nomeadamente as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades

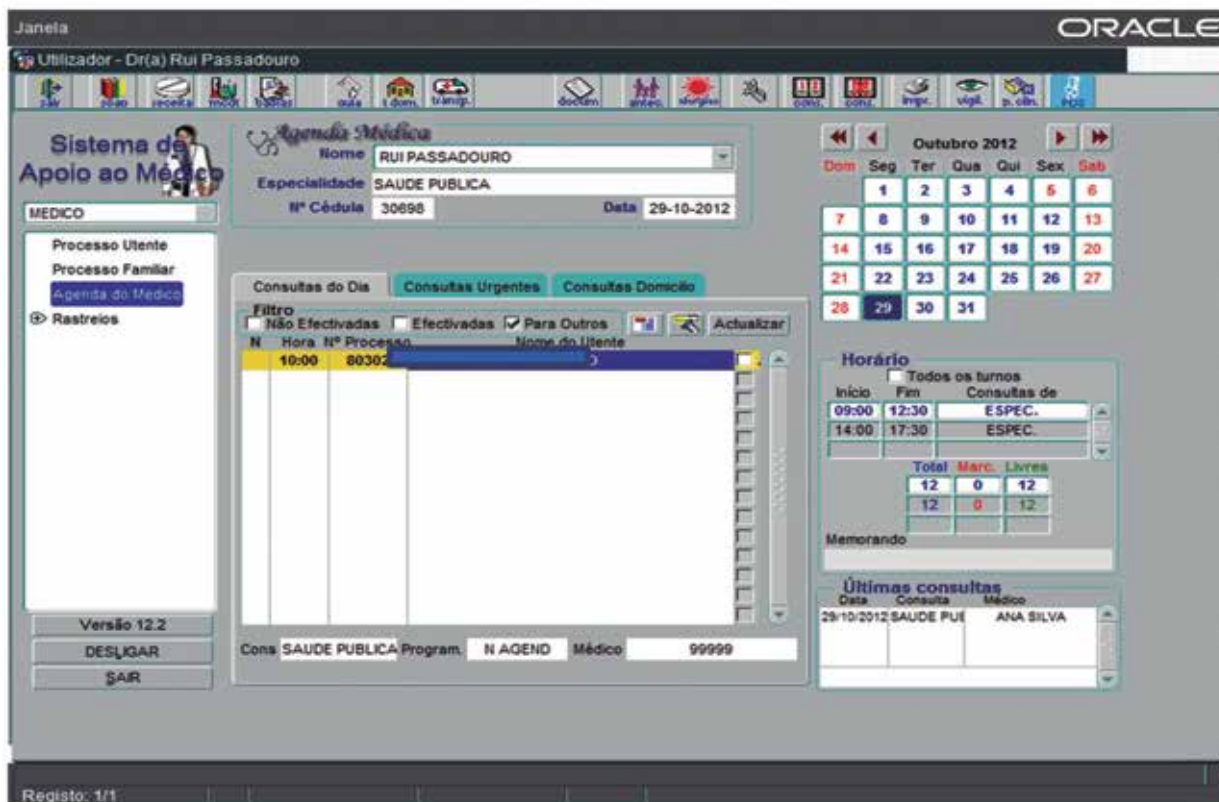
de recursos assistenciais partilhados (URAP) e as USP. Desenvolvendo as suas atividades no âmbito do mesmo território e com a mesma população, com uma missão que por vezes se interseja e complementa, é importante clarificar os papéis de cada unidade, de modo a evitar conflitos, a sobreposição de tarefas e evitar o desperdício.

As USP, no seu contributo para os ganhos em saúde da população na área geodemográfica do ACES, têm as suas responsabilidades e competências bem definidas pela legislação em vigor:

- DL nº28/2008 de 22 de fevereiro: "A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e

proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde"

- DL nº81/2009 de 2 de abril:
 - "a) Identificar necessidades de saúde;
 - b) Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes;
 - c) Promover a investigação e a vigilância epidemiológicas;
 - d) Avaliar o impacto das várias intervenções em saúde;
 - e) Gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;
 - f) Participar na execução das atividades dos programas



descritos na alínea anterior, no que respeita aos determinantes globais da saúde ao nível dos comportamentos e do ambiente; g) Promover e participar na formação pré -graduada e pós -graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que integram.

h) Assegurar as competências dos serviços de natureza operativa de saúde pública que integram o exercício do poder de autoridade de saúde, no cumprimento da obrigação do Estado de intervir na defesa da saúde pública.”

Para o cumprimento das suas obrigações e o desenvolvimento pleno das suas competências, está previsto que as USP acedam à informação armazenada nos sistemas integrados de informação em saúde, incluindo os hospitais na respetiva área de influência, respeitando as regras nacionais definidas para a segurança, proteção e confidencialidade dos dados

personais e demais informação (DL nº81/2009). Para tal, deve ser garantido o acesso às aplicações atualmente existentes nas UF do ACES e outras específicas da atividade da saúde pública.

Objetivo

Pretende-se elaborar uma análise dos sistemas de informação disponíveis na USP do ACES PLII, dando enfoque ao Sistema de Apoio ao Médico (SAM).

Descrição dos Sistemas de Informação Disponíveis

Todo os profissionais da USP têm acesso aos computadores existentes no serviço. Os computadores estão ligados à rede informática da UF onde se encontram e têm instaladas as aplicações informáticas disponíveis para a UF, nomeadamente o SINUS, SAM e SAPE. É utilizada a aplicação “Central Gest” para faturação de taxas sanitárias.

Na página da esquerda
Figura 1 - Ecrã de acesso ao SAPE

No topo
Figura 2 - Ecrã de acesso às funcionalidades do SAM

SINUS - Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

É um sistema integrador de informação para os CS, que permite a interligação com outras aplicações, nomeadamente o SAM e SAPE.

Identifica cada utente por um número único, permitindo a sua associação a um processo de família.

Possui um conjunto de funcionalidades que permitem a partilha de informação com outras instituições de saúde através da rede de informação da saúde (RIS).

Esta aplicação é a primeira a ser utilizada no atendimento ao utente. Permite a vertente administrativa nas áreas da consulta, urgência, vacinação, gestão da requisição e emissão do cartão de utente e registo administrativo de contactos. Está instalada em todas as unidades de saúde.

Os servidores das BD do SINUS encontram-se na sede de cada CS e não permitem a comunicação entre todas as UF do ACES.

Para além da área administrativa, o SINUS é utilizado regularmente na USP para registo das vacinas administradas e consulta das fichas de vacinação. Uma vez que não existe comunicação entre as aplicações SINUS dos diferentes CS, o sistema apenas reconhece os utentes do CS onde está instalado e não os utentes no âmbito da USP do ACES. A mesma situação acontece com o SAPE e SAM. Como exemplo, se um utente for vacinado na sede da USP não vê a sua ficha de vacinação atualizada, a menos que se utilize o telefone para informar a UF onde se encontra o respetivo “ficheiro da vacinação”. Este procedimento deve ser evitado por múltiplas razões, das

quais se destaca a possibilidade de erro na identificação do utente, a informação falsa e as questões económicas relacionadas com os gastos em comunicações.

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

OSAPE (Figura 1) é uma aplicação informática que tem por objetivo o planeamento e o registo das atividades de enfermagem nas instituições de saúde. Permite:

- Consultar o plano de trabalho para determinada intervenção;
- Registar e consultar as queixas do utente;
- Registar e consultar as intervenções de enfermagem;
- Consultar e registar o plano de trabalho elaborado pelo sistema com base na informação clínica nele inserido;
- Consultar as tabelas de parametrização e codificação da atividade de enfermagem.

Esta aplicação é utilizada pelos profissionais de enfermagem com os mesmos constrangimentos que o SINUS, relacionados com a identificação de utentes que não estejam inscritos na sede do CS onde se encontra a USP.

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

A USP dispõe da aplicação SAM (Figura 2) em todos seus computadores. Trata-se de uma aplicação informática Web, lançada, em 2001, em tecnologia Oracle de 1997. (Gomes, Paiva, & Simões, 2009) (Figura 3). O seu funcionamento assenta em diferentes bases de dados. Os dados clínicos são guardados numa BD própria, localizada fisicamente em cada centro de saúde. Para outras informações, nomeadamente administrativas, acede à BD do SINUS.

- Pretendeu-se com esta aplica-

ção informatizar o registo das atividades clínicas diárias dos médicos. O SAM permite:

- Registar e consultar a informação clínica gerada nas consultas médicas e introduzir informação específica relativa aos programas de saúde definidos pela DGS;
- Requisitar exames complementares de diagnóstico e terapêutica;
- Efetuar prescrições eletrónicas de medicamentos;
- Prescrever baixas médicas;
- Consultar as prescrições, consultas e baixas atribuídas.

O SAM possibilita, ainda, a gestão das consultas, uma vez que o médico pode alterar o agendamento e fazer marcação de consultas, interagindo com o SINUS.

A comunicação das aplicações SAM, instaladas nas várias unidades funcionais, e o servidor, instalado na sede dos CS (comunicação interedifícios), faz-se através da RIS. Esta infraestrutura, em fase de reestruturação, está obsoleta e com largura de banda muito aquém das necessidades, transformando-se num fator crítico do SI dos CSP por não responder às necessidades organizações dos atuais ACES (Castanheira, 2011).

Reflexão sobre a aplicação informática SAM no contexto da USP

Esta aplicação foi concebida essencialmente para o apoio dos médicos de família na atividade clínica diária. Os médicos de saúde pública (MSP), para além da atividade clínica, que é residual, dirigem a sua ação sobretudo para a comunidade, âmbito para o qual o SAM não foi concebido.

A atividade dos MSP centra-se na comunidade e nos utentes

inscritos no ACES. Uma vez que o SAM está compartimentado pela área de influência do CS, coloca, de imediato, problemas relativos ao reconhecimento dos utentes dos vários CS, à semelhança do que foi descrito para o SINUS e SAPE.

Não sendo a BD comum a todos os CS do ACES, não permite consultar o histórico do utente fora do CS onde está inscrito. Recentemente, foram criadas ligações (Figura 4) com as bases de dados SAM das várias UF do ACES, permitindo a consulta de um resumo das observações efetuadas. Esta informação não se encontra no ecrã principal, mas apenas no terceiro nível de pesquisa. Não identifica claramente a UF onde o utente tem informação clínica e, por isso, o acesso faz-se por tentativas, o que desmotiva a procura de eventuais registos clínicos anteriores.

A consulta do viajante, de âmbito nacional, funciona na sede da USP com os utentes oriundos de qualquer CS do país. Acontece, frequentemente, que o utente dessa consulta está inscrito num CS diferente daquele onde está instalada a USP. Nessa situação, é necessário proceder à inscrição do utente como esporádico, de modo a registar a atividade no SAM. Na qualidade de esporádico, o contacto não valoriza a USP em termos de taxa de cobertura de utentes e causa distorção dos gastos imputados por utentes, por não estarem inscritos no ACES. Por outro lado, não é possível transmitir a informação relativa a esta consulta específica para os CS fora do ACES, nem consultar os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) efetuados.

As atividades relacionadas com a avaliação de capacidade

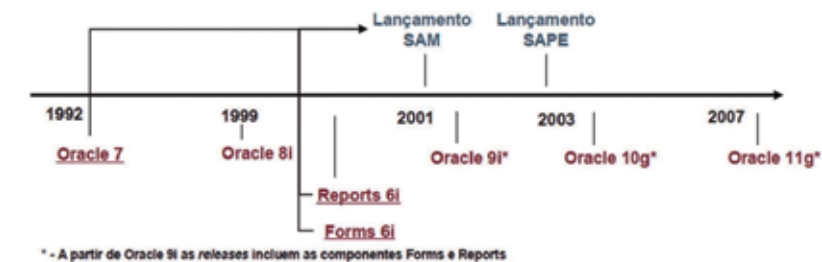


Figura 3 - Cronologia do SAM e SAPE (Gomes, Paiva, & Simões, 2009)



Figura 4 - Link de acesso ao processo clínico



Figura 5 – Ecrã de acesso ao SIARS

para condução de veículos e a avaliação de incapacidade por doença, para efeito de benefícios fiscais, são atividades que poderiam valorizar o SAM, caso este permitisse a consulta de informação que habilitasse os MSP a uma decisão, com base nos elementos clínicos e MCDT. Mais uma vez, a compartimentação das BD por área de influência do CS inviabiliza essa utilização.

As incapacidades atribuídas pelas Autoridades de Saúde, no âmbito da USP, conferem, para além de benefícios fiscais, o direito à isenção das taxas moderadas no SNS. A introdução dessa informação no SINUS é feita em cada CS, mas não é possível ao médico que gera essa informação introduzi-la no sistema.

O risco da duplicação de MCDT,

para apoiar a avaliação dos MSP, o consumo de consultas para obtenção de informação dos médicos assistentes, que poderiam constar do processo eletrónico e o registo da informação relativas às avaliações referidas, com conhecimento ao médico de família, justificam a utilização do SAM como instrumento de trabalho no âmbito da USP.

A certificação do óbito, com identificação rigorosa da causa de morte, é essencial para uma estatística de qualidade que permita a afetação de recursos segundo os problemas prioritários. Sem acesso ao processo clínico eletrónico do utente, são registados óbitos com causa desconhecida, inviabilizando o conhecimento rigoroso das taxas de mortalidade, desvalorizando, consequentemente, a fiabilidade das estatísticas do país perante os parceiros europeus. A mortalidade proporcional por Sinais, Sintomas e Afeções Mal Definidas era em 1998 de 12,4% e de 9,4%, em 2002 (Direcção Geral da Saúde, 2009). O acesso à informação poderia facilitar a credibilidade destas taxas.

A vigilância epidemiológica, através da realização de inquéritos das doenças de declaração obrigatória (DDO), não utiliza o potencial do SAM, por não ser possível ligar os contactos da cadeia de transmissão da doença. Ultrapassado o constrangimento das áreas de influência da base de dados, já referida, pode fazer-se registo de cada caso de doença de notificação obrigatória, situação que tem pouca relevância no âmbito de uma investigação epidemiológica.

Neste tipo de doença, é fundamental conhecer a evolução da incidência e prevalência e as relações entre os casos, no

âmbito populacional do ACES. A arquitetura do SAM não permite este tipo de informação.

A saúde ambiental, outra das grandes áreas de interesse da USP, não identifica os sistemas de informação disponíveis na USP como ferramentas de trabalho que favoreçam o planeamento e registo das atividades e, sobretudo, permitam relacionar a prevalência das doenças com os problemas ambientais identificados.

AS USP são o observatório local de saúde, na área geodemográfica do ACES (DL nº28/2008 de 22 de fevereiro). A introdução progressiva do registo eletrónico das observações efetuadas pelos profissionais de saúde, o aumento gradual e sustentado de registos de morbilidades no SAM por parte dos médicos e a efetivação do registo dos diagnósticos de enfermagem disponibilizam uma riqueza de informação fundamental para a definição das áreas prioritárias de intervenção e adequada gestão de recursos.

O Sistema de Informação da ARS (SIARS), através de ferramentas de *Business Intelligence*, permite a colheita, organização e partilha de informação essencial ao observatório local de saúde. As principais fontes de informação desta aplicação informática são o SINUS, o SAPE e o SAM.

O SIARS veio facilitar o cumprimento das funções das USP, na área de diagnóstico de situação de saúde, permitindo consultas rápidas e fiáveis da informação registada pelos profissionais de saúde na atividade clínica diária. É possível, finalmente, obter informação relativa a morbilidade, com vantagens óbvias sobre aquela proveniente da mortalidade.

Esta ferramenta, para além

da gestão e planeamento dos recursos de saúde, é um auxiliar essencial na investigação e um precioso instrumento de apoio à formação dos profissionais.

Recomendações

Um dos constrangimentos da utilização do SAM nas USP é a compartimentação da BD por CS. Está prevista a junção das BD dos CS por ACES a curto prazo (Salavisa, 2012), facto que, a concretizar-se, facilitará o acesso dos profissionais à informação dos utentes de todo o ACES. Permitirá a racionalização de custos com MCDT e o aumento de taxas de cobertura de utentes, com repercussão direta nos indicadores que suportam o processo de contratualização com a ARS.

A certificação do óbito, pelos MSP, torna-se mais fiável se estes tiverem acesso à informação clínica registada no SAM e se este for do âmbito geodemográfico do ACES.

A consulta do viajante, de âmbito nacional, partilha com toda a USP as dificuldades relacionadas com a compartimentação das BD. Este problema mantém-se, mesmo com a BD do SAM, SINUS e SAPE de âmbito do ACES, já que os utentes desta consulta são oriundos de qualquer ponto do país. Integrando o conceito mais alargado da interoperabilidade, recomenda-se a criação de uma BD nacional para o SAM, SAPE e SINUS.

Os exames médicos, tendo por finalidade a habilitação legal para condução de veículos automóveis, serão valorizados com a disponibilização aos MSP dos registos clínicos dos utentes inscritos. O impacto nos custos com MCDT não será desprezível, por isso se recomenda a utilização do SAM nas USP.

As juntas médicas para valorização da incapacidade para benefícios fiscais e isenção de taxas moderadoras culminam com a emissão de um atestado que permite ao utente provar, junto das autoridades tributárias e nos estabelecimentos de saúde, a sua situação de incapacidade. O SAM deverá permitir a introdução da situação de isenção de taxas moderadoras no SNS, pelos elementos da junta médica, legalmente nomeada pela ARS da região onde funciona.

A interoperabilidade técnica entre os sistemas de informação da USP e das autoridades tributárias melhoraria a qualidade da informação, com clara diminuição da fraude potencial.

As doenças de declaração obrigatória (DDO) e as atividades decorrentes da notificação, não dispõem, neste momento, de sistema de informação que sistematize as atividades. O Sistema de Alerta e Resposta Apropriada, SARA, gerido pela Direção Geral da Saúde está inativo. O sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica, denominado SINAVE, foi adiado. Toda a informação gerada pelas DDO é registada em suporte de papel, situação inaceitável num SNS que define a informação como um recurso estratégico. Recomenda-se a reativação do SINAVE e a sua integração com o SAM.

A saúde ambiental também não beneficia das vantagens das TIC. Não existe um sistema de registo eletrónico dos eventos ambientais com impacto potencial na saúde. O registo em papel impede a utilização das modernas ferramentas tecnológicas que permitiriam relacionar a prevalência das doenças com os problemas ambientais

identificados. A saúde ambiental é uma área nobre das USP que produz informação relevante para a saúde. Impõe-se colocar essa informação ao serviço da comunidade, através dos sistemas de informação criados para o efeito, integrados nos sistemas em uso no setor da saúde.

Conclusão

Nos últimos anos, poucos terão sido os setores de atividade que tenham sofrido uma transformação tão significativa, no domínio das tecnologias e dos sistemas de informação, como o da saúde (Pereira, Nascimento, & Gomes, 2011). No entanto, nem sempre foi garantida a interoperabilidade entre sistemas, criaram-se ilhas de informação, não se atingindo o esperado em termos de eficiência e racionalização de custos. Os custos na área das TIC registaram um crescimento emergente, desregrado e não sistematizado (Salavisa, 2012).

A estratégia global de racionalização das TIC com vista à melhoria da eficiência e à redução de custos, em curso, deve garantir aos MSP e às USP que criem conhecimento a partir das observações que fazem aos utentes e à comunidade geodemográfica onde se inserem, através dos SI, acrescentando valor às respetivas prestações.

Uma das prioridades do Ministério da Saúde (SPMS, 2012) é permitir que todos os profissionais, médicos e enfermeiros, possam prestar, em igualdade de circunstâncias, os cuidados necessários à saúde do utente. Perante o exposto, são legítimas as aspirações da USP à modernização tecnológica, ao mesmo nível das outras UF do ACES.

Referências Bibliográficas

- Castanheira, J. (2011). Sistemas de informação nos cuidados de saúde primários. In D. Pereira, J. C. Nascimento, & R. Gomes, *Sistemas de informação na saúde - perspetivas e desafios em Portugal* (pp. 208-223). Lisboa: Edições Silabo.
- Direção Geral da Saúde. (2009). *Risco de Morrer em Portugal*. Lisboa: Divisão de Epidemiologia.
- Galliers, R. (1987). *Information Analysis – Selected Readings*. Sidney: Addison-Wesley Publishing Co.
- Gomes, P., Paiva, N., & Simões, B. (2009). *Análise da Viabilidade Económica das Aplicações SAM E SAPE*. Obtido em 12 de Novembro de 2012, de Portal da Saúde: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/48ABFCA1-1A2A-442E-AA41-229FC5CC91A1/0/AnaliseViabilidadeEconomicav11.pdf>
- Gouveia, L. B., & Ranito, J. (2004). *SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE APOIO À GESTÃO*. Porto: SPI – Sociedade Portuguesa de Inovação.
- Lapão, L. V. (2010). *Papel Critico dos Sistemas de Informação da Saúde: Considerações no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical.
- Pereira, D., Nascimento, J. C., & Gomes, R. (2011). *Sistemas de Informação na Saúde - Perpetivas e Desafios em Portugal*. Lisboa: Silabo.
- PORDATA. (5 de Abril de 2012). *Agregados domésticos privados com computador, com ligação à Internet em casa*. Obtido em 26 de Outubro de 2012, de PORDATA: [http://www.pordata.pt/Europa/Aggregados+domesticos+privados+com+computador++com+ligacao+a+Internet+em+casa++com+ligacao+a+Internet+atraves+de+banda+larga+\(percentagem\)-1494](http://www.pordata.pt/Europa/Aggregados+domesticos+privados+com+computador++com+ligacao+a+Internet+em+casa++com+ligacao+a+Internet+atraves+de+banda+larga+(percentagem)-1494)
- Salavisa, L. (2012). *SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE - Os ventos da mudança. Aula no âmbito do mestrado em gestão e economia da saúde*. FEUC: 3/11/2012.
- Serrano, A., Caldeira, M., & Guerreiro, A. (2004). *Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação*. Lisboa: FCA - Editora de Informática.
- SPMS. (8 de Agosto de 2012). *Nova versão SAPE dá acesso à PDS*. Obtido em 15 de novembro de 2012, de SPMS: <http://www.spms.pt/2012/08/nova-versao-sape-da-acesso-a-pds/>

Legislação consultada

- Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de fevereiro - cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.
- Decreto-Lei nº81/2009 de 2 de Abril - estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sediados a nível nacional, regional e local.



José M. D. Poças

Médico Especialista em Medicina Interna e Infecção
Chefe de Serviço e Diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do
CHS HSB Setúbal

As implicações da crise económico-social no âmbito das doenças transmissíveis

Texto de uma palestra efetuada sobre o tema 'as implicações da crise económico-social: algumas considerações no âmbito das doenças transmissíveis' numa mesa redonda organizada pela Fundação para a Saúde – SNS, em 26 de Janeiro de 2013, em Setúbal, naquela que foi a sua 1ª reunião distrital nacional.

"...os tempos primitivos são líricos, os tempos antigos são épicos, os tempos modernos são dramáticos..." (sic Victor Hugo, 1802-1885)

A propósito de uma intervenção pública realizada recentemente sobre a temática das doenças transmissíveis no âmbito da discussão sobre a evolução e o futuro do SNS, o autor faz uma breve introdução, onde refere os novos conceitos e avanços no domínio destas doenças e da respetiva especialidade que permitem antever o desenrolar de bastantes e difíceis desafios, efetuando seguidamente uma breve análise da realidade nacional mais recentemente publicada (2000 - 2013), com especial realce para o que se passa no Distrito de Setúbal (que representa 8,14% da população nacional, 82,21% dos quais habitam na Península do

mesmo nome). Nos parâmetros analisados para os quais se desconhece oficialmente o que se passa nesse âmbito geográfico e administrativo, são referidos, também em comparação com o todo nacional, os números apurados na ARSLVT (onde a Península de insere, embora seja de destacar que os Concelhos do Litoral Alentejano que a ele pertencem, foram mais recentemente integrados na Administração Regional de Saúde do Alentejo, o que tem óbvias implicações em termos de financiamento hospitalar e da acessibilidade por parte das respetivas populações aos cuidados de saúde diferenciados que forem considerados nas Redes de Referência das respetivas especialidades).

A referência explícita à Doença Crónica do Fígado, dentro do conjunto das Doenças do Aparelho Digestivo, justifica-se porque se sabe que, no nosso

país (bem como em quase todos os restantes) uma % muito significativa se deve a infeções crónicas por vírus hepatotrópicos (designadamente o HBV, e sobretudo, o HCV).

Na discussão, dá-se especial realce à revisão dos estudos e artigos mais relevantes publicados sobre o tema, designadamente dos que fazem uma análise da influência dos fatores sociais e económicos na dinâmica epidemiológica das doenças infecciosas e transmissíveis, bem como da custo-efetividade de algumas intervenções.

Termina, com uma chamada de atenção para as possíveis consequências, neste âmbito, das políticas que estão presentemente a ser implementadas no nosso país, bem como das responsabilidades que cabem a cada um dos principais intervenientes, designadamente aos profissionais, aos gestores,

e aos políticos, não deixando de apresentar ainda propostas concretas que visam a desejável sustentabilidade do SNS.

I) Introdução

“... nós estamos no limbo de uma crise global no que diz respeito às doenças infecciosas. Nenhum país estará a salvo. Nenhum país poderá jamais suportar a indiferença desta ameaça...” (sic.) (Hiroshi Makajima, Secretário Geral da Organização Mundial de Saúde - OMS, 1996)

A História da Medicina é, em grande parte, dominada pela evolução das doenças transmissíveis. Os avanços na área médica, com reconhecidos e notórios reflexos em termos da morbi-mortalidade à escala planetária, situaram-se sobretudo, no período que mediou entre a revolução industrial que surgiu nos inícios do século XVIII em Inglaterra, e a primeira metade do século XX (até ao pós II guerra mundial imediato), nos domínios da denominada Saúde Pública (início da implementação das medidas de saneamento básico, difusão das regras elementares de higiene sanitária, e o despertar para a importância determinante dos fatores ambientais e da segurança alimentar), a par da descoberta da imunoterapia (ativa, primeiramente, e passiva, depois), bem como da utilização dos primeiros compostos quimioterápicos antimicrobianos.

Este vertiginoso avanço, no “curto” período de cerca de 250 anos (se tomarmos como referência que a história da Humanidade orça as muitas centenas de milhares de anos), provocou uma eufórica sensação de superioridade e mesmo de

uma quase invencibilidade a caminho da mítica imortalidade divina, ao ponto de alguns responsáveis terem admitido que “a guerra contra as doenças infecciosas tinha terminado”, tal como afirmou em pleno Senado o então celeberrimo Cirurgião-Mor dos EUA em 1967, e também L. Thomas, venerando Dean da Yale Medical School em 1976, quando anteviu, erradamente, que “a descoberta de novas doenças teria igualmente cessado”.

Falsas declarações que não tiveram ainda qualquer eco significativo no presente século XXI onde, nem mesmo com os maiores avanços indiscutivelmente registados nos mais diversos domínios, designadamente, na biologia molecular, na farmacologia, na genética, na imunologia, na epidemiologia, e na nanotecnologia fizeram com que alguém sequer ousasse reeditar semelhante profecia ou evidenciar idêntico estado de espírito, ao ponto de, ao invés, ter sido criado um movimento à escala planetária, denominado “One Health Initiative” (que pretende unir na ação e na base conceptual dos seus fundamentos, a Medicina Humana e a Medicina Veterinária, e que teve em Portugal, como seu primeiro e maior cultor, o saudoso Professor Doutor Armindo Filipe, Diretor do Centro de Estudo e Vigilância de Doenças Infecciosas (CEVDI) até 2001, conceituado médico veterinário e eminente arbovirologista), e vários sistemas bastante sofisticados de vigilância epidemiológica das denominadas doenças emergentes e reemergentes (o “ProMED Mail” e a “Emerging Infectious Disease Network” da

IDSA - Sociedade Americana de Doenças Infecciosas, o “GPHIN” - Rede Global Inteligente de Saúde Pública, do Canadá, o “Health Map”, projeto cooperativo norte americano e inglês, o “MedSys”, europeu, o “EpiSPIDER”, o “BioCaster”, japonês, o “Distribute”, da ISDS - Sociedade Internacional de Vigilância de Doenças, o “GeoSentinel”, da ISTM - Sociedade Internacional de Medicina das Viagens e do CDC - Centro de Controlo de Doenças dos EUA, o “Argus”, da Universidade de Georgetown, o “Landsat Thematic Mapper”, da NASA - Agência Aeronáutica Espacial Americana, o “Projeto Foresight”, inglês, o programa “RAPIDD”, do Centro Internacional John Fogarty, americano, ou o “Projecto PREDICT”, cooperativo entre diversas instituições americanas altamente credenciadas, em concreto, a Universidade da Davis, o Global Viral Forecasting, a Wildlife Conservatory Society, a Ecohealth Alliance e o Instituto Smithsonian, etc).

A verdade é que, em consonância com o atrás referido, um não muito remoto relatório oficial internacional (OMS, 2008) afirmava perentoriamente que as doenças infecciosas eram causa direta de cerca de 15.000.000 mortes anuais (o que constituía então a 2ª causa de mortalidade ao nível mundial, e a 1ª nos países em vias de desenvolvimento, sobretudo na faixa etária da pediatria), e que tinham sido descritos cerca de 50 novos agentes microbianos patogénicos para a espécie humana nos últimos 40 anos, dos quais, entre 2/3 e 3/4 eram de natureza zoonótica e veiculados, maioritariamente, por vetores. No fundo, parecia que todos

se tinham esquecido durante demasiado tempo das sábias observações efetuadas por *Charles Nicolle*, Prémio Nobel da Medicina em 1928 e durante alguns anos diretor do *Instituto Pasteur de Paris*, quando este afirmou há quase 1 século, com toda a sapiente lucidez que “Irão haver sempre novas doenças. É uma fatalidade. Uma outra fatalidade, é o facto de nós não sermos imediatamente capazes de determinar a sua etiologia. Devemo-nos pois resignar com a ignorância perante os primeiros casos. Eles serão, pelo desconhecimento, encarados como uma doença já conhecida”, e ainda por *Rudolph Virchow*, em 1867, que afirmou, com grande argúcia e oportunidade que “não passava um único ano sem que ele próprio diagnosticasse uma nova doença” (sic.).

Numa altura em que alguns países (sobretudo no sul da Europa, e designadamente na Península Ibérica) estão a sofrer severas restrições orçamentais decorrentes de programas de assistência financeira implementados pelos respetivos governos, mediante acordo prévio com organismos internacionais externos, e na sequência dos quais as populações se deparam com uma acentuada, brusca e prolongada crise económica e social, que muitos consideram ser a mais grave do último meio século, é pois pertinente levantar a questão de saber identificar e avaliar quais as consequências implicações desta nova realidade na dinâmica epidemiológica das diversas nosologias enquadráveis neste âmbito.

Esta questão é tão mais candente, quanto se vai também tomando consciência que ela coexiste com outros fenómenos

assaz preocupantes (ONU - Organização das Nações Unidas, OMS, FAO - Fundo para a Alimentação e Agricultura da ONU, 2000 - 2010), em especial, o envelhecimento, a sobrepopulação, a não renovação geracional, e as alterações climáticas e ecológicas que, conjuntamente, ameaçam degradar o meio ambiente e a qualidade de vida das populações, bem como também a segurança alimentar e as reservas de água potável do planeta, a níveis nunca imaginados até há poucos anos, com as inerentes e lógicas implicações, em especial, ao nível do padrão epidemiológico das nosologias de cariz transmissível, designadamente as de origem microbiana, que serão, no fundo, o objeto primordial deste artigo.

2) Os Números da Realidade Portuguesa no que Concerne às Doenças Transmissíveis

“...quando o infortúnio se torna geral num país, o egoísmo torna-se universal...” (sic.) (Charles de Montesquieu, 1689 - 1755)

Quando se aborda estas questões, se consultam e analisam as estatísticas nacionais disponíveis, e se é em simultâneo, um experiente conhecedor da realidade objetiva vigente, podemos concluir imediatamente que existem dois aspetos incontornáveis: Há uma generalizada subnotificação das Doenças de Declaração Obrigatória (DDOs), e muitas outras doenças de etiologia microbiana são difíceis de serem contabilizadas, não só porque a realização de autópsias clínicas é uma exceção na prática clínica da grande maioria dos hospitais portugueses, mas também porque o Classificação Internacional de Doenças,

10ª Versão remete muitas das denominadas infeções de órgão ou sistema (tal como o faz igualmente para as doenças oncológicas) para fora do capítulo das doenças de natureza infecciosa propriamente ditas, o que dificulta bastante a sua correta quantificação e avaliação relativas.

Outra dificuldade, mais de natureza conceptual, e mesmo de cariz científico, é a distinção entre Doença Infecciosa e Doença Transmissível. Se é verdade que, por um lado, nem toda a Doença Transmissível é de origem microbiana, já que as de etiologia genética também o podem ser, tem de se tomar igualmente a consciência que, por outro, algumas doenças infecciosas não têm necessariamente um carácter transmissível. Isto, sem contar que esta complexidade de conceitos pode aumentar enormemente, se considerarmos que dentro das denominadas doenças idiopáticas ou degenerativas (quer agudas, quer crónicas), um número crescente, através investigações que se têm vindo a realizar com cada vez maior intensidade nos últimos anos, se suspeita poderem ter uma etiologia microbiana, ou então, um seu contributo desencadeante mais ou menos decisivo, conforme cada caso em concreto, o que implica tomar em consideração novos conceitos, como por exemplo, o de “microbioma” (que alguns autores consideram ser o nosso “metagenoma”), “endoretrovirus”, “quasespécie”, “cassetes”, “transposons”, “microarrays”, “terapêutica génica”, “terapêutica anti-sense”, ou de “fragmentos proteicos *prião-like*”, bem como, finalmente, a promissora utilização com fins

terapêuticos, num futuro não muito distante, de alguns agentes microbianos (sobretudo víricos), ou dos seus ácidos nucleicos, etc.. Resumidamente, ao tomarmos conta dos dados fornecidos pela DGS (1995 – 2008), a propósito das DDOs, imediatamente se constata que existe uma diminuição acentuada e quase generalizada do número de notificações, apresentando o Distrito de Setúbal uma taxa / 100.000 habitantes um pouco inferior à da média nacional (respetivamente, 10,9 e 13,1). De realçar que, não contabilizando a Tuberculose, as principais infeções notificadas são as Salmoneloses (excluindo a Febre Tifóide e a Febre Paratífóide, felizmente já bastante raras em termos autóctones), a Sífilis, a Febre Escaro-Nodular e a Parotidite Epidémica (todas com mais de 100 casos anuais a nível nacional).

No que concerne especificamente à Tuberculose (segundo a mesma DGS, 2011 - 2013), a taxa anual de incidência foi pouco superior aos 20 / 100.000 habitantes (que é o valor que delimita a fronteira entre aquilo que a OMS considera média e baixa prevalência), ocupando o Distrito de Setúbal (com 22,55 casos / 100.000 habitantes) a 4ª posição ao nível nacional (a seguir a Lisboa, Porto, e Viana do Castelo). Esta taxa é, contudo, muito superior (1,5 e 24 vezes mais), entre alguns subgrupos, em especial nos cidadãos dos PALOPs (incluindo o Brasil), e nos emigrantes oriundos dos países do Leste Europeu (sobretudo da Roménia). Entre a população de reclusos, segundo a mesma fonte, tem-se infelizmente registado um aumento constante do nº de casos anuais nos últimos 3 anos

(tendo passado de 42 casos em 2010, para 49 em 2011, e 65 em 2013).

A taxa de cura daquela infeção, tem sido sempre superior a 80%, embora tenha diminuído em 10% de 2010 relativamente à média dos 3 anos anteriores (respetivamente, de 92% para 82%), sendo contudo muito inferior (entre 53 e 77%) em alguns grupos populacionais específicos (imigrantes, toxicodependentes, co-infetados por HIV, ou sem abrigo). As taxas de resistência e de multirresistência não têm também felizmente aumentado nos últimos 12 anos, concentrando-se a maioria dos casos no distrito de Lisboa, ocupando o de Setúbal a 3ª posição (respetivamente, com 20 e 3 casos), e registando-se uma tendência para um decréscimo das primeiras e uma ligeira oscilação, com tendência para a estabilização, ao nível das segundas (variando esta última, neste espaço de tempo, entre 3,1% em 2000, e 1,5% em 2006, situando-se em 1,7% no ano de 2011). Preocupante é a diminuição da taxa de realização da serologia HIV nestes doentes, que passou de 87% em 2009, para 85% em 2011, e 81,44% em 2012. Relativamente à Infeção HIV, sabe-se que, no contexto comunitário europeu, a prevalência desta infeção é, em Portugal, uma das mais elevadas nos 3 estádios habitualmente considerados (SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, CRS-Complexo Relacionado com a SIDA e infeção assintomática), quer relativamente à infeção por HIV1, quer sobretudo, em relação à infeção por HIV2 (UNAIDS - Programa da ONU para a SIDA, WHO e ECDC - Centro de Controlo de Doenças

Europeu, 2011 - 2012). Se formos analisar estes parâmetros naquilo que representa a sua distribuição por distritos, concluímos que, em números absolutos, Setúbal ocupa o 3º lugar (com 5.153, o que corresponde a 21,86% do total dos 23.562 casos registados a nível nacional, dos quais faleceram, respetivamente, 1.133 e 9.619, a que corresponde a uma percentagem de, pela mesma ordem, 21,98 e 40,82%). Contudo, em relação à sua correspondente prevalência, este mesmo distrito ocupa então o 2º lugar (com valores de 0,60 contra os 0,22% nacionais), muito próximo da que se verifica em Lisboa (INSA - Instituto Nacional de Saúde, 2011), isto apesar de se saber que continua, infelizmente, a existir uma significativa subnotificação mais ou menos generalizada.

Se atendermos agora ao que se passa na população prisional (DGS, 2011), verificamos que o número de casos tem diminuído consistentemente de 2002 até 2010 (onde passou de 725, para 328 casos / ano), acontecendo o inverso com a taxa de execução do teste serológico de triagem, aproximando-se este parâmetro, neste último ano, dos quase 90%. No que concerne aos Centros Anónimos de Detecção (CADs), o nº de testes anuais subiu consistentemente de 2000 até 2008 (tendo sido contabilizados, respetivamente, 2.337 e 25.804), tendo estabilizado a partir daí (24.279 testes em 2009), ao passo que o nº dos positivos passou a decrescer a partir de 2006.

A prevalência desta infeção tem vindo a diminuir consistentemente (IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência e INSA, 2011) entre a população toxicodependente (que deixou de ocupar o 1º lugar em 2003,

o que correspondia a 43,7%, para passar para o 3º, depois dos heterossexuais, e em 2011, situava-se quase em *exe quo* com os homo-bissexuais, com 17,5%, de entre os denominados grupos populacionais de maior risco), facto que se ficou a dever ao assinalável êxito dos programas de troca de seringas e de preservativos, bem como ao da substituição opiácea medicamente controlada, iniciados em 1993 por iniciativa conjunta da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS) e do IDT, com o apoio, designadamente, da ANF- Associação Nacional de Farmácias.

Em termos do nº de casos declarados através dos Centros de Apoio aos Toxicodependentes (CATs) (IDT, 2011), o Distrito de Setúbal ocupa o 1º lugar com 390 casos, variando a % de seropositivos para HIV, nesta população, entre os 2% (nos doentes aí atendidos nas 1ªs consultas) e os 34% (doentes assistidos em Centros de Dia licenciados), apresentando valores intermédios de 10% em diversos outros subgrupos (doentes internados em Comunidades Terapêuticas, ou assistidos em Unidades de Desabilitação, etc.). Ainda segundo a mesma fonte, a prevalência de Vírus da Hepatite B (HBV), Vírus da Hepatite C (HCV) e Tuberculose, oscila nesta população, entre, respetivamente, 1 e 4%, 20 e 65%, e 0,3 e 4%.

Apesar do inegável sucesso destas medidas, consubstanciado na consequente diminuição da prevalência destas infeções (designadamente do HIV), a distribuição anual de seringas sofreu uma diminuição sensível a partir de 2000 (onde passou,

nesse ano, de 3.504.357, para 2.037.497 em 2010), e a sua importância geográfica ao nível Distrital não tem contudo sido proporcional à prevalência daquelas infeções (IDT, 2010). Assim, constata-se que, sendo mais volumosa em termos numéricos nos Distritos de Porto e Lisboa (com, respetivamente, 28,97 e 25,22%), no de Setúbal, onde, como já se referiu, estes problemas são particularmente prevalentes (foi de apenas 1,63% do total nacional).

Abordando agora a Morbilidade Hospitalar (DGS, 2008), as Doenças Infecciosas e Parasitárias apresentam um peso diminuto de 1,3% apenas, sendo o seu impacto no Distrito de Setúbal ligeiramente inferior à média nacional (respetivamente, 1,9 e 2,1%). Em termos de doenças específicas, as infeções por HIV e por HCV são, de longe, as mais importantes (com, respetivamente, 722 e 115 doentes internados anualmente). Já no que se refere ao grupo das Doenças Profissionais (DGS, 2008), o peso das Doenças Infecciosas e Parasitárias (se bem que muito inferior às causadas por agentes físicos, e às que envolvem o aparelho respiratório e as dermatológicas), mantiveram-se relativamente estáveis no período entre 2005 e 2008 (entre 36 casos em 2006, e 23 em 2007), apresentando praticamente o mesmo peso das do foro alergológico, mas contudo, bastante superior às provenientes da exposição a agentes químicos.

No que diz respeito às causas de Mortalidade (DGS, 2008), as Doenças Infecciosas e Parasitárias (com 2.652 casos anuais, o que corresponde apenas a 2,53%), vêm muito atrás das do foro

cardiovascular, oncológico, respiratório, endócrino-metabólico e digestivo, situando-se em valores muito próximos das de causa neurológica, ou do aparelho génito-urinário. Ainda segundo a mesma fonte, dentro das Doenças Infecciosas e Parasitárias, a principal causa é, de longe, a SIDA (com 717 casos, correspondendo a 27,03% dos 2.652 casos), o mesmo sucedendo com a Pneumonia no capítulo das Doenças Respiratórias (com 5.141, correspondendo a 44,43% do total de 11.580 casos), e com a Doença Crónica Hepática no âmbito das Doenças do Aparelho Digestivo (com 1.351, correspondendo a 29,47% do total de 4.583 casos). Quanto à sua distribuição geográfica, também segundo a mesma estatística, o peso da Pneumonia no Distrito de Setúbal é muito semelhante ao da média nacional (respetivamente, 25,8 e 26,5), sendo bastante inferior, contudo, no que concerne à Doença Crónica do Fígado (respetivamente, 5,9 e 10,4).

Procurando agora analisar o capítulo dos Anos de Vida Perdidos (PNS - Plano Nacional de Saúde, 2012), a infeção HIV/SIDA ocupa o 5º lugar (com valores iguais aos da Doença Crónica Hepática), e a Pneumonia o 11º, respetivamente, com taxas padronizadas / 100.000 habitantes, de 128,5 e 58,5 anos (projetando-se para 2016 uma redução para, 63,1 no primeiro caso, para 93,4, no segundo, e para 38,2 anos, no último). Ainda de acordo com a mesma fonte, se atendermos agora à distribuição geográfica, em relação ao que se passa na ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em comparação com o todo nacional, no que

concerne à Doença Crónica do Fígado, à infeção HIV/ SIDA e à Pneumonia, podemos concluir que, no primeiro caso, é bastante inferior à média do país, acontecendo o inverso no segundo, apresentando, no último, valores muito idênticos (com números, respetivamente de, 136,6 e 162,6, no primeiro caso, 517,0 e 297,6, no segundo caso, e, 74,9 e 76,5, no terceiro).

Quanto ao parâmetro Mortalidade Precoce (PNS, 2012), as Doenças Infecciosas e Parasitárias vêm em 9º lugar ao nível nacional, com valores de 231 anos de vida perdidos / 100.000 habitantes (cifra quase coincidente com a das doenças do aparelho digestivo e a dos acidentes de transporte). Se analisarmos então este mesmo parâmetro, mas por doença específica para a faixa etária das pessoas com menos de 65 anos, podemos concluir que, no que respeita à infeção HIV/ SIDA, assistiu-se a uma evolução positiva entre 2001 e 2009 (onde passou de 9,9 para 6,2), projetando-se para 2016 uma diminuição ainda mais acentuada (4,2 anos de vida perdidos / 100.000 habitantes). Quanto à distribuição geográfica, tal como se tinha observado no anterior parâmetro referido, o valor da ARSLVT é substancialmente superior à média nacional (respetivamente, 17,5 e 9,9).

Analisando ainda, de forma sumária, o que é que se passa com os consumos de antimicrobianos no ambulatório (INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, 2011), tem que se constatar que eles são numericamente muito inferiores aos que se verificam para aos aparelhos cardiovascular e locomotor, bem como aos que

dizem respeito ao sistema nervoso central e às doenças endócrino-metabólicas, sendo sobreponível aos pertencentes ao aparelho digestivo (quer em volume de unidades, quer no correspondente dispêndio financeiro). Analisando a sua distribuição geográfica e o cálculo prospetivo para 2016 (PNS, 2012), podemos verificar que os consumos definidos em termos de Dose Definida Diária (DDD) / 1.000 Habitantes / dia são, ao nível da ARSLVT, muito idênticos aos correspondentes à média nacional, tendo-se assistido a uma diminuição de 19,0 para 17,0 de 2001 para 2009, esperando-se que venham a atingir a cifra dos 13,9 dentro do prazo de 4 anos. Estes números colocam-nos numa posição intermédia no contexto europeu (ECDC, 2011).

Finalmente, em relação às infeções ligadas aos cuidados de saúde (DGS, 2009 e 2010), as mais prevalentes são, por ordem decrescente, as que envolvem o trato respiratório inferior, as das vias urinárias, e as da ferida cirúrgica. Em termos dos agentes microbianos isolados, realça-se que as bactérias *gram* negativas predominam, com 55,8%, ao passo que as *gram* positivas atingem os 37,1%, e os fungos, 7,1%. De destacar ainda que a percentagem de Estafilococo Meticilino-Resistente (MRSA) atingiu uma exorbitante em termos europeus (entre 52,0 e 69,2%), o que nos coloca, infelizmente, na liderança (DGS 2010 e ECDC 2011).

3) As Implicações da Crise Económico-Social

"... eis o que está a acontecer: extenso e profundo sofrimento humano, um número crescente

de situações que desafiam as mais básicas e éticas noções de dignidade humana..."(sic.) ("Carta Aberta" aos dirigentes políticos e às autoridades de saúde da Europa, pelos presidentes das associações médicas e outras diversas personalidades relevantes das comunidades académicas e médicas de Portugal Espanha, Grécia e Irlanda, OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2013)

Embora não haja logicamente ainda o distanciamento temporal suficiente e necessário para contabilizar estas questões com a necessária objetividade, basta conhecer o suficiente de História da Medicina e ter uma prática assistencial consecutiva há mais de 30 anos, maioritariamente a tratar doentes graves e doenças complexas em populações com notórias dificuldades de acessibilidade e com acentuadas fragilidades sociofamiliares e carências económico-financeiras, para imediatamente se intuir que esta influência negativa irá ser inevitavelmente confirmada num prazo mais ou menos dilatado no tempo.

É sintomático que nos 2 primeiros meses do corrente ano, a par da iniciativa da Fundação para a Saúde - SNS referida em epígrafe, tanto a Ordem dos Médicos (OM), quanto a Fundação Calouste Gulbenkian, e ainda a Universidade de Coimbra, a DGS e o INSA tenham organizado debates sobre este tema, nos quais muitos intervenientes defenderam essa mesma tese.

No debate organizado pela OM, com a presença de destacados representantes dos países da Europa Comunitária submetidos a programas de assistência financeira internacional (Portu-

gal, Espanha, Grécia e Irlanda) saiu um documento público tipo “Carta Aberta”, em que os signatários lembravam aos seus governantes que, para além das disposições constitucionais de cada estado membro da CEE, existem vários documentos e acordos comunitários em vigor (os Tratados Europeus de Maastricht e de Lisboa, o Livro Branco da Comissão Europeia), ou mesmo internacionais extra-comunitárias (Conferência sobre Sistemas de Saúde da OMS) cujas disposições na defesa dos Direitos à Saúde e da Proteção Social estão bem explicitadas, tendo sido obviamente subscritos pelos representantes legítimos desses mesmos países, pese embora, na prática, no momento presente, não estejam a ser adequadamente tidos em conta ou sequer devidamente respeitados, aquando da implementação das políticas sociais vigentes.

Em complemento, o famigerado e sempre incómodo “Relatório da Primavera” de 2012, efetuado anualmente pelo OPSS, foi intitulado sugestivamente, de “Crise e Saúde: Um país em sofrimento”. Nele se refere, no decorrer de uma extensa e profunda análise, a título de exemplo, no sentido claro de alertar para o que poderá vir a ocorrer também no nosso país num futuro próximo, a presente situação dramática da Grécia, na qual se registou uma subida em flecha da prevalência de infeção HIV de 2010 para 2011, sobretudo no grupo dos toxicodependentes. Este nefasto acontecimento, segundo os entendidos observadores, dever-se-ia, não só ao abandono progressivo, naquele país, das medidas de saúde pública que se sabe serem úteis

e necessárias numa política consequente de redução de danos (distribuição de seringas e preservativos, substituição opiácea medicamente controlada, etc.), mas igualmente ao facto de alguns comportamentos de risco deliberadamente assumidos pelos próprios, dado que, nesta situação verdadeiramente limite, entenderam que contrair aquela infeção, seria a forma mais imediata de poderem voltar a ter alguns dos apoios sociais entretanto perdidos, perda que estes sentiram, consequentemente, não ser mais tolerável de todo.

Por outro lado, ainda nesse mesmo país, sabe-se que coincidentemente com esta crise económico-social, se identificaram nos últimos 3 anos diversos focos endémicos (CDC, ECDC, OMS), quer de Malária (*Plasmodium Vivax*), quer de infeções por arbovírus (*West Nile*), cujo combate mais eficaz será seguramente dificultado pelo mesmo contexto desfavorável.

A este propósito, convirá chamar a atenção que, no nosso país, o anunciado rompimento do acordo com a ANF no corrente ano de 2013, no que concerne ao seu apoio ao Programa de Troca de Seringas, a extinção do IDT, bem como o caso de infeção por vírus *West Nile* verificado na Península de Setúbal em 2011, e os casos de infeção por vírus do Dengue no Arquipélago da Madeira ocorridos em 2012 (INSA, DGS e ECDC 2011 - 2012), poderão vir a ter um efeito algo semelhante ao descrito, se as medidas que se impõe em termos de controlo sanitário não forem implementadas e tiverem a necessária continuidade.

Esta é a abordagem que fazem e o tipo de alertas que nos deixam, em

termos do problema da Grécia, Bonovas e colaboradores (97), no que concerne à problemática dos países da orla mediterrânica, Vittecoq e colaboradores (98), e ainda Bourman e colaboradores da “*Task Force on Environmental Change and Security*” da Universidade Norte Americana de Georgetown, que vão ainda mais longe, ao considerarem que, para além da manifesta influência das questões sociais em termos da dinâmica epidemiológica das doenças transmissíveis, existem também potenciais graves implicações na própria segurança dos estados afetados, e consequentemente, dos respetivos governos.

Não existindo muita bibliografia disponível sobre este tema, permitir-me-ia destacar ainda alguns artigos mais, cujas conclusões se afiguram relevantes para este fim.

Enquanto Stuckler e Semenza se ficam por uma abordagem genérica e expectante, Suhrcke e colaboradores lançaram, no credenciado periódico “*Euro-surveillance*”, o repto de se responder a um inquérito por via eletrónica, que Rechel e colaboradores coletaram, analisaram e publicaram recentemente. Neste estudo, com base nas respostas fornecidas por peritos e interessados, a um inquérito pré formatado (e em que apenas 1 dos 54 inquiridos era português), foi possível apurar que 68% consideravam que os serviços de Saúde Pública seriam supostamente os mais vulneráveis aos efeitos da crise, afetando sobretudo, segundo 67% dos mesmos, os subgrupos populacionais mais marginalizados (imigrantes, desempregados, sem abrigo, etc.). O mesmo Suhrcke e colaboradores noutra publicação, faz ainda um

estudo exaustivo de metanálise que envolveu 37 publicações anteriores de vários autores e países, realizados entre 1987 e 2010, onde maioritariamente as conclusões foram no sentido de apoiar a influência negativa da crise económico-social no padrão epidemiológico das doenças transmissíveis, à semelhança, de resto, com o que, na década de 90 do século anterior, já se tinha passado na grande maioria dos países do Leste Europeu, sobretudo dos que resultaram da desagregação da ex-União Soviética, em que se constatou uma explosão dos casos de infeção por HIV, de infeções pelo bacilo da tuberculose (muitas vezes associado a uma significativa multirresistência aos fármacos de 1ª linha), e mesmo, de um subida inusitada de casos de difteria.

A quantificação do seu inerente impacto económico sobre a sociedade e as nações, obedece a modelos muito complexos, tal como foi muito bem detalhado por Pitman e colaboradores para o Reino Unido, estando em curso a operacionalização de um estudo de índole semelhante à escala europeia, denominado BCoDE - Current and future Burden of Communicable Diseases in the European Union and EEA / EFTA countries (107, ECDC 2011).

No que se refere aquilo que já foi calculado e estimado para as denominadas “3 doenças do milénio”, sabe-se que o impacto da infeção por HIV e da malária na África subsariana foi, em 2010, equivalente a, respetivamente, 20 e 15% do Produto Interno Bruto (PIB) dos respetivos países, e a infeção por *Micobacterium Tuberculosis* representaria uma perda anual para a economia

mundial equivalente a 12 biliões de dólares dos EUA (USD).

Já no que concerne ao capítulo das doenças emergentes, calcula-se que, no seu conjunto, entre 1995 e 2008, tenha representado, em termos de perda para a economia mundial, cerca de 120 biliões de USD, dos quais somente o Síndrome Severo Respiratório Agudo (SARS) tenha atingido a cifra dos 50 biliões (para a China, Hong Kong, Singapura e Canadá), a “Foot and Mouth disease” 35 biliões (para o Reino Unido e Taiwan), a BSE - Encefalopatia Espongiforme de origem Bovina 19,5 biliões (para o Reino Unido, EUA, Canadá e Japão), e a Gripe Influenza (aviária e porcina), cerca de 12,5 biliões (para a Ásia, EUA, Canadá e EU, entre 1997 e 2004).

Ainda segundo o mesmo estudo, só os EUA já terão despendido, na preparação para um eventual ataque bioterrorista, aproximadamente 50 biliões de USD, depois de terem contabilizado perdas de 200 milhões de USD com a denominada crise do “pó branco” (que consistiu na disseminação intencional de “*bacillus anthrax*” em 2001, pouco tempo depois do ataque terrorista que derrubou as torres gémeas em Nova York), estimando-se que um futuro ataque em maior escala com esta mesma bactéria poderia custar a enormidade de 26 biliões de USD por cada 100.000 pessoas expostas!

Por último, destacar a custo-efetividade demonstrada para a identificação serológica precoce dos respetivos infetados, bem como da terapêutica presentemente disponível, quer para a infeção por HIV, quer para a infeção por HCV,

sendo possível de evidenciar, relativamente ao 1º caso, uma vantagem significativamente superior à conseguida com estratégias que ninguém se lembraria de questionar, no que concerne a uma série de outras patologias de cariz diverso (cardiovascular, oncológico, etc.), e, em relação ao 2º caso, uma quase duplicação (nalguns subgrupos de doentes) do nº de Resposta Viral Sustentada (RVS) que se consegue obter com a combinação tripla, utilizando como 3º componente um dos dois novos fármacos já aprovados para uso clínico, relativamente ao que se conseguia com a combinação dupla até aqui geralmente utilizada.

Mais ainda, em relação à infeção por HIV, existem presentemente perspectivas sólidas que apontam para um impacto epidemiológico significativo, ao nível populacional e intrafamiliar, da terapêutica individual (ou seja, da carga viral (CV) do infetado sobre a CV da comunidade), bem como da eventual custo-efetividade, não só desta mesma estratégia, mas também da manutenção das co-formulações da TARV, o que a confirmar-se, poderia contribuir para se decidir pela utilidade de se optar por tratar todo e qualquer seropositivo desde a altura da sua identificação e com um esquema de TARV bem adaptado às idiossincrasias de cada um e que fosse simultaneamente mais facilitador da importantíssima adesão ao seu projeto terapêutico, por motivos de saúde pública (para além, logicamente, dos potenciais benefícios significativos sobre a saúde do próprio portador) (*Guidelines Nacionais dos EUA*, Fevereiro de 2013).



4) Conclusões

"... quase todos os homens são capazes de superar a adversidade, mas se se quiser por à prova a coragem do homem, dê-se-lhe poder ..." (sic.) (Abraham Lincoln, 1800-1865)

Depois da extinção da Varíola em 1977, as principais organizações sanitárias mundiais têm-se desdobrado em planos e metas que, em muitos casos, têm-se ficado bastante aquém do expectável, como se tem verificado, por exemplo, com o caso da Poliomielite, que supostamente já deveria também ter sido extinta há um bom par de anos, mas que ainda é endémica em diversos países da Ásia e da África subsariana (OMS, CDC, ECDC, 2013).

No nosso país, também muito do que se tem legislado e

anunciado, fica-se apenas pelo enunciado de intenções mais ou menos benévolas. Caberá pois ao Ministro da Saúde a inalienável responsabilidade de não deixar vazio de conteúdo o que vem plasmado na introdução ao PNS de 2012, que o mesmo assinou no início do seu atual mandato: "... promover a cidadania para uma cultura de bem-estar, de realização dos projetos de vida pessoais, familiares e das comunidades... a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde resultam em ganhos de saúde, garantem a coesão e a justiça social e promovem o desenvolvimento do país..." (sic.).

A realidade sentida presentemente por profissionais e doentes, é de uma profunda desmotivação e revolta contida,

por parte dos primeiros, e de temor e impotência, por parte dos segundos. As alterações legislativas no que diz respeito à isenção e dispensa de pagamento de taxas moderadoras para determinadas patologias, à comparticipação nos transportes para a realização de consultas, tratamentos ou exames auxiliares de diagnóstico para certos casos de notória fragilidade social e reduzida acessibilidade, a dificuldade crescente de acesso à inovação terapêutica, a precariedade de emprego (que atinge uns, e começa a ameaçar os outros!!!), ou o esmagador peso da burocracia, acentuam quotidianamente a sensação de injustiça para com a política que está a ser progressivamente concretizada.

As pressões exercidas pelos

Órgãos da Tutela sobre os Gestores das Unidades de Saúde e dos Centros Hospitalares, ou sobre os Médicos (designadamente os Diretores de Serviço) não têm precedentes, e obrigam a considerar metas verdadeiramente inatingíveis e irrealistas. Cabe pois a cada um assumir as suas respetivas responsabilidades perante a sociedade e os cidadãos, e aos últimos, obedecer sempre aos ditames da Ética e da Deontologia profissional a que estão estatutariamente obrigados perante a OM, tal como ficou muito bem explicitado no infelizmente esquecido Juramento de Amato Lusitano (Salónica, 5519), onde se refere "...jamais fiz coisa de que se envergonhasse um médico preclaro e egrégio..." (sic).

A influência da crise económico-financeira e social que estamos a viver irá produzir, inevitavelmente, tal como aconteceu noutros países e épocas já anteriormente referidos, um nefasto impacto sobre a saúde dos portugueses e a sensação de realização profissional dos prestadores, que importa ter em conta nas políticas que os Governos considerarem implementar para responder a este magnânimo desafio que ameaça seriamente os alicerces da nossa civilização.

É pois fundamental passar a ter estatísticas fidedignas e actualizadas, mas independentemente deste facto (eminentemente remediável com o recurso adequado a meios informáticos eficazes), uma coisa é certa: Fica insofismavelmente demonstrado que o impacto económico destas doenças (que são na sua essência, eminentemente preveníveis e/ou tratáveis) é realmente inco-

mensurável, razão de sobra para não serem descuradas, até porque o seu não tratamento, ficará seguramente ainda muito mais dispendioso à Sociedade, e com consequências diretas muito mais gravosas nos seus Cidadãos!

Terminaria, reeditando um contributo objetivo e genuíno que já expressei anteriormente por diversas formas, no sentido de promover a almejada sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), desta vez através de um conselho dirigido aos Srs. Ministros da Saúde e das Finanças do meu País: Implementem rapidamente a compra centralizada dos medicamentos (considerando o menos oneroso), estabeleçam um preço de referência para as moléculas de idêntico grupo farmacológico e respetiva geração (com base no mais económico), e negoceiem com os representantes da indústria farmacêutica o custo das co-formulações de Anti-retrovirais a um preço semelhante ao da soma dos seus componentes (incluindo os que vierem a perder o direito internacional de proteção da patente), e com o que economizarão (que presumo poder ser bastante), poderão viabilizar, finalmente, o premente tratamento dos doentes com HVC (que tem vindo a ser desbloqueado a conta gotas pelo INFARMED e pelos Conselhos de Administração dos respetivos Hospitais, ritmo que não corresponde minimamente às reais necessidades dos muitos infetados), e não necessitarão de ter que exercer uma desajustada e contraproducente pressão sobre os clínicos, dado que estou convicto que estes saberão estar à altura das circunstâncias,

compatibilizando o dever de melhor tratar os doentes, com a utilização criteriosa dos meios que a sociedade lhes coloca à disposição com notórios e reconhecidos sacrifícios de todos, numa altura de grande crise, como é a que vivemos neste momento.

Desta forma, conseguirão mobilizar as vontades, e os meios necessários à prossecução de tão nobres objetivos, viabilizando o acesso indiscriminado de terapêuticas que são das mais eficazes que alguma vez a Ciência conseguiu colocar ao dispor da Humanidade, e contribuindo decisivamente para a concretização de uma das mais recentes metas expressas pela UNAIDS (e confirmada pela Comissão Parlamentar da Assembleia da República para o HIV em 2012): Fazer nascer e crescer uma geração sem SIDA (a que poderíamos acrescentar, ainda que com algum romantismo também, a possível erradicação, um dia, do HCV)!

Os interessados poderão consultar este artigo no site nacional da OM (<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=f4be00279ee2e0a53eafdaa94a151e2c>) numa versão completa que inclui bibliografia.



M. Manuela de Mendonça

Médica Psiquiatra
Directora Hospitalar

Hospital Sobral Cid

Relembrando a história de um Hospital Central Psiquiátrico

O Hospital Sobral Cid foi criado pelo Decreto 34:547, de 28 de Abril de 1945. Foi este um dos decretos que regulamentam a Lei 2006, conhecida por “Lei da Assistência Psiquiátrica” e promulgada em 11 de Abril desse mesmo ano.

O Artº 7º cria o Hospital; os Artº 8º e 9º definem-lhe o âmbito e atribuições:

“Serviço psiquiátrico, com secções de admissão de crianças e pensionistas e, conforme a índole dos assistidos, pavilhões para tranquilos, agitados e inválidos;

Serviço médico-cirúrgico, com secções de doenças intercorrentes, infecto-contagiosas e consultas de especialidades médicas e bem assim serviços de raios X, agentes físicos e balneoterapia;

Serviços de laboratório, com secções destinadas a análises clínicas, anatomia patológica, psicologia experimental e outros que interessem à investigação científica”.

“Com vista à recuperação clínica e social dos doentes serão criadas no Hospital Sobral Cid as instalações especializadas de carácter agrícola e industrial necessárias à aplicação do método de ocupação e trabalho”.



O conjunto destes requisitos correspondia, na época, à modernidade mais exigente.

Como pilares desta instituição relembramos os nomes dos professores universitários Bissaya Barreto e António Flores, bem como o do engenheiro Duarte Pacheco. O primeiro, lutou desde os anos 30 por um local condigno de tratamento de doentes mentais em Coimbra, como já existiam em Lisboa e Porto. Imaginava, ao tempo, um ‘manicómio-

colónia agrícola para alienados’; António Flores - autor da referida lei 2006 - integra a ideia num plano mais vasto e actualizado da assistência psiquiátrica e cria na lei um Hospital Psiquiátrico moderno e já não o desejado ‘manicómio e colónia agrícola’. Duarte Pacheco, como ministro das obras públicas, escolhe o local, decide e impulsiona a construção.

É-lhe dado o nome de Sobral Cid, como homenagem de Bissaya-Barreto ao insigne mestre de psiquiatria.

O HSC foi edificado em Ceira, a 10 quilómetros de Coimbra, numa propriedade rural de 61 hectares - a Quinta da Conraria ou do Penedo - adquirida pelo estado, para o efeito. Ali foram construídos inicialmente quinze pavilhões, sem muros a cercá-los, como uma pequena aldeia, de traça à antiga portuguesa, na encosta da colina. Preservou-se uma área rural de cerca de 40 hectares, rodeando a primitiva casa da quinta, capela e anexos, para a prática da ergoterapia agropecuária. A lotação prevista era

de 600 doentes.

A comissão instaladora, presidida por Bissaya Barreto, integrou um psiquiatra, discípulo do professor Sobral Cid - Mário Granada Afonso -, e um administrativo licenciado, José Gomes Rios. Procedeu à contratação do pessoal (psiquiatras do Porto e de Lisboa), de enfermagem especializada suíça, à abertura da Escola de Enfermagem, à aquisição de material. Os gabinetes de consulta, laboratórios, radiologia, agentes físicos e bloco operatório, foram equipados com os mais modernos meios técnicos.

Em 1 de Junho de 1945 são internados os primeiros doentes. Em 1 de Janeiro de 1948 o HSC adquire autonomia administrativa, orçamento próprio e personalidade jurídica. Mário Granada Afonso é nomeado Director.

A década de 40 foi marcada pelo

entusiasmo geral, ao inaugurar um hospital-modelo, promissor. Praticavam-se então o choque insulínico, o eletrochoque, a malarioterapia, os abscessos de fixação, os banhos quentes de imersão prolongada, curas de sono, sedativos e hipnóticos não específicos (opíáceos, barbitúricos, brometos, paraldeído). A ocupação pelo trabalho tinha papel de realce, bem como a ludoterapia.

Os anos 50 trouxeram a desilusão. O aumento rápido da lotação exigia mais pessoal de enfermagem que não era contratado. Não havia quadro nem carreiras. Os serviços complementares nunca chegaram a abrir, permanecendo o material empacotado de origem. Os psiquiatras mais graduados rumaram para o Porto e os estagiários mais interessados, sem possibilidades de formação, debandaram também. O director foi demitido em 1954, por motivos pouco edificantes.

A enfermagem suíça deixou o hospital em 1954. A Escola de Enfermagem encerrou, saíram enfermeiros. O HSC sobreviveu com jovens psiquiatras sem escola, o mais antigo assumindo a chefia dos Serviços Clínicos. Com a dedicação notável do pessoal de enfermagem que restou. Sem Director, substituído por um Adjunto, não gestor, a quem competia a responsabilidade dos serviços administrativos e decisões.

Contratado um fisiologista, vence a tuberculose que o invadira. Introduz timidamente os primeiros **psicotropos**, e em 1959 o primeiro meio complementar de diagnóstico - a **electroencefalografia**.

A exploração agro-pecuária da Quinta atinge o seu auge,

como meio de financiamento. A ergoterapia é posta ao serviço do Hospital e não do doente. O aspecto geral do HSC é a de um asilo superlotado.

Na década de 60, graças a técnicos provenientes do Hospital de Júlio de Matos, inicia-se um movimento de revigoração do Hospital: iniciam-se **reuniões clínicas** semanais, revêem-se regularmente as terapêuticas, organiza-se e acompanha-se lado a lado a **formação dos médicos estagiários**, realizam-se e publicam-se os primeiros 'ensaios de medicamentos'. Procura dar-se à ergoterapia e à ludoterapia um sentido verdadeiramente terapêutico, organiza-se a primeira **'Exposição da Terapêutica Ocupacional'** (1967), recebem-se os primeiros elogios escritos do Director do Instituto de Assistência Psiquiátrica. Psiquiatras do HSC apresentam um trabalho científico no IV Congresso Internacional de Psiquiatria (Madrid, 1966).

Esboça-se e organiza-se um serviço para recuperação de alcoólicos (SRA), em 64.

É também nesta década (1963) que a Lei da Saúde Mental (Lei 2118) vem substituir a anterior Lei da Assistência Psiquiátrica (Lei 2006). Reflecte e actualiza a evolução sofrida pela psiquiatria e valoriza essencialmente o trabalho preventivo na comunidade, apoiada no modelo francês da Psiquiatria de Sector. A sua regulamentação foi lenta e nunca concluída. Só em 1969 se fez sentir no HSC. Leva-o a uma profunda reestruturação interna, e na área de influência, que passa a ser dividida pela ex-Colónia Agrícola do Lorrvão, guindada a Hospital Psiquiátrico (Decreto-Lei 49.172 de 5/8/69) e pelos recentes Centros de Saúde





Sala de espera



Centro de Estudos

Mental que iam sendo criados na Zona Centro. São os primeiros passos do HSC no sentido da Psiquiatria de Sector e na diferenciação de cuidados.

Em 1970 são contratadas as primeiras assistentes sociais, inicia-se a formação e treino do trabalho em equipa. Em 1 de Junho de 1970 inaugura-se o Centro de Convívio do HSC – primeira tentativa de intervenção sócio terapêutica.

O serviço de recuperação de

alcoólicos é reconhecido como serviço oficial do Ministério da Saúde e Assistência, com autonomia técnica e âmbito regional (Portaria 192/71 de 14 de Abril). Nasce o Centro de Recuperação de Alcoólicos (CRA).

A convulsão revolucionária do 25 de Abril conduz o HSC a uma fase de desorganização notória, desmotivação para o trabalho técnico e de formação. Em 74 e 75 abre as portas ao Serviço Cívico

Estudantil. Em 74, a pedido da Faculdade de Medicina, recebe alunos do 6º ano médico, e **rege a cadeira de psiquiatria** até 1978. Em 1975, por Despacho conjunto das Secretarias de Estado da Justiça e Saúde (20/12/74), abre no HSC o **Serviço de Inimputáveis Perigosos** (Pavilhão 16), construído pelo Ministério da Justiça. O Hospital assume a prestação de serviços clínicos e hoteleiros. Em 20 de Agosto de 1976 o HSC é colocado em regime de instalação. Saem novos mapas de pessoal que viriam a permitir a entrada de técnicos até aí inexistentes: **engenheiro, técnico superior de farmácia, terapeuta ocupacional, psicólogo.** Cada um destes primeiros técnicos viria a ser o organizador e responsável dos respectivos serviços, que se foram concretizando até ao início dos anos 90.

Em 1979, por acordos administrativos inconsequentes, o HSC perde definitivamente a área rural dedicada à ergoterapia. No fim da década reúnem-se as condições para retomar o estudo e prática da Psiquiatria de Sector, procedendo-se à **definição dos primeiros Sectores.**

A década de 80 avança com novos modelos de gestão hospitalar: Decreto 30/77, mais tarde substituído pelo Decreto Regulamentar 3/88. Constituem-se os primeiros órgãos colegiais – o Conselho de Gerência presidido pelo Director – um médico psiquiatra (1980); a Direcção Médica (1981). O Director do Internato (um dos membros da Direcção Médica) assume também a responsabilidade e organização dos **Cursos para internos generalistas**, bem como a dos **Estágios de Pós-graduação de clínicos gerais** (início da futura Psiquiatria de Ligação).

Em 1980 é inaugurado o Pavilhão 17, sede definitiva do CRA.

Em 1982 cria-se o **Serviço de Formação Permanente**.

Em 84 é extinto o Instituto de Assistência Psiquiátrica, que desde 1958 tutelava todas as instituições psiquiátricas. A nova tutela passa para uma Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários, entregue a uma Direcção de Serviços de Saúde Mental, com outro tipo de atribuições e onde, inexplicavelmente, ficam também os hospitais psiquiátricos. Foi difícil situá-los nas suas necessidades específicas.

O HSC apresenta-lhe um Plano Global de desenvolvimento. Aprovado e devidamente apoiado, o plano foi implementado por fases. Completou-se em 1989, com o **Pavilhão da Terapêutica Ocupacional** (Pavilhão 18) que centralizou todas as actividades dessa área.

Foram reordenados os espaços hospitalares visando um melhor desempenho funcional, criados novos **serviços: de Psicologia, Sala de Observações e Unidade de Curto Internamento, Consultas de medicina e neurologia, Terapias Alternativas** (psicoterapias variadas, terapias físicas); obtiveram-se financiamentos para o internato médico (Formação e Investigação); estruturas logísticas funcionais para os responsáveis e para todos os funcionários (novo Refeitório, Casa do Pessoal, 1986). São **extintos os últimos pavilhões asilares e criadas as Clínicas de Sector** dotadas de equipas fixas polivalentes (1987).

Na década de 80 o HSC registou no seu Livro de Honra elogiosas apreciações de dois Directores de Saúde Mental (Sampaio Faria e Caldas de Almeida), do Professor

Barahona Fernandes, do técnico da OMS Ellis Busnello, dos membros da Federação Internacional dos Hospitais.

Em 1991, após formação específica das terapeutas ocupacionais e avaliação criteriosa de cada doente internado, o Serviço de Terapia Ocupacional evolui para **Serviço de Reabilitação**, onde todos os doentes passaram a ser dinamizados segundo programas adequados. Nesse mesmo ano instala-se a Consulta Externa em modernas e funcionais instalações. A lotação praticada foi sendo gradualmente reduzida a metade da inicial. Organiza-se o **Museu do HSC**.

Em 1993 todos os serviços possuíam o seu regulamento, já ensaiado e corrigido. Em 94 foram regulamentados os órgãos de apoio técnico e em 1995, aprovado o **Regulamento Interno** do HSC. Neste ano foi festejado o cinquentenário do Hospital, realizado o **1º Congresso do HSC**, homenageado o Professor Bissaya Barreto e inaugurado o Museu.

A Câmara Municipal de Coimbra atribuiu ao HSC a **Medalha de Ouro da Cidade**.

A partir de 94 abandona-se a filosofia da Psiquiatria de Sector e são extintas as respectivas Clínicas. Defende-se a Psiquiatria de Ligação, privilegiando a integração do Hospital nos hospitais gerais. Abrem-se Serviços para alcoólicos e tóxico-dependentes que duram poucos anos. Abrem-se consultas de sub-especialidades.

Desde os anos 80 que a tutela



pretende a extinção de hospitais psiquiátricos, reiterando tentativas. Em 2005 anuncia publicamente a sua extinção, mas não consegue levá-la a efeito, por carência de meios que os substituam com vantagem. Em Março de 2006 é festejado o 20º aniversário da Casa do Pessoal do HSC. O Hospital vivia nessa data uma crise de desorganização interna, de incertezas e degradação física. Em 2007 são criados os Centros Hospitalares Psiquiátricos. O HSC é extinto “enquanto pessoa colectiva de direito público”, e integrado, com mais duas instituições, no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (Portaria 1580/2007 de 12 de Dezembro).

Passou a designar-se por Unidade Sobral Cid.

Actualmente vigora o Decreto-Lei nº 30/2011 de 2 de Março que cria o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, conseguido pela fusão dos Hospitais Universitários de Coimbra, do Centro Hospitalar de Coimbra e do próprio Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra que continha a Unidade Sobral Cid.

A designação histórica de Hospital Sobral Cid e sua



Vista aérea

repercussão na assistência psiquiátrica nacional apenas vão persistir na memória oral ou escrita dos seus trabalhadores e formandos, bem como nos utentes de toda a sua área de influência.

Referências Bibliográficas

BARRETO, Bissaya – *Uma Obra Social Realizada em Coimbra*. Coimbra: Coimbra Editora, 1970.
MENDONÇA, M. Manuela de – *Hospital Sobral Cid. Das Origens ao Cinquentenário*. Coimbra: MinervaCoimbra, 200

Directores do Hospital Sobral Cid:

Mário Granada Afonso – 1/6/48 a 15/2/54
João de Sousa Gomes – 1/11/54 a 11/5/55

Domingos Vaz Pais – /11/73 a -/4/74

Frederico Fernandes Gomes – 2/1/81 a 8/3/84

Maria Manuela Ribeiro da Fonseca Esteves de Mendonça – 13/3/84 a 29/1/93.

José Paulino Pereira da Rocha – 2/4/93 a 1/10/01.

José Manuel Morgado Pereira – 18/10/01 a 31/1/04.

José Alberto Pereira Coelho – 1/2/04 a 6/9/06.

Fernando José Ramos Lopes de Almeida – 25/9/06 a 13/12/07.

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

