

Sangue e plasma: ciência vs preconceito

pág. 20

O federalismo será
o futuro da Europa?
pág. 15





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



Consulte também:

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

... em: www.actamedicaportuguesa.com



Com o apoio de:



Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 31
N.º 161
Julho - Agosto 2015

PROPRIEDADE:
**Conselho Nacional Executivo
da Ordem dos Médicos**

SEDE:
**Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa**
Telefone geral da OM: 218427100

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

Directores Adjuntos:
**Jaime Teixeira Mendes, Carlos
Cortes e Miguel Guimarães**

Directora Executiva:
Paula Fortunato
E-mail: paula.fortunato@omcne.pt

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

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

Impressão:
A Regional artes gráficas e pub.,lda
Rua dos Congregados, 25/27
4710-370 Braga

Depósito Legal: **7421/85**
Preço Avulso: **2 Euros**
Periodicidade: **Mensal**
Tiragem: 47.000 exemplares
(10 números anuais)

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



S *umário*

editorial

- 05 Os novos Estatutos da
Ordem dos Médicos
e o Glifosato

informação

- 08 Abertura de centros
de medicina estética
- 09 Diretor de Serviço: é obrigatória
a sua inclusão como coautor?

- 10 Destaques do site

- 11 OM assina protocolo de
colaboração com a SPMS
para a melhoria da PEM

- 12 Conferência em
"Cancer Patient Advocacy"

- 12 Parecer jurídico sobre exercício
de funções privadas durante
o Internato

- 13 Saúde em todas as políticas

actualidade

- 15 O federalismo será o futuro
da Europa?

- 18 Cidadania para a Saúde

- 19 Novo Estatuto da OM
aprovado na AR

- 20 Sangue e plasma:
ciência vs preconceito

- 25 História da reanimação
cardiorrespiratória

- 28 O acesso à informação de Saúde
- unanimidade quanto
à necessidade de revisão da lei

- 34 Aspectos menos comuns
da história da tuberculose

- 36 Médica portuguesa condecorada
em Macau

entrevista

- 37 Elsa Mourão & António Folgado:
Pela humanização dos cuidados
em fim de vida

SRS - informação

- 42 Reunião do CRS com Distritais
nas Caldas da Rainha

- 43 HFF: CRS tomou posição
intransigente

- 43 Coro Aesculapides
prepara reportório para
espectáculo

- 44 CEOM faz recomendações
para uso de mHealth

- 46 Homeopatia médica
de alta qualidade em debate

SRC - informação

- 48 Saúde em debate: Dificuldades
e oportunidades

- 51 "Podia ser muitíssimo pior"...

- 52 Guarda: A desertificação
de médicos

SRN - informação

- 54 Taxas na IVG?
Cinco pontos de reflexão

- 55 "Um SNS de qualidade não é
compatível com o actual
ministro"

opinião

- 60 Contributo para a melhoria
dos registos em consulta

- 63 Sr. Dr., dá-me licença que morra?

- 65 Tu cá, tu lá

- 66 Alguns fios da teia da
intervenção na comunidade

informação

- 68 Regulamento do concurso de
Fotografia Digital da OM 2015

histórias da história

- 69 Centro de Saúde de Lisboa
Notas Históricas

- 74 Tratado de Cirurgia de 1696
de António Pires da Silva
- curiosidade histórica

- 78 Registos médicos da CC 98
do BC 88.
Norte de Angola, 1961-63



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

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

ANATOMIA PATOLÓGICA: Helena Garcia
 ANESTESIOLOGIA: Paulo Ferreira de Lemos
 ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR: José Fernandes e Fernandes
 CARDIOLOGIA: Mariano Pego
 CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: António Marinho da Silva
 CIRURGIA CARDIOTORÁCICA: Paulo Pinho
 CIRURGIA GERAL: Pedro Coito
 CIRURGIA MAXILO - FACIAL: Paulo Coelho
 CIRURGIA PEDIÁTRICA: Paolo Casella
 CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA: Vítor Fernandes
 DERMATO - VENEREOLOGIA: Manuela Selores
 DOENÇAS INFECCIOSAS: Fernando Maltez
 ENDOCRINOLOGIA - NUTRIÇÃO: Helena Cardoso
 ESTOMATOLOGIA: Rosário Malheiro
 FARMACOLOGIA CLÍNICA: Henrique Luz Rodrigues
 GASTROENTEROLOGIA: Pedro Narra Figueiredo
 GENÉTICA MÉDICA: Jorge Pinto Basto
 GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA: João Silva Carvalho
 HEMATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Abecasis
 IMUNOALERGOLOGIA: Helena Falcão
 IMUNOHEMOTERAPIA: Fernando Araújo
 MEDICINA DESPORTIVA: Maria João Cascais
 MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO: Cecília Vaz Pinto
 MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques
 MEDICINA INTERNA: Armando Carvalho
 MEDICINA LEGAL: Sofia Lalanda Frazão
 MEDICINA NUCLEAR: Maria do Rosário Vieira
 MEDICINA DO TRABALHO: José Eduardo Ferreira Leal
 MEDICINA TROPICAL: José Lopes Martins
 NEFROLOGIA: José Diogo Barata
 NEUROCIRURGIA: Rui Vaz
 NEUROLOGIA: José Fernando da Rocha Barros
 NEURORRADIOLOGIA: João Lopes dos Reis
 OFTALMOLOGIA: Augusto Magalhães
 ONCOLOGIA MÉDICA: Maria Helena Gervásio
 ORTOPEDIA: Manuel André Gomes
 OTORRINOLARINGOLOGIA: Artur Condé
 PATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Cirne Carvalho
 PEDIATRIA: José Lopes dos Santos
 PNEUMOLOGIA: Fernando José Barata
 PSIQUIATRIA: Luiz Carlos Viegas Gamito
 PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA: Pedro Monteiro
 RADIOLOGIA: Maria Amélia Ferreira Estevão
 RADIONCOLOGIA: Margarida Roldão
 REUMATOLOGIA: José António de Melo Gomes
 SAÚDE PÚBLICA: Pedro Serrano
 UROLOGIA: Avelino Fraga Ferreira

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: Vasco Ribeiro
 CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: José Filipe Farelle Neves
 DERMATOPATOLOGIA: Esmeralda Vale
 ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão
 EEG/NEUROFISIOLOGIA: Maria Regina Brito
 GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA: Jorge Amil Dias
 GINECOLOGIA ONCOLÓGICA: Carlos Freire de Oliveira
 HEPATOLOGIA: Luís Tomé
 MEDICINA INTENSIVA: José Artur Paiva
 MEDICINA MATERNO-FETAL
 MEDICINA DA REPRODUÇÃO: Carlos Calhaz Jorge
 NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Helena Jardim
 NEONATOLOGIA: Daniel Virella
 NEUROPEDIATRIA: José Carlos da Costa Ferreira
 ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: Nuno Reis Farinha
 ORTODONCIA: Teresa Alonso
 PSIQUIATRIA FORENSE

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

ACUPUNCTURA MÉDICA: António Encarnação
 AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL: Duarte Nuno Vieira
 CODIFICAÇÃO CLÍNICA: Fernando Oliveira Lopes
 EMERGÊNCIA MÉDICA: Vítor Almeida
 GERIATRIA: Manuel Veríssimo
 GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: José Pedro Moreira da Silva
 HIDROLOGIA MÉDICA: Luís Cardoso Oliveira
 MEDICINA DA DOR: Beatriz Gomes
 MEDICINA FARMACÊUTICA: Ana Maria Nogueira
 MEDICINA HIPERBÁRICA: Oscar Camacho
 MEDICINA PALIATIVA: Isabel Galriça Neto
 MEDICINA DO SONO: Teresa Paiva
 NEUROLOGIA
 PATOLOGIA EXPERIMENTAL: António Silvério Cabrita
 PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIAL: Alberto Costa
 SEXOLOGIA CLÍNICA: Pedro Freitas



Os novos Estatutos da Ordem dos Médicos e o Glifosato

“Geralmente é mais seguro estar acorrentado do que ser livre”, Kafka

Parece estranho, mas há relação! Foram aprovados pela Assembleia da República os novos Estatutos da Ordem dos Médicos, que permitirão uma significativa melhoria da sua gestão, organização, funcionamento e aptidão de resposta. Depois de complexas e laboriosas negociações, um processo que muitos receavam chega finalmente ao fim de forma razoavelmente satisfatória, respeitando e reforçando as competências e capacidade de intervenção da Ordem.

Futuramente farei um comentário aos novos Estatutos, que agora se-

rão enviados ao Presidente da República para uma mais que provável promulgação. Há algumas alterações substanciais.

Uma das muitas novidades do novo Estatuto, que pretendo aqui salientar, é a criação do Conselho Consultivo Nacional de Ecologia e Promoção da Saúde. Obviamente, as pessoas não sentem a ecologia como a principal preocupação do momento, mas é verdadeiramente o futuro da vida na Terra que está em jogo. E não é um jogo... Até o Papa Francisco tem colocado uma ênfase particular nas questões ecológicas e na gra-

vidade do aquecimento global.

Quando se sabe que a Terra perdeu 30% da sua vida selvagem nos últimos 100 anos e outros 50% podem extinguir-se antes do fim do século, quando o ano 2015 será talvez o mais quente desde que há registos e que à taxa actual de consumo do Planeta serão precisos 1,5 planetas Terra para o sustentar (mas serão precisos 4 planetas para sustentar o consumo norte-americano e 2,5 para o consumo britânico), a Ordem dos Médicos não poderia continuar a ignorar e a não interferir nas questões do meio ambiente e nas suas múlti-

plas e sérias implicações na Saúde e na Vida. São novas avenidas que se abrem para a intervenção dos médicos na Sociedade, dentro de um conceito de cidadania que reforçará o prestígio da Ordem e a capacidade de defesa dos médicos, dos doentes e da saúde.

Efectivamente, a sustentabilidade do planeta Terra e as doenças ligadas ao meio ambiente são o grande desafio vital e ético da humanidade e da medicina. Poderiam ser dados muitos exemplos. Um dos milhares possíveis, é o glifosato, vulgo Roundup, um dos seus nomes comerciais, um herbicida usado de forma sistemática e generalizada na agricultura e nas cidades e o mais utilizado em Portugal.

Na última década a aplicação de glifosato em Portugal aumentou cerca de 50%, com 1400 toneladas usadas só em 2010. Ao todo, no mundo, consomem-se mais de 130 milhões de toneladas por ano. O resultado é que o glifosato já é detetado em análises de rotina aos alimentos, ao ar, à água da chuva e dos rios, à urina, ao sangue e até ao leite materno. A sua presença é de tal modo generalizada que os limites legais foram artificialmente “aliviados” para que pudesse continuar a ser usado, com sérios riscos potenciais e cumulativos para a saúde humana. Na União Europeia, em 1999, o limite máximo admissível para o glifosato na soja subiu duzentas vezes (de 0,1 para 20 mg/kg) e, em 2013, o governo americano também alargou a tolerância para dezenas de alimentos. Outros países, e até o Codex Alimentarius, têm feito o mesmo. Não esquecer que as produtos e sementes de plantas transgénicas desenvolvidas para resistirem ao glifosato podem transportar maiores concentrações deste tóxico, que é usado

mais liberalmente nestas circunstâncias para matar as plantas ‘daninhas’...

Artigos recentes demonstram a associação epidemiológica e a plausibilidade biológica do glifosato como factor potencialmente na génese do aumento da incidência de doença celíaca, infertilidade, malformações congénitas, doença renal, autismo e outras patologias (Interdiscip Toxicol, 2013; 6 (4): 159-84 // Int J Environ Res Public Health, 2014; 11: 2125-147 // Surg Neurol Int, 2015; 6: 45). A mortalidade na intoxicação aguda varia entre 3,2 e 29,3%, essencialmente por doença pulmonar e/ou renal. Os vários mecanismos patológicos de acção do glifosato são bem conhecidos, e vão das alterações da flora intestinal à disrupção do citocromo P450, deficiências vitamínicas, quelação de metais, deficiência em molibdénio e selénio, etc..

Uma preocupação adicional é o facto da Agência Internacional para a Investigação do Cancro (IARC) ter anunciado, em Março deste ano, a sua nova classificação para o glifosato, que passou a ser um “carcinogénio provável”.

A IARC é a maior autoridade mundial no que toca ao cancro e esta decisão foi tomada por unanimidade entre os 17 especialistas do painel liderado pelo Dr. Aaron Blair, um geneticista que durante 30 anos dirigiu a unidade de neoplasias profissionais do Instituto Nacional do Cancro americano. A IARC avaliou em primeira mão toda a investigação científica publicada até à data nesta área, nomeadamente em termos epidemiológicos. A razão pela qual não foi atribuída a classificação de ‘carcinogénio demonstrado em humanos’ foi a evidência limitada dos estudos epidemiológicos, particularmente complexos.

Três desses estudos mostram uma relação entre exposição de agricultores ao glifosato e Linfoma não Hodgkin (LNH), cuja incidência muito tem aumentado nos últimos trinta anos, enquanto que um quarto aponta para o mieloma múltiplo mas não encontra ligação com LNH.

Embora as avaliações em humanos não sejam, segundo a IARC, claramente incriminadoras (como aconteceu, numa fase inicial, com tantos tóxicos), elas são altamente preocupantes. A demonstração dessa associação não é simples porque existe um hiato de anos - às vezes, dezenas de anos - entre a exposição a um agente carcinogénico e o aparecimento do ‘respetivo’ cancro.

Como se tudo isto já não bastasse, dois aspectos adicionais levam a crer que o parecer do IARC poderá estar a pecar por defeito. O primeiro refere-se ao facto de que as avaliações se têm focado essencialmente no princípio ativo - o glifosato propriamente dito - muito embora a formulação comercial contenha outros compostos químicos. Investigação consistente aponta para que uma fatia significativa da toxicidade total dos pesticidas possa ser atribuída a esses adjuvantes (BioMed Research International. Vol 2014, Article ID 179691). Apesar da sua benigna reputação, o Roundup está entre os mais tóxicos herbicidas actualmente em uso na União Europeia.

Além disso, o ser humano está exposto simultaneamente a compostos químicos de múltiplas origens e que podem interagir de modo sinérgico.

Alguns exemplos são bem conhecidos em toxicologia: o tetracloreto de carbono e o etanol, em conjunto, têm um impacto bem mais devastador no fígado do que o da

sua soma medida em momentos separados. Mas mesmo que o efeito seja apenas aditivo, sem sinergia, nada disso é considerado aquando da avaliação de risco, da aprovações dos compostos e da definição de classificações ou limites. E note-se que quem vive no mundo ocidental transporta no seu organismo centenas de contaminantes sintéticos que nem sequer existiam há duzentos anos atrás.

Todos estes dados, e a falta de outros, devem impelir uma reflexão cuidada sobre o futuro do glifosato, em particular, e da gestão de risco químico no domínio alimentar, em geral. O mundialmente reconhecido princípio da precaução estabelece que, face a evidências nítidas de impacto negativo na saúde (ou no ambiente), a ausência de provas científicas definitivas não deve impedir a implementação de medidas minimizadoras. Para o glifosato a conclusão é clara: este herbicida deveria ser suspenso em todo o mundo.

Quem deve agir em Portugal? Sem dúvida, a iniciativa cabe ao Governo e à Direcção Geral da Saúde. Os interesses económicos não podem nem devem impor-se ao imperativo moral da protecção da saúde da população. A morosidade dos procedimentos legais também não desculpa a inércia. A legislação europeia permite a activação rápida de cláusulas de salvaguarda temporárias, enquanto a ciência não apresenta respostas finais.

Abundam os cancros de origem indeterminada, e parte decorre certamente da sociedade altamente industrializada e química em que vivemos. No futuro deverá ser possível melhorar esse quadro. No entanto, para os cancros que já podem ser evitados no

presente, a inação governativa é inaceitável.

Quanto aos médicos, não podem continuar a alhear-se destas questões ambientais, sob pena de falharem na prevenção da saúde, o essencial da sua missão, e em muitos diagnósticos. O glifosato é apenas um exemplo entre muitos...

Acordo Quadro de Prestação de Serviços Médicos

Sublinho a publicação neste número da ROM de um anúncio extremamente importante da SPMS/Ministério da Saúde.

Finalmente algo por que tanto temos lutado, e que contou com enormes oposições, vai ser concretizado. Os médicos individuais também vão poder concorrer ao regime de prestação de serviços médicos para instituições do Ministério da Saúde.

Valeu a pena a insistência e a incansável explicação das vantagens para a Qualidade do SNS e os Doentes que decorrem desta alteração, que foi possível com a compreensão e empenho da SPMS e o beneplácito do Ministério da Saúde. É uma mudança relevantíssima, pois a Qualidade também passa a ser considerada como factor de decisão, repondo alguma dignidade da profissão médica e respeito pelos doentes! Pedimos a todos os interessados para consultarem o site indicado o mais rapidamente possível, devido aos prazos a respeitar. Os médicos poderão finalmente libertar-se um pouco mais do espantilho das empresas exploradoras de mão de obra escrava. O SNS é o grande beneficiado.



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Contas maquilhadas

Gastam-se anualmente no SNS cerca de 700 milhões de euros em dispositivos médicos. Destes, 20% são à consignação, sem nota de encomenda. As empresas de dispositivos médicos entregam aos hospitais material clínico num total de cerca de 140 milhões de euros que não sabem quando será pago. Dois dos piores hospitais nesta matéria são o CHLC e o CHUC.

Se em alguns casos o método da consignação faz algum sentido, a principal razão para os hospitais lhe recorrerem é o espantilho da Lei dos Compromissos, que não podem cumprir.

Estatísticas do SNS não traduzem a verdadeira realidade

Este subterfúgio permite gastar material mas adiar o seu registo na contabilidade, transitando artificialmente a despesa para o ano seguinte e obrigando as empresas a financiar os hospitais, embora reduzindo a capacidade destes em negociarem melhores preços.

Depois de mais uma auditoria do Tribunal de Contas ter detetado falhas graves a todos os níveis, confirma-se que as contas e estatísticas do SNS não traduzem a verdadeira realidade. Quando necessário, são maquiadas.

In "Correio da Manhã" - 16 de Julho de 2015

Abertura de centros de medicina estética

Na sequência de uma consulta de um médico, o CNEDM – Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas emitiu um parecer sobre abertura de centros de medicina estética onde alerta para a necessidade de assegurar garantias de independência, no caso específico em virtude de existir uma ligação física entre a clínica em causa e uma parafarmácia. Transcrevemos em seguida esse parecer.

"1 - Salientar que a designação 'medicina estética' não consta das designações de especialidades reconhecidas pela Ordem dos Médicos.

2 - A clínica de medicina estética em causa está associada a uma parafarmácia, necessitando os clientes de passar pela parafarmácia para acederem aos serviços da clínica o que constitui violação do artigo 25º do Código Deontológico que se cita:

'O consultório médico deve ter condições que garantam a independência da profissão, nomeadamente:

a) Possuir porta de acesso diferente daquela pela qual se acede a qualquer entidade dedicada a outros fins, nomeadamente qualquer entidade não médica nos termos do artigo 24.º, com exceção do consultório instalado em habitação do médico, desde que o respetivo espaço tenha exclusivamente esse fim;

b) Possuir equipamento adequado ao exercício dos atos médicos propostos, sendo o médico livre na sua utilização, sem condicionantes para a realização de quaisquer atos com-

plementares por parte de eventuais proprietários do equipamento;

c) Possuir serviços de apoio, nomeadamente salas de espera e lavabos para utilização dos doentes, sem que essa utilização seja condicionada pela frequência de qualquer entidade a que se refere o artigo 24.º;

d) Possuir sistema de marcação de consultas que não obrigue o doente à frequência de qualquer entidade a que se refere o artigo 24.º'

3 - A prestação de consultas em centros comerciais constitui violação do artigo 24º do Código Deontológico que se cita: *'O consultório médico não deve situar-se no interior de instalações de entidades não médicas das áreas dos cuidados de saúde, nomeadamente as que prossigam fins comerciais.'*

4 - A ligação física entre a clínica de medicina estética e uma parafarmácia, podendo implicar o privilégio da parafarmácia em causa, constitui violação do número 3 do artigo 147 do Código Deontológico que se cita: *'Sem cercear o direito de esclarecimento, é proibido ao médico exercer influên-*

cia sobre os doentes para privilegiar determinadas farmácias, clínicas, hospitais ou outros intervenientes na prestação de cuidados de saúde'.

5 - Recomendar formalmente aos órgãos executivos competentes da Ordem dos Médicos que atuem, reiterada e profilaticamente, de acordo com o artigo 26º do Código Deontológico que se cita (**Fiscalização do consultório:** 1 — *A Ordem pode, através dos seus órgãos próprios, proceder à vistoria do consultório para verificação das condições exigidas nos artigos 23.º a 25.º* 2 — *Quando, na vistoria mencionada no número anterior, se verificar que o consultório não preenche as condições para o exercício profissional, a Ordem determinará a obrigação de as reunir no prazo de noventa dias ou, no caso de desconformidade grave ou continuada, o seu encerramento*) em situações semelhantes àquela que é objeto do presente parecer.

O Coordenador do CNEDM,
Miguel Leão
Porto, 11 de Dezembro de 2014"

Diretor de Serviço: é obrigatória a sua inclusão como coautor?

O CNEDM - Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas recebeu um pedido de parecer no âmbito da atividade na carreira especial médica, na qual se inclui, para além da atividade clínica assistencial, o exercício de investigação e docência, quanto ao dever de incluir, ou não, um Diretor de Serviço como coautor de um trabalho. Reproduzimos em seguida o parecer desse Conselho que incide essencialmente sobre questões relacionadas com a autoria científica dos artigos produzidos no âmbito referenciado.

Perguntava-se se deve o Diretor de Serviço constar da lista de autores de todos os trabalhos científicos, apresentados (comunicações orais, pósteres e outras formas de apresentações) ou publicados (na forma de resumo ou texto completo em revistas científicas), por médicos do respetivo Serviço, mesmo que para o efeito não tenha tido qualquer participação. Respondeu o CNEDM que não: só pelo facto de exercer o cargo de Diretor de Serviço essa qualidade não faz com que seja obrigatória a sua inclusão como autor.

Questionava-se igualmente a aplicabilidade do artº 137 do Código Deontológico, quando conjugado com o princípio da independência dos médicos, nos seguintes termos: “O médico é, segundo o nº 1 do artº

3º do Código Deontológico da OM ‘no exercício da sua profissão, técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus atos’, porém no mesmo Código no nº 2 do artº 137 ‘é vedado ao médico ser autor ou coautor de artigo ou comunicação para o qual não tenha contribuído diretamente ou com o qual não concorde’”. A esta questão, o CNEDM respondeu “O Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas considera que o Código Deontológico (artigo 137, número 2) é absolutamente explícito sobre a matéria”.

Em resumo, se um Diretor de Serviço não tem que constar como coautor de um trabalho quando não contribuiu de forma significativa para o mesmo, atendendo-se a qualquer dos parâmetros seguintes:

1. Conceção do trabalho
2. Estruturar o trabalho
3. Orientar ou coordenar o trabalho
4. Seleção de doentes/amostra
5. Obtenção de resultados
6. Análise dos resultados
7. Elaboração escrita do resumo ou texto escrito
8. Revisão de bibliografia
9. Apresentar sugestões a incorporar no trabalho

O CNEDM sublinha no seu parecer que “esta resposta não colide com o princípio da necessidade de obtenção das devidas autorizações, junto das entidades legal e hierarquicamente constituídas, se for o caso”.

Destaques do site

Publicámos no site nacional da OM (www.ordemdosmedicos.pt) o novo Estatuto da Ordem dos Médicos (disponível na área de legislação diária – onde divulgamos diariamente a legislação com interesse para os médicos – e na área dos Regulamentos) e vários anúncios de contratação médica (em Bolsa de Emprego) de âmbito nacional e internacional.

Na área de Colégios destacamos a publicação de:

- uma recomendação da Comissão da Competência em Acupunctura Médica sobre o uso de luvas na prática clínica da Acupunctura como adenda às Normas de Boas Práticas em Acupunctura Médica.
- critérios de atualização da rede de assistência materno-infantil da região norte de Portugal, resultado da análise da situação portuguesa enquanto país que se encontra numa posição cimeira de assistência materno-infantil, a nível mundial, com excelentes taxas de acesso a cuidados de saúde e de mortalidade e morbilidade, o que histórica, racional e estatisticamente é indissociável do modelo de assistência materno-infantil implementado no nosso país. O modelo assenta, por um lado, numa rede de cuidados primários e hospitalares, equipada com recursos humanos, instalações e equipamentos devidamente validados e auditados pela Direção Geral de Saúde, Colégios da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos e demais organizações profissionais envolvidas. Os critérios constantes do documento publicado no site defendem a manutenção de um modelo que tem-se ajustado à evolução estrutural, técnico-científica e sócio-demográfica do país, de forma racional e tempestiva, sem decisões radicais, que ponham em causa os resultados obtidos. Ao nível da melhoria dos cuidados de saúde materno-infantis, o modelo, tem resultados sem paralelo em nenhum outro país do mundo, tendo Portugal passado de um dos piores lugares para um dos melhores da Europa. O modelo deverá, por isso, ser mantido, com todas as suas virtuosidades, não devendo dar lugar à importação de modelos implementados noutros países, sem que sejam, prévia e, devidamente testados na nossa realidade, conclui (o texto integral inclui gráficos analíticos e diversa fundamentação).
- actualização de critérios e grelha de avaliação final do internato médico de Medicina Geral e Familiar.
- Recomendação do Colégio de Radiologia referente aos exames imagiológicos que define como boa prática na realização de exames ecográficos (isolados ou integrados em consulta médica), que qualquer exame que seja realizado por um Médico deverá obrigatoriamente disponibilizar ao doente o seu relatório assinado, devidamente identificado, para além de imagens selecionadas representativas do exame elaborado, a essa recomendação é acrescida a nota do colégio de Ginecologia/Obstetrícia, que considera que devem ser distinguidas as situações de ecografia realizada em consulta para um juízo clínico, das ecografias realizadas de forma programada.



OM assina protocolo de colaboração com a SPMS para a melhoria da PEM

Depois de ter assinado em Fevereiro dois protocolos que versam sobre os programas para a prescrição eletrónica de medicamentos (PEM), a Ordem dos Médicos assinou no dia 7 de Julho de 2015 um protocolo com a SPMS com o objetivo de potenciar a colaboração das duas entidades para o desenvolvimento da PEM e da melhoria contínua das respetivas funcionalidades.

Foi no auditório do hospital Magalhães Lemos que, no dia 7 de Julho, com a presença do Secretário de Estado da Saúde, Manuel Teixeira, que participou na cerimónia de abertura do terceiro aniversário da PDS e testemunhou a assinatura do protocolo, a Ordem dos Médicos assinou um protocolo com a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, desenvolvido no âmbito dos sistemas de informação da saúde, e mais especificamente da PEM – Prescrição eletrónica Médica.

A PEM é o principal sistema de prescrição no Sistema de Saúde Português e que é responsável por mais de 50% do total de prescrições, sendo disponibilizada a todas as instituições do SNS no estrito cumprimento da legislação em vigor e das Normas de Orientação Clínica e demais orientações, quer da DGS, quer do Infarmed,

estando garantida a sua permanente atualização funcional e tecnológica pelas equipas da SPMS em interação permanente com os principais *stakeholders* da Saúde.

No sentido de estreitar os laços de colaboração entre a SPMS, EPE e a Ordem dos Médicos, de potenciar e incrementar a sua participação na evolução tecnológica e funcional da PEM e de dotar os pequenos prescritores de uma ferramenta de prescrição sustentadamente gratuita com a qual se encontram, na sua maioria, familiarizados, promovendo a substituição gradual da prescrição manual que ocorre nesses casos, pela prescrição eletrónica, considerou-se importante a celebração de um protocolo que consubstanciasse, entre outros objetivos, a colaboração da Ordem dos Médicos e da SPMS, para o desenvolvimento da PEM e da melhoria contínua das respeti-

vas funcionalidades. Foi neste contexto que nasceu o protocolo que agora se divulga.

Para conhecer o conteúdo integral dos protocolos assinados entre a Ordem dos Médicos e as empresas responsáveis pelo desenvolvimento dos programas iMed e Medicine One (protocolos cujo objetivo é contribuir para alargar o leque de opções de ferramentas informáticas que permitam, no cumprimento da Lei, a prescrição eletrónica, através da disponibilização aos médicos de vários programas com vantagens nomeadamente em termos de apoio técnico e custos associados) e o protocolo assinado entre a OM e a SPMS pode consultar o site nacional (www.ordemdosmedicos.pt); para maior facilidade na localização poderá usar a pesquisa do site, bastando para tal inserir a palavra “protocolo” na pesquisa.

Conferência em "Cancer Patient Advocacy"

O cancro representa atualmente um sério problema de saúde pública e para os sistemas de saúde de todo o mundo. O rápido aumento da sua incidência e do número de pessoas que convivem com a doença irá traduzir-se num incremento dramático do número de doentes que acedem aos serviços de saúde, trazendo uma série de desafios para a organização dos mesmos e para a prestação de cuidados oncológicos de qualidade.

Internacionalmente, os cuidados à pessoa com cancro têm vindo a ser reconhecidos como um aspeto fundamental na prática clínica em oncologia. Neste contexto, um novo movimento de atuação tem emergido no domínio da saúde, e especificamente no domínio da oncologia, preocupado com a promoção e proteção dos interesses dos doentes e procurando agir sobre as organizações, os profissionais de saúde e os próprios utentes para uma prestação de cuidados mais centrados no doente e melhoria da qualidade e acesso aos mesmos. O movimento do Patient Advocacy pretende, essencialmente, a melhoria da autonomia dos doentes, o respeito pelos seus direitos e a proteção contra o erro ou negligência em cuidados de saúde.

Atendendo a que no nosso país o Patient Advocacy não se apresenta como uma área de atuação suficientemente delimitada, organizada e discutida, a Liga Portuguesa Contra o Cancro organiza um encontro científico que reúne experts internacionais na área do Cancer Patient Advocacy e um painel de especialistas de referência a nível nacional, com o intuito de promover a reflexão e debate em torno dos seus principais conceitos, objetivos, modelos de organização e formas de atuação, assim como a sua expansão em Portugal. O encontro terá lugar nos dias 12 e 13 de Novembro de 2015 no Hotel Vila Galé em Coimbra.

Informações: formacao.nrc@ligacontracancro.pt | 239 487 490

Parecer jurídico sobre exercício de funções privadas durante o Internato

Não estando os internos em regime de dedicação exclusiva, aplicam-se as regras sobre incompatibilidades de funções da carreira médica, que remetem para o regime geral da função pública, ou seja, caso pretendam efetuar medicina privada (naturalmente não especializada), os médicos internos deverão solicitar autorização para acumular as referidas funções privadas, para o que deverão preencher o formulário existente nos serviços das ARS.

Todavia, a Ordem dos Médicos chama enfaticamente a atenção para o facto de que o exercício de funções privadas durante o Internato não poderá nem deverá colocar em causa ou prejudicar as atividades formativas, sendo desejável que, caso exista, tenha uma expressão mínima.



Saúde em todas as políticas

As associações médicas europeias reuniram-se em Praga em junho de 2015 tendo sido apresentados diversos relatórios nacionais nomeadamente sobre a situação dos sistemas de saúde de cada país. Verificou-se que a falta de investimento na saúde e nos recursos humanos médicos e a necessidade de reforçar os cuidados primários são questões que afetam vários dos países representados neste encontro, estando alguns deles a passar por fases de reestruturação quer do ensino médico pós-graduado quer do próprio sistema de saúde. Numa época em que a crise financeira e económica mundial está a afetar muito o desempenho dos sistemas de saúde, em busca de uma colaboração cada vez mais profícua, nomeadamente na procura de soluções conjuntas e na partilha de informação em saúde entre as diversas associações, deste encontro saiu a Declaração de Praga cujo texto reproduzimos em seguida. A declaração foi subscrita por todos os países presentes no encontro: Albânia, Áustria, Bulgária, Croácia, República Checa, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Israel, Itália, Holanda, Polónia, Portugal, Roménia, República Eslovaca, Eslovénia, Espanha e Turquia. Posteriormente, também a subscreveram a Suécia e a Association Belge des Syndicats Médicaux. A Declaração de Praga representa um compromisso dos países signatários em combater as iniquidades no acesso aos cuidados de saúde, com especial ênfase relativamente aos países que vivem situações de crise económica e humanitária mas também na defesa da ética médica e na procura de que todas as políticas tenham em conta o seu impacto na saúde das populações.

Declaração de Praga:

"By signing this declaration, we, the presidents of the National Medical Chambers and Associations, meeting in Prague on 12 June 2015, express our will to strengthen our collaborative efforts and to provide mutual assistance and support in the interests of all members of the organisations and associations we represent.

Our common goals, both in Europe as a whole and in our individual states, are:

- 1) Supporting democracy and respect for fundamental human rights and civil liberties;
- 2) Supporting and facilitating development in the field of medical science;
- 3) Removing inequality and injustice with regards to access to healthcare and medical treatment; with special emphasis on countries in economic and humanitarian crisis;
- 4) Emphasising the importance of professional ethics in medicine;
- 5) Upholding the principle of professional autonomy for clinical

decisions as a safeguard of high quality patient care;

- 6) Improving working and economic conditions for physicians;
- 7) Monitoring any European or national policy in preparation, on any impact on health and healthcare, with the aim on "health in all policies".

Some of our organisations and associations unite physicians on the basis of voluntary membership. Others are self-governed and appointed by law and have the authority both to regulate admission to the medi-

cal profession and to take disciplinary action against their own members. As a result, these organisations may be different as regards their impact on the future of medicine and all the medical profession. Despite this, we consider all national medical organisations and associations, regardless of their formal status, equal.

Cooperation among physicians and their organisations is essential to the future development of medicine, healthcare and for patient safety in Europe. With this in mind, we greatly value the activities of the international doctors' organisations which operate in Europe and to which our organisations and associations belong.



At the same time, we also appeal to international health organisations on behalf of our members to improve the division of labour and thus take steps to encourage more effective cooperation. We are committed to the reorganization and concentration of the European physician organizations, so that European physicians can become

better and strongly represented at European level with less cost.

We will promote direct cooperation and exchange of information in order to maximise the effectiveness of available financial and human resources. To achieve these goals European medical organisations should use the opportunity to work together in Brussels.

In any case where the autonomy of one or more of our member organisations is threatened, we declare to provide

assistance and support to our colleagues. We will also respect the principle of reciprocal solidarity in cases where the professional self-governance of physicians is undermined.

Prague, 12 June 2015"



CICLO DE CONFERÊNCIAS: "— QUE FUTURO?"

1 de OUTUBRO - 18h
Auditório da OM - Lisboa

Tema:

A Europa Social e os Direitos do Homem

Conferencista: Prof Doutor Adriano Moreira



Marque na sua agenda!
Entrada livre

O federalismo será o futuro da Europa?



A Ordem dos Médicos organizou uma conferência, em Lisboa, intitulada «Que futuro para a Europa face aos desafios que se lhe colocam?» em que o orador foi o eurodeputado Paulo Rangel, federalista convicto, que trouxe uma perspetiva muito realista do contexto político-económico, nomeadamente no que se refere à instabilidade e à potencialidade de uma guerra mas em que também salientou que os critérios de solução da crise europeia não podem ser apenas financeiros porque o problema é mais profundo do que apenas “dívidas e *déficit*”. Publicamos um breve resumo dessa interessante conferência.

O eurodeputado Paulo Rangel começou por fazer um enquadramento histórico no qual salientou a sua convicção de que o Tratado de Lisboa, “que parecia tão avançado, já estava ultrapassado em 2009”, ou seja, desde a sua entrada em vigor, e que a crise atual é consequência dessa desatualização. O eurodeputado recordou que sempre se assumiu como um “federalista” por considerar que os problemas do espaço europeu “só se resolveriam com a criação de uma federação em sentido clássico”, sendo esse o único mo-

delo que considera que poderá manter a democracia na Europa e ajudar a resolver a crise grega. As tensões que há entre alguns povos europeus e o grau de integração que existe neste momento na União Europeia é, em sua opinião, apenas compatível com uma estrutura federativa ou não se conseguirão resolver os problemas da Europa. A comprovar a profunda integração que afirmou existir, exemplificou com o impacto que a crise da Grécia tem, por exemplo, na nossa economia, ou como, em 2011, países

que não tinham nenhuma relação aparente com Portugal, ao sofrerem vicissitudes económicas, influenciaram a política portuguesa, “o que resulta de vivermos em verdadeira integração (...) e, se assim é, precisamos de um enquadramento político que reflita a realidade”. “O euro era uma zona monetária imperfeita à qual faltavam pilares de sustentação” e a compreensão dos mercados desta circunstância fez com que quando os empréstimos eram feitos, se valorasse o juro consoante o risco. O eurode-

putado defende que enquanto a União Europeia “não avançar para uma integração federal” vai estar sujeita à superioridade de determinados países: foi precisamente porque o Tratado não tinha instrumentos para resolver a crise na Grécia que “ficámos nas mãos dos Estados que teriam que resolver a crise” e cujos governos não se sentiam confortáveis por ter que ficar à mercê dos eleitorados ao ter que usar o dinheiro dos seus contribuintes para salvar a Grécia. O eurodeputado referiu a necessidade de não nos deixarmos influenciar pela vitimização da Grécia recordando algumas características do país como a existência de um mercado paralelo florescente, a inexistência de registos das casas (o que dificulta qualquer tentativa de tributação), o facto de os armadores nunca terem pago qualquer imposto até há muito pouco tempo, o gigantesco orçamento

da defesa (por receios relativos à Turquia), etc.. “30% da população grega vive em pobreza grave mas... os números têm um valor relativo porque não há registos!” Paulo Rangel acrescentou a sua convicção que “a Europa não falhou; os Estados é que falharam” em resultado de um clima de enorme desconfiança entre os países do norte e do sul da Europa. Sobre as diferenças culturais entre as duas regiões europeias, o eurodeputado recordou o enraizamento das mesmas nas diferenças entre a ética protestante e a ética católica e a sua concepção em relação ao dinheiro: porque, enquanto para os protestantes ter dinheiro é sinónimo de ser abençoado, para os católicos as ideias associadas são frequentemente negativas e preconceituosas e recordou a concepção de Max Weber de como “o capitalismo não vingava no sul porque os católicos não lidavam bem com

o qual contribui alguma “comunicação social mais populista”, nomeadamente em países como a Alemanha, onde todos os dias se leem reportagens sobre férias e reformas astronómicas na Grécia. Como metáfora para esta crise de confiança e ressentimentos, que poderá ser muito mais grave e profunda que a crise económica, Paulo Rangel lembrou a chamada “crise do pepino espanhol” em que mesmo depois de ficarem explicadas as causas da contaminação de seres humanos na Alemanha pela bactéria *Escherichia coli*, os produtos espanhóis (mas não só, também os portugueses e italianos...) continuaram a não ser comprados por esse país que, de certa forma, continuou a culpar os países do sul pela falta de garantias sanitárias quanto aos produtos que comercializavam.

Paulo Rangel elogiou o papel fundamental de Mario Draghi, presidente do Banco Central Europeu, mas referiu como o seu trabalho só foi possível desenvolver depois de repostos alguns níveis de

A situação na Europa exige líderes muito responsáveis, muita prudência e pouco espírito aventureiro.

a ambição”. A cultura católica com as suas pré-concepções de culpa e confissão não aborda as questões financeiras com o mesmo pragmatismo que os protestantes, com a sua visão mais dura e austera em que não há perdão para o pecado. Com a crise, “criou-se uma desconfiança entre povos e Estados e uma espécie de ressentimento” para

confiança, o que aconteceu com a relativa recuperação da Irlanda, Espanha e Portugal. “É essencial mostrar que os países são capazes de cumprir as suas obrigações”.

Sobre as intervenções da Europa, Paulo Rangel não teceu apenas elogios e referenciou os erros, nomeadamente ao criarem ressentimentos na opinião pública dos Estados mais afetados pela crise, nomeadamente pela crítica eventualmente exacerbada, o que “fez com que as pessoas comesçassem a procurar outras soluções. (...)”





Criámos alguns monstros...”, afirmou, referindo-se às soluções mais radicais.

A poucos dias do referendo na Grécia, Paulo Rangel analisou os vários cenários possíveis numa época que apelidou de “extremamente preocupante” confessando um sentimento que considera ser de “pessimismo preventivo” perante diversas hipóteses que podem originar uma guerra.

Sobre as crises autonómicas, salientou que são as regiões mais ricas que querem a independência porque acham que estão a pagar para as regiões mais pobres. “Há um discurso ‘ricochete’: quando Londres, por exemplo, se queixa de Bruxelas, Edimburgo pensa ‘Londres faz-nos o mesmo’...”

Já em fase de diálogo com a assistência, Paulo Rangel explicou que critica visões excessivamente centradas no plano económico porque “os interesses que estão

aqui em causa são muito mais relevantes” mas não deixou de recordar que “a liberdade não é possível sem uma esfera económica pois uma pessoa pobre está sempre dependente. (...) Mas os nossos critérios de solução não deveriam ser apenas fazer contas mas evitar os riscos que existem, nomeadamente de uma guerra”. “Se analisarmos os problemas apenas como dívidas e *déficit*, o que é apenas um aspeto a ter em conta, corremos o risco de não resolver nada...” O eurodeputado defendeu ainda que os Estados têm que ter uma visão mais concreta da realidade política: “Não há, hoje em dia, uma territorialização do poder. Hoje as decisões não se tomam onde se vota. (...) As decisões verdadeiramente importantes para o nosso país, não são tomadas nem em Lisboa, nem em Bruxelas”. Num mundo em que a tecnologia impera

e em que representa um poder, a desmaterialização a que aludiu Paulo Rangel obriga a que as instituições e Estados percebam quais as decisões em que podem, de facto, fazer a diferença, que se repensem, adaptem e reposicionem porque perante os novos problemas, Estados e União Europeia, não têm capacidade de resposta através das “antiquadas” instituições existentes, salientou. A situação na Europa exige: “líderes muito responsáveis, muita prudência e pouco espírito aventureiro”, concluiu.

Esta palestra insere-se numa iniciativa da Ordem dos Médicos cujo objetivo é reunir um conjunto de contributos exteriores (de sociólogos, políticos, médicos, etc.) que permitam a análise de problemas que, direta ou indiretamente, influenciam e afetam o estado da Saúde em Portugal.



Cidadania para a Saúde

O livro “Cidadania para a Saúde” da autoria de três médicos - Ricardo Baptista Leite, Carla de Sousa Pontes e José Francisco Pavão -, foi apresentado no passado dia 9 de julho na Biblioteca da Assembleia da República. A obra analisa o papel da comunidade e do cidadão como elementos promotores da saúde e aborda questões como a literacia, a educação e a cidadania em saúde. Com este pequeno mas importante livro, os autores definem-se como “agentes de intervenção com ações de índole prática” e estimulam a criação de um ambiente de informação e partilha de cidadania para a saúde, numa lógica de ativação dos cidadãos e transformação da sociedade.

Os conceitos de Promoção da Saúde e Cidadania em Saúde são temas complexos que vão muito para além do setor da Saúde e que exigem uma ação coordenada, devendo servir o objetivo de colocar a saúde como prioridade de todas as políticas. As tendências demográficas, os avanços tecnológicos e as exigências orçamentais colocam enormes desafios à Sociedade, sendo essencial que a Promoção da Saúde evolua de forma a tornar-se uma responsabilidade major de todos os Governos e uma área-chave das comunidades, da sociedade civil, das organizações e de cada um dos cidadãos. Falar de cidadania ou de participação do cidadão está na ordem do dia. Esta obra pretende contribuir para o debate em Portugal e fomentar a reflexão sobre o papel do cidadão na Promoção da Saúde. “Esta obra é também o resultado do bom exemplo do que se pretende de uma abordagem para a promoção da saúde, com a criação de sinergias, atuando de forma colaborativa e concertada entre diferentes entidades (...). Talvez porque a obra literária foi desencadea-

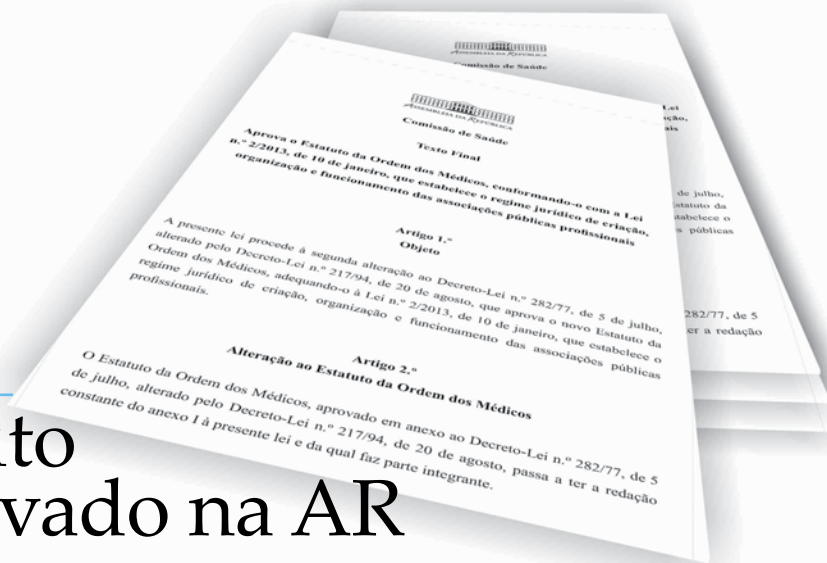
da pela ação prática, desenvolvida pela ONG Mundo a Sorrir ao longo de 1,5 anos de trabalho junto de diferentes comunidades, ao abrigo do Programa para a Inclusão e Vida Saudável (PIVS), as reflexões aqui trazidas colocam no cerne da promoção da saúde o cidadão! (...) É pelos cidadãos que nos movemos a promover a saúde, primeiro enquanto beneficiários diretos e nas suas determinantes, depois, por ser ele o elemento-chave para a obtenção de resultados favoráveis em saúde. Pretende-se que os indicadores estatísticos das doenças crónicas e das muitas doenças infecciosas venham a diminuir e tal não será conseguido se o portador, ou hospedeiro da doença, não tiver conhecimento de distinguir entre as opções que o colocam em risco ou o posicionam na linha dos estilos de vida saudáveis.

Acresce, que será o cidadão que irá cada vez mais envelhecer, sendo imperativo que esteja preparado para o fazer de forma ativa, consciente e informado, conquistando paulatinamente a qualidade de vida e bem-estar.

A ONG Mundo a Sorrir sempre definiu como seu princípio de atuação o papel de intervenção na comunidade, procurando o envolvimento e desenvolvimento de competências dos indivíduos. (...)

Na conceito da saúde, não se pode deixar de incorporar a dimensão social, (...) a saúde é essencial para diminuir as desigualdades sociais. O investimento na saúde de um cidadão regista externalidades positivas relativamente ao seu bem-estar, à sua capacidade de socialização, levando à produtividade e retorno económico” – estivemos a transcrever partes da introdução da obra.

“Cidadania para a Saúde” é uma edição conjunta do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e da ONGD Mundo a Sorrir. A Mundo a Sorrir nasceu em 5 de Julho de 2005 para trabalhar no campo da saúde, nomeadamente na área da Saúde Oral e estilos de vida saudáveis, promovendo a igualdade no mundo através do acesso a cuidados de saúde, favorecendo o bem-estar, o desenvolvimento e a integração dos indivíduos na sociedade.



Novo Estatuto da OM aprovado na AR

Foi publicado no dia 24 de julho o texto final do novo Estatuto da Ordem dos Médicos que não afetará a atual composição dos órgãos da Ordem dos Médicos, mantendo-se os atuais mandatos em curso com a duração inicialmente definida. Este novo Estatuto tem um amplo consenso pois respeita e reforça as competências e capacidade de intervenção da OM.

O processo de revisão dos Estatutos foi moroso e complexo mas conclui-se com um elevado nível de consenso. A Ordem dos Médicos passará a dispor de Estatutos, com força de Lei aprovada na Assembleia da República e o processo eleitoral, em 2016, já refletirá esse novo enquadramento jurídico. Os novos estatutos vão permitir que a OM melhore muito e se torne inequivocamente mais funcional através de processos de gestão e organização mais modernos que aumentam a sua capacidade de resposta. Para essa finalidade contribuirá a nova estrutura orgânica da OM com novos órgãos dirigentes: a nível nacional a OM passará a ter como órgãos dirigentes a assembleia de representantes, o conselho nacional, o bastonário, o conselho superior e o conselho fiscal nacional. O documento irá a promulgação do Presidente da República e, após publicação em DR, o Estatuto entra em vigor trinta dias após essa data, altura em que a Ordem dos Médicos tem um prazo de 180 dias para aprovar os regulamentos previstos no seu Estatuto, entre os

quais os dos Colégios de Especialidade.

Os Estatutos trazem algumas alterações substanciais quer pela criação de novos Conselhos Consultivos (como é o caso do Conselho Consultivo Nacional de Ecologia e Promoção da Saúde ou do Conselho Nacional de Prevenção do Erro Médico e Eventos Adversos Graves).

Atribuições da Ordem conforme definidas no novo Estatuto:

- Regular o acesso e o exercício da profissão de médico;
- Contribuir para a defesa da saúde dos cidadãos e dos direitos dos doentes;
- Representar e defender os interesses gerais da profissão;
- Conceder o título profissional e os títulos de especialização profissional;
- Atribuir prémios ou títulos honoríficos;
- Elaborar e atualizar o registo profissional;
- Exercer o poder disciplinar sobre os médicos, nos termos do presente Estatuto;
- Prestar serviços aos médicos, no que respeita ao exercício profissio-

nal, designadamente em relação à informação e à formação profissional;

- Colaborar com as demais entidades da Administração Pública nas questões de interesse público relacionados com a profissão médica;
- Participar na elaboração da legislação que diga respeito ao acesso e exercício da profissão médica;
- Participar nos processos oficiais de acreditação e na avaliação dos cursos que dão acesso à profissão médica;
- Reconhecer as qualificações profissionais obtidas fora do território nacional, nos termos da lei, do direito da União Europeia ou de convenção internacional;
- Organizar eventos de carácter científico, cultural e recreativo;
- Atribuir prestações de solidariedade aos médicos carenciados, através do Fundo de Solidariedade;
- Prosseguir quaisquer outras que lhe sejam cometidas por lei.

O texto completo do novo Estatuto da Ordem dos Médicos agora aprovado na AR pode ser consultado no site nacional www.ordemdosmedicos.pt.

Sangue e plasma: ciência vs preconceito

A OM organizou no dia 23 de junho um debate intitulado “sangue e plasma: ciência vs preconceito; doação vs comércio; aproveitamento vs desperdício” no qual se abordou a necessidade de evidência científica na análise do risco associado às dádivas de sangue, a proteção dos direitos dos doentes quanto à segurança transfusional, do perigo que certos preconceitos podem acarretar em termos de saúde pública e da necessidade de criação de uma estratégia nacional para aproveitamento dos recursos para evitar, tanto quanto possível, o desperdício de plasma.

O primeiro orador a intervir foi Jorge Tomaz, em representação do presidente do Colégio da Especialidade de Imuno-hemoterapia, que começou por referenciar a componente sociológica das questões que envolvem debates sobre sangue e plasma, sublinhando que não se pode considerar estigmas o que é aplicado com base em análises de índole científica, e que é com essas bases científicas que

se criam as *guidelines*. “A análise do risco é feita do ponto de vista científico (...) e hoje em dia o risco de contaminação por via de uma transfusão é muito pequeno o que se deve, também, ao facto de existir esta especialidade”, facto que fundamentou comparando com a experiência na vizinha Espanha onde a inexistência da especialidade de Imuno-hemoterapia faz com que exista uma prejudicial falta de homogeneidade na regulamentação entre as várias regiões a qual acarreta “assimetrias e falta de rigor”. Outros fatores de segurança e “confiança nos produtos biológicos que vêm

dos dadores” referidos por este especialista são a evolução técnica que permite que existam hoje exames de rastreio que reduzem muito a “janela de risco”, proporcionando uma análise dos componentes de grande segurança, um modelo que assenta na escolha clínica dos dadores (escolha que é feita por médicos) e sistemas de imunovigilância eficazes, mas nada disto significa que o risco residual é zero, explicou, embora seja muito baixo. “As *guidelines* nacionais estão em harmonia com o que está estabelecido a nível internacional” mas é necessário que a sociedade e os dadores “adiram” a essas indicações. “Numa situação em que o risco é baixo é difícil perceber em que medida uma mudança alteraria esse perfil de segurança. (...) O que está em causa é também a percepção social que



Jorge Tomaz

Numa situação em que o risco é baixo é difícil perceber em que medida uma mudança alteraria esse perfil de segurança.

estas questões provocam e é importante que a opinião pública tenha confiança nos componentes do sangue". No final da sua intervenção, Jorge Tomaz recordou que "o direito/liberdade de uma pessoa que quer ser dadora de sangue não pode sobrepor-se ao direito que tem quem recebe essa dádiva de ter segurança".

Os preconceitos são um perigo para a saúde pública

Paulo Côte-Real, vice-presidente da ILGA Portugal (Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero), começou por alertar que o acesso à saúde não pode ser considerado universal quando se criam entraves através de comentários ou silêncios igualmente discriminatórios que "fazem com que as pessoas não recorram aos serviços de saúde". "Os preconceitos são um perigo para a saúde pública", salientou, apelando à sensibilidade por parte dos profissionais de saúde em relação aos estigmas de forma a evitar-se que "uma má escolha de palavras leve à deseducação em saúde". Especificamente sobre as regras aplicáveis à dádiva de sangue, Paulo Côte-Real começou por explicar que a catego-

ria "homens que fazem sexo com homens" é o primeiro erro por considerar tratar-se de uma "categoria inexistente": "o que existe é um grupo de pessoas em que há diversas sub-categorias a considerar", questões que o representante da ILGA referiu ter tentado, sem sucesso, debater com o Instituto Português do Sangue. "O que se pretende isolar são as práticas de risco e não um determinado grupo de homens". Apesar de oficialmente, desde 2011, a questão específica sobre a orientação sexual ter deixado de ser colocada após uma recomendação da Assembleia da República para que "a discriminação dos homens que têm sexo com homens fosse terminada", existe "uma variabilidade enorme na forma como os questionários são aplicados pelo país e a pergunta continua a ser feita", uma situação que definiu como "uma violência constante" e "um insulto sistemático": "quem é que vai ter coragem de responder a uma pergunta estigmatizante?", questionou recordando que os jovens, grupo particularmente sensível por estarem numa fase de construção identitária, não irão, provavelmente, responder a verdade. Assim sendo, "com esta pergunta não atingem o objetivo de exclusão", concluiu. A alteração

se questionasse apenas se "teve sexo anal desprotegido?", sem diferenciar homens e mulheres ou entre relações homossexuais ou relações heterossexuais. "A nossa insistência em mudar o questionário visa garantir que as perguntas feitas sejam incisivas e que melhorem a confiança na qualidade do sangue".

Portugal segue as práticas e recomendações europeias



Álvaro Beleza, diretor do Serviço de Imunohemoterapia do CHLN começou por referir a necessidade de "zelar pela qualidade e segurança" das dádivas e recordou que "Portugal segue as práticas e recomendações europeias". Os

critérios básicos de elegibilidade de dadores de sangue e componentes sanguíneos estão publicados no Anexo VII, do Decreto-Lei n.º 267/2007, que transpõe para a ordem jurídica nacional as Diretivas da Comissão n.ºs 2004/33/CE, 2005/61/CE e 2005/62/CE, que por sua vez, dão execução à

Diretiva n.º 2002/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho. Álvaro Beleza expressou o desejo que "de acordo com as boas prá-

A nossa insistência em mudar o questionário visa garantir que as perguntas feitas sejam incisivas e que melhorem a confiança na qualidade do sangue.

da pergunta poderia aumentar a sua eficácia, defendeu, considerando que seria mais adequado e cientificamente correto que



ticas científicas e com a *legis artis* se chegue a uma conclusão no seio do grupo de trabalho que foi criado, (...) preservando os direitos dos doentes e as condições de segurança do sangue". As dádivas são um "dever cívico de quem é saudável", recordou. Sobre potenciais preconceitos, o médico salientou a obrigação dos médicos tratarem de forma igual todos os utentes e foi perentório ao afirmar que "muitos heterossexuais são dadores de risco mais elevado do que muitos homossexuais". O diretor do Serviço de Imunohemoterapia do CHLN saudou a Ordem dos Médicos por este debate sobre um assunto que "deve ser falado com seriedade, equilíbrio e rigor científico".

Temos que garantir que o sangue é seguro



Hélder Trindade, presidente do IPST - Instituto Português do Sangue e da Transplantação, explicou que a instituição "lutou e luta pela uniformização dos critérios e da aplicação dos inquéritos" que são feitos aos dadores. Nesse sentido, o manual de triagem foi recentemente revisto com uniformização das nomenclaturas mas, naturalmente, "os inquéritos podem sempre ser melhorados para evitar incon-

gruências". Sobre a dádiva de sangue, a segurança e a importância dos inquéritos, Hélder Trindade questionou: "que mensagem estamos a passar para a população? Temos que garantir que o sangue é seguro". Existem diversas "barreiras de segurança" sendo a primeira das quais o documento entregue ao dador e em que se gera um compromisso; mas o dador pode não dizer a verdade por isso existem diversas outras barreiras de segurança que culminam com os exames de laboratório. Ainda assim, como explicou Hélder Trindade, existe sempre um período janela em que subsiste algum risco. "Não temos relatos de contaminações virais, os dadores e os recetores do sangue podem estar tranquilos pois os riscos residuais são aceitáveis". Relativamente ao designado Gru-

Os direitos dos doentes à proteção da sua saúde através da garantia da segurança do sangue que recebem numa transfusão está acima da vontade individual de dar sangue.

po de Trabalho sobre Comportamentos de Risco com Impacto na Segurança do Sangue e na Gestão de Dadores, que começou a trabalhar em Dezembro de 2012 e que, entre outros aspetos, tem como missão perceber se há fundamento científico para a exclusão de homo e bissexuais masculinos da dádiva de sangue, exclusão que vigora há décadas em vários países por se entender que naquela população há maior prevalência e incidência de VIH/sida e outras infeções sexualmente transmissíveis, o presidente do IPST afirmou que o instituto irá respeitar o

que for decidido por esse grupo, e, apesar do IPST não ter nada a ver com a orientação sexual das pessoas, não deixa de ter a ver com as práticas que podem ter impacto sobre a qualidade e a segurança do sangue e não deixou de salientar que "os direitos dos doentes à proteção da sua saúde através da garantia da segurança do sangue que recebem numa transfusão está acima da vontade individual de dar sangue".

Não é aceitável fingir que não existe um problema

Autor da crónica "É a ciência, estúpido!" publicada no Jornal Público de dia 12 de Maio, cuja entrada referia "não é aceitável fingir que não existe um problema e desatar a lançar a cartada homofóbica sem analisar minimamente o que

está em causa", o jornalista João Miguel Tavares foi o último orador deste debate e começou por, igualmente, defender a ideia de que "o combate à discriminação não pode pôr em causa o direito universal de receber sangue seguro" e recordou alguns dos países onde essa proibição

(de homens que têm sexo com homens serem dadores de sangue) também existe: Suécia, Dinamarca, Finlândia, EUA, etc. e referiu estatísticas sobre a maior incidência de contágio entre os homossexuais que já havia referido na crónica que escreveu para o Público: "No último *surveillance report* europeu sobre VIH/sida da OMS, encontramos os seguintes dados de 2013, respeitantes a Portugal: 330 novos indivíduos infetados por MSM ("men who have sex with men") e 665 através de relações heterossexuais. Muita gente chegou então à brilhante conclusão de que estes

João Miguel Tavares



números demonstravam que a incidência de contágio era o dobro nos heterossexuais, esquecendo um pequeno detalhe: a dimensão dos dois grupos. Se considerarmos os homossexuais masculinos 5% da população portuguesa, isso significa que a probabilidade de infeção por MSM é dez vezes superior à probabilidade de infeção por contacto heterossexual". Questionando se o risco justifica a discriminação, João Miguel Tavares admite que poderá não justificar mas não aceita que se finja que esse risco acrescido não existe porque o direito que considera relevante proteger "não reside na pessoa que quer dar sangue mas sim na pessoa que o virá a receber".

Todos estamos interessados em garantir a qualidade do sangue e seus derivados

Já em fase de debate, o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva salientou que o facto de não haver consenso internacional indica que não existe evidência científica suficiente e que, assim sendo, "é preciso encontrar a evidência científica máxima possível, sempre com a preocupação de maximizar o direito do recetor a uma transfusão de sangue tão segura quanto o permita o estado da arte atual" e sublinhou que "todos estamos interessados em garantir a qualidade do sangue e seus deriva-

dos" e defendeu que o grupo de trabalho seja mais abrangente e inclua representantes da ILGA. Hélder Trindade explicou que a inclusão de outros grupos – não científicos – no grupo de trabalho poderia inviabilizar os trabalhos. "Teríamos que incluir também grupos de toxicod dependentes ou prostitutas" como interessados no tema da exclusão da dádiva de sangue. Mas o grupo é abrangente e inclui especialistas da área da ética, da epidemiologia, etc. Hélder Trindade apresentou dados estatísticos sobre os dadores nos quais foi detetado o vírus do HIV referindo que em 19,2% dos casos o momento da transmissão do vírus terá sido uma relação heterossexual, em 34,6% das vezes foi identificada a transmissão por via de uma relação homossexual e que em 46,1% das vezes os dadores contaminados com essa doença não conseguiram identificar a causa provável da transmissão da doença, dado que o presidente do IPST considerou alarmante por significar que essas pessoas não valorizaram comportamentos de risco efetivo.

Tendo em conta que, atualmen-



te, o risco residual muitíssimo baixo, o representante do Colégio da Especialidade de Imunohemoterapia questionou a audiência sobre “qual será a aceitabilidade para a população em geral para uma alteração desse risco? E em termos éticos, é aceitável a transferência desse risco?” Jorge Tomaz recordou que a própria OMS defende que “quando tomamos uma medida temos que ter a certeza que essa medida vai resultar num benefício maior do que aquele que existia anteriormente”, especialmente quando há riscos associados.

Plasma: aproveitamento vs desperdício

O bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, introduziu a temática referente ao plasma referindo que discute-se pouco o desperdício de plasma e questionando como é que, nesse campo, Portugal se pode tornar custo-eficiente. Álvaro Beleza considerou tratar-se de uma questão que com o tempo será resolvida: “nós usamos o plasma do IPST e julgo que gradualmente todos os hospitais o farão pois o instituto faz parte do SNS”, referiu, salientando o contrassenso inerente à não utilização dos recursos do próprio SNS. “O nosso plasma não está a ser completamente aproveitado e desperdiça-se algum”, explicou Hélder Trindade, referenciando algu-



mas das dificuldades existentes na inativação do plasma e como há hospitais que não dão resposta às perguntas do IPST sobre as quantidades de plasma de que necessitam o que dificulta o planeamento, referenciando ainda o caso do Hospital de São João que trata o seu plasma à margem do IPST... “Há plasma disponível com um prazo de validade de 3 anos”. O IPST tem mais de 100 mil unidades de plasma armazenado, parte do qual é plasma de quarentena que também é “uma forma de plasma seguro”. O IPST tem, segundo o seu responsável, capacidade para garantir todo o plasma para transfusão que os hospitais portugueses necessitam, através da inativação de plasma resultante das dádivas nacionais. Uma dificuldade referenciada, que tem atrasado o processo para a auto-suficiência, foi a morosidade dos concursos públicos e o facto do IPST não ter capacidade para congelar todo o plasma acabando por destruir o mais antigo para substituir por reservas mais re-

centes. Por recurso a um ajuste direto, Hélder Trindade afirmou que se conseguirá a auto-suficiência, para já, quanto ao plasma inativado por solvente reagente. Alguns dos intervenientes no debate criticaram a posição de monopólio da Octapharma e foi referenciado que muitos hospitais estão a consumir o plasma que adquirem a essa empresa em vez de adquirirem ao IPST, um problema que Hélder Trindade pensa que será atenuado com a separação do fracionamento da inativação de plasma. A Octapharma é líder no fornecimento de plasma humano inativado e de derivados do plasma em Portugal e era a única fornecedora de plasma inativado, posição dominante que deve ser invertida quando se concluírem os procedimentos de contratação pública a que aludiu Hélder Trindade. Esses procedimentos destinam-se quer à inativação do plasma excedentário quer ao fracionamento industrial do produto que sobra e distribuição dos derivados do plasma. A este propósito, o representante do Colégio foi perentório: “temos que ter uma estratégia nacional para aproveitar os nossos recursos”, considerando que o desperdício atual é “óbvio” enquanto que José Manuel Silva reforçou a ideia de que não existem razões de ordem técnica ou científica para que os hospitais não adquiram o plasma do IPST e que devem fazê-lo “com benefícios para o país” e pediu que o Colégio da Especialidade elaborasse um parecer a esse propósito.

O debate, em que todos os intervenientes concordaram ter sido estabelecido um diálogo honesto e profícuo, teve a moderação da jornalista Dulce Salzedas.

Temos que ter uma estratégia nacional para aproveitar os nossos recursos.



História da reanimação cardiorrespiratória

Realizou-se no dia 8 de julho mais uma conferência organizada pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos. O anestesiológista J. J. Figueiredo Lima falou-nos sobre a história da reanimação cardiorrespiratória, desde a mitologia e os primeiros casos de ressuscitação de que há registo (culto de Isis) à atualidade, elencando e analisando os diversos processos de reanimação que foram sendo desenvolvidos.



“A luta contra a dor e o alívio do sofrimento foi transversal a todas as civilizações e em todas as épocas da Humanidade. Para isso se utilizaram diversos meios e técnicas destinadas à prevenção da Morte e à recuperação da Vida. Em algumas culturas, a Morte foi encarada como inevitável e as tentativas de Ressuscitação eram consideradas sacrílegas, pela competição humana com os desígnios

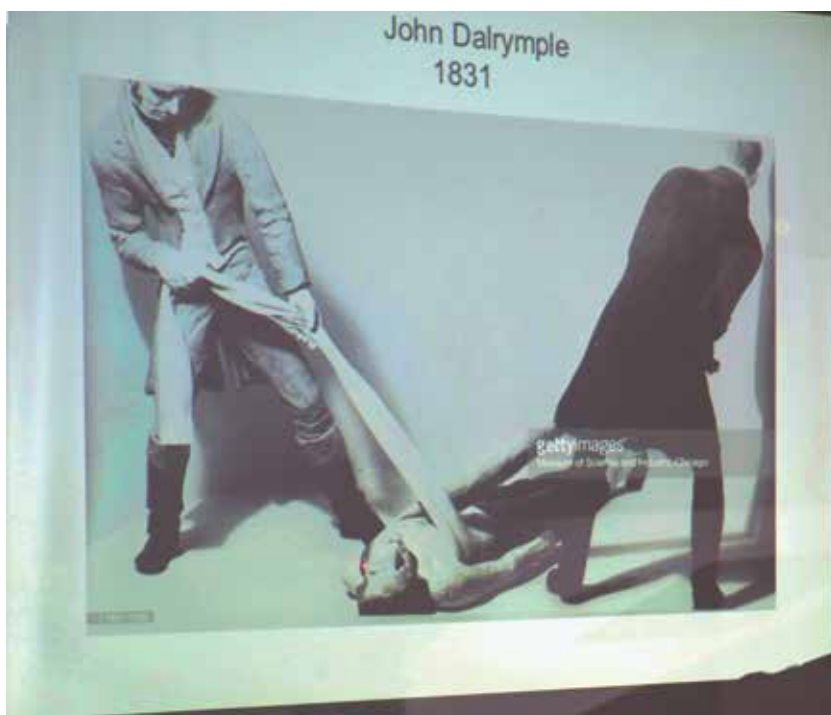
das divindades. A mitologia e a magia ocuparam, desde sempre, um espaço de grande relevância na vivência dos seres humanos, quaisquer que fossem as suas crenças religiosas. O insucesso dos seres humanos para atingirem este objetivo impunha o recurso a seres sobrenaturais, protetores e padroeiros, aos quais se solicitava uma intervenção contra a Morte ou o regresso à Vida, quando tal já tinha acontecido. O Renascimento, e posteriormente o Iluminismo, inverteram estas conceções dogmáticas, atribuindo ao Homem e à Ciência o papel até então exclusivo das Divindades.

A tendência para utilizar o vocábulo Reanimação ao invés de Ressuscitação deve-se, sobretudo à conotação mágico-religiosa que este vocábulo adquiriu. Contudo, ambos os vocábulos são utilizados para designar o conjunto de atitudes e de téc-

nicas destinadas à recuperação do doente em paragem cardiorrespiratória. Basicamente pode definir-se como um conjunto de procedimentos destinados a promover a oxigenação do sangue e a sua circulação no organismo.

Apresenta-se uma súmula dos métodos e meios destinados a salvar a vida de pessoas em risco de morte, com especial relevo para aqueles que se encontravam em vias de afogamento, desde a antiguidade pré-cristã até à atualidade.

Nesta viagem pelos Elos da Cadeia de Sobrevivência, salienta-se a importância da formação contínua da população, desde as escolas primárias, dos estudantes e dos profissionais de saúde. Aprender a salvar uma Vida é um ato de cultura solidária!” – estivemos a transcrever o resumo que Figueiredo Lima fez da sua palestra.



Alguns métodos referenciados

Depois das referências introdutórias às primeiras alusões a ressuscitação quer seja através da mitologia grega, quer ao facto de Esculápio ter sido morto por ter o poder de ressuscitar, ou a primeira referência na civilização judaico-cristã à ressuscitação do profeta Eliseu, Figueiredo Lima apresentou e analisou os potenciais efeitos de diversos métodos de tentativa de ressuscitação/reanimação relembrando, com respeito pelos criadores desses mesmos métodos, que, se há registo histórico, é porque “seguramente funcionaram e alguém foi, de facto, reanimado por estes métodos”, mesmo que não encontremos nenhuma explicação fisiológica consistente. Aliás, como explicou o anesthesiologista a divulgação dos métodos foi uma preocupação ao longo dos tempos havendo folhetos, desenhos, filmes, etc. e havendo registo de terem sido ensinadas crianças e

adultos. Os métodos de reanimação tinham como principal destinatário as vítimas de afogamento que eram muito frequentes, existindo inclusivamente várias associações humanitárias que se dedicavam a salvar a vida de quem se afogava nos canais de Amesterdão ou no Tamisa, e que também promoviam publicações com vasta informação sobre como salvar os afogados, forneciam voluntários médicos para esse trabalho e recompensavam monetariamente quem salvasse, ou ajudasse, vítimas de afogamento.

Eis apenas alguns dos muitos métodos que ao longo da história foram sendo usados para a reanimação e que foram referenciados nesta conferência:

- inversão: método mais antigo e que consistia simplesmente em pôr as pessoas de pernas para o ar, o que ajudava a água a sair;
- fustigação: com o objetivo de provocar dor e aquecer o corpo para estimular a respiração (“até meados do séc. XIX não se falava em coração, apenas em respi-

ração”, enquadrou Figueiredo Lima);

- método do fole: no séc. XVI, Paracelso, “o homem que queimou as obras de Avicena (...) descobre uma coisa engraçada: o que é preciso para ajudar as pessoas que não respiram é pôr ar para dentro dos pulmões” e por isso criou o método do fole que seria aplicado por três séculos e que seria melhorado por Vesalius que experimentou o uso de cânula na traqueia de animais e associou esse uso ao método do fole originando a tão desejada distensão pulmonar.

- fumigações retais com tabaco: a planta do tabaco, introduzida na Europa no séc. XVI, também foi usada em clisteres de fumo durante séculos. “A medicina é feita de modas e os clisteres também se tornaram uma moda”.

- método do barril: “um método aparentemente ineficaz, ainda assim muito usado que consistia simplesmente em deitar a vítima sobre um barril e oscilar”, explicou.

- método português: o orador



descreveu um complexo método desenvolvido por Luís Gomes Ferreira, cirurgião-barbeiro português (1686-1764), que viveu durante 20 anos no Brasil e publicou a obra “Erário Mineral” onde descrevia as curas que havia feito, nomeadamente esse método que desenvolveu para reanimar afogados e que consistia em pendurar a pessoa de cabeça para baixo, deitá-la numa cama muito quente, aplicando sobre o coração pombos ou galinhas escalados em vivos e borri-fados com vinho ou aguardente, dando a beber algumas colheres de vinho generoso, etc., etc., etc.

- método russo: envolver as vítimas em neve;
- método americano: consistia em colocar as vítimas de afogamento deitadas sobre o lombo de um cavalo e conduzi-las a trote;

- reanimação boca-tubo (1854);
- método de Hall: em que já se vê a intenção de comprimir as partes laterais do torax da vítima;
- respiração boca-a-boca: o primeiro relato de ressuscitação por este método é do séc. XVIII e terá sido feita pelo médico escocês William Tossach;
- Pulmotor: criado pelo alemão Henrich Dräger), consistia num aparelho portátil para ventilação que acabou por ser o primeiro equipamento portátil a ser utilizado em situações clínicas de emergência e um dos equipamentos mais utilizados na primeira metade do século XX.

Nas técnicas apresentadas por Figueiredo Lima foi possível observar as mudanças quanto à posição do pescoço, por exemplo, e “a partir de 1858, com Henry Sylvester, as imagens surgem já com o pescoço distendido” e a

consciencialização do papel do coração.

Sobre a atualidade, em que existe “uma plétora de máquinas substitutivas da ventilação e da respiração fisiológica, adequadas ao tratamento das mais diversas patologias agudas ou crónicas”, Figueiredo Lima assumiu-se como um defensor da disponibilização de desfibrilhadores para uso por leigos em caso de emergência (explicando que já existem equipamentos automáticos muito seguros para serem usados por não médicos) e referiu que há falta de formação em Suporte Básico de Vida, lembrando a importância de fazer reciclagem periódica dessa formação, citando as palavras de Confúcio: “o que ouço, esqueço. O que vejo, recordo. O que faço, aprendo!”.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2015

30 de Setembro, quarta-feira às 21h

As Régias Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto

O renascer do esplendor da cirurgia portuguesa - Fortuna Campos

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

História da
Medicina



Unanimidade quanto à necessidade de revisão da lei

Realizou-se no dia 1 de julho o lançamento do livro “O acesso à informação de saúde – Direitos, procedimentos e garantias”, da autoria do jurista Sérgio Pratas. A obra insere-se num projeto maior e mais ambicioso, desenvolvido pela Associação Fazedores da Mudança com o apoio financeiro da Fundação Calouste Gulbenkian, no âmbito do programa Literacia em Saúde e que se intitula “Informação de saúde: Mais Transparência, Melhor Decisão”. O lançamento contou com a presença de José Manuel Silva, Bastonário da Ordem dos Médicos que prefaciou a obra, Fernando Negrão, deputado, na qualidade de Presidente da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias da Assembleia da República, e Paulo Sancho, consultor do Departamento Jurídico da Ordem dos Médicos, os quais debateram o contributo que esta obra pode trazer para os trabalhos de revisão legislativa em matéria de acesso à informação de saúde, uma área em que a aplicação de duas leis por dois organismos diferentes tem originado insegurança e pareceres contraditórios.

A informação no seu processo clínico é propriedade sua — Fazedores de Mudança

Paula Elias, presidente da direção da Associação Fazedores de Mudança, foi a primeira interveniente na sessão de lançamento do livro “O acesso à informação de saúde – Direitos, procedimentos e garantias”, tendo explicado que a campanha onde se insere

essa obra é “uma campanha informativa que se quer que chegue o mais longe possível, quer junto de profissionais quer de doentes e agradeceu a todos os parceiros que tornam este trabalho possível e explicou o conceito e valores que representam a base desta campanha e da Associação Fazedores de Mudança: “Todos somos corresponsáveis. Cada um pode mudar o que estiver menos bem e não é preciso grandes feitos, basta fazer sim-

ples, dar o nosso melhor e fazer com amor”. Acreditar, caminhar e agir são os verbos que definem esta associação: acreditar que “num novo paradigma, onde o Planeta e o Bem-Estar das Pessoas estão no centro da economia e das políticas e onde todos somos co-responsáveis pelo bem-estar de todos e pela construção de uma sociedade, plenamente integrada com os ritmos naturais do planeta, onde os valores do ‘ser’ se sobrepõem aos do ‘ter’

e onde todos somos verdadeiramente iguais e livres”, caminhar “no fluir da vida, seguindo um som interno e universal em direção ao que acreditamos, sendo um exemplo inspirador na construção duma sociedade consciente, potenciando a criação de ambientes de co-responsabilidade e de aprendizagem, facilitadores da mudança, da nova ação e da criatividade”, agir porque “esta nova terra surgirá, não pela mão de alguma elite especial ou grupo de iluminados, mas sim pela mão de todos aqueles que sentem em si que é preciso mudar, e sobretudo por aqueles que já não se identificando com o sistema dominante em que vivemos, têm a coragem de acreditar e confiar

de da campanha relativa ao acesso à informação de saúde que pretende envolver cidadãos, dirigentes, profissionais de saúde e do social e decisores políticos e que já teve o seu lançamento oficial. No site <http://www.acessoainformacaodesaude.pt/> encontram-se perguntas e respostas que irão sendo atualizadas periodicamente. Os objetivos são simples: “capacitar os doentes para os seus direitos e garantir o seu acesso a dados de saúde, assegurar uma maior capacitação dos serviços e dos profissionais para esta temática e sensibilizar os decisores políticos para a necessidade de mudar a legislação em vigor de forma a torná-la mais transparente”, concluiu Paula Elias.



e decidem em simplicidade e genuína humildade, mudar as suas vidas, afastarem-se dos circuitos do consumo e dedicarem-se serenamente à construção de algo mais humano, mais uno, mais respeitador de tudo, de todos e do próprio planeta”.

“Os doentes não sentem o direito como seu e os profissionais não se sentem seguros com o quadro legal em vigor”, refere a presidente da direção da Fazedores de Mudança, enquadrando a necessida-

**Não existem receitas
mas sabemos que
todos juntos, num
profundo respeito
por cada um e pelo
planeta, passo
a passo, podemos
dar o nosso
contributo**
— Paula Elias

Registos em Saúde são muito mais do que meros documentos administrativos

Na sua intervenção, presidente da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, leu o prefácio que escreveu para o livro “O acesso à informação de saúde – Direitos, procedimentos e garantias” onde analisa quer a relevância da obra quer a posição da OM quanto a esta problemática: “O nível e a forma de acesso do doente aos ‘seus’ registos de Saúde não é uma questão pacífica e esclarecida, pelo que a dissecação das envolverias de toda esta problemática, como caminho para a sua clarificação e consensualização, é inteiramente tempestiva e pertinente. De forma exaustiva, pedagógica e bem sucedida, Sérgio Pratas reúne neste livro as suas análises, investigações, reflexões e propostas para que sejam ultrapassadas as divergências que persistem nesta sensível matéria. Não é por acaso que a CADA e a CNPD não se entendem jurídica e interpretativamente, situação verberada pela Provedoria de Justiça. A Ordem dos Médicos considera que os registos em Saúde são muito mais do que meros documentos administrativos, pois podem conter informação sensível e multifacetada, com origem em várias fontes e com notas pessoais, dúvidas dos profissionais de saúde e hipóteses diagnósticas, terapêuticas e prognósticas, que podem ser passíveis de dificuldades de interpretação e juízo pelo doente ou por terceiros, ou ter mesmo um impacto negativo no estado do doente. Outras situações são igualmente polémicas, como a da acessibilidade das seguradoras aos dados clínicos dos seus segurados e o consentimento ‘informado’, ou nem por



“Pelo menos quanto à necessidade de revisão da legislação, há unanimidade. É um bom começo”

– José Manuel Silva

médico já está inapelavelmente ultrapassado, vivendo-se hoje, e muito bem, sob o primado do direito à autodeterminação do doente, com todas as inerentes consequências. Todavia, também não devemos esquecer que os doentes são todos diferentes e vivem de for-

ma completamente distinta a sua condição de doença e o nível de informação de que pretendem dispor, pelo que se lavram terrenos de enorme sensibilidade humana e ética, que não se devem revestir friamente de um simples e muitas vezes imperfeito e reductor esqueleto jurídico”. Reiterando a “elevada complexidade destas controvérsias”, José Manuel Silva prossegue: “de facto, os registos de saúde/doença de uma pessoa contêm informação sobre a própria, mas não foram por ela efetuados e podem conter informações veiculadas por terceiros ou sobre terceiros, eventualmente de alta sensibilidade. Qual o direito constitucional da pessoa em causa, que autorizou tacitamente a realização desses registos? Tem direito aos registos, ou apenas direito à informação que neles consta? Tem direito a uma cópia integral dos mesmos, ou apenas a um relatório circunstanciado de toda a informação nes-

tes incluída e que lhe diga diretamente respeito? Reprodução dos exames complementares, sim, cópia direta de todos os registos efetuados pelos profissionais de saúde, talvez nem por isso... Este balanço, previsto na legislação, é extensamente dissecado por Sérgio Pratas”.

O presidente da OM referiu nesta intervenção um excelente artigo publicado na Acta Médica Portuguesa (2013 May-Jun; 26 (3): 265-270), também referenciado na obra de Sérgio Pratas, em que se discutem as vantagens e desvantagens da partilha dos processos clínicos com os doentes, convidando à sua leitura. O bastonário da OM terminou a sua intervenção referindo que o que vier a ser finalmente decidido pelo legislador “irá influenciar a forma e a extensão como os profissionais procederão a esses registos”, o que só potencia a importância e relevância do debate “em que todos os parceiros se devem envolver ativamente, a começar pelos próprios doentes” e salientou como o “excelente e pormenorizado livro de Sérgio Pratas e as propostas que apresenta constituem mais um profundo, organizado, importante e enriquecedor contributo para o debate sobre o acesso do doente à informação de saúde”, convidando todos a “lê-lo, metabolizá-lo e clarificar a legislação, pondo termo às dúvidas e divergências e uniformizando o enquadramento jurídico quanto ao acesso à informação de saúde nos sectores público e privado”. Já na fase final do encontro, José Manuel Silva acrescentaria: “depois de lermos este livro, todos ficamos mais enriquecidos, mas não sairá daqui nenhum pensamento unânime. É natural: a dinâmica da nossa sociedade inclui a diferença e as divergências”.

isso, dado mais ou menos conscientemente pelos segurados. Relativamente a estas temáticas, a Ordem dos Médicos publicou vários pareceres com as suas posições na Revista da Ordem, de Maio de 2013, que não merecem a total consonância da CADA”.

Referenciando não ser “uma matéria nada fácil e nada linear”, José Manuel Silva explica que “não está minimamente em causa o legítimo direito do doente a ter acesso à sua informação clínica e aos registos que lhe dizem respeito, nomeadamente vistos à luz do ‘consentimento informado’, que pressupõe o acesso esclarecido a toda a informação disponível. O título de um editorial do British Medical Journal (BMJ, 2015; 350: H1534) resume de forma magistral o entendimento atual da Sociedade e do Direito, ‘New rules of consent: the patient decides’. (nota da redação: foi publicado um resumo desse editorial na página 35 da ROM de Abril de 2015) O conceito do paternalismo



A regra é o acesso mas há exceções que vêm explicadas no livro

Paulo Sancho, consultor do Departamento Jurídico da Ordem dos Médicos, salientou a relevância da obra da autoria de Sérgio Pratas como “súmula do quadro legal atual e das várias posições e interpretações possíveis” e considerou “muito importante” que alguém “com conhecimento técnico” suprisse “a necessidade de esclarecer doentes e profissionais quanto ao acesso a dados de saúde”. “Este livro apresenta de uma forma clara e sintética o quadro legal, a falta de entendimento entre a Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA) e da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), a interpretação das três leis que temos e que afetam o acesso à informação em saúde” As posições da CADA e CNPD apresentam divergências, devidamente elencadas e explicadas no livro “O acesso à informação de saúde – Direitos, procedimentos e garantias”, quanto à forma e limites do acesso à informação em saúde, tendo o jurista da OM explicitado que é seu entendimento que “a posição do CNPD é mais protecionista do processo clínico”

e explicou que “o registo clínico é algo que os médicos têm que alterar” para melhorar a informação que se coloca no processo clínico dos doentes. “Os processos clínicos têm muitas lacunas, faltam factos, ocorrências durante o internamento, factos ao longo de todo o processo de tratamento”, situações que dificultam muitas vezes o seu trabalho quando há algum conflito a resolver: “a falta de registos clínicos completos espelha-se cada vez mais em processos disciplinares” que seriam, muitas vezes, evitáveis se a informação disponível fosse suficiente. Uma circunstância que se resolve de forma simples, como referiu Paulo Sancho: “os médicos têm que ter formação para que nos registos clínicos a informação de saúde esteja de acordo com o código deontológico”. “A informação tem que ser clara e detalhada, para memória futura do médico”, alerta o consultor jurídico da Ordem dos Médicos. Para acabar com a litigância que nasce das divergências entre CADA e CNPD, defende uma legislação consequente em que se defina exatamente “quem é que tem competência para fazer o quê”. Uma das áreas que torna este processo mais complexo são as diferenças que existem entre

“O doente é o titular dos dados de saúde e os médicos assistentes e instituições meros depositários, responsáveis pela guarda dessa informação”

– Paulo Sancho

o acesso a informação de saúde no setor privado e no setor público: “É claro que o doente pode aceder à informação em ambos os setores mas, no público pode aceder diretamente e no privado é obrigatória a mediação de um médico”, um sistema que apelidou perentoriamente de “bicéfalo”. “A regra é o acesso mas há exceções que vêm explicadas no livro”, referiu exemplificando com as notas pessoais do médico que, no entendimento de Paulo Sancho, são anotações excluídas do direito de acesso em ambos os setores. Privilégio terapêutico e informação relativa à saúde de terceiros são também exceções, às quais o consultor jurídico da OM acrescentaria toda a informação relativa ou fornecida ao processo clínico por terceiros mesmo que não esteja relacionada com a saúde (por exemplo, no caso dos internamentos compulsivos, quem os promoveu). Um dos elementos do livro que salientou foi o quadro onde se resumem as vantagens e desvantagens da partilha de informação em saúde. Referenciando os pareceres do Departamento Jurídico da OM, publicados nas páginas 10 a 17 da Revista da Ordem dos Médicos de Maio de 2013, Paulo Sancho referiu que há ligeiras diferenças entre a posição da Ordem e a que vem

plasmada no livro de Sérgio Pratas: a Ordem dos Médicos tem defendido, tal como se poderá ler nos referidos pareceres jurídicos, que:

- a informação clínica a fornecer a tribunais depende da fundamentação apresentada, sendo necessário decidir na ponderação do interesse mais relevante caso a caso (dever de sigilo ou dever de colaboração?);

- Quanto às seguradoras a regra é que só em casos excepcionais a informação deverá ser cedida e só com autorização expressa, autonomia dos doentes e com a certeza de que percebem o que estão a autorizar, salvo casos excepcionais em que se entrega os dados clínicos ao corpo clínico da seguradora, sendo que esses médicos também estão vinculados ao dever de sigilo (forma de ultrapassar a questão, tendo sempre como fundamento o interesse do doente).

Sobre a abordagem do livro de Sérgio Pratas, Paulo Sancho elogiou a forma como “além de dizer que a lei está mal, apresenta soluções alternativas”, sendo que o representante do departamento jurídico da OM tem preferência por uma das soluções apresentadas e que contempla o tratamento desta matéria em diploma próprio.

Existe sempre a possibilidade de haver interpretações diversas

Fernando Negrão, Presidente da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias da Assembleia da República, começou por referenciar a falta de colaboração entre instituições como uma das características algo perniciosas do nosso sistema mas não deixou de salientar que é importante a existência de “boas leis para uma boa aplicação” e explicou que mais importante do que não haver divergências de interpretação das leis é que se saiba lidar com o conflito, algo natural nas sociedades democráticas. Sobre o trabalho de Sérgio Pratas, o Presidente da Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias da Assembleia da República considerou uma mais valia para a discussão que terá que ser feita na Assembleia da República sobre estas matérias. “Não lamento a dinâmica própria da aplicação da lei, com diferentes interpretações, a não ser na medida em que possa prejudicar o doente”. A única coisa que Fernando Negrão lamentou foi que CADA e CNPD não falem entre si, gerando

posições inconciliáveis. “Claro que vamos ter que legislar sobre esta matéria mas a dinâmica própria da aplicação da lei fará com que exista sempre a possibilidade de haver interpretações diversas”. Referenciando a importância do trabalho conjunto, este orador aproveitou para agradecer à Associação Fazedores de Mudança, especialmente, “a proximidade que cria com os doentes” e concluiu que para se fazerem melhores leis é importante que todos contribuam e prestem o apoio devido ao legislador.

Este é o timing perfeito para esta reforma

Sérgio Pratas, autor da obra “O acesso à informação de saúde – Direitos, procedimentos e garantias” começou por referenciar que “o acesso não faz parte da cultura de uma relação normal entre o cidadão e o profissional de saúde” e que só em casos de conflito ou doença se concretiza, e como as diferenças de acesso entre instituições geram insegurança. Outra característica do sistema é que CADA e CNPD aplicam leis diferentes (a LADA - Lei de Acesso aos Documentos da Administração e Lei da Proteção de Dados, respetivamente) para uma mesma questão o que origina situações de pareceres contraditórios o que deixa os Serviços de Saúde sem saber



“Não lamento a dinâmica própria da aplicação da lei com diferentes interpretações, a não ser na medida em que possa prejudicar o doente”
– Fernando Negrão



Sérgio Pratas

como agir em face dos mesmos. Um outro traço do sistema é a falta de informação clara e suficiente. No que respeita ao acesso à informação de saúde, identificados os problemas, nomeadamente a profusão/desarticulação da legislação aplicável e a falta de conhecimento de direitos e deveres, o projeto em que está englobada esta edição, “visa interferir nestas características do sistema português de aces-

so a dados de saúde quer com uma campanha nacional de informação – já em curso –, quer com a formação dos profissionais e com contributos para a reflexão na AR”. Resumindo as suas conclusões, Sérgio Pratas lembrou ser fundamental definir competências (CADA ou CNPD?), definir um único regime jurídico de acesso a dados de saúde com um diploma legal único, delimitando devidamente o âmbito de aplicação da LADA e as áreas de intervenção da CADA e da CNPD. Sérgio Pratas defende não apenas a escolha de uma opção, mas uma reflexão profunda em que se aproveite tudo o que já existe e que tem qualidade, referindo a título de exemplo o facto da LADA regular o acesso aos documentos, “o que é uma lacuna na Lei de Proteção de Dados”. Tendo em conta que na União Europeia estão a ser revistas as matérias de proteção de dados, “este é o *timing* perfeito para a reforma pois com

uma única intervenção resolvem-se vários problemas. Mas é muito importante começar já a trabalhar para ter uma solução bem pensada”, concluiu o autor de um livro que constitui já um primeiro contributo, uma vez que, após detalhada caracterização da situação atual, apresenta caminhos concretos para a reformulação do quadro legal em vigor.

Este lançamento contou com a presença de cerca de 200 pessoas provenientes de instituições de várias partes do país e diversos setores de intervenção, aos quais foi oferecida a obra de Sérgio Pratas. O livro “O acesso à informação de saúde – Direitos, procedimentos e garantias” está acessível gratuitamente em: <http://caminhosdepax.pt/biblioteca/acessosaude/>

“Sê a Mudança que
queres ver no Mun-
do!” - Mahatma Ghandi





Hospício Princesa Dona Maria Amélia

Aspetos menos comuns da história da tuberculose

No âmbito do ciclo de conferências organizado pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, Barros Veloso apresentou o tema “aspetos menos comuns da história da tuberculose”, uma doença que o orador definiu como “interessante do ponto de vista clínico”, pela proliferação de casos clínicos singulares e de difícil diagnóstico.

Barros Veloso começou por explicar como a sua vida sempre esteve ligada à tuberculose pois, quando tinha 14 meses, a sua mãe adoeceu e foi para o Carapalme e o seu pai foi convidado e

aceitou ficar lá a trabalhar, o que fez com que o seu conhecimento dos médicos e das histórias tenha começado desde cedo.

Começando o seu relato no antigo Egipto, Barros Veloso explicou vários momentos da história desta doença, referenciando os factos mais significativos, como, por exemplo as descobertas de Koch e os seus Postulados, momento que definiu como “aquele em que começa uma narrativa mais científica”.

O primeiro turismo terapêutico em Portugal terá surgido na Madeira, com os ingleses que escolhiam essa ilha para se tratar por causa do clima ameno e aí arrendavam quintas. Um médico alemão, Karl Mittermaier, vem até à ilha e escreve um livro sobre o clima da Madeira. Paul Langerhans, autor de uma tese sobre a histologia do pâncreas (“Contributions to the microscopic anatomy of the pancreas”), adoe-

ce com tuberculose e, depois de uma passagem por Capri, escolhe a ilha da Madeira como destino, onde vem a exercer medicina, tratando essencialmente outros doentes de tuberculose, e acaba por escrever um livro de bolso para viagens sobre essa parte do território português. Além do livro sobre a ilha, Langerhans fez diversos estudos e descreveu os parasitas do mar da Madeira. “Não se sabia ainda a ligação do pâncreas nem a função das células e Langerhans deixou apenas uns estudos preliminares”, enquadrou Barros Veloso.

É precisamente na Ilha da Madeira, cujo clima era reconhecido desde o século XVIII como especialmente favorável à cura da tuberculose, que a Rainha D. Amélia manda construir em 1853 um hospital-sanatório, em memória da sua filha, a Princesa D. Maria Amélia, falecida no mesmo ano na cidade do Funchal,





com 22 anos de idade. O Hospício Princesa Dona Maria Amélia é referenciado como o primeiro sanatório português.

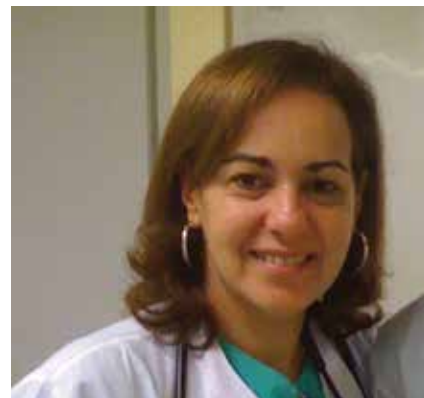
Apesar de possuir regiões de bom clima e sanatórios, em Portugal a mortalidade continua a subir até à década de 30, explicou Barros Veloso, referindo a existência até de um movimento contra a tuberculose que mobilizou grandes nomes da medicina portuguesa como Mark Athias, Ricardo Jorge, Câmara Pestana, Curry Cabral, Júlio Dantas, etc. “Miguel Bombarda não consta desse movimento mas fundou, à parte, uma liga contra a tuberculose”.

Eugénio O’Neil é outro nome citado nesta história dos aspetos menos comuns da tuberculose por ter sido “importantíssimo” e por ter mudado a linguagem da dramaturgia inglesa”. Conforme referiu o orador, O’Neil vai para um sanatório onde não se podia nem beber nem namorar, mas faz exatamente o contrário e escreve “The Straw” onde relata precisamente a sua história de amor no sanatório. Barros Veloso recordou que parte do

processo de cura dos doentes, no sanatório, implicava estarem sem ler, sem conversar, sem qualquer atividade e referenciou como havia regulamentos com horários para o descanso, as curas e como aos domingos e dias santos se dispensava a 1ª cura da manhã. Numa época em que a cultura era muito marcada pela presença da tuberculose, e em que muitas personalidades históricas e culturais estiveram em sanatórios, a arte déco invadia os sanatórios com cadeiras de cura desenhadas por arquitetos e outros pormenores.

A partir do séc. XVIII houve uma grande subida da incidência de tuberculose - ou porque o bacilo aumentou a virulência ou porque as cidades tinham pouca higiene -, tendência que se inverte no século seguinte. Ainda assim, a tuberculose foi caracterizada por Barros Veloso como “um problema terrível” pois ainda há, “mais de um milhão de mortes por tuberculose no mundo por ano”. A conferência que agora resumimos, foi proferida por Barros Veloso em 15 de Outubro de 2014 na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos.





Maria Paula de Matos Pimenta Simões,
médica portuguesa condecorada

Médica portuguesa condecorada em Macau

Maria Paula de Matos Pimenta Simões, especialista de Medicina Interna recebeu uma meritória distinção no dia 20 de maio de 2015 em reconhecimento do seu elevado profissionalismo, dedicação e abnegação no exercício de excelência da sua atividade profissional.

Maria Paula de Matos Pimenta Simões, médica portuguesa, especialista de Medicina Interna, assistente graduada e Chefe de Serviço, residente em Macau há mais de vinte anos, a exercer no Centro Hospitalar Conde de S. Januário dos Serviços de Saúde da Região Administrativa Especial de Macau (RAEM), República Popular da China, foi distinguida com a Medalha de Mérito das Comunidades Portuguesas.

A Associação dos Médicos de Língua Portuguesa de Macau (AMLPM) congratula a médica Paula Pimenta, presidente da Mesa da Assembleia Geral desta associação, por esta distinção meritória que recebeu no dia 20 de maio de 2015 na residência do Cônsul-Geral de Portugal em Macau pelas mãos do Secretário de Estado das Comunidades no Estrangeiro, José Cesário que outorgou esta condecoração em nome do Governo português. Esta distinção orgulha particularmente todos os profissio-

nais de saúde que exercem em Macau e que prestam cuidados de saúde à comunidade portuguesa e a todos os cidadãos de Macau. O reconhecimento do seu elevado profissionalismo, dedicação e abnegação no

exercício de excelência da sua atividade profissional, enaltece igualmente toda a comunidade portuguesa residente de Macau, dignifica Portugal e os portugueses.



Distinção de Mérito outorgada pelo Secretário de Estado das Comunidades no Estrangeiro, José Cesário a Paula Pimenta no dia 20 de maio de 2015 na residência do Cônsul-Geral de Portugal em Macau agraciada com a presença da Presidente da Casa de Portugal em Macau e de um grupo de colegas

Elsa Mourão & António Folgado

Médicos com as Competências em Medicina Paliativa e Emergência Médica
Fundadores da Coop LInQUE



Ligamos Instituições Que Unem Esforços

Pela humanização dos cuidados em fim de vida

Dois médicos apaixonados pela área da emergência médica e pela formação, inspiraram o seu sonho na passagem pelos serviços de urgência onde se cruzavam com doentes “a quem se dizia ‘não temos nada para oferecer’ e que morriam (...) a maior parte deles sozinhos” e desenvolveram uma abordagem humana e inovadora aos cuidados paliativos em casa através da criação de uma cooperativa de solidariedade social. A Coop LInQUE tem precisamente como objetivo combater, sempre que seja esse o desejo do doente, o fenómeno da hospitalização da morte e, como tal, responder a um problema crónico da sociedade atual – cuidar em casa de doentes em fase final de doenças incuráveis. A ROM quis conversar com estes dois médicos e perceber as suas motivações e sonhos.

Os cuidados no domicílio são ainda incipientes em Portugal o que origina muitas vezes o recurso a internamentos indesejados pelos doentes. Mas a hospitalização da morte, de que se fala no livro «A morte e o morrer em Portugal» (estudo da autoria de Maria do Céu Machado, Luísa Couceiro, Isabel Alves, Ricardo Almendra e Maria A. Cortes sobre o qual a ROM publicou uma entrevista em Outubro de 2011), não só não é desejável, como não significa maior tranquilidade para doentes e seus familiares porque continua a faltar organização dos Serviços e preparação de todos os profissionais para um bom acompanhamento dos doentes em fase terminal da vida e respetivas famílias, do que é exemplo claro a inexistência em ambiente hospitalar, de um espaço reservado onde o doente possa estar com a família nessa fase. Os ‘cuidadores informais’, figura devidamente reconhecida e valorizada noutros países, em Portugal, continuam a não ser encarados como parceiros dos cuidados e não há qualquer enquadramento ou formação para esses cuidadores informais.

Mas nem todos os doentes terminais desejam a “segurança” do ambiente hospitalar: muitos prefeririam ficar em casa nessa fase avançada de uma doença incurável, permanecendo no seu ambiente, rodeados dos amigos e família. A realidade, contudo, é que poucos portugueses têm essa hipótese porque há falta de equipas de Cuidados Paliativos e domiciliários e existem poucas soluções alternativas capazes de responder aos inúmeros problemas e desafios que se colocam às famílias nestas situações; Famílias que, também por causa da doença, se encontram em situações de instabilidade emocional e muitas vezes financeira. Conscientes dessa realidade, dois médicos nas áreas da medicina paliativa e emergência médica, Elsa Mourão e António Folgado, criaram uma cooperativa de solidariedade social com o objetivo de proporcionar cuidados em casa a doentes em fase terminal. Uma cooperativa que fomenta a articulação entre a vertente técnica de saúde e a social, entre o sector público e o privado e entre a criação de postos de trabalho e o voluntariado, para a criação de soluções eficazes, humanizantes, socialmente responsáveis e sustentáveis. Conforme explicam

os mentores do projeto, através duma gestão criteriosa será possível o acesso a quem pode pagar o preço total e também a quem não teria recursos económicos para suportar o preço de um serviço desta natureza. Os lucros obtidos constituirão o “Fundo Social LInQUE” que, conjuntamente com o apoio de mecenas, possibilitará o acesso às famílias carenciadas. Foram definidos três escalões de pagamento que serão aplicados de acordo com os recursos económicos do doente e a disponibilidade deste fundo. A cooperativa nasce da visão desses dois especialistas que, como médicos e cidadãos, sonharam um projeto que o programa de capacitação de Apoio ao Empreendedorismo Social do Banco de Inovação Social ajudou a tornar realidade. Apaixonados pelo trabalho que fazem, entregam-se a este projeto com o entusiasmo de quem sente que poder ser mais útil se unir esforços com outras instituições.



Maria Elsa Mateus Mourão

57 anos, competência em Medicina Paliativa e Emergência Médica

Revista da Ordem dos Médicos – **A vossa ligação à emergência médica começa no INEM...**

Elsa Mourão – Sim, conhecemo-nos no INEM em 1987. Fizemos parte do grupo de médicos que iniciaram a Emergência Médica pré-hospitalar em Portugal. A

experiência no INEM ao longo de 17 anos foi desafiante e muito gratificante. Foi possível não só responder à emergência e atuar no terreno, mas também participar na construção e organização do CODU, na implementação da primeira VMER, na elaboração dos primeiros protocolos de atuação, na organização da formação e colaborar na implementação da emergência médica em Coimbra e no Algarve.

Em 2004 sentimos que era importante voltar à vida hospitalar, obter novas competências e trabalhar com outro tipo de equipa. Renunciámos à carreira pública de 20 anos e aceitámos fazer parte da direção do serviço de urgência no Hospital Fernando da Fonseca durante quase um ano e onde continuámos a trabalhar até 2009. Nesse ano fomos convidados para integrar a equipa dedicada à urgência, no Hospital de S. Francisco Xavier, e aí estivemos até ao início de 2013.

ROM – Nessa fase tiveram, com certeza, outro tipo de experiência...

António Folgado – Nestes serviços de urgência tomámos contacto com o sofrimento no final de vida dos doentes com doenças crónicas, incuráveis e em fase avançada. Doentes a quem se dizia “não temos nada para oferecer” e que morriam no serviço de urgência, a maior parte deles sozinhos e sem a presença da família.

EM - Foi aí que surgiu o interesse pelos Cuidados Paliativos. Fizemos a pós-graduação e depois o mestrado em 2010 e realizámos estágios em diferentes equipas a nível hospitalar e na comunidade. Desde há 2 anos trabalhamos exclusivamente nesta área.

ROM – Foi nessa altura que o vosso projeto começou a nascer?

AF – Sim. Ao longo do tempo foi crescendo o desejo de ajudar os doentes a ficar em casa na fase avançada da sua doença, de permitir que permaneçam no seu ambiente natural, rodeado dos amigos e dos seus objetos

significativos. Atualmente um de nós está a trabalhar a tempo inteiro na LInQUE e o outro trabalha na Unidade de Cuidados Paliativos da ASFE (Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação), na zona de Mafra.

EM - Fomos sempre gente de projetos e não de carreiras pelo que não temos seguido as vias tradicionais mas aquelas que nos entusiasma e em que sentimos que podemos ser mais úteis.

ROM – Há um isolamento dos doentes em fim de vida...

EM - Os doentes chegam frequentemente à Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) numa fase muito avançada da doença e alguns morrem passados poucos dias ou horas. Estas UCP muitas vezes localizam-se longe do local de residência do doente e da família pelo que as visitas são pouco frequentes. Muitos doentes pedem para ficar no domicílio e algumas famílias teriam capacidade para cumprir esse desejo se tivessem apoio de uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

ROM – Mas a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados não resolve essa questão?

AF - A existência da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é sem dúvida uma mais valia mas não consegue responder de forma adequada na área dos Cuidados Paliativos. Os doentes são referenciados tardiamente, esperam muito tempo para o internamento numa Unidade de Cuidados Paliativos e existem muito poucas equipas comuni-

tárias, particularmente na região de Lisboa e Vale do Tejo.

ROM - Que importância atribuem à articulação com outras instituições?

EM - É fundamental a articulação com outras instituições. LInQUE é o acrónimo de *Ligamos Instituições Que Unem Esforços* e esse é o nosso objetivo.

ROM – Iniciam atividade no próximo dia 15 de agosto. Com que outras instituições já estabeleceram protocolos de colaboração?

AF - Estabelecemos protocolos com a Associação Amara e com



António Manuel da Costa Cabral Folgado
56 anos, competência em Medicina Paliativa e Emergência Médica

o Centro Paroquial de S. Jorge de Arroios onde temos a nossa sede operacional. Tivemos reuniões com as Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de Lisboa Norte e Lisboa Central, do Hospital Fernando da Fonseca e do IPO de Lisboa, com a Equipa Coordenadora Regional (ECR-LVT), com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, com a Fundação EDP, Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação Champalimaud, Fundação Montepio, Associação Coração Amarelo e Câmaras Municipais de Mafra, Sintra e Lisboa e Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

ROM - Concordam que devia ser reconhecida legalmente a figura do cuidador informal?

EM - Seria de primordial im-

portância que fosse reconhecida legalmente a figura do cuidador informal, como existe noutros países o que permitiria que muitos doentes pudessem permanecer em casa, cuidados por familiares ou amigos.

AF - Para além de proporcionar bem estar aos doentes será uma mais valia para o sistema de saúde, já que um cuidador informal devidamente capacitado participa na prestação dos cuidados que de outro modo terão que ser prestados, na esmagadora maioria dos casos em regime de internamento, com custos francamente superiores.

ROM - Os vossos voluntários vão ser todos profissionais de saúde ou terão alguns “cuidadores informais” como voluntários?

AF - Temos alguns profissionais de saúde que se ofereceram como possíveis voluntários para colaborar com a LInQUE. Nesta primeira fase a maioria serão da Associação Amara e outros com formação em cuidados paliativos para voluntários e com experiência neste tipo de acompanhamento.

ROM - Para que esse cuidador informal tenha o apoio de que poderá necessitar, é fundamental que exista uma rede de cuidadores formais?

EM - O cuidador informal precisa de apoio e de formação/capacitação. Ele deve ser simultaneamente um parceiro da equipa de cuidadores formais no apoio ao doente e um alvo do cuidar. Faz-nos sentido a existência desta rede com diferenciação nas diversas áreas

Como ser Amigo LInQUE?



Equipa de profissionais LInQUE

Qualquer pessoa interessada em contribuir poderá fazê-lo participando no Fundo Social, através de um donativo pontual ou periódico. Para esse Fundo contribuem igualmente os lucros obtidos pelo projeto. O “Fundo Social LInQUE” possibilitará o acesso a cuidados às famílias carenciadas. Mais informações podem ser encontradas no site www.linque.pt.

da saúde, mas também vão ser necessários apoios em outras valências, nomeadamente no apoio domiciliário que engloba a higiene, a alimentação e o acompanhamento por cuidador em permanência.

ROM – A formação é outras das áreas que vos apaixonam, correto?

AF – Além da emergência médica e dos cuidados paliativos, é, sem dúvida, a formação a outra área que sempre nos apaixonou e ainda mantemos esta atividade como formadores na área da reanimação em duas escolas acreditadas pelo Conselho Português de Ressuscitação.

ROM – Porque razão escolheram a forma de “cooperativa” e quais os objetivos que esperam atingir com este projeto?

AF - Não existe em Portugal a figura jurídica de Empresa Social e a cooperativa é a forma que mais se aproxima desse conceito e do espírito da LInQUE.

O nosso objetivo é permitir que um número cada vez maior de doentes possa ficar em casa na fase final da sua doença incurável, se esse for o seu desejo.

Existem muito poucas ECSCP na região de Lisboa e Vale do Tejo. O Ministério da Saúde contratualiza entidades privadas para o internamento em UCP e o internamento é gratuito nestas unidades. Porém esta contratualização não existe para as equipas comunitárias de CP pelo, para além das poucas ECSCP, não há qualquer

apoio estatal para a permanência no domicílio.

Felizmente alguns doentes têm capacidade económica para suportar o pagamento duma equipa privada como a nossa, mas desejaríamos que a falta desta capacidade não limitasse o acesso ao nosso serviço. Para isso precisamos de apoio de mecenas e investidores sociais. Lançámos uma campanha de *crowdfunding* que foi um sucesso e temos previsto o apoio dos “Amigos LInQUE”.

ROM – Como é constituída a equipa?

EM - A LInQUE é uma cooperativa de solidariedade social e a nossa equipa é composta por 16 profissionais nas áreas da Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço social, Assistência espiritual, Fisioterapia, Terapias Complementares, Ciências Farmacêuticas e Gestão.

Toda a equipa é cooperadora e receberá um vencimento correspondente ao seu trabalho, mas os rendimentos gerados internamente, juntamente com donativos de particulares ou instituições, serão reinvestidos na constituição do Fundo Social LInQUE. Este fundo, destina-se a participar os custos da prestação de cuidados paliativos no domicílio a pessoas com insuficiência económica.

ROM – Como fazer parte da LInQUE como voluntário?

EM - A incorporação de voluntários na equipa pressupõe

sempre seleção, formação base e acompanhamento/supervisão. Pensamos admitir os nossos primeiros voluntários no final deste ano, altura em que a equipa já tem os seus procedimentos sedimentados, está a funcionar em pleno e com disponibilidade para os poder integrar adequadamente na nossa equipa. Quem desejar ser voluntário deverá contactar-nos e as candidaturas serão avaliadas.

ROM – Consideram que devia ser o Estado a dar resposta às necessidades da população nestas áreas?

AF - A prestação de Cuidados Paliativos no domicílio devia ser uma possibilidade para todos os doentes que o desejassem. Este serviço devia ser gratuito ou facultado a um preço que o destinatário pudesse suportar. Frequentemente o doente e a família estão numa fase de fragilidade social e económica agravada pela própria doença e não podem pagar o valor correspondente a este serviço. O Estado, não tendo capacidade para implementar as necessárias ECSCP, deveria contratualizar externamente entidades do setor social ou privado como faz com o internamento em UCP. Estas entidades teriam obrigatoriamente de cumprir critérios de qualidade adequados à prestação de Cuidados Paliativos na comunidade.



Reunião do CRS com Distritais nas Caldas da Rainha

O Conselho Regional do Sul promoveu mais uma das suas reuniões descentralizadas com as direcções dos Distritos Médicos. Depois de Setúbal, coube agora à sede do Distrito Médico do Oeste, nas Caldas da Rainha, acolher a reunião, no dia 20 de Julho.

Este encontro teve ainda a particularidade de contar, pela primeira vez, com o recurso a tecnologias leves de comunicação, com a participação via Skype do presidente do Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores, Jorge Santos.

À reunião presidiu Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul, acompanhado pelo vice-presidente, Álvaro Almeida, pela tesoureira, Graciela Simões, e pelo secretário Sérgio Silva.

Foram abordados diversos assuntos, entre informações do CRS e dos próprios dirigentes distritais e discussão de temas actuais. O presidente do Conselho Distrital de Portalegre, um

dos presentes na reunião, deu informações sobre uma reunião com o Sindicato Independente dos Médicos.

Para além de Jaime Azedo, esteve também o presidente do Conselho Distrital de Beja, Pedro Vasconcelos, e um representante do presidente do Conselho Distrital de Setúbal, Rui Costa, e o anfitrião, presidente do Conselho Distrital do Oeste, Pedro Coito, acompanhado por outros dirigentes deste Distrito Médico. Um dos temas importantes foi o do novo Estatuto (entretanto aprovado pela Assembleia da República na sua última sessão legislativa, a 22 de Julho), de cujo articulado se discutiu a questão das dispensas de serviço para trabalho da Ordem e a limitação de mandatos a dois, que pode criar problemas nas distritais com menor número de médicos. O novo Regulamento do Interno Médico, que não acolheu algumas das propostas da Ordem, foi também discutido na reunião.

Como o encontro se realizou nas Caldas da Rainha, a situação do serviço público de Saúde na região Oeste foi uma dos assuntos de maior destaque. Segundo o presidente do Conselho Distrital, o Centro Hospitalar do Oeste, designadamente o hospital das Caldas da Rainha mas também o de Torres Vedras, tem défice de pessoal e os Centros de Saúde enfrentam grandes dificuldades para contratar. Entretanto, gasta-se dinheiro para remodelar o Serviço de urgência, mas não se resolvem os problemas do internamento.

Da parte do Conselho Regional do Sul, Sérgio Silva apresentou a proposta de Manual do Procedimento Interno, que visa a uniformização de procedimentos, e a tesoureira, Graciela Simões, deu informações sobre dificuldades na cobrança de quotas e entregou uma listagem de médicos devedores em cada um dos distritos.

**Hospital
Fernando Fonseca
repõe legalidade
na direcção do
Serviço
de Nefrologia**

Conselho Regional do Sul tomou posição intransigente

A Administração do Hospital Fernando Fonseca nomeou, com validade a partir de 11 de Maio de 2015, um novo director do Serviço de Nefrologia. Foi o culminar de um processo longo em que o Conselho Regional do Sul se empenhou fortemente, até ver reparada uma situação ilegal em que o director de serviço antes nomeado tinha um nível de graduação inferior ao de outros médicos que compunham a equipa.

O caso começou com uma denúncia apresentada à Ordem dos Médicos que levou a tomar decisões drásticas, designadamente a retirada da idoneidade formativa ao serviço. Numa carta enviada ao presidente do Conselho de Administração, a 6 de Março, assinada pelo presidente do Conselho Regional do Sul, reiterava-se esta posição da Ordem: “o exercício do cargo de director do serviço de Nefrologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE por um Assistente Graduado é ilegal e não cumpre um dos requisitos exigidos pela Ordem dos Médicos para que a idoneidade formativa seja reconhecida ao Serviço”. Nestas circunstâncias, e tendo o serviço nos seus quadros um Assistente Graduado Senior, Jaime Teixeira Mendes concluía: “Até que a legalidade seja reposta e que o Serviço preencha todos os requisitos necessários, a deliberação da Ordem dos Médicos em suspender a sua idoneidade formativa para novos internos é inalterável.”

Na sequência desta carta, a Administração nomeou um novo director de Serviço, cujo perfil corresponde aos requisitos que a Ordem exigia, e reuniram-se as condições para que a idoneidade formativa fosse recuperada.

De resto, o novo director, poucos dias depois de ter sido nomeado, dirigiu à Ordem dos Médicos um pedido formal de reconhecimento da idoneidade para formação de internos de Nefrologia e dispôs-se a qualquer iniciativa de inspecção necessária à conclusão desse processo.

Coro Aesculapides prepara reportório para espectáculo

O Grupo Coral Aesculapides, que foi criado na Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, está já a preparar o formato do seu primeiro espectáculo. O coro, dirigido pela maestrina Ana Venade, reúne já duas dezenas de membros e tem ensaiado sempre às segundas-feiras, às 19h00, no auditório da Ordem dos Médicos (Avenida Almirante Gago Coutinho, n.º 151, Lisboa).

Aproxima-se a fase de férias (não haverá ensaios durante o mês de Agosto), mas a direcção do grupo e os seus membros mantêm abertura para acolher todos os que gostem de cantar em coro, tenham ou não experiência anterior. Os interessados devem dirigir-se às segundas-feiras, às 19h00, e assim mesmo apresentarem as suas valorosas candidaturas, ou contactar os serviços da Secção Regional do Sul pelo endereço de email omsul@omsul.pt, dirigido a Teresa de Sousa ou pelo telefone 215917500.

O Grupo Aesculapides tem já um reportório em construção que inclui peças do cancioneiro popular português, espirituais negros, música tradicional africana e também brasileira.





CEOM faz recomendações para uso de mHealth

O Conselho Europeu das Ordens dos Médicos (CEOM) emitiu uma declaração sobre o recurso à chamada *mHealth*, a utilização de aplicações de serviços de saúde no telemóvel. A questão é delicada, particularmente por razões éticas, e merece do CEOM um conjunto vasto de recomendações e alertas, que pode consultar na declaração traduzida pelos serviços do Departamento Internacional da Ordem dos Médicos que segue abaixo.

Declaração do Conselho Europeu das Ordens dos Médicos sobre o recurso à saúde móvel (mHealth) na União Europeia

O conceito de saúde móvel¹ tem como objetivo as aplicações² relacionadas com a saúde no sentido lato da palavra, disponíveis através de dispositivos móveis (objeto conectado).

Essas aplicações têm diferentes objetivos, tais como o bem-estar, educação para a saúde, acesso à informação, acesso a dados, suporte à decisão, apoio à conformidade, monitorização de vários parâmetros fisiológicos e a coleta de dados remotamente. As ferramentas e os serviços que prestam são múltiplas: guia terapêutico, calculadora e pontuações médicas, as curvas de análise, avaliação de procedimentos médicos, assistência de primeiros socorros, ações de emergência, fichas médicas, geolocalização, contacto com um painel

de especialistas, contatos com os pacientes e a comunidade, digitalizar um produto ou medicamento. Nem todos são usados no campo da medicina; alguns pertencem ao domínio de bem-estar e estilo de vida saudável. As fronteiras entre estes domínios são difíceis de definir de forma estrita.

Certamente, nenhuma tecnologia pode substituir a relação humana, interpessoal e singular, que deve continuar a ser a base da prática médica³. Contudo, a tecnologia móvel é uma oportunidade para o desenvolvimento e melhoria dos cuidados de saúde e políticas de saúde, desde que seja gerida, não para frear a inovação e a criatividade, mas para garantir valor acrescentado para a saúde e para a qualidade de vida dos pacientes, respeitando a sua privacidade.

Pela presente declaração, o CEOM tem como objetivo destacar os aspetos deontológicos que têm de ser considerados durante a reflexão sobre a saúde móvel (mSaúde), particularmente na União

Europeia, como resultado do Livro Verde sobre a mSaúde⁴ e na sequência da consulta pública ao mesmo.

1. Deve ser previsto um enquadramento jurídico europeu para todas as aplicações mSaúde e objetos conectados (incluindo aplicações e objetos conectados relacionados com o modo de vida e o bem-estar das pessoas) que não se enquadram no âmbito da legislação europeia sobre dispositivos médicos, a fim de fornecer possíveis restrições à sua comercialização com base nos riscos que podem acarretar para a saúde e a segurança das pessoas.

2. Um elevado nível de proteção da saúde e segurança deve ser garantido ao paciente cujos cuidados médicos (diagnóstico, tratamento e monitorização do paciente) é realizado por ferramentas de mSaúde que não são dispositivos médicos sob legislação europeia. A fiabilidade técnica e a performance da aplicação ou do obje-

to conectado são decisivas para a sua utilização no âmbito da monitorização de um paciente, prevenção, educação em saúde, adesão ao tratamento, etc.

A adequação do apoio médico daí decorrente, por um médico ou outro profissional de saúde ou pelo próprio paciente depende da precisão do parâmetro gravado e transmitido como da resposta recolhida após o processamento dos dados transmitidos. Isto exige o cumprimento de procedimentos independentes de avaliação destas ferramentas, particularmente estabelecidos por cientistas informáticos e profissionais de saúde em colaboração com ordens médicas e autoridades reguladoras responsáveis pela ética e conduta profissional. Os que desenvolvem, fornecem e vendem aplicações relacionadas com a saúde devem ser forçados a fornecer de forma transparente e facilmente acessível o entendimento de todas as informações relativas à fiabilidade da ferramenta.

3. As autoridades públicas e reguladoras (nacionais e europeias) que implementem políticas que promovam o uso de dispositivos de mSaúde comprometem-se a garantir a saúde pública através de medidas de segurança técnicas e tecnológicas (ponto 1), e medidas de informação (ponto 5).

4. Ao fornecer apoio médico, o médico utiliza tecnologias mSaúde certificadas (ponto 2), quando o seu uso é clinicamente justificado e motivado pelos interesses do paciente.

O paciente deve ser informado da necessidade, pertinência, consequências e âmbito da utilização destas tecnologias e ser capaz de

dar livremente o seu consentimento.

O médico tem de garantir que o paciente é capaz de fazer um uso coerente da tecnologia.

O médico deve integrar as informações recolhidas pela tecnologia móvel dentro do quadro geral de apoio ao paciente e do exame clínico em particular.

5. Os direitos do paciente como usuário de aplicações mSaúde para proteger os dados pessoais, em particular os relacionados com a sua saúde, devem ser respeitados por quem desenvolve, fornece e vende, o que implica o estabelecimento de salvaguardas adequadas.

Devem ser tomadas medidas para garantir que, independentemente da sua localização (dentro ou fora da União Europeia), os que desenvolvem, vendem e outros interessados no mercado de aplicações cumpram a legislação europeia sobre a proteção da privacidade dos usuários da saúde móvel na União Europeia.

Garantias em termos de assegurar a recolha, transporte, armazenamento e qualquer outro tratamento de dados pessoais deve ser imposta, a fim de impedir o acesso a dados pessoais a qualquer pessoa não autorizada pelo usuário da aplicação ou do objeto conectado.

Os que desenvolvem e fornecem aplicações de mSaúde devem informar os utilizadores sobre a proteção dos dados recolhidos, a identidade do controlador, bem como do futuro destes dados.

A exploração para fins de inves-



Déclaration du Conseil Européen des Ordres des Médecins sur le recours à la santé mobile (mHealth) au sein de l'Union européenne

La notion de santé mobile¹ (m-santé) vise les applications² en rapport avec la santé au sens large, disponibles via un dispositif mobile (objet connecté).

Ces applications ont des finalités diverses telles que le bien être, l'éducation à la santé, l'accès à l'information, l'accès à des données, l'aide à la décision, l'aide à l'observance, la surveillance de divers paramètres physiologiques et la collecte de données à distance. Les services et outils qu'elles fournissent sont multiples : guide thérapeutique, calculatrice et scores médicaux, analyse de courbes, cotation des actes médicaux, aide aux premiers secours, gestes d'urgence, fiches pratiques, géolocalisation, mise en relation avec un panel d'experts, mise en relation avec une communauté de patients, scanner un produit ou un médicament. Toutes ne sont pas utilisées dans le domaine de la médecine, certaines relevant du domaine du bien-être et du mode de vie sain. Les frontières entre ces champs sont difficiles à définir de manière stricte.

Certes, aucune technologie ne peut remplacer la relation humaine, interpersonnelle et singulière, qui doit rester le fondement de l'exercice de la médecine³. Pour autant, la technologie mobile est une opportunité pour le développement et l'amélioration des soins de santé et des politiques de santé, à condition qu'elle soit encadrée, non pas pour freiner l'innovation et la créativité, mais pour garantir la valeur ajoutée pour la santé et la qualité de vie des patients, dans le respect de leur vie privée.

Par la présente déclaration, le CEOM vise à souligner les aspects déontologiques qui doivent être pris en considération dans la réflexion menée sur la m-santé, notamment au sein de l'Union européenne à la suite du livre vert sur la m-santé et de la consultation publique qui l'a suivie.

¹ Suivant la définition qu'en donne l'OMS, la santé mobile recouvre les pratiques médicales et de santé publique reposant sur des dispositifs mobiles tels que téléphones portables, systèmes de surveillance des patients, assistants numériques personnels et autres appareils sans fil.

² Logiciels informatiques.

³ Déclaration du CEOM sur la télémédecine, adoptée à Bari le 13 juin 2014.

⁴ COM(2014) 219 final.

tigação científica dos dados recolhidos por meio dessas aplicações só pode ser considerada em conformidade com os princípios éticos e legais sob o controle de comitês de ética independentes dos patrocinadores científicos ou fornecedores desses objetos e aplicações.

¹ De acordo com a definição dada pela OMS, saúde móvel abrange práticas médicas e de saúde pública apoiadas por dispositivos móveis, como telefones móveis, sistemas de monitorização de pacientes, assistentes pessoais digitais (PDAs) e outros dispositivos sem fio.

² Software de computador.

³ Declaração do Conselho Europeu das Ordens dos Médicos, adotado em Bari no dia 13 de junho de 2014.

⁴ COM (2014) 219 final.



Homeopatia médica de alta qualidade em debate

O European Committee for Homeopathy Spring Meeting 2015 na FMUL

A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) acolheu, de 17 a 19 de Abril, o ECH Spring Meeting 2015, organizado pela Associação Médica Portuguesa de Homeopatia (AMPHSH), em colaboração com o Laboratório de Interação Mente-Matéria de Intenção Terapêutica (LIMMIT) da FMUL e com o European Committee for Homeopathy (ECH), um Comité Europeu que representa todos os médicos europeus com formação adicional e prática clínica em Homeopatia, organizados em 40 associações de 25 países.

O ECH conta com 24 anos de existência e tem como missão a promoção do desenvolvimento científico da Homeopatia, assegurando padrões de grande qualidade no ensino, treino e prática pelos médicos, a harmonização dos padrões profissionais da prática da Homeopatia na Europa, a promoção de cuidados de saúde de Homeopatia de alta qualidade e a integração desta abordagem no contexto médico a nível europeu.

Cerca de 70 médicos homeopatas vindos de toda a Europa reuniram durante estes três dias para continuar trabalhos de promoção e desenvolvimento

da Homeopatia médica, através dos vários Subcomités do ECH, como a Educação, a Investigação, a Farmácia, o Provings e a Política, necessários para garantir o reconhecimento e a inclusão desta abordagem médica no sistema global europeu de cuidados de saúde.

Na reunião de trabalho inicial, estiveram presentes os colegas da Direção do ECH, Thomas Peinbauer (Presidente), Hélène Renoux (Secretária-Geral), Arlette Blanchy (Tesoureira), o Especialista em Saúde Pública Dr. Mário Durval, em representação do Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médi-

cos, Dr. Jaime Teixeira Mendes, o Dr. Jorge Emanuel Martins (Chefe do LIMMIT), também em representação do Prof. Doutor Mário Simões (Diretor do LIMMIT), o Dr. Francisco Patrício (Presidente da AMPHSH e Investigador no LIMMIT), o Dr. David Nascimento Moreira (Vice-Presidente da AMPHSH e Investigador no LIMMIT), o Dr. Pires Marques (Presidente da Mesa da Assembleia-Geral da AMPHSH e Investigador no LIMMIT) e o Prof. Doutor Rui Perestrelo Vieira (Investigador Residente da Unidade de Bioinformação do LIMMIT).

I^{as} Jornadas Médicas das Ilhas da Macaronésia



Secção Regional do Sul da
Ordem dos Médicos

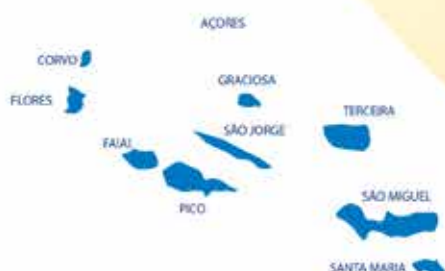
Cuidados de Saúde Primários Que Futuro?

CONFERÊNCIAS E DEBATES PREVISTOS

- Diferentes Realidades, um Objetivo Comum
- O Internato da Especialidade de MGF
- Sustentabilidade dos Sistemas de Saúde
- UCSP e USF - Prós e contras Condicionantes Geográficas na Qualidade Assistencial
- Referenciação - Pensar o Futuro
- Telemedicina do Futuro

9 | 10 Outubro
2015
Funchal

Hotel Meliã Madeira Mare



Saúde em debate: Dificuldades e oportunidades



Com a moderação de Carlos Cortes e Daniel Pereira da Silva decorreu, na Sala Miguel Torga, um debate sobre o estado atual da Saúde em Portugal. Representantes dos partidos políticos com assento na Assembleia da República fizeram o diagnóstico e traçaram os rumos do setor.



Da esquerda para a direita: António Rodrigues (Médico de família/Bloco de Esquerda), Jorge Saraiva (Ex- diretor Serviço de Ortopedia Hospital Pediátrico de Coimbra/ PCP), Daniel Pereira da Silva (especialista em Ginecologia Obstetrícia), Carlos Cortes (Presidente SRCOM), Luísa Salgueiro (Deputada PS – membro Comissão Parlamentar Saúde), Paulo Almeida (Deputado CDS/PP - membro Comissão Parlamentar Saúde)

“Saúde em debate: Dificuldades e oportunidades” foi o tema em discussão e, durante duas horas - Luísa Salgueiro (advogada - PS) e Paulo Almeida (Advogado - CDS/PP) – ambos deputados da Comis-

são de Saúde da atual legislatura –, António Rodrigues (médico/ Bloco de Esquerda) e Jorge Seabra (médico/PCP) – analisaram as temáticas mais acutantes do setor, designadamente o financiamen-

to e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, o impacto da crise económica e financeira, os recursos humanos, os cuidados de saúde primários. O deputado Ricardo Batista Leite



(PSD) esteve ausente por motivos de saúde.

"Estamos a acabar um ciclo e entendemos que seria o momento ideal para reunir os deputados da Assembleia da República para fazer o ponto da situação e traçar algumas linhas do que poderá ser o setor da Saúde nos próximos tempos", disse, em jeito de preâmbulo, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes. Também moderador deste painel, o médico Daniel Pereira da Silva (especialista em Ginecologia e Obstetrícia) explicou no início desta sessão que decorreu no dia 11 de julho: "Perante a atual conjuntura, o nosso principal objetivo é ouvir as forças políticas presentes na AR, no fim de uma legislatura, perante o quadro de constrangimentos". Desde logo, cada interveniente teve direito a cin-

co minutos para explicar as ideias-chave.

Coube ao médico António Rodrigues (em representação do Bloco de Esquerda) iniciar a primeira ronda de intervenções, dando conta das diferentes concepções existentes sobre o Serviço Nacional de Saúde. Ao analisar os últimos anos do Executivo português, António Rodrigues fez referência, desde logo, à "quebra do contrato social" implícito desde o advento da Democracia. E o retrato que traçou não foi animador: desde o risco de "obsolescência de muita da tecnologia que hoje é o paradigma do desempenho hospitalar" e "fortíssimo abrandamento rede de cuidados continuados e a estagnação permanente em relação à reforma da saúde mental; a transferência de custos para as pessoas e as famílias (aumento substancial

das taxas moderadoras; aumento custo dos meios complementares de diagnóstico, por exemplo)". António Rodrigues questionou: "se o SNS não é sustentável, então, não será também a escola pública, a Segurança Social, e o sistema de Justiça? Pergunto: se nada disto é sustentável será que Portugal é sustentável?".

Jorge Seabra (ex-diretor do Serviço de Ortopedia do Hospital Pediátrico de Coimbra e militante do PCP) asseverou que "é uma questão de opção política dizer que não há dinheiro para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) entre interesses em que o serviço público, solidário, gratuito financiado pelo Estado, justo e progressivo através dos impostos. É um sistema pré-pago, portanto não é necessário ir à procura de acerto social. Se o SNS for eficaz não há negócios



Carlos Cortes (moderador)



Paulo Almeida



António Rodrigues



Jorge Saraiva



Luísa Salgueiro



Daniel Pereira da Silva (moderador)

para ninguém. Há forças políticas que têm uma visão diferente disto e acham que os serviços sociais do Estado devem ser privatizados". Entretanto, a deputada socialista Luísa Salgueiro (membro da Comissão Parlamentar de Saúde) deixou vincada a ideia de que "os Cuidados de Saúde Primários foram o parente pobre; vítimas de opções não coincidentes com o discurso oficial, o que leva a que os profissionais estejam mais desmotivados". E citou a atual realidade na Rede de Cuidados Continuados Integrados. "À míngua da falta de recursos, continuamos sem perceber por que estão por abrir tantas unidades de Cuidados Continuados Integrados já prontas e equipadas e que tardam em abrir porque falta uma decisão política", lamentou a deputada. Prosseguiu a sua análise crítica: "Ao contrário do discurso oficial, há também um claro desinvestimento nos cuidados de saúde primários, o que resulta em maior despesa e numa procura acentuada da rede hospitalar. Pasmem-se esta era uma das grandes medidas do ministro [da Saúde] Paulo Macedo que era um médico de família para todos os portugueses". Na opinião da deputada, "se há algo que nos distinguia o nosso Serviço Nacional de Saúde e que nos faz ainda ser dos melhores

do mundo, é a qualificação dos nossos profissionais. Se nós analisarmos daqui a uns anos este mandato de quatro anos, veremos uma sangria absoluta de profissionais quer do nosso país para o estrangeiro quer do setor público para o setor privado". Até porque, em seu entender, "a falta e capacidade do governo em fixar os profissionais no SNS é absolutamente penosa para o País e injusta sobretudo para a população que tem menos recursos. Os médicos mais experientes, que prestigiaram o nosso SNS, não têm visto reconhecido o seu empenho e esforço". Também membro da Comissão Parlamentar de Saúde, o deputado centrista Paulo Almeida acusou, desde logo, o Partido Socialista de "não assumir alguns erros passados", colocando aliás o enfoque em 2011, quando o então Executivo PS liderava os destinos do País. "A maior redução de sempre do SNS foi em 2010-2011", sublinhou, "por isso, não cabe a este Governo tal responsabilidade". Na sua opinião, é necessário acautelar "o aumento do custo da Saúde", tendo em conta o acréscimo de despesas com equipamentos e medicamentos bem como o aumento da esperança média de vida dos portugueses. O envelhecimento é, em seu entender, um desafio sério para o setor: "Portugal em 2060

vai a população mais velha da União Europeia". Segundo Paulo Almeida, "é evidente que, até à saída da troika, houve um período de exceção. Perante o colapso económico e financeiro do SNS que colocava em causa a coesão social – as misericórdias foram muito importantes para manter essa coesão – havia o risco do fim do caráter universal e geral do SNS", reconheceu o deputado do CDS/PP. "Nós não diferimos assim tanto da Europa, devido à crise financeira", aludiu Paulo Almeida. "Perante o resgate financeiro", assumiu Paulo Almeida, "tínhamos de fazer face a um problema que punha em causa a continuidade do próprio Serviço Nacional de Saúde" e até realçou o facto de ter existido mais investimento, com o aumento, por exemplo, do número de camas da Rede Nacional de Cuidados Continuados, das cirurgias, bem como do número de centros de saúde.

Alargado o debate à plateia, foram essencialmente focados os constrangimentos devido às diferentes concepções nos cuidados de saúde primários (UCSP versus USF), as dificuldades de quem exerce a medicina em consultórios médicos, a destruição das carreiras hospitalares, as taxas moderadoras, as parcerias público-privadas, entre outros.



Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

“Podia ser muitíssimo pior”...

Foi assim que o ministro da Saúde se referiu ao atual estado da Saúde a propósito da recente publicação de um estudo do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE – IUL): “O Sistema de Saúde português no tempo da troika: A experiência dos médicos”.

Há afirmações que ofendem.

De tão levianas, de tão irrefletidas e de tão desrespeitosas para com os doentes e os médicos.

Segundo o estudo, 60% dos médicos dos cuidados de saúde primários e 40% dos médicos hospitalares referem constrangimentos por falta de material.

Mas... “Podia ser muitíssimo pior”. 47% dos oncologistas e mais de 50% dos urologistas referem pressões para não prescreverem terapêuticas inovadoras.

Mas... “Podia ser muitíssimo pior”. Quase 80% dos médicos internos consideram que a formação piorou e mais de 70 por cento dos orientadores referem já não disporem de tempo para formação.

Mas... “Podia ser muitíssimo pior”. Cerca de 60% dos inquiridos reconhecem que o abandono das terapêuticas aumentou nos últimos anos (85% na Medicina Geral e Familiar, 69 % na Psiquiatria, 51% na Oncologia). 57% referem que os

doentes têm faltado mais às consultas.

Mas... “Podia ser muitíssimo pior”.

Os níveis de desmotivação, insatisfação e as dificuldades económicas têm aumentado na classe médica, com situações dramáticas.

Mas... “Podia ser muitíssimo pior”.

Mas não, não podia ser muitíssimo pior! Podíamos estar numa situação muitíssimo melhor! Não fossem as decisões inábeis e desajustadas do Ministério estarem a afetar toda a qualidade do sistema de saúde. Exige-se sempre mais dos mesmos! Mais esforços, mais mérito, mais sacrifícios, mais paciência, mais resiliência.

Mas quando se trata dos governantes, não existe a mesma exigência. Para esses, o “insuficiente” transforma-se milagrosamente num “muito bom”.

As decisões que o Ministério tem tomado são desastrosas para a Saúde, para os doentes e para os profissionais. Todos os estudos independentes o têm comprovado. É indesmentível que o país tem hoje piores condições nos cuidados de saúde.

Faz parte da nossa cultura negar a fatalidade com o recurso a subterfúgios de otimismo. Perante a desgraça, achamos sempre que ainda temos muita sorte porque poderia ter corrido muito pior.

Vá... Este Ministério da Saúde não tem estado à altura das suas responsabilidades, mas “podia ser muitíssimo pior”. Podia mesmo???





Guarda: A desertificação de médicos

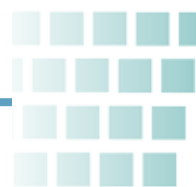
Durante dois dias, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos e vários elementos do Conselho Distrital da Guarda visitaram serviços hospitalares e centros de saúde integrados na Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda. A falta de profissionais, na esmagadora maioria das especialidades médicas, é um dos maiores problemas.

O início deste périplo pelo Distrito Médico da Guarda ficou assinalado com uma reunião, no dia 8 de julho, entre os responsáveis da Ordem dos Médicos (Carlos Cortes, Tiago Saraiva e António Mendonça) e o presidente do Conselho de Administração da ULS da Guarda, Carlos Rodrigues, bem como o diretor clínico, Gil Barreiros. Em funções desde o dia 2 de fevereiro, os responsáveis pela ULS deram nota do esforço dos profissionais médicos sem escamotear, no entanto, alguns problemas de conflitualidade nalguns serviços do hospital. Estimular a dinâmica de interação entre os cuidados de saúde primários e os serviços hospitalares, valorizar os recursos humanos e reafirmar a ligação com a Universidade da Beira

Interior, terminar a construção do centro de saúde de Figueira de Castelo Rodrigo (em fase adiantada de conclusão) foram alguns dos objetivos elencados.

Após esta reunião, seguiu-se a visita ao Centro de Saúde de Pinhel, cujo coordenador, Alexandre Raposo, destacou o principal problema: a escassez de recursos humanos médicos. Há, atualmente, no concelho de Pinhel, 3500 utentes sem médico de família. Apesar das excelentes condições (amplas salas de espera, gabinetes médicos, etc), o edifício do centro de saúde tem graves deficiências de construção (empreitada de 2007 com apoio do Programa Operacional da Região Centro). Depois da estada na cidade de Pinhel, conhecida como 'cidade

falcão', foi a vez dos responsáveis da OM visitarem o Centro de Saúde de Figueira de Castelo Rodrigo, prestes a deixar as provectas instalações do antigo hospital da Misericórdia. Porém, ainda antes de ser inaugurado o novo edifício, já são visíveis alguns obstáculos, uma vez que não ficou acautelado um espaço para o atendimento urgente. Glória Pinto, a atual responsável pelo Centro de Saúde de Figueira de Castelo Rodrigo, lamenta a escassez de recursos humanos médicos. "Neste momento, estou sozinha. A outra colega está de férias, outro médico reformou-se; atendemos muitas pessoas dos barcos do Douro. Temos atualmente 2800 utentes sem médico de família". É mais um exemplo em que o esforço e dedicação



Reunião CA ULS Guarda e membros OM: Tiago Saraiva (Conselho Distrital da Guarda OM), Gil Barreiros (diretor clínico ULS Guarda), Carlos Rodrigues (Presidente Conselho de Administração ULS Guarda), Carlos Cortes (presidente SRCOM), António Mendonça (CD Guarda OM)



António Mendonça (Conselho Distrital da Guarda OM), Glória Pinto (responsável Centro de Saúde de Figueira de Castelo Rodrigo), Carlos Cortes e Tiago Saraiva



Alexandre Raposo (Coordenador Centro de Saúde de Pinhel), Tiago Saraiva, Armando Sousa (Médico reformado), Carlos Cortes, António Mendonça



Conferência de imprensa no final da visita ULS Guarda: António Mendonça, Tiago Saraiva, Carlos Cortes e Cátia Zeferino (Conselho Distrital da Guarda OM)

dos profissionais tenta suplantar a ausência de recursos humanos.

Este primeiro dia terminou com uma reunião entre médicos internos.

O presidente da SRCOM, Carlos Cortes - acompanhado por Francisco Tavares e Cátia Zeferino, ambos do Conselho Distrital da Guarda da Ordem dos Médicos, e, também por José Manuel Rodrigues (membro do Conselho Fiscal da SRCOM) – no segundo dia desta visita à Guarda, inteirou-se da difícil realidade de alguns serviços do hospital. Mais uma vez, o denominador-comum que pode acarretar graves consequências nesta região da Beira Alta: o quadro de médicos é insuficiente.

"O distrito da Guarda sofre com a falta de profissionais na esmagadora maioria das especialidades médicas. Esse é o problema central da Saúde na região. Não resolver essa carência rapidamente poderá provocar o colapso dos cuidados de saúde", assumiu Carlos Cortes. Urge, pois, criar condições para aumentar o quadro de médicos no interior do País. Tal como referiu, na conferência de imprensa realizada no final do programa destes dois dias, a Ordem dos Médicos irá elaborar um "relatório exaustivo" para entregar aos responsáveis da ULS, à Administração Regional de Saúde do Centro e ao Ministério da Saúde.

Taxas na IVG?

Cinco pontos de reflexão

Artigo de Opinião para o Jornal de Notícias

Fui a favor da legalização da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) em ambos os referendos, mas não vou argumentar sobre IVG.

1. Considero tecnicamente que até (e para) uma mulher fazer uma IVG tem de estar grávida (confirmada por ecografia). Até completar a sua IVG deve ter os benefícios das grávidas - condição que lhe garante isenção de taxas "moderadoras".

2. Que haja benefícios laborais (dias de luto) por uma IVG tal como há por aborto espontâneo/provocado não sei se faz sentido, mas prefiro pecar por excesso que por defeito no que toca a informar (entidade patronal, p.e.) se a interrupção foi por escolha da mulher, se por decisão clínica.

3. Na defesa da introdução de taxas moderadoras na IVG, quase todas as caras foram as mesmas que lutaram pela sua não legalização. Ou seja, aquilo que não ganharam 'no jogo' querem ganhar 'na secretaria'.

4. Taxas moderadoras em 're-incidentes'! Querem fazer uma lista nacional de abortadeiras?! Registo centralizado de quem já o fez ou não?!

5. Quanto aos comportamentos de risco e responsabilização, o trabalho tem de ser feito ao nível da educação, da literacia, como para tantas outras doenças. Responsabilizar (estigmatizar, em algumas das opiniões) a mulher que faz uma IVG, não fazendo planeamento familiar, é o mesmo que começarmos a cobrar as contas dos enfartes do miocárdio a quem tem uma alimentação não saudável ou deixar de isentar os tratamentos decorrentes de cancro do pulmão a fumadores.

Rui Capucho

Especialista de Saúde Pública, Membro do CRNOM

Porto, 14 de Julho de 2015





"Um SNS de qualidade não é compatível com o actual ministro"

Miguel Guimarães, presidente do CRNOM em entrevista ao Jornal Médico [07 ABRIL 2015]

Em entrevista ao nosso jornal, Miguel Guimarães, presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, não hesita em afirmar que um Serviço Nacional de Saúde de qualidade não é compatível com a manutenção no cargo do actual ministro, a quem acusa de ter menosprezado de forma inaceitável doentes e profissionais de saúde. Diz, sem papas na língua, que na gestão de Paulo Macedo, as pessoas foram substituídas por indicadores de gestão e a desumanização ganhou terreno, alimentando o caos que por estes dias preenche os noticiários.

Defende que os médicos portugueses têm de ser melhor remunerados e tratados com a dignidade que merecem, sob pena de dia após dia serem mais os que optam por exercer além-fronteiras. Apontado por muitos como tendo o perfil que os tempos exigem a um bastonário, não descarta a possibilidade, condicionando-a à conjugação de um conjunto de variáveis de onde destaca as futuras competências e capacidade de intervenção da Ordem dos Médicos que resultarem dos novos estatutos... Neste momento alvo de revisão.

Jornal Médico | Defendeu recentemente que não é possível manter um SNS de qualidade e ao mesmo tempo manter o actual ministro. Está realmente convencido de que assim é?

Miguel Guimarães | O ministro da Saúde, ao abrigo do mito da sustentabilidade do SNS e à boleia do memorando de entendimento imposto pela troika, definiu como prioridade para o seu mandato a redução drástica do orçamento do Estado para a Saúde, o que conduziu a um incompreensível desinvestimento baseado em cortes "cegos" e com menosprezo inaceitável pela qualidade e humanização dos cuidados de Saúde. A sua preocu-

pação centrou-se essencialmente nos números e nos indicadores de gestão e não nas pessoas e na qualidade. E esta situação foi integralmente assimilada por muitos dos seus colaboradores a diversos níveis. Esta é a política de Saúde do ministro Paulo Macedo. Esta é a sua missão no Ministério da Saúde. Esta é a sua imagem de marca. De resto, todos os estudos que têm sido publicados e apresentados nos últimos anos apontam para uma deterioração preocupante da qualidade do SNS. Por isso não acredito numa mudança estratégica na política de Saúde, centrada nas pessoas e na qualidade, sob a liderança do actual ministro.

JM | A falta de profissionais tem sido apontada como uma das principais causas das situações de caos que se viveram em alguns serviços de urgência, de Norte a Sul do País... A situação é assim tão alarmante?

MG | A situação é alarmante por vários motivos. Desde logo, por deficiente organização e planeamento do trabalho dos profissionais de Saúde a que se associam escalas de serviço de urgência incompletas e sem o reforço obrigatório nos meses habitualmente mais problemáticos. Adicionalmente, em alguns casos, não existem equipas médicas organizadas e entrosadas, como consequência da contratação de

médicos tarefeiros através de empresas prestadoras de serviços em detrimento da abertura de concursos públicos para a contratação dos médicos necessários. As empresas prestadoras de serviços não garantem muitas vezes os acordos realizados, a qualidade nem sempre é assegurada, a responsabilidade não tem face e o incumprimento não é punido. Concomitantemente, a associação explosiva entre a contenção de custos (para obter melhores resultados na gestão dos números), a redução drástica da composição das equipas de Saúde e a imposição de sobreposição de tarefas hospitalares, agravam ainda mais a situação. Se agregarmos a este conjunto de factores o desinvestimento no papel fundamental dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com encerramento de centros de saúde e serviços de atendimento alargado ou permanente, o desinvestimento nos serviços de internamento hospitalares, acompanhado do encerramento de milhares de camas, a ausência de uma aposta clara nos cuidados continuados que permitiria descongestionar os internamentos hospitalares e consequentemente os serviços de urgência, e a destruição dos cuidados de Saúde de proximidade ao nível dos pequenos hospitais concelhios e ao nível da medicina privada com a imposição de regras inaceitáveis aos consultórios e pequenas clínicas médicas, “empurrando” os doentes para os grandes hospitais públicos e privados, fica substancialmente explicada a história clínica do caos vivido nas urgências hospitalares.

JM | A verdade é que o número de médicos afectos ao SNS tem vindo a aumentar consistentemente, desde 2008, tanto nos CSP, como nos Hospitais, de acordo com o último balanço social do Ministério

da Saúde... Como explicar a contradição?

MG | Em primeiro lugar, vamos partir do princípio de que o balanço social do MS 2013, elaborado pela ACSS, que refere está correcto. E isto porque os dados disponibilizados pelas várias fontes do Ministério da Saúde são muitas vezes contraditórios entre si. No balanço referido, e entre 2011 e 2013 o número de médicos aumentou muito ligeiramente tendo diminuído em contrapartida e de forma mais substancial o número de enfermeiros e o número de técnicos de diagnóstico e terapêutica. Em segundo lugar, o estudo de evolução prospectiva de médicos no sistema nacional de Saúde, coordenado pela Prof.^a Paula Santana e publicado em 2013, revela-nos alguns dados preocupantes que podem ajudar a compreender a contradição.

Por exemplo, em quase todas as especialidades os médicos com mais de 50 anos são a clara maioria. Por exemplo, na Anestesiologia e na Medicina Interna são 56%, na Radiologia são 60%, na Patologia Clínica são 81%, na Cirurgia Geral são 69%, na Medicina Geral e Familiar são 80%. Por outro lado, entre 2002-2011 aumentaram em 8,3% o número de médicos hospitalares, mas diminuíram em 10,9% o número de médicos de Medicina Geral e Familiar e em 24,4% o número de médicos de Saúde Pública. Por outro lado, o número de médicos nos internatos médicos aumentou 36,1%, o que significa para quase todas as especialidades uma capacidade de reposição superior a 20%. Em terceiro lugar, o estudo publicado pela ACSS em 2011 (“Actuais e Futuras Necessidades Previsionais de Médicos – SNS) revela-nos uma insuficiência de médicos em alguns hospitais e um excesso de médicos noutros hospitais. Aos resultados de todos estes estudos, e para com-

preender melhor a contradição, temos que adicionar as alterações realizadas nos últimos anos ao nível dos cuidados de Saúde de proximidade e, em particular, ao nível da Medicina Geral e Familiar, como já referido anteriormente. A redução brutal ao nível do número e do valor das horas extraordinárias que condicionou de forma marcada o funcionamento dos serviços de urgência. A assimetria acentuada na distribuição dos médicos que não respeita minimamente critérios de proporcionalidade ou de equidade, que se tem agravado nos últimos anos, e tendencialmente concentra a maioria dos médicos nos grandes centros urbanos. E, finalmente, a incompreensível falta de organização e planeamento dos responsáveis políticos.

JM | O facto de os médicos de família já quase não “fazerem bancos” pode de algum modo explicar a situação de “pré-colapso” a que se chegou?

MG | Não. Os médicos de família não têm que fazer “bancos”. Os médicos de família têm que assegurar os Cuidados de Saúde Primários que constituem a pedra basilar do nosso SNS. De resto, se não tivessem sido encerrados vários centros de saúde e horários alargados de atendimento e serviços de atendimento permanente, a resposta dos Cuidados de Saúde Primários a situações clínicas agudas não urgentes teriam seguramente evitado a situação de “pré-colapso” a que se chegou.

JM | Outra crítica recorrente é a da alegada falta de resposta dos Cuidados de Saúde Primários às situações de doença aguda não emergente. “Enquanto a reposta dos Cuidados de Saúde Primários não for a adequada, as urgências hospitalares vão estar permanen-



temente congestionadas em períodos de maior procura”, justificou, há dias, a Ordem. O que se defende exactamente?

MG | Tal como já foi abordado, os doentes com situações clínicas agudas não urgentes deveriam recorrer em primeira instância aos Cuidados de Saúde Primários. Mas, para que os cidadãos possam optar pela via referida é necessário, em primeiro lugar, que exista disponibilidade alargada ou permanente dos Cuidados de Saúde Primários para atender os doentes (o que foi seriamente limitado pelas opções políticas de encerramentos de centros de saúde e serviços de atendimento permanente), em segundo lugar, que os serviços de atendimento alargado/permanente estejam minimamente equipados para que possam dar uma resposta eficaz à imensa maioria das situações clínicas, em terceiro lugar, que seja implementada uma campanha de informação inteligente e global sobre as principais situações clínicas que permita aos portugueses tomar decisões informadas no momento de recorrer aos cuidados de Saúde.

JM | Como resolver o insólito de 78% dos recursos humanos da Saúde estarem nos hospitais e apenas 22% nos CSP? Mais médicos? A Ordem tem acenado para o perigo de desemprego a manter-se o actual número de vagas para a especialidade de MGF...

MG | A percentagem relativa da especialidade de MGF versus todas as outras especialidades hospitalares é variável de acordo com vários factores, e depende da política de Saúde implementada, das opções estratégicas e de planeamento, e das necessidades previstas de acordo com a frequência das patologias e planos específicos de prevenção de doenças. Os estudos já mencionados anteriormente permitem-

-nos ter uma ideia aproximada das necessidades de médicos nos hospitais, nos Cuidados de Saúde Primários, nos cuidados continuados, nos cuidados paliativos e na Saúde pública. De qualquer forma, a relação entre a MGF e as outras especialidades médicas deverá rondar os 25 / 75%. É verdade que, neste momento, existem portugueses sem médico de família. Situação que resultou da falta de planeamento na formação ao longo dos anos, acompanhada do elevado número de médicos que optou nos últimos anos pela reforma antecipada devido às alterações penalizadoras das condições das reformas impostas pela austeridade assumida. Neste momento, o número elevado de médicos internos de MGF em formação é claramente suficiente para resolver a situação actual, incluindo as reformas que entretanto aconteçam. O número relativo de vagas para as diferentes especialidades médicas deve ser aferido e adaptado em função das capacidades formativas e das necessidades do país.

JM | Aqui há dias tivemos a “crise” dos anestesiológicos, com o Ministro a afirmar que não se opera mais porque há falta destes especialistas... E o colégio da especialidade a garantir que não só tem mais membros, como se opera mais... Ainda que muitos tenham emigrado. Em que é que ficamos?

MG | Ainda bem que me coloca esta questão. O ministro da Saúde tem sabido gerir publicamente, muitas vezes de forma abusiva e utilizando os médicos como bode expiatório, as opções erradas da sua política de Saúde. Todos os anos afirma que se fizeram mais consultas e mais cirurgias. E depois, devido a uma qualquer crise num hospital público, dispara de imediato dizendo que não se opera

mais porque há falta de anestesiológicos. E cria um facto político, que obrigou o Colégio de Anestesiologia a esclarecer publicamente a situação salientando que existem hoje mais 20% de anestesiológicos e mais 33% de cirurgias no SNS que há 8 anos. Os números publicados pelo ministro da Saúde em princípio estarão correctos. O que desde logo encerra a polémica e responde à sua pergunta. No entanto vale a pena fazer uma pequena reflexão. A polémica sobre a falta de anestesiológicos envolveu sobretudo hospitais do sul do país. A especialidade de anestesiologia teve uma evolução muito significativa nos últimos anos desenvolvendo novas competências e alargando as suas funções, o que criou a necessidade de mais anestesiológicos nas unidades de Saúde. Por outro lado, esta situação levou a que a Ordem dos Médicos aumentasse em um ano o internato da especialidade de Anestesiologia (passou de 4 para 5 anos). O agravamento das condições de trabalho e remuneratórias (em muitos casos com perdas superiores a 30%) ‘empurrou’ muitos médicos para a emigração e para o sector privado. As alterações introduzidas nos novos horários de trabalho obrigam a que uma parte substancial do trabalho dos médicos possa ser realizada no serviço de urgência (até 45% do tempo) em prejuízo da actividade programada (como por exemplo cirurgias). Ainda existem muitos médicos no sector público com horários de 20 horas semanais, sobretudo em algumas especialidades que o ministro considera carenciadas. As horas extraordinárias foram reduzidas a mínimos históricos quer no número de horas permitido quer no valor da hora extra. Os concursos regionais fechados para a contratação de médicos especialistas têm constituído uma verdadeira

aberração a vários níveis (que podemos escalpelizar se assim o entender) com tempos de colocação que ultrapassam em muitos casos os 12 meses. Em resumo, apesar de todas as dificuldades criadas pelo ministro, os especialistas de anesthesiologia têm dado um contributo inestimável para os indicadores de produção hospitalares conhecidos.

JM | Com o País de mão estendida, deprimido, faz sentido pedir para os médicos portugueses salários idênticos aos que se praticam, por exemplo, em Inglaterra, para os manter por cá?

MG | Os médicos portugueses são mal remunerados e não têm sido tratados com a dignidade que merecem. Deveriam ser remunerados de acordo com o nível de responsabilidade que têm na sociedade civil (o que aliás é bem patente na comunicação social). Na Europa, com excepção da Grécia, apenas alguns dos países de leste têm remunerações inferiores às praticadas em Portugal. Não quero dizer com isto que os médicos em Portugal deveriam ter salários idênticos aos que se praticam em Inglaterra (em média cerca de 3 vezes superiores). Mas deveriam ser claramente melhorados. De resto, a contratação de médicos não especialistas a Cuba envolveu valores muito superiores (cerca de 2-3 vezes) aos praticados em Portugal. Repare que manter e apostar na juventude e nos nossos melhores valores é dar um passo em frente para acabar com a depressão e responder positivamente aos desafios económicos e financeiros que temos pela frente.

JM | Como avalia o desperdício que constitui Portugal estar a deixar sair profissionais que custaram ao País centenas de milhões de euros a formar? Deveria ser criada, nos cursos de Medicina,

uma “salvaguarda de investimento” do tipo “permanência no SNS durante pelo menos “x” número de anos?

MG | Um desperdício traduzido em muitas centenas de milhões de euros, para manter um modelo de financiamento das Universidades que já não faz sentido no momento actual e agradar à sociedade civil que decide eleições. Uma pequena reflexão. As capacidades formativas dos cursos de Medicina estão claramente ultrapassadas (em largas centenas de vagas) e neste momento a formação prática dos estudantes de Medicina está a ser seriamente prejudicada. Portugal não precisa de formar anualmente mais de 1500 médicos para responder correctamente e já em excesso às necessidades do país (todos os estudos realizados sobre esta matéria apontam num sentido semelhante). No momento actual, o Estado português não consegue garantir “lugar” no SNS para todos os especialistas resultantes de todos os jovens médicos que se formam no país (cerca de 1900). E por isso, a “salvaguarda de investimento” não faz sentido. O que faz sentido é planear correctamente as necessidades do país, investir fortemente na qualidade da formação pré e pós-graduada e atrair os jovens especialistas com condições de trabalho que lhes permitam aplicar todo o seu potencial e ajudar a desenvolver a Medicina e a qualidade dos cuidados de Saúde. É isto que fazem nos países ricos. E quando precisam de mais alguns médicos contratam-nos externamente aos países pobres como nós, que continuam a não saber combater o desperdício e preferem continuar com medidas de austeridade que cada vez afundam mais o próprio país.

JM | Aqui há dias foi anunciado um “pacote” de medidas visando

cativar os médicos. São suficientes?

MG | É positivo que o ministro se tenha finalmente lembrado de tentar resolver o problema das áreas mais carenciadas e desfavorecidas. No entanto, as medidas anunciadas não me parecem suficientes. O pacote de medidas proposto para fixar médicos nas zonas mais carenciadas não tem consistência temporal (passa rapidamente dos 900 euros para os 275 euros) nem é suficientemente mobilizador. No caso dos médicos aposentados apenas alarga o período de contratação dos mesmos sem qualquer benefício adicional temporal que estimule a procura, e no caso da mobilidade parcial para locais que distem mais de 60 km entre si terá que ser avaliado caso a caso, sendo que os 200 euros de ajudas de custo terão um peso diferente em função das distâncias consideradas, centrado no tempo gasto em viagens, em combustível, em portagens, na alimentação e eventual estadia, e nas complicações subjacentes a este tipo de situação. A proposta global apresentada não me parece que evite a “fuga” de médicos para o sector privado ou para outros países. Quando se pretende fixar médicos ou outros profissionais em áreas mais carenciadas temos que ser mais convincentes, tal como acontece noutros países. Por exemplo, uma redução substancial nos impostos directos durante 5 ou mais anos, facilidades objectivas na habitação, prioridade na colocação da família directa, melhoria substancial das condições de trabalho com acesso fácil a praticar uma Medicina de acordo com as boas práticas médicas, possibilidade de desenvolver projectos de investigação clínica ou desenvolvimento de técnicas específicas, possibilidade de colocação de outros profissionais que permitam constituir um



grupo de trabalho coeso e com alguma massa crítica, etc.

JM | Sustentabilidade. Nos últimos tempos não se fala de outra coisa... O actual modelo de SNS é sustentável?

MG | Já esperava esta pergunta. O ministro da Saúde conseguiu, desde o primeiro dia e de forma inteligente introduzir a questão da sustentabilidade do SNS. E porquê? Porque a sua missão e seu objectivo final, tal como foi dito no início desta entrevista, centrou-se na redução drástica do orçamento do Estado para a Saúde sem qualquer preocupação pela qualidade e humanização dos cuidados de Saúde. Perguntar se o SNS é sustentável é o mesmo que perguntar se o nosso país é sustentável. Falamos muito em sustentabilidade do SNS mas não falamos tanto em sustentabilidade de outras áreas de intervenção pública. Em 2013 o orçamento de estado para a Saúde foi cerca de 5% do PIB. No mesmo ano a execução orçamental geral per capita foi de 5.446,7 euros. E o orçamento per capita para a Saúde foi de 825,1 euros. Um dos valores mais baixos dos países da OCDE. De acordo ainda com os dados mais recentes da OCDE, as medidas de contenção da despesa efectuadas pelo Governo no sector da Saúde fizeram com que Portugal acabasse por cortar o dobro do que era exigido no memorando de entendimento com a troika. O estudo da Universidade Nova de Lisboa realizado recentemente sobre a sustentabilidade na Saúde evidenciou de forma clara que cortes substanciais na Saúde têm um reflexo negativo marcado nos doentes e na economia nacional. Por exemplo, o estudo salientou que, em 2014, cada português faltou em média cinco dias ao trabalho por motivo de doença, o que representou um prejuízo de cerca

de dois mil milhões de euros por via dos salários. Por isso, não me parece que o caminho a seguir seja de reduzir ainda mais o orçamento de Estado para a Saúde mas sim o inverso. Temos que apostar claramente na sustentabilidade do SNS investindo e não subtraindo. Temos que promover a Saúde e o envelhecimento activo para reduzir a carga de doença e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Temos que apostar fortemente na prevenção da doença. Temos que introduzir um factor de combate inteligente ao desperdício. Temos que introduzir um factor de incentivo para melhorar a qualidade dos cuidados de Saúde. Temos que promover uma reforma do SNS que conserve o seu património genético e permita melhorar os cuidados de proximidade e a qualidade da Medicina.

JM | Qual o papel a desempenhar pelo sector privado?

MG | O sector privado tal como o sector social terão sempre, no contexto da organização do nosso sistema de Saúde, um papel complementar do SNS. A este propósito lembro que actualmente o sector privado representa cerca de 40% do valor da despesa em Saúde (e que resulta directamente do bolso dos portugueses).

JM | Inovação... Outra palavra “mágica” nos tempos que correm. Deve ser integrada a qualquer custo? Como compatibilizar a máxima “uma vida não tem preço” com o facto de o país não ter dinheiro para suportar alguma da tecnologia que já se vislumbra no horizonte?

MG | A inovação terapêutica e tecnológica constitui um desafio que todos temos que ganhar. Temos que distinguir claramente a “verdadeira” da “falsa” inovação. Deve ser revista e encontrada uma forma

socialmente mais justa de estabelecer o preço da inovação terapêutica ou tecnológica. A introdução da inovação deve ser correctamente avaliada e deve existir partilha do risco. A investigação científica e tecnológica tem custos demasiado elevados que devem ser discutidos e avaliados de forma aberta e transparente. O Estado português deve investir e promover internamente um maior desenvolvimento de linhas de investigação que possam contribuir para diminuir o preço da inovação. Em algumas situações limite (de medicamentos excessivamente caros) é lícito e desejável que seja promovida uma “central de compras” a nível europeu ou que reúna alguns países interessados, no sentido de encontrar um preço mais equilibrado e justo para algumas terapêuticas inovadoras. Seja como for, os médicos estarão sempre obrigados a cumprir o seu Código Deontológico, actuando de acordo com as boas práticas médicas.

JM | Tem sido apontado como “próximo Bastonário”. Exclui a possibilidade ou...

MG | O cargo de Bastonário é um cargo de grande responsabilidade, que obriga a uma grande capacidade de liderança e de intervenção e a uma disponibilidade quase permanente. Neste momento a Ordem dos Médicos é bem liderada pelo Prof. José Manuel Silva, que ainda tem à sua frente quase dois anos de mandato. Actualmente estão a ser discutidos os Estatutos da Ordem dos Médicos. A sua versão final ditará as futuras competências e capacidade de intervenção da Ordem dos Médicos. A possibilidade de uma candidatura a Bastonário dependerá da integração de todas as variáveis referidas. Temos que esperar!



Luiz Miguel Santiago

Especialista em MGF, MD, PhD, Professor Associado Convidado da UBI

Contributo para a melhoria dos registos em consulta

Os registos clínicos são um aliado essencial à vida clínica, permitindo armazenar dados objectivos e impressões subjetivas médicas, acerca de cada consulta. Mais do que um mero arquivo, as anotações clínicas são parte integrante da evolução da história daquele que procura o médico e que pode, ou não, ter questão sobre doença ou sentir-se doente, assim se considerando que quem procura conselho vem a consulta, sendo um consulente. Os registos servem de suporte clínico e mesmo legal, refletindo a qualidade dos cuidados médicos e contribuindo ainda para formação e investigação.^{1,2}

Na consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF) com a crescente carga de trabalho, a redução do tempo de consulta, o aumento do número de motivos de consulta e o crescendo de problemas psicossociais, a reflexão, quanto à qualidade e quantidade de informação a registar, deve ser feita.²

Recorrendo à ICPC-2 parece que se têm substituído registos clínicos por um repositório seco de códigos, empobrecendo e ameaçando a compreensão e inteligibilidade dos registos e história clínica.³

Pelo acima decidimos acima construir um guião de anotações clínicas estruturadas (ACEC-MGF) [ver quadro] em consulta de MGF e verificar a sua aplicabilidade e dificuldades de uso.

O documento base foi obtido após “brain-storming” em Outubro de 2013, num pequeno grupo de formação em MGF, onde foi organizado o tipo de informação, anotações clínicas, a colocar em S, O, A e P. Seguiu-se o pedido de análise a um conjunto de 10 peritos médicos de MGF, que à data já haviam publicado sobre o tema em Portugal, para crítica e sugestões de melhoria, o que ocorreu até ao fim e Março de 2014, em várias rondas de contactos incorporando sempre as críticas e sugestões. Foram depois feitas sessões para apresentação do instrumento, entre Maio e Outubro, precedidas de pequena nota de enfoque, em Núcleos de Formação em MGF no Centro de Portugal, totalizando uma assistência de 64 Internos de especialidade e 30 Orientadores de Formação. As opiniões, com base na experiência profissional, foram registadas no momento, numa análise S (Strength ou força) W (Weakness ou fragilidade),

O (Opportunity ou oportunidade) e T (Threat ou ameaça) à qual juntámos um pedido de informação sobre aplicabilidade e dificuldades. Foi também pedida e integrada, a análise de 14 médicos de outros pontos do País sendo ou não orientadores de formação em MGF, via correio eletrónico que foram convidados a registar eles próprios as suas opiniões e conclusões, directamente na apresentação que receberam. Foi obtido o parecer positivo da Comissão de Ética da ARS do Centro.

A análise SWOT revelou mais registos “S e O” que “W e T” e a aplicabilidade superaram as dificuldades.

Como **forças** foram apresentadas: “Seguimento da doença e elaboração de relatórios médicos, Esquematização da consulta, Enunciação real dos motivos de consulta, Checklist orientadora de uma consulta, Normalização dos dados colhidos, Simplificação de informação em parâmetros mensuráveis, Informação completa, sistemática e ordenada por linhas de raciocínio clínico lógicas, Registo estável entre consultas, permitindo ser auditável e Flexibilidade (a “voz” do consulente)”;

Como **fraquezas** “Esquema muito exaustivo para algumas consultas, Mnemónicas difíceis, Registos taxativos, como *checklist* e Demora mais tempo”;

Como **oportunidades** “Correcção anotação da consulta traduz em ganhos de saúde, Maior fácil colher dados para investigação, Evolução da prática clínica (plano da gestão e política de saúde), Registos clínicos homogéneos (investigação/análise desempenho), Modelo mais próximo de uma medicina centrada no consultante e Novo modelo de registo”;

Como **ameaças**: “Pressão assistencial, Excesso de indicadores de desempenho e burocracia, Possibilidade de limitar consulta a conjunto de passos, Vinculação aos sistemas informáticos comprometendo relação médico-doente, Registo extenso compromete performance e qualidade da consulta, Falência do sistema informático, Desorganização dos centros de saúde e Imposição de consultas cada vez mais curtas”.

Quanto à **aplicabilidade**: “Com treino no internato terá aplicabilidade quase instintiva, Mnemónicas como guia mental passo a passo no registo, Reduz utilização de registos com codificação que se torna inconsequente para o futuro, Dependente de uma boa aplicação informática, facilitadora”

Como **Dificuldades** “Consumo de tempo de consulta para a realização do registo (sem treino prévio), Necessidade de formação dos médicos, Dependente de formação dos utilizadores, da motivação e da rapidez de introdução de dados informaticamente, As actuais aplicações informáticas médicas deficitárias”.

S	<p>Informações sobre o caso, por auto-iniciativa ou após ser questionado pelo médico para esclarecimento.</p> <p>Escrever e fazê-lo em voz alta, quando estiver tudo esclarecido. Pode haver vários motivos de consulta (a numerar). O motivo pode ser consulta agendada por médico ou por consultante.</p> <p>1 – A razão ou o motivo da consulta: “sic” é desejável (QCDPF / EPR).</p> <p>O quê,</p> <p>Como,</p> <p>Desde quando</p> <p>Que percepção do consultante sobre o que lhe aconteceu;</p> <p>O que foi feito;</p> <p>A escrita deve ser na positiva e pode ser escrita a resposta negativa a perguntas realizadas.</p> <p>2 – Expectativas, preocupações, receios na óptica do consultante (EPR):</p> <p>Questões colaterais ou independentes – ex: agendas ocultas – surgidas na sequência das levantadas inicialmente, mesmo se surjam depois de exploração pelo médico, mas se verbalizadas pelo consultante.</p>
O	<p>1 – Dados de exame objectivo orientado para o(s) problema(s) em exame: Físico e Mental (Choro? Mímica? Postura? Expressão? Coerência de discurso e ideação?);</p> <p>2 - Pontos notados pelo médico (ou por notas de outro profissional de saúde) durante o exame físico:</p> <p>Dados de inspecção, palpação, percussão e auscultação e de outras manobras ou exames efectuados.</p> <p>3 - Resultados de MCDTs ou conteúdo de cartas de outros médicos;</p> <p>4 - Registo sistemático da avaliação do estado físico e psíquico (como está comparando com o passado).</p>
A	<p>Classificar diagnósticos, mesmo que diferenciais e anotar raciocínios clínicos sistémicos (ICPC2).</p>
P	<p>Anotar fluxograma de decisões prevendo resultados de exames ou de evolução do quadro clínico, para fundamentar a decisão médica. Neste caso pode ser importante detalhar o plano.</p> <p>Escrever resumidamente (os vários pontos em e/ou): (ETE- EDP)</p> <p>1 - Explicação sucinta sobre o explicado, centrando no consultante;</p> <p>2 - Plano Terapêutico (farmacológico ou não farmacológico) acordado;</p> <p>3 - MCDTs pedidos; - possibilidade de intervenções futuras no caso de estes exames apresentarem determinados resultados;</p> <p>4 - Recomendações e educação para a saúde: Explicitar contratos e combinações, quer para o consultante quer para a família, para recordar no futuro e retomar nas consultas posteriores;</p> <p>5 - Procedimentos administrativos: CIT e outros documentos; ressaltando termos particulares em que são emitidos ou finalidades dos mesmos;</p> <p>6 - Planificação de cuidados (agendamento de consultas e referênciação [onde/quem e porquê]).</p>

Podemos então pensar que o escasso número de artigos publicados em Portugal sobre esta temática e o seu teor discordante, implica reflexão sobre a quantidade e qualidade de registos, anotações e codificações, na consulta.

A satisfação dos painéis consultados - realçando características positivas e a aplicabilidade do instrumento proposto – supera os inconvenientes e problemas apresentados: A novidade, o receio e o, até à altura, desconheci-

Notas:

1. Queiroz MJ. SOAP Revisitado. Rev Port Clin Geral. 2009;25:221-7.

2. Santiago LM. Anotações, codificações e registos na consulta de Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral. 2011;28:313.

3. Pinto D, Corte-Real S. Codificação com a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) por internos de Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral. 2010;26:370-82.

4. Simões J a. A consulta em Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral. 2009;25:197-8.

5. Braga R. Os registos clínicos e a codificação. Rev Port Med Geral e Fam. 2012;28:155-6.

6. Salgado R. O que facilita e o que dificulta uma consulta. Rev Port Clin Geral 2008;24:513-8

mento. Pretende-se que o ACEC-MGF seja apenas a criação de um auxílio clínico à esquematização do raciocínio, traduzindo-o em palavras para o sistema informático ou de papel, beneficiando, igualmente o doente que recorre à consulta.⁶ Foi realçado como aplicabilidade o facto de poder existir uma diminuição de registos apenas com uma codificação que se pode tornar inconsequente – “Reduz utilização

de registos com uma codificação que se torna inconsequente para o futuro” e evita a criação dos chamados “doentes difíceis”.^{4,5,6} Julgamos assim que o ACEC-MGF, criado para a recolha de informação, e com carácter orientador, pode funcionar como um guia para a informação, em qualidade e quantidade, a recolher em cada consulta, mesmo que deva agora ser verificada a sua aplicabilidade.

Luiz Miguel Santiago (*), Débora Batista (), Philippe Botas (***), Rosa M Carvalho (***), Carolina D Pereira (***), Ana R Magalhães (***), Joana M Penetra (***), Paula R Miranda (†) e Maria da Glória Neto (§).**

(*)MD Consultor Assistente Graduado Sénior de Medicina Geral e Familiar; PhD Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

(**) MD Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

(***) MD; Interno de Especialidade de Medicina Geral e Familiar, USF Topázio, ACES Baixo Mondego.

(****) MD, Assistente de MGF ACES

(†) MD, Assistente de MGF, USF Vitasaurium CAES Baixo Mondego.

(§)MD, Consultora, Assistente Graduada de MGF, USF Topázio, ACES Baixo Mondego

ACORDO QUADRO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS JÁ ESTÁ DISPONÍVEL

Sabia que o Acordo Quadro de prestação de serviços médicos permite que os concorrentes sejam pessoas singulares ou coletivas?

Pode consultar as peças do procedimento em www.catalogo.min-saude.pt e submeter a sua proposta na Plataforma Eletrónica de Compras Públicas da Área da Saúde S-COMPRAS em www.comprasnasaude.pt



SPMS
EPE
Serviços Partilhados do
Ministério da Saúde



**GOVERNO DE
PORTUGAL**
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Concurso publicado: Jornal Oficial da União Europeia - Anúncio de concurso 2015/S 138 -254784 de 21/07/2015;

Diário da República - Anúncio de procedimento n.º 4354/2015, publicado no DR II Série n.º 137 de 16/07/2015



José Mário Martins

Médico Estomatologista

Sr. Dr., dá-me licença que morra?

Andava há vários meses com vontade de escrever este texto, depois de ter começado a ler o livro “Ser Mortal”, do cirurgião Atul Gawande, cuja leitura me atrevo a recomendar. Vontade que foi aguçada depois de me ter chegado às mãos o último número da ROM.

Contudo, foi uma anedota contada por um padre que me levou à decisão.

Perguntou ele:

“Qual é a diferença entre Deus e um médico?”

Como não obtivesse resposta, disse:

“É que Deus sabe que não é médico!”

A Sociedade assistiu, nos últimos 60 anos, a descobertas de tal modo importantes no campo do combate às doenças que quase esqueceu a verdade básica de que o Homem é um ser finito, começando a endeusar a tecnologia e, de caminho, o Médico detentor da capacidade de administrar.

Por outro lado, gerações de Professores de medicina transmitiram aos seus alunos a ideia de que eles tinham a obrigação de “salvar” cada um dos seus doentes, usando a última tecnologia,

administrando o mais recente dos fármacos, prolongando-lhe a Vida “custe o que custar”.

E assim, paulatinamente, se foi instalando, nuns e noutros, a ideia de que a ciência era capaz de responder a todas as solicitações e o médico de possuir dons de dar a Vida, sem limitações.

Sei que muitos dos que já conseguiram chegar até aqui estarão a pensar que estou a ser exagerado e delirante. Antes de terminarem já a leitura, não se vão sem antes aceitar um pequeno desafio!

Tente, cada um, no seu mais profundo íntimo, responder a estas duas simples questões:

“- Sou capaz de dizer a um doente meu que, independentemente de tudo o que a Medicina pode fazer pelo seu caso concreto, ele irá morrer em poucos meses?”

“- Como queria eu passar o meu tempo se recebesse a notícia de ser portador de uma doença que sei vir a ser fatal em poucos meses?”

Certamente serão muito distintas as reacções e a forma como cada um aproveitará o tempo com alguma qualidade que lhe restará, mas provavelmente

muitos de vós responderam à segunda questão com um categórico “Não” a um fim de vida prolongado artificialmente através do recurso a uma hospitalização cuja única finalidade é prolongar, sem qualquer ganho objectivo, a duração de uma vida que, objectivamente, já deixou de ser vivida.

Porém, só verdadeiramente haverá liberdade para todos os que fizerem esta escolha quando o País tiver repensado o seu Sistema Nacional de Saúde, fazendo a reflexão sobre onde, como e quando estamos dispostos a gastar os recursos financeiros que destinamos à Saúde. Enquanto País, temos que pensar se queremos viver ao ritmo dos calendários eleitorais, com medidas que apenas respondem ao imediato, ou se queremos pensar a médio/longo prazo nas questões estruturantes como é o caso da Saúde.

Sabedor de que Portugal está à beira de uma catástrofe demográfica, defensor que sou, desde há muitos anos, da Medicina de Proximidade, venho propor que iniciemos a discussão sobre uma figura de que pouco se fala entre nós: - O cuidador informal.

O cuidador informal é, numa definição livre, aquele que assume a responsabilidade da assistência a uma outra pessoa que, por razões de diversa ordem, sofre de patologia, de natureza e grau variável, que a incapacita e torna dependente de terceiros para a realização das tarefas básicas do dia-a-dia, como sejam a alimentação, higiene, toma de medicamentos, acompanhamento a consultas, gestão das finanças pessoais, entre outras. Esta assistência é prestada por alguém – familiar, vizinho, amigo – que já pertencia ao círculo próximo da pessoa que necessita de ajuda, e poderá assumir a forma graciosa ou remunerada. O cuidador informal, ao contrário do cuidador formal, não tem necessariamente que ter as competências legalmente exigidas para o exercício de profissão da área da saúde. Sendo que a figura do cuidador informal não se restringe, como resulta do que ficou escrito, a alguém destinado a acompanhar outro nos momentos terminais da Vida, também aqui pode desempenhar um papel determinante.

A sua existência é determinante para permitir que aqueles que assim o desejem possam terminar os seus dias fora do ambiente impessoal e distante de uma cama de hospital ou de uma unidade cuidados continuados ou paliativos.

Uma rede de cuidadores informais, apoiada numa rede de cuidadores formais da área dos cuidados continuados e paliativos, pode prestar um amparo domiciliário efectivo, extremamente importante e profundamente humano, é algo que, na minha opinião, merece ser discutido.

Importa perceber que o que está aqui em causa não é uma visão ultra-liberal do conceito de “cuidar”, que defende que a responsabilidade deve caber exclusivamente à família. Antes, uma visão complementar, em que o papel insubstituível do Estado enquanto prestador de cuidados à pessoa dependente pode, numa situação de mútuo benefício (“win-win”, como agora se diz), proporcionar a prestação desses mesmos cuidados no local e modo que mais agradam ao doente. É a tão falada “capacitação” do

doente, humanização da Saúde e gestão proficiente de recursos finitos.

Para tanto, sugiro que se busquem exemplos na Grã-Bretanha, nos países do Norte da Europa ou noutros mais distantes, como a Austrália e a Nova Zelândia, deles retirando o que tiverem de positivo.

Aos quase 55 anos, sei que já me não resta viver tanto quanto já vivi! Sei, também, que o que me resta viver não terá, em termos físicos e mentais, a mesma qualidade que o já vivido. Nada disso temo. A nada disso viro a cara. Assusta-me, contudo, a maneira e o local que, por mim, possam escolher para a minha morte. Por isso, os meus familiares são fiéis depositários da minha informal Declaração Antecipada de Vontade.

Não quereria ter que pedir licença a um médico para morrer, onde e como entendo, quando tiver chegado a minha hora. Porque, se Deus sabe que não é médico, eu tenho a certeza de que nenhum médico é Deus.

Declaração de interesses:

Sou frontalmente contra a eutanásia. Sou completamente a favor dos cuidados continuados e paliativos, da Declaração Antecipada de Vontade (DAV) e da existência de cuidadores informais. Não possuo qualquer ligação a unidades de cuidados continuados ou paliativos e sou – tento ser – cuidador informal da minha sanidade mental.



Cristina Ferreira Tavares

Médica Interna do 1º ano de Medicina Geral e Familiar na USF S. Félix/Perosinho – ACeS Espinho/Gaia

Tu cá, tu lá

Como interna de 1º ano de Medicina Geral e Familiar, muitas são as vezes em que os doentes se dirigem a mim como “Ó menina...?”, ficando muito surpreendidos quando constatarem que já sou médica (“Oh... tão novinha e já é médica?”, “é estagiária ainda, não é?”). Fosse apenas o lado carinhoso dos doentes a estar implicado na questão e não teria mote para refletir nestas linhas.

De facto, não raras vezes, subjacente ao ar incrédulo dos doentes, persiste uma noção de inexperiência atribuída aos médicos mais jovens. Assim, a aparente reação inicial simpática dos doentes é seguida, irrefletidamente de atitudes de descredibilização: “Hoje tenho um assunto muito importante a resolver, mas tem de ser com o Sr. Dr. pois vocês são muito novinhas e ainda não devem saber disto”, “Não é melhor ser o Sr. Dr. a ver-me?”. É ainda frequente a forma inadequada no trato com o jovem médico: o “tu cá, tu lá”, desrespeitar algumas indicações dadas,

entre outras. Por outro lado, é comum o doente agarrar-se ao facto de conhecer a terra ou familiares, transformando a relação médico-doente num encontro social, onde o trivial e os pormenores comezinhos assumem a queixa principal. Não obstante compreender que esta seja uma reação natural, é frustrante após longos anos de formação médica, assistir diariamente à errónea associação entre juventude e inexperiência. Inversamente à vida académica, em que ser jovem e bem-sucedido é motivo de reconhecimento, na prática clínica, é sinónimo de pouca mestria.

Numa era em que os jovens médicos são cada vez mais diferenciados e dotados de excelentes conhecimentos médicos e técnico-científicos, é até injusta a estigmatização por vezes feita, em contraponto com a imagem de sapiência e da bata branca do Senhor Doutor. Felizmente, também existem doentes que elogiam o modo como habitualmente são observados pelos jovens médicos - “Gostei muito da consulta. Foi muito completa. Saio daqui bem melhor”, tratando-nos como verdadeiros médicos, sem termos de esperar pelo “peso” da idade.

NHMOM representado em conferência internacional

Maria do Sameiro Barroso, um dos elementos da direção do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, vai representar este núcleo na conferência internacional “amber in the history of medicine”, a qual terá lugar nos dias 14 a 17 de Setembro de 2015, em Kalininograd, na Rússia. Maria Do Sameiro Barroso vai apresentar o tema “Amber, Ingredient of the Costliest Portuguese Compounds: Identification and Medicinal Use in the Medieval Anglo-Norman lapidaries”. O objetivo desta conferência é discutir um vasto leque de problemas multidisciplinares relacionados com o uso do âmbar e seus derivados na medicina e na farmácia desde o princípio dos tempos à atualidade.



Sandra Amaral

Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar
USF S. Julião, Figueira da Foz

Alguns fios da teia da intervenção na comunidade

Este artigo pretende fazer o relato do ponto de vista de um interno de Medicina Geral e Familiar acerca de um exemplo de cooperação de diferentes agentes sociais tendo em vista a capacitação dos cidadãos através de intervenções junto da comunidade.

O ser humano é um ser social e assim sendo é modelado constantemente pela interação com os vários agentes sociais. Como instituições e profissionais de saúde temos de reconhecer a importância destas interações e assumir nós próprios um papel activo enquanto agentes sociais. Isto é possível não só através de iniciativas individuais mas, igualmente, em sinergia com outros agentes da comunidade. Foi com esta ideia em mente que, na manhã do dia 19 de Maio, acompanhei a minha Orientadora de Formação a um dos locais mais emblemáticos da cidade da Figueira da Foz - o Mercado Municipal Engenheiro Silva. O propósito era dinamizar uma sessão sobre a "Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica" (DPOC) no contexto da iniciativa "Mês do Coração - Maio 2015". Com este tema

procurou-se esclarecer alguns aspectos relacionados com a fisiopatologia da doença e as suas co-morbilidades, alertar para os seus factores de risco, repercussões no dia-a-dia dos doentes e estratégias preventivas e terapêuticas. Foi apresentado o projecto "Figueira Respira" que pretende aumentar o conhecimento acerca da patologia (DPOC) tanto junto dos profissionais de saúde como dos cidadãos e instituições da região, fomentar a sua prevenção, aumentar a taxa de diagnóstico e cobertura terapêutica na região. O público da sessão incluía cerca de 20 cidadãos com idades compreendidas entre os 19 aos 81 anos, maioritariamente do género feminino. Tomaram conhecimento da actividade através de divulgação pública e de convites dirigidos a Instituições Particulares de Solidariedade

Social locais.

Depois do espaço dedicado à DPOC foi realizada uma caminhada temática dando a oportunidade aos participantes de conhecer um pouco melhor a arquitectura dominante do Bairro Novo da Figueira da Foz e onde está inserido o edifício do Mercado, a Arte Nova, com a orientação da historiadora de arte do Município.

O projecto "Mês do Coração" é uma iniciativa de frequência anual que tem decorrido no espaço do Mercado Municipal Engenheiro Silva. É da responsabilidade da Câmara Municipal da Figueira da Foz (CMFF) através do Programa Municipal Figueira Cidade Saudável (FCS), que o dinamiza com a participação de diversos agentes sociais locais. É dirigido ao público em geral e apresenta um programa variado com foco em diferen-

tes temas (embora sempre com ligação ao elemento central – o coração) e com sessões tanto teóricas como práticas.

O projecto “Figueira Respira” está integrado no programa nacional de “Boas Práticas de Governação” sob o tema “Caminhos para a Articulação”. Trata-se de uma iniciativa da empresa farmacêutica Novartis em parceria com a Universidade Nova de Lisboa e é apoiada pela ARS Centro. Na prática consiste numa parceria entre os diferentes níveis de cuidados de saúde – os cuidados primários com o ACES Baixo Mondego (através das 2 USF da Figueira: USF S. Julião e USF Buarcos e da UCC Farol do Mondego) e os cuidados hospitalares com o Hospital Distrital da Figueira da Foz. De destacar ainda outro parceiro da iniciativa, a CMFF, através do Programa FCS. Paralelamente celebrava-se o

Dia Mundial do Médico de Família. A acção foi dinamizada localmente também no espaço do Mercado por vários internos de MGF e médicos de família da área. Consistiu na interação com os cidadãos assim como na distribuição de panfletos informativos e brindes com a intenção de dar a conhecer e valorizar o papel do Médico de Família. Esta acção esteve enquadrada nas comemorações do Dia Mundial do Médico de Família da iniciativa da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) e também contou com o apoio do Município e do Programa FCS. Ao longo deste relato referi três iniciativas de cooperação e intervenção na comunidade consideradas de sucesso que, por coincidência, se cruzaram todas na mesma manhã e se relacionaram harmoniosamente. Foram elas: “Mês do Coração

– Maio 2015”, “Figueira Respira” e ainda “Celebrações do Dia Mundial do Médico de Família”.

Fica a minha palavra de consideração por todos os intervenientes nestas acções e pela sua dedicação, entusiasmo e profissionalismo. Foi a contribuição valiosa de cada um que tornou cada uma destas acções possíveis e assim como a sua perfeita interacção.



Sessão sobre DPOC no Mercado Municipal da Figueira da Foz

Regulamento do concurso de Fotografia Digital da Ordem dos Médicos 2015

1. OBJECTIVO

O Concurso de Fotografia Digital da Ordem dos Médicos, organizado pelo Distrito Médico de Setúbal, tem por objectivos fomentar, reconhecer, premiar e difundir a criatividade dos médicos apaixonados pela fotografia enquanto modo de expressão artística.

2. PARTICIPANTES

- a) O concurso é aberto a todos os inscritos na Ordem dos Médicos que tenham as suas quotas regularizadas.
- b) Aos membros do júri é vedada a participação bem como aos seus familiares directos.
- c) Aos membros da organização é também vedada a participação.

3. TEMA

- a) Livre.

4. TRABALHOS

- a) Os trabalhos poderão ser a cores e/ou a preto e branco.
- b) A edição digital de imagem é autorizada.
- c) Cada participante pode apresentar a concurso até 3 trabalhos.
- d) Só serão aceites trabalhos originais que não tenham sido premiados noutros concursos.
- e) Os trabalhos deverão ser apresentados em formato *jpg* com um mínimo de 2000 pixels no seu lado mais pequeno.
- f) Os trabalhos deverão ser enviados por correio electrónico, como anexo, para o endereço omsetubal.foto@gmail.com, sem assinatura ou qualquer outra forma de identificação.
- g) No mesmo e-mail, deverão constar nome, cédula profissional, morada, endereço electrónico, contactos telefónicos, título da fotografia, local e ano em que a imagem foi captada.
- h) A impressão dos trabalhos seleccionados ficará a cargo do autor, sendo que deverá ter a dimensão de 30cmx40cm.

5. PRAZO DE ENTREGA

- a) Os trabalhos deverão chegar no endereço electrónico referido no Ponto 4, até ao final do dia 15 de Novembro de 2015.

6. JÚRI

- a) Os membros do Júri, sendo médicos, terão que ter as suas quotas regularizadas para com a OM.
- b) O Júri será constituído por 4 elementos:
 - Pedro Soares (Presidente)
 - João Taborda
 - Manuel Rodrigues Pereira
 - Manuel Valente Fernandes
- c) A decisão do júri é final e irrevogável não havendo lugar a recurso.

7. PRÉMIOS

- a) O primeiro classificado terá a possibilidade de ter em exposição 20 fotografias suas em local a determinar.
- b) Os três primeiros classificados receberão livros relacionados com Fotografia, até um valor total de 100 Euros.

8. DIVULGAÇÃO

- a) Serão seleccionados vinte trabalhos para participar numa exposição a inaugurar no dia 16 de Janeiro de 2016 em Setúbal.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- a) O Distrito Médico de Setúbal da Ordem dos Médicos reserva-se o direito de expor, publicar ou reproduzir quaisquer dos trabalhos premiados ou seleccionados para exposição, salvaguardando sempre a indicação do autor.
- b) Os interessados ao concorrer declaram que leram o presente Regulamento e que aceitam integralmente o disposto no mesmo.

10. DIVERSOS

- a) Os casos omissos do presente regulamento serão resolvidos pelo júri.



Jaime Teixeira Mendes

Cirurgião Pediátrico
Chefe de Serviço aposentado

Centro de Saúde de Lisboa

Notas Históricas

"Toda a ciência é inconstituível e inerigível sem o alicerce histórico. É a história que perspectiva ao quadro pintural dos nossos conhecimentos, ela que lhes assegura a continuidade e a directriz, quem nos diz donde viemos e nos guia para onde vamos" — Ricardo Jorge

O primeiro Centro de Saúde que existiu em Portugal foi constituído em 1939 e deve-se ao empenho de um grupo de enfermeiras de regresso do EUA e do Canadá, bolsistas da Fundação Rockefeller, onde finalizaram a sua formação, e à colaboração de médicos de saúde pública que convenceram os poderes públicos da época a iniciar a experiência piloto do Centro de Saúde de Lisboa, experiência que na história da medicina portuguesa ficaria registada como tão promissora como desaproveitada, mas que não deve ficar esquecida. Esta equipa quis transformar a antiga ideia de Saúde Pública, que se caracterizava por um conjunto de medidas de coerção policial, num conceito moderno, que demonstrava que a Saúde Pública é, antes de tudo, obra de demonstração.

A ideia dos Centros de Saúde, como organização da higiene pública, medicina preventiva e de cuidados básicos às populações mais carenciadas e das zonas rurais, começou nos Estados Unidos na Administração Roosevelt.⁽¹⁾

Uma das consequências do envolvimento deste país na Primeira Guerra Mundial foi a reorientação da sua diplomacia externa no sentido de aproximar, em termos políticos, culturais e de saúde, os Estados Unidos de outros países, com enfoque es-

pecial na América Latina.

No Brasil, em 1934, os serviços especializados de administração sanitária estão organizados sob o sistema distrital dos Centros de Saúde, que cobrem as grandes cidades e actuam também em Minas Gerais, Amazônia e Nordeste no combate à Malária e à Tuberculose. ^(1,2)

A Fundação Rockefeller foi a grande responsável por esta política sanitária em todos os países aliados dos Estados Unidos. Assim, nos finais dos anos 30, o seu delegado em Portugal, Dr.

G. K. Strode, faz um acordo com o então Diretor-geral da Saúde, Dr. José Alberto Faria, visando a criação do Centro de Saúde Modelo de Lisboa.⁽³⁾

Os objectivos deste Centro "eram de três ordens: estudo das normas de trabalho adequadas ao ambiente, das reacções psicológicas da população e dos problemas sanitários locais; trabalho de educação sanitária na área escolhida, com o fim de realizar o desiderato da Saúde Pública (redução da morbilidade e mortalidade por causas evitáveis);

contribuição para o ensino, fornecendo demonstração prática a médicos, estudantes, enfermeiros e fiscais sanitários”.(4,5)

Experiência pioneira

Por razões familiares, parte do espólio de Maria Palmira Tito de Morais, enfermeira consultora da Organização Mundial de Saúde – licenciada em Enfermagem e em Ciências Históricas e Filosóficas, e com mestrados em Sociologia, Filosofia, Psicologia Social e Antropologia Cultural, veio parar-me às mãos.

Médico atento à problemática da saúde em Portugal, sempre estranhei o silêncio feito sobre uma experiência admirável realizada em Lisboa, nos anos 40, que foi o Centro de Saúde de Lisboa.

Que eu saiba, e procurei bastante, não há registos nem na Direcção-Geral de Saúde nem na Escola de Saúde Pública.

Mário Jorge Neves, no seu livro «A Saúde, as Políticas e o Neoliberalismo», escreve: “A aplicação do conceito do centro de saúde no nosso país iniciou-se ainda em pleno período da ditadura, na sequência da reforma empreendida em 1971 pelo Prof. Dr. Gonçalves Ferreira que conduziu à implementação de algumas destas unidades de saúde”, veiculando assim os ensinamentos recebidos certamente na Escola de Saúde Pública”.(6)

A História da Saúde em Portugal, da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde, também não faz referência a esta importante experiência, como se uma esponja tivesse apagado dez anos do passado desta instituição.(7)

A verdade, porém, é que este

conceito tinha sido introduzido em Portugal, muito antes, pelas enfermeiras diplomadas nos Estados Unidos pela Western Reserve University, School of Nursing, em Cleveland, e pela Escola de Enfermagem de Saúde Pública da Universidade de Toronto, Maria Palmira Tito de Morais e Maria Angélica Lima Bastos.(8,9)

A 6 de Outubro de 1939 é publicada no Diário do Governo, sob o título Ministério do Interior e subtítulo Direcção-Geral de Saúde, a constituição do Centro de Saúde de Lisboa: “Por conveniência de serviço público, que compete ao Centro de Saúde de Lisboa, são publicados os nomes dos técnicos que constituem o pessoal dessa instituição (...), assinado pelo Director-geral da Saúde José Alberto de Faria”.

O quadro do pessoal do Centro de Saúde era constituído por 1 Director; 1 Epidemiologista, assistente do director; 1 higienista infantil (pediatra); 1 higienista da Maternidade (obstetra), 1 Tisiologista, 1 venerologista, 1 higienista dentário (estomatologista), todos médicos; 1 chefe de visitadoras (enfermeira), 6 visitadoras sanitárias, 1 preparadora e 2 monitoras.(4,9,10)

Maria Palmira Tito de Morais integra a equipa fundadora do Centro de Saúde de Lisboa como monitora, sendo o director outro bolseiro da mesma Fundação, o Professor Maia Loureiro, investigador de renome internacional, e assistente de director o Dr. José Cutileiro, homem de ciência com notáveis trabalhos de investigação, perito internacional no domínio da Saúde Pública.

Esta experiência, que durou dez anos, de 1939 a 1949, foi inter-

rompida, como tudo de inovação que acontecia neste país, com a demissão de alguns dos seus membros, por ordem do ditador e despacho do Ministro do Interior. O apoio financeiro e de formação profissional era fornecido pela Fundação Rockefeller, que deu o pontapé de saída do Centro de Saúde. O seu delegado em Portugal, Dr. Rolla B. Hill, numa conferência promovida pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social, no dia 4 de Março de 1939, depois de elogiar e referir as tradições higienistas e de saúde pública portuguesa desde Ribeiro Sanches, referiu a necessidade da especialidade, dentro da medicina, de profissionais de saúde pública, e da concessão de bolsas para esse fim, que atingia já o número de 6.000, a estudantes de 72 países.(3)

Como contrapartida aos governos desses países, Rolla B. Hill prometia ao bolseiro o seu aproveitamento e pagamento, desde que o candidato garantisse a sua aceitação em *full-time* (tempo completo e exclusividade).

Em seguida, o conferencista sublinhou: “Repito o que já atrás disse, e que é de importância, o pessoal de serviço de saúde pública deve trabalhar em *full-time*, deve entender-se que o funcionário não pode ter outro emprego nem ocupação remunerados, tanto oficial como particular (...) Este sistema (...) já foi reconhecido também em Portugal pelo actual Governo (...)”.(3)

Depois de falar sobre a engenharia sanitária, afirmou que “a criação da enfermeira-visitadora sanitária foi, sem dúvida, um dos mais avançados e úteis passos dados em matéria de saúde pública nos últimos 100 anos”.(3)

Mais adiante: “Em Portugal é muito elevada a mortalidade infantil – quase 150, de mil crianças que nascem vivas, morrem antes de completarem um ano. É enorme essa mortalidade sobretudo ao lembrarmos-nos que a Nova Zelândia conseguiu reduzi-la imenso, de 35 por mil apenas, (...) a prevalência da tuberculose é também muito elevada, (...) a difusão das doenças venéreas é bastante grande (...). Há muita varíola e muita gente (...) que não se vacina (...) febre tifóide, raiva, o tifo exantémico (...). Também não se exerce nenhuma (...) acção fiscalizadora sobre as parteiras (...) e continua o retrato negro do nosso país (...). (...) Vilas e aldeias estão ainda sem água de abastecimento e muitas mais ainda não têm rede de esgoto em boas condições (...) a fiscalização da higienização do leite e a higiene rural está, realmente, quasi toda por fazer”.(3)

Vale a pena referir também aqui a carta que o Dr. G. K. Strode, um dos directores da Fundação Rockefeller, dirigiu em 1932 ao Dr. J. E. Faria (Diretor-geral da Saúde): “Para se formar um moderno serviço de higiene pública em termos de bom funcionamento é necessário seguir os seguintes princípios:

- a) Serviços técnicos dirigidos e desempenhados por pessoal devidamente especializado;
- b) Pessoal exclusivamente ocupado nesse trabalho, isto é, em *full-time*;
- c) Vencimento com suficiente largueza para atrair os melhores médicos e visitadoras, e para lhes garantir um nível de vida que os dispense de recorrer a outra qualquer ocupação ou emprego”.

(...) O serviço de saúde pública



deve promover uma acção que se estenda à população inteira, adultos e crianças. Um passo neste sentido foi a contribuição do Centro de Saúde Modelo de Lisboa, prestes a ser inaugurado.(3)

Nunca é demais reafirmar que ficou a dever-se a estas duas enfermeiras bolseiras da Fundação Rockefeller, com estágios na Universidade de Western Reserve School of Nursing e na Universidade de Toronto, com todo o entusiasmo e força da sua juventude, a constituição da experiência piloto do CENTRO DE SAÚDE DE LISBOA, conseguindo a aprovação e o

apoio do Prof. Maia Loureiro, pessoa acima de qualquer suspeita para a Ditadura.(7,8)

Em 1945, em representação do Centro de Saúde de Lisboa, Maria Palmira Tito de Morais participou, com outros elementos, na fundação do Centro Social e de Saúde de Lisboa D. Sophia Abecassis.(2,7)

Podemos ler no Assistência à Maternidade e Infância, Centro de Enfermagem, Relatório do Primeiro Ano de Actividade 45/46, os donativos de D. Sophia Abecassis, a maior contribuinte, as cotizações de várias companhias de seguros, nomeadamente «A Mundial», e

do Dr. José Espírito Santo (que já mostrava uma apetência para a Saúde). O documento refere ainda que a gestão pode considerar-se excelente, dado que as receitas e as despesas foram do mesmo valor, 339.441\$85.(9)

O Centro de Saúde de Lisboa estava instalado numa casa da freguesia da Pena, prestava assistência às famílias mais carenciadas das zonas mais pobres de Campo de Ourique.(4,9)

Citando um jornal da época (11): “O Centro de Saúde de Lisboa não é propriamente um instituto clínico, antes um vasto laboratório de experiências e investigações, que amplia a sua acção até ao lar, vigiando e protegendo a família.”

O fulcro da sua actividade era porém a higiene infantil. “A profilaxia das doenças evitáveis, a alimentação, as horas de repouso, a vigilância sobre o sono, a correcção de anomalias ou defeitos.”

Fazia parte do pessoal técnico deste Centro pioneiro um corpo de visitadoras sanitárias, supervisionadas pelas enfermeiras Maria Palmira Tito de Morais e Maria Medina Monjardino, que dia-a-dia, em permanente contacto com a criança, ia conhecendo o ambiente onde esta se desenvolvia, segundo o modelo da The National Organization for Public Health Nursing. A puericultura, a higiene *post-partum* e durante a gravidez são temas para pequenas palestras, feitas nas salas do Centro, destinadas às mães.(8,9)

Os laboratórios do Centro, onde trabalhos de investigação científica se foram realizando com êxito, preparavam vacinas e soros (11). Muitos jovens Pediatras da altura passaram por este Centro, aprendendo as vacina-

ções e puericultura, como Abílio Mendes e Maria de Lourdes Levy, ou mais velhos, fazendo consultas, como Jacôme Delfim, sob a Direcção do Pediatra do Centro, Dr. Moreira Braga.

Higienistas e homens de saúde pública aqui trabalharam com extrema dedicação, como por exemplo o Dr. José Cutileiro, sempre em colaboração com o Director do Centro, Prof. Dr. João Maia de Loureiro. Também o então jovem Arnaldo Sampaio por aqui passou, tomando co-



nhecimento desta experiência, e certamente Gonçalves Ferreira. Transcrevo da separata da «Imprensa Médica», sob o título «A Enfermagem de Saúde Pública num programa de profilaxia da tuberculose»:

“(...) O objectivo deste nosso trabalho é analisar a contribuição da Enfermagem de Saúde Pública num programa de profilaxia da tuberculose, servindo-nos do trabalho realizado desde Julho de 1940 a Julho de

1943 (...)”. Na discussão e conclusão a autora fala na necessidade da acção das enfermeiras de saúde pública e aponta para duas a três, numa comunidade urbana de 100.000 habitantes, com meios de transporte adequados. O trabalho debruçou-se sobre 909 indivíduos, dos quais 67,8 por cento eram crianças e 29,2 por cento adolescentes e adultos (...).(12)

Um dos grandes médicos impulsionadores deste PRIMEIRO CENTRO DE SAÚDE EM PORTUGAL foi José Jacinto Cutileiro, mais um nome de técnico de saúde pública esquecido em Portugal.

Lendo o *Curriculum Vitae* de J. Cutileiro para concurso da vaga de Professor Extraordinário da Cadeira de Higiene e Epidemiologia, da Faculdade de Medicina de Lisboa, sabemos que em 1938 este conhece João Maia de Loureiro, regressado dos Estados Unidos, onde se doutorara em Saúde Pública, e que o convida para a aventura do Centro de Saúde modelo, numa freguesia de Lisboa, com cerca de 14.000 habitantes, para o qual precisava de um epidemiologista que trabalhasse em *full-time*, exigência da Fundação Rockefeller.(5)

A ideia original era a de fazer dele (Centro de Saúde de Lisboa) uma unidade mãe, a partir da qual outras se iriam formando, distribuídas por vários pontos da cidade.(5)

Não posso passar sem transcrever este texto do seu *Curriculum*, que define o verdadeiro Homem de Saúde Pública que José Cutileiro foi: “Um Serviço de Saúde deve valorizar as doenças infecciosas que flagelam o seu país consoante a sua importância actual e não segundo a tradição; e

assim, parecia-nos mais lógico perder tempo a estudar e a tentar combater doenças endêmicas evitáveis, que apesar da sua banalidade causam anualmente centenas ou milhar de mortes, do que gastar longas horas descrevendo em horríveis pestilências, que só incidental e episodicamente nos atacam e pouco ou nenhum peso têm na nossa obituária". (5)

Em 1941, o médico interrompe o trabalho no Centro por ser mobilizado para os Açores, onde durante a guerra continua o seu trabalho de epidemiologista e higienista, enfrentando dificuldades enormes na luta contra os dois problemas mais graves na Ilha Terceira - a febre tifóide e a peste. Regressa em 1944 e faz o Doutoramento em Medicina em 1946, tendo sido aprovado com 19 valores.(5)

Em 1950 - data do *Curriculum Vitae* - tem 34 trabalhos científicos publicados.(5)

A grande aventura do Centro de Saúde de Lisboa acaba em 1949. Durante dez anos, estes e outros profissionais de saúde conseguiram realizar um trabalho meritório e iludir, durante a II Grande Guerra, a vigilância policial que foi sempre contra as ideias novas e, sobretudo, contra o esclarecimento e contacto com populações pobres de bairros operários, como era o caso da Freguesia da Pena.

Estes dez anos corresponderam à ascensão e à queda do nazi-fascismo na Europa.

Em Portugal foi a consolidação da Ditadura, a aliança ibérica, a revolução corporativa e as Cajas de Previdência.

No pós-guerra houve a esperança que os aliados ajudassem e levassem à queda de Salazar. Tal não aconteceu mas, nesse período, o movimento antifascista fortificou-se e culminou com o largo movimento de apoio à candidatura à Presidência da República do General Norton de Matos. Criou-se um movimento cívico de mulheres democratas com Maria Lamas, Isabel Aboim Inglês, Cesina Bermudes, Maria Palmira Tito de Morais, entre muitas.

Findo o período eleitoral, e como consequência do apoio à candidatura à Presidência de Norton de Matos, Salazar destitui a Enfª Maria Palmira de todos os cargos de funcionária pública do Centro de Saúde de Lisboa e da Escola Técnica de Enfermeiras.(13)

O Centro de Saúde de Lisboa é encerrado por ordem do ditador.(14)

Numa entrevista, mais tarde, Palmira Tito de Morais refere: "(...)Dizem-me que o arquivo, que continha trabalhos de investigação e relatórios valiosíssimos sobre a Saúde Pública em Portugal, foi totalmente destruído(...)".(14)

A ideia dos Centros de Saúde irá reaparecer apenas em 1972, trinta e três anos mais tarde, já com Marcelo Caetano no poder. A OMS é criada em 1946, e a Enfª Maria Palmira Tito de Morais entra em 1950 para os seus quadros, fazendo uma brilhante carreira internacional e, coincidência ou não, entra também para a mesma organização o Dr. José Jacinto Cutileiro.

Referências

1. Ferreira, J. De Roosevelt, mas também de Getúlio. O Serviço Especial de Saúde Pública. *Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos*, vol.14 nº4 Rio de Janeiro Oct/Dez 2007 <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14u4/18pdf/#> Acedido a 7 de Junho de 2009.
2. Ribeiro, L. *Medicina no Brasil* - ed: Imprensa Nacional, Rio de Janeiro 1940
3. Hill, RB. Algumas considerações sobre saúde pública; conferência realizada a 4 de Março de 1939, promovida pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social. *Separata de Vida e Saúde*, Órgão Cultural da Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal Tip. Instituto Surdos-Mudos, Porto 1939; 5 - 16.
4. Loureiro, JA. Relatório dos primeiros seis meses de actividade do Centro de Saúde de Lisboa 1940.
5. Cutileiro, J. *Curriculum Vitae. Concurso Para Vaga de Professor Extraordinário da Cadeira de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa*. Lisboa 1950; 15 - 63.
6. Neves MJ. *A Saúde, As Políticas e o Neoliberalismo* ed: Sindicato dos Médicos Zona Sul / FNAM 2005; 349.
7. Viegas V, Frada J, Miguel JP. *Notas Históricas - A Direcção Geral de Saúde*, Museu Virtual; 2006. Em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Site/CollectionDocuments/ADGSnotashistoricas.pdf>. Acedido a 5 de Abril de 2009.
8. *Maria Palmira Tito de Morais*. ed: Biblioteca Museu República e Resistência. Lisboa: Câmara Municipal, 2001.
9. Assistência à Maternidade e Infância - Centro de Enfermagem, Relatório do Primeiro Ano de Actividade, Lisboa 1946.
10. Diário do Governo, II Série, nº 233, 5494; 6 Outubro 1939.
11. Reportagem Sol da Vida - *Mundo Gráfico* Ano III, Nº 54, 31 Dezembro 1942.
12. Morais, MP. A Enfermagem de Saúde Pública num programa de profilaxia da tuberculose. *Separata da Imprensa Médica* Ano XII (12) 185 - 196; 1946; 2 - 23.
13. Carta do Director Geral do Ensino Superior e das Belas Artes, 13 Fevereiro 1950. Espólio de Maria Palmira Tito de Morais.
14. Entrevistas. Espólio de Maria Palmira Tito de Morais.



Fernando Reis Lima

Chefe de Serviço de Cirurgia do Hospital de S. João, aposentado.
Vogal e representante no Norte do “Capítulo da História da Cirurgia”
da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Tratado de Cirurgia de 1696 de António Pires da Silva - curiosidade histórica

Todo o indivíduo que trabalha na conquista de um dado científico, recebe das gerações que o precederam, elementos que o habilitam para a resolução desse problema. Não é o próprio esforço, unicamente, que vence as dificuldades que se lhe apresentam, mas sim coadjuvado pela força acumulada de todos os indivíduos que antecederam a trabalharem no mesmo fim.

Maximiano de Lemos Júnior, em *A Medicina em Portugal até aos fins do séc. XVIII*.

Só analisando os documentos antigos, podemos avaliar o avanço abissal da Medicina e Cirurgia, na actualidade, e constatar como se passou do empirismo artesanal e fantástico para o conhecimento científico de que dispomos actualmente.

Durante muitos séculos o desejo de “tratar” dos nossos antepassados era o possível, com os conhecimentos e meios de que dispunham.

Não devemos, pois, escandalizar-nos com o que era feito em épocas, não tão remotas, como as que refiro no que analiso, no tratado de 1696, impresso na oficina Real de Miguel Deslandes, que vos apresento na “Chronographia Medicinal das Caldas de Alafoens”. (fig.1)

Um médico do Partido de Sua Majestade, António Pires da Silva, nascido em 1662, em Bragança, e licenciado em Medicina na Universidade de Coimbra, e mais tarde médico das Caldas de Lafões



Fig. 1

(S. Pedro do Sul), escreveu um livro curiosíssimo (fig. 1), que tem o mérito de ser o primeiro, de que temos conhecimento, sobre as Termas em Portugal e, em especial, sobre as Termas de S. Pedro do Sul, editado no ano de 1696.

Tem a particularidade, este ilustre clínico, de adicionar à sua obra, um “tratado” de Cirurgia, (fig.2)

realçando que “vai anexo à Chronographia das Caldas de Alafoens, e sobre a mesma tutela, o Exame chirurgico, por a limitação da obra não dar para particular volume” (fig.2). E, na verdade, a cirurgia era particularmente desprezada e entregue a curiosos, dos quais os mais sabedores eram os barbeiros e sangradores!

Achei tão curioso este documento, que não resisti à ideia de o apresentar e transcrever, parcialmente, para que se possa avaliar dos usos e costumes dos nossos antepassados cirurgiões. Antes do séc. XVI, os próprios médicos executavam as poucas operações que as urgências exigiam. Mais tarde passaram a deixá-las para pessoas menos qualificadas, os barbeiros. Em 1540, os barbeiros e os cirurgiões de Londres, uniram-se na “Companhia dos Barbeiros Cirurgiões”, que se transformaria no Royal College of Surgeons, em 1800.

O nosso colega da época, Antó-

nio Pires da Silva, dirige-se ao “leitor praticante de Cirurgia”, logo no início do seu livro, afirmando “que chegou a tal miséria a Arte da Cirurgia, que se vê executada por pessoas que não sabem ler, e alguns dão tão mal trato, que vi em semelhantes mãos serem mal tratados muitos enfermos...” (fig.3).

Escandalizado, pelo que via, resolveu compilar os ensinamentos práticos e teóricos, do que se sabia, sobre a cirurgia.

Não resisti a comentar, onde entendi como oportuno, este precioso documento, pois só assim se avalia o estado da arte na época e, quiçá, prever o que poderão dizer e avaliar os vindouros, nalguns casos e no futuro, da nossa arte e ciência actuais.

Durante séculos, a Cirurgia existiu em estado latente resumindo-se praticamente ao tratamento das feridas de guerra.

Raríssimas operações eram bem-sucedidas sendo, inicialmente, praticadas como magia, ou por imperiosa necessidade.

Definição de Cirurgia

A definição de Cirurgia, apresentada no capítulo I, é um poema de precisão e de ingenuidade. Assim diz:

Pergunta:

“Que cousa é a Cirurgia?”

Resposta:

“Que é a parte da Medicina em que, por cortamento, queimamento e encerramento ou por outra obra de mãos, fará os homens como lhe for possível.” Como sempre, desde a antiguidade define a origem do termo “Cirurgia”, do grego Kheiros (mãos) e Ergom (obra), como sendo a “obra das mãos”.

Preocupado com a sistematização do livro, divide toda a cirurgia em três capítulos:

O primeiro em que se apresenta o que está junto.

O segundo em que se junta o separado.

O terceiro em que se extirpa o supérfluo.

Em seguida analisa os instrumentos cirúrgicos que tinha à sua disposição.

Instrumentos cirúrgicos

Curiosa é a maneira como considera a acção instrumental dos cirurgiões:

Os medicamentos, comuns a todos os médicos, e os “ferros” de que cita: A navalha, a lanceta, os cauterios, as pinças, as tenazes e as agulhas. Refere ainda “ferros especiais ou próprios” a saber: Trépano (para a cabeça), badal (para a garganta), espéculo matricis (para a vagina) e espéculo pectoris (para o peito)

A panóplia descrita, era o disponível para todo o acto cirúrgico que realizava.

Anatomia

Toda a Anatomia é resumida, neste compêndio, em três folhas e meia, de que reproduzo a página e meia, dedicada ao tubo digestivo, (fig.4 e fig.5), em que se ressalva ser breve a descrição por: “Neste compêndio não cabe a anatomia de todas as partes, pelo que só se trata das principais de três regiões, por ser delas o conhecimento preciso aos cirurgiões”.

Seguem-se comentários sobre os princípios em que se baseava a cirurgia, que por tão curiosos e demonstrativos dos conhecimentos da época me dispense de comentar, para não surpreender os meus leitores.

Constituem o subcapítulo dos ungentos e exames.

Define em seguida e propõe, tratamento para o edema (abcesso), sugerindo que quando o abcesso está “maduro” deve ser aberto com “cautério e mecha” (dreno),

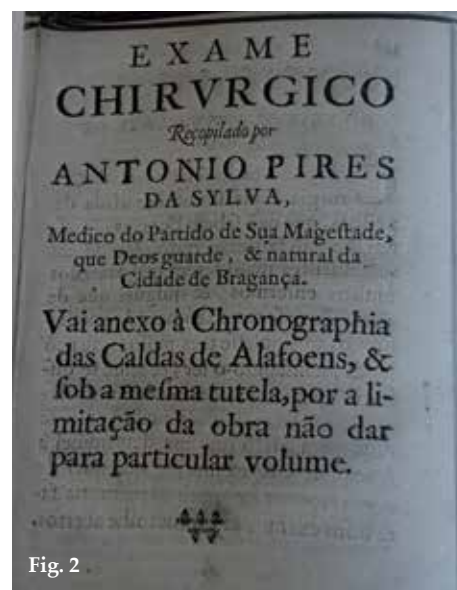


Fig. 2

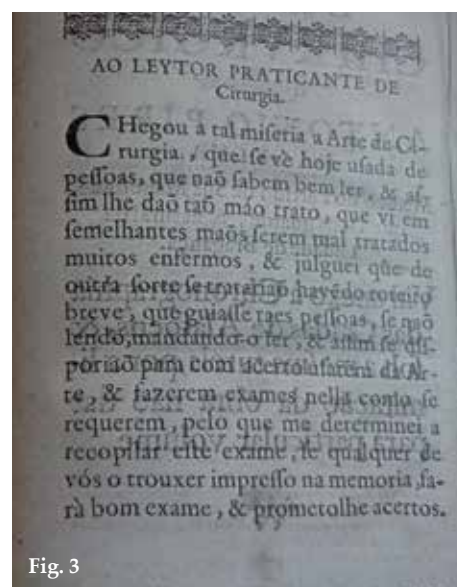


Fig. 3

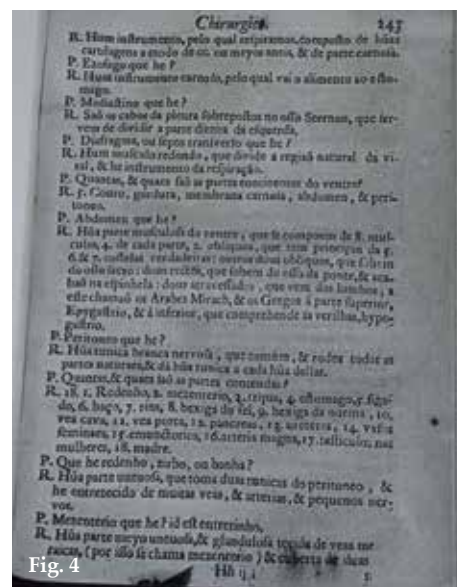


Fig. 4

Bibliografia

1. **Chronografia Medicinal das Termas de Alafoens.** Por Antonio Pires da Silva. Medico do Partido de Sua Magestade, que Deos guarde, & Medico que foi das ditas Caldas, agora residente na Villa de Aveiro, natural da Cidade de Bragança. Na Officina de MIGUEL DESLANDES, Impressor de Sua Magestade.
2. **História da Cirurgia.** Por Paulo Tubino e Elaine Alves. 2009.
3. **História do Ensino Médico no Porto,** por Maximiano de Lemos e Suplemento, coordenado por Hernâni Monteiro; Reedição da Sociedade Portuguesa de Cirurgia fac-similada em Novembro de 2009. Editorial Modo de Ler, editores e livreiros limitada. Porto
4. **Origens da Cirurgia Portuguesa.** Hernâni Monteiro; Reedição da Sociedade Portuguesa de Cirurgia fac-similada em Novembro de 2009. Editorial Modo de Ler, editores e livreiros limitada. Porto
5. **A Medicina em Portugal até aos fins do séc. XVIII;** Maximiano de Lemos Júnior; Tese de licenciatura 1881. Faculdade de Medicina do Porto.
6. **Andanças do ensino médico na Capital;** S. da Costa Sacadura e J. T. Montalvão Machado. Separata de «O Médico», Nº 697 – 1965. Reedição da Sociedade Portuguesa de Cirurgia. Edição fac-similada em Novembro de 2011, para Modo de Ler, editores e livreiros limitada. Porto.
7. **História do Ensino da Medicina Operatória em Lisboa e Um estudo crítico acerca do Prof. Manuel Constâncio;** Reedição da Sociedade Portuguesa de Cirurgia. Edição fac-similada em Novembro de 2011, para Modo de Ler, editores e livreiros limitada. Porto

aplicando por cima penso com ovo, vinagre temperado no primeiro dia, e outros ingredientes quejandos (óleo, gema de ovo, etc.), nos dias subsequentes.

Eram os tratamentos e panaceias para estas situações.

Comenta em seguida os “Scirros” (tumores sólidos ou apohemas) não cancro. Este é objecto de explicação e proposta de tratamento no capítulo IV, definindo-os como:

“ApoHEMA melancólico duro, redondo, podendo ser ulcerado, não ulcerado, manifesto ou occulto”

Pasme-se com a precisão, deste resumo, feito há 300 anos em quatro palavras de apresentação, com tanta propriedade, das neoplasias!

Exemplifica a evolução do cancro com os seguintes dizeres, que não resisto a transcrever pela singeleza e caracterização implícitas:

“Cancro, caracteriza-se por dureza, solidão, começa do tamanho de um grão-de-bico, cresce com fúria, tem quentura e dor que atormenta a miúdo e é cercado ao redor por veias de sangue melancólico, que parecem pernas de carangueijo e o doente tem agafamentos, inquietações e desmaios.”

Em seguida, propõe tratamentos que mais vale lê-los do que comentá-los..., mas não resisto a referir, e sublinhar, que a clara de ovo e vinagre, além do “arranque” eram a base do tratamento. Prosseguimos, na análise do nosso tratado de Cirurgia, analisando as feridas, no Capítulo V, definindo-as “em função do seu aspecto e causas”, finalizando sempre por indicar a sutura ou tratamento por segunda intenção, neste caso aplicando cataplasmas de “farinha volátil e clara de ovo”. Noto, que o uso tópico da clara de ovo é um procedimento ancestral no tratamento de feridas e queimaduras.

A clara de ovo, é rica em proteínas (nomeadamente albumina), parecendo promover a cicatrização, segundo os partidários desta modalidade terapêutica. Não existem trabalhos na actualidade, consistentes, no sentido de confirmar ou refutar este hipotético efeito de cicatrização.

As feridas da cabeça são tratadas em subcapítulo que merecem uma página (onde se incluem todos os traumatismos crânio encefálicos) propondo-se, basicamente como tratamento, uma dieta para as feridas da cabeça, a saber: *“Caldos de frango, caldos de miolo de pão, ameixas, alface cozida, acompanhadas de sangria do braço, ou do pé havendo gonorreia ou bubão (sífilis)”*. Obrigatório era “tosquiar” o cabelo e aplicar o “óleo de Aparício” (*lavagem com vinho branco bem quente*), etc.

Ressalva os casos em que há fratura de crânio, em que se devia respeitar os “8 documentos de Guido” a saber:

“Não fazer obra nos fracos...”

Que se não trate na Lua cheia.

Que o trépano seja na parte baixa.”

E mais cinco instruções do mesmo teor.

As feridas do peito, do ventre e nervos, são tratadas em subcapítulo curiosíssimo, pela sua ingenuidade.

No referente às feridas do ventre (capítulo V), eram tratadas como refiro nas partes mais curiosas, para que se avalie como era possível haver casos de êxito, com alguns dos tratamentos efectuados pelos nossos antepassados.

Capítulo V

Curiosíssimo é este capítulo, pelo que o transcrevo nas passagens mais chamativas e em especial do parágrafo III, em que é abordado o tratamento das feridas do abdómen (fig.6 e fig.7).

Parágrafo III - Das Feridas do ventre

"P... Como se curam?

R... Como as demais feridas, só com a diferença que se recolhem os intestinos e o omento, se cose a ferida...

P... Que se fará se o redenho estiver fora?

R... Quando não esteja corrupto, se meterá dentro, primeiro se cortará a parte corrupta e com pinças se cauterizará a parte cortada e metida dentro se curará a ferida

P... Se alguma tripa estiver rota que se fará?

R... Lavá-la com vinho quente e se coserá com costura de pelicheiro ou curtidor e se mete dentro deixando as pontas da linha da parte de fora...

P... Convém sangrar?

R... Sim, como nas demais feridas".

A base do tratamento para as feridas, incluindo as dos nervos, era sempre o vinho quente e a clara de ovo. Nas feridas dos nervos, aplicavam além do referido, "clara de ovo com óleo de minhocas, farinhas de favas, de lentilhas ou oximel".

Não há dúvida que a resistência humana era, ou devia ser, enorme perante estes tratamentos, na hipótese do doente sobreviver!

Tratamento de úlcera ou chagas

No capítulo referido, o VI, resume-se tudo o que se podia fazer, a quem apresentasse úlceras ou chagas, sendo os tratamentos os já referidos, mas, adicionando-se uma purga e, nalguns casos, "leite de cal, pedra hume e cozimento de cevada".

Fracturas e "Deslocações"

São definidas, e muito bem, em capítulo especial, como "solução de continuidade feita no osso", sugerindo-se qual o tempo de consolidação das fracturas, salvaguardando-se para "as que têm poro" (expostas), que se tratam com "cozimento de malvas, linhaça galega,

urtigas, cabeça e pés de carneiro, etc., tudo cozido em quarto de camada de água até mingar em camada".

Conclui este capítulo com ensinamentos do mesmo teor, referindo que havendo dúvidas quanto ao tratamento, "se deve recorrer a quem tenha experiência de bem o fazer".

E, em trinta e quatro páginas se apresenta toda a teoria e prática, de bem tratar cirurgicamente um paciente.

Os conhecimentos científicos, à época, eram parcos e os tratamentos herdados das práticas de curiosos.

A Cirurgia teve os primeiros desenvolvimentos científicos, no século XVI, com Ambroise Paré, "o pai da cirurgia moderna" com os seus estudos anatómicos, fisiológicos, e substituindo a cauterização com ferro em brasa, de uso corrente, pelas laqueações dos vasos após amputações.

Em Portugal, só nos fins do século dezoito, com os cursos de cirurgia realizados no "Hospital de Todos os Santos" com Filipe José de Gouveia e mais tarde com Manuel Constâncio, nomeado após jubilação de Pedro Dufau, que veio substituir Bernardo Santucci, se começou a credibilizar a Cirurgia em Portugal, dado os ensinamentos transmitidos por estes nossos ilustres antepassados que obrigaram os praticantes de cirurgia "a saber ler e escrever".

Quando analisámos o "estado da arte" da Cirurgia do século XVII, é que avaliámos o abismo que nos separa dos conhecimentos médicos e práticas dos nossos avoengos que, não temos dúvidas nenhuma, actuavam plenamente convencidos do efeito benéfico das suas atitudes e talvez como nós, filosoficamente pensando, da certeza das nossas, na actualidade...

E assim se vive e escreve a História da Cirurgia em cada época...

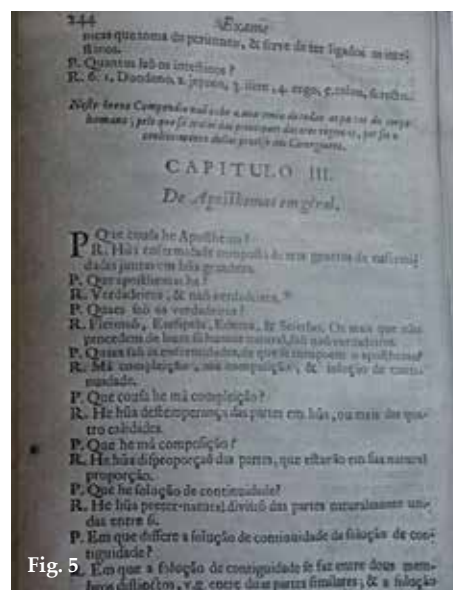


Fig. 5. Em que a filologia de continuidade se faz entre dois membros distintos, v.g. entre duas partes simétricas, & a filologia



Fig. 6. Como se curará?

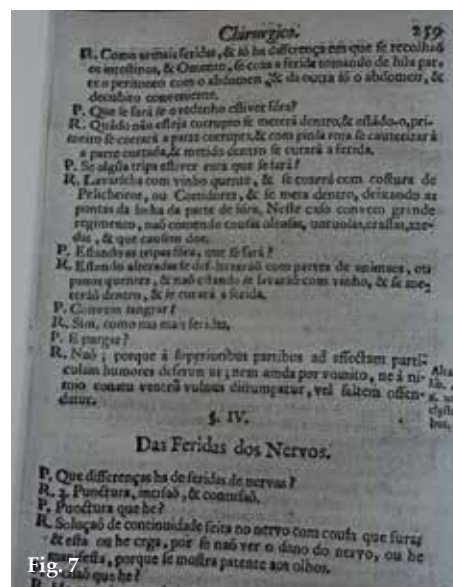


Fig. 7. Como se curará?



Alfredo Rasteiro

Registos médicos da CC 98 do BC 88. Norte de Angola, 1961-63

Em 1961-1974 cerca de oitocentos mil militares portugueses lutaram contra povos africanos conduzidos por libertadores escolarizados em português. A expressão portuguesa foi a língua da libertação.

Em 1961-1974 cerca de oitocentos mil militares portugueses lutaram contra povos africanos conduzidos por libertadores escolarizados em português. A expressão portuguesa foi a língua da libertação. Sofremos oito mil oitocentos e trinta e um mortos, tivemos vinte mil deficientes físicos e esquecemos, durante muito tempo, cento e quarenta mil casos de *stress pós traumático de guerra*, entidade mórbida definida em 1980, *"perturbação psicológica crónica resultante da exposição a factores traumáticos de stress*

durante a vida militar" (Lei 46/98).

Quando cumpria o Serviço Militar, então obrigatório, no Esquadrão de Carros de Combate do Regimento de Cavalaria 8, no Campo Militar de Santa Margarida, chegou a mobilização para o Norte de Angola como alferes miliciano médico da Companhia de Caçadores nº 98 do Batalhão de Caçadores nº 88.

Chegámos à vista de Luanda no dia 1 de Maio de 1961, mas apenas nos desembarcaram no dia 2, porque o dia do trabalhador estava proibido. A chegada foi muito festejada. Receberam-nos com letreiros: *"Obrigado, Salazar, estes já chegam para acabar com o resto"*. Viu-se! O regresso foi em 20 de Abril de 1963.

Conservo o registo de 1869 Consultas médicas, de que fui responsável, entre 1 de Janeiro de 1962 e 13 de Abril de 1963 em que, atabalhoadamente, atendi 215 queixas de convalescentes de paludismo, 195 casos de paludismo, 164 síndromas gripais, 135 uretrites, 112 problemas

dentários, 109 diarreias, 93 queixas torácicas, 90 lombalgias, 89 gastrites, 82 pequenas cirurgias, 62 casos de tosse, 52 micoses, 48 dores abdominais, 40 dores de cabeça, 33 infecções cutâneas, 31 otalgias, 29 cólicas hepato-vesiculares, 25 alterações emocionais, 21 conjuntivites, 17 reacções alérgicas, 11 contusões, 9 fracturas, 3 feridas por arma de fogo, 2 apendicites agudas e 204 situações diversas que incluíam rinorragias, ovos de *Tunga penetrans*, contacto de *Cantárida*, picada de *Escorpião*, "cuspidela" de *Naja*, sarna, parasitoses intestinais, diminuição da visão, varicela, asma...

Comentário

Revejo estas *Memórias de Guerras de África "Crispadamente recolhido e mudo"* à maneira de José Saramago, Prémio Nobel da minha aldeia. A *"História da Medicina Militar Portuguesa"*, 2004 de Carlos Vieira Reis, com uma "lista incompleta dos médicos milicianos mobilizados para a guerra



Relíquia na estrada
Cuimba- M'Bridge,
9 Julho 1961

do ultramar", não regista o meu nome, nem o de meu Irmão António que esteve no norte de Moçambique, em 1970-71. Vieira Reis lamenta que *"o Serviço de Saúde tenha sido esquecido globalmente na ordenação de tarefas cometidas ao Comité de História Militar. (...) Sendo infelizmente verdade que nada se aproveitou do ensinamento prático daquela guerra (1961-74), para melhoria do Serviço de Saúde no tempo de paz ... não é menos verdade que também com a sua história ninguém se tenha preocupado ou se tenha feito qualquer tentativa de salvar documentos históricos importantes..."* (Vol. II, pág. 109).

Três dias depois da proclamação *"Para Angola. Ràpidamente e em força"*, no dia 17 de Abril de 1961 recebi "Guia de marcha" para Lamego onde me informaram que, se o meu nome não constasse em Viseu, deveria ir a Leiria, e zarpar.

Apresentei-me em Leiria, no Regimento de Infantaria nº 7, despedi-me da família em Azinhaga, deixei três dentes em Santarém, e juntei-me à Companhia de Caçadores nº 98, do Batalhão de Caçadores nº 88 (CC98/ BC88) na noite do dia 20, no combóio para Lisboa, ocasião para primeiros contactos com cinco Oficiais, dezassete Sargentos, e cento e sessenta e cinco Praças, presumivelmente saudáveis.

Embarcámos no "Niassa", em Santa Apolónia, no dia 21, quase em segredo seguimos sem escalas, pairamos ao largo de São Tomé, aportámos em Luanda. Contactei no navio o meu primeiro doente, um soldado que sofrera traumatismo craniano na semana anterior e que fez toda a viagem na enfermaria, na ré, gelo na cabeça. Incapacitado

para o Serviço descansou no Hospital Militar de Luanda até passar à disponibilidade, dois anos depois, com o resto da Companhia, em três de Maio de 1963. Se o tivessem mandado embora, pagaria taxa militar.

Tivemos três mortos: um por afogamento no rio Zádi, em 17 de Janeiro de 1962 e dois por acidente viação, numa rotunda de Cela, em 22 de Dezembro de 1962.

A CC98 não possuía macas utilizáveis e, se alguém teve enxerga, ninguém soube o que era um lençol no primeiro ano de campanha.

Preocupei-me com a profilaxia das doenças infecciosas e parasitárias, com a alimentação do pessoal e com os agasalhos contra a "frialdade" nocturna.

Fui repreendido pelo Comando do Sector do Negage, e pelo Comandante do BC88, pelos Relatórios mensais em que procurei alertar os Serviços de Saúde Militar para os problemas alimentares e de equipamento, por ter pedido "sacos de dormir", por afirmar que o Complexo B adicionado à farinha do Pão era destruído na cozedura, que a Vitamina C acrescentada ao Vinho era inútil, e que o corte da barba era um atentado contra a integridade física porque aumentava a vulnerabilidade perante as folhas do capim e as picadas dos insectos, além de que baixava a autoestima de combatentes desafiados por um "inimigo" que oferecia maiores prémios por cabeças com barba. Repetidamente solicitei assistência estomatológica e rastreio de tuberculose pulmonar.

O "Historial" dos dois anos de permanência em Angola foi registado pelo então Alferes



Sanzala Piri, 22 Maio 1961



Rio Tau, Sacandica, 16 Setembro 1961



Monteiro, Rasteiro, Azevedo Simões, Roque, Carneiro

de Infantaria Joaquim Amaral na "Síntese Histórica da CC98/ BC88", 1963. Nunca foi divulgado. Ferimentos em posteriores combates, e experiência obtida, motivaram Joaquim Amaral, natural de Pinhel, a licenciar-se em História, "terreno" que bem conhecia: "Penetração Seiscientista no Reino de Angola através do Rio Cuanza", Dissertação de licenciatura, Coimbra, 1973, 495 páginas e 10 mapas.

O meu itinerário angolano tocou Luanda (2 a 13 Maio 1961),



Alfredo Rasteiro



saímos de Luanda a 13 de Maio para Catete, Zenza do Itombe e Dondo, onde pernoitámos, Salazar, Lucala (14), de noite ouvia-se o fragor das cataratas Duque de Bragança, Samba Caju, Pambos do Sonho (15), Camabatela (16), Negage (17), Bungo (25), 31 de Janeiro, Damba (31), Quibocolo, Maquela do Zombo (5 a 13 de Junho), Luvaca (22), Cuimba (24 Junho a 11 de Julho, com saídas a Buela e M'Bridge), Maquela do Zombo (12 de Julho), Béu (10 de Setembro a 20 de Novembro), com destacamentos em Cuilo-Futa (12 de Agosto a 24 de Novembro) e Sacandica (29 de

Setembro a 25 de Novembro), Maquela do Zombo, Negage (23 de Maio a 8 de Agosto), com destacamentos a Pelo (30 de Maio a 9 de Junho), Bembe (19 de Junho a 2 de Julho), Canzundo (14 a 16 de Julho), Zalala (18 de Julho a 8 de Agosto), Luanda (9 de Agosto a 27 de Setembro), Gabela (28 de Setembro a 15 Abril de 1963) e, finalmente, Luanda, onde embarcámos no "Paquete" "Vera Cruz" em 20 de Abril de 1963, de regresso a Lisboa e Leiria. Desembarcámos em 2 de Maio de 1963, desfilámos em Leiria e passámos à disponibilidade, no dia seguinte.

Conservo registos entre **1 de Janeiro de 1962 e 13 de Abril de 1963**, período durante o qual atendi **1869** casos clínicos em que as principais causas de morbilidade foram o **paludismo (21,9 %)**, **os síndromas gripais (8,7 %)**, **as uretrites (7,2 %)**, **os problemas dentários (5,9 %)**, **as diarreias (5,8 %)**, e **as dores torácicas por "frieira" nocturna (4,9 %)**.

Destaco o período de dez dias, desde 30 de Maio a nove de Junho de 1962, isolados na serra do Topo, entre os rios Zadi Bite-Bite e Zadi Andimba, no local onde existira a Sanzala Pelo, a 70 km do povoado mais próximo, o Songo.

"Durante esses dias foram feitos dez patrulhamentos a pé que totalizaram cerca de cento e cinquenta e seis quilómetros através das matas e do capim, destruíram-se 328 cubatas e abateu-se o único indivíduo encontrado, a fugir a 400 m de distância de uma patrulha" (J.Amaral, Síntese Histórica da CC98/ BC88, 1963, folha 13).

O "fugitivo" foi encontrado sem vida pelo Alferes que o abateu. Era uma criança mal nutrida com feridas infectadas nos mem-

bro inferiores, que dificultaram a fuga (Luís Monteiro: Comunicação pessoal).

Nessa operação suportámos dias de calor abrasador e noites extremamente frias. Sobrevivemos cinco dias com rações de reserva, sopas de raízes e folhas de mandioca, e tomates "cereja" selvagens.

Setenta e oito soldados (78), que regularmente faziam profilaxia antipalúdica com "Daraprin" duas vezes por semana, necessitaram assistência médica. Entre eles, 42 apresentaram síndromas febris com hipertermias axilares contínuas superiores a 40°. Desde o início desta acção, em 30 de Maio, assistimos a 2 ou 3 novos doentes febris todos os dias a que se somaram, no dia 4 de Junho, onze novos doentes, acentuando-se as baixas nos dias seguintes. Apenas cerca de metade dos efectivos da Companhia, incluindo o médico, não adoeceu neste período. Completamente isolados, não tínhamos com quem dividir responsabilidades e, integrados na "operação Juízo final", nome de código, não nos foi possível retirar os doentes. Conteí com a colaboração de toda a CC98, especialmente os Senhores: Manuel Araújo da Silva (Furriel Miliciano Enfermeiro), António Rodrigues Correia, Manuel António de Figueiredo Moraes e Amável Fernandes Rama (Primeiros Cabos Ajudantes de Enfermeiros) e Raimundo Bento Pereira e Joaquim da Costa Campos (Soldados Condutores Auto da Secção Sanitária).

A continuidade dos estados febris, a ausência de remissões, as dores torácicas, a violência de algumas cefalalgias, as queixas gástricas, as dores abdominais, e as diarreias que muitos apresentavam, assustavam.



Kibanda (feiticeiro), Zalala, 1961



Pseudartrose, Gabela, 1962

Regressado a Negage, em 10 de Junho de 1961, enviei dois doentes para o Hospital Militar de Luanda que confirmou o Paludismo. Com um microscópio Bausch & Lomb TM 9344 recuperado na sanzala Piri, em 22 de Maio de 1961, laminas de vidro e soluções corantes May-Grunwald, e Giemsa, distribuídas pelos Serviços de Saúde militar, improvisei um Laboratório. Dos muitos esfregaços de sangue dos doentes febris encontrei, em um, um eritrócito com um *Trofozoito* em anel, concorde com o diagnóstico, confirmado pela prova terapêutica com os antipalúdicos disponíveis ("Resochin" injectável, "Avloclor", comprimidos e "Camoquin", comprimidos).

A reduzida eficácia da profilaxia antipalúdica em zonas abandonadas, fortemente infestadas, era conhecida desde Alphonse Laveran (1845-1922), Prémio Nobel de Medicina em 1907, Autor cuja Obra *Eça de Queirós* (1845-1900) ajudou a divulgar no romance "Os Maias", 1888 onde é citado o valioso trabalho "*Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme*", 1881, leitura de cabeceira do personagem

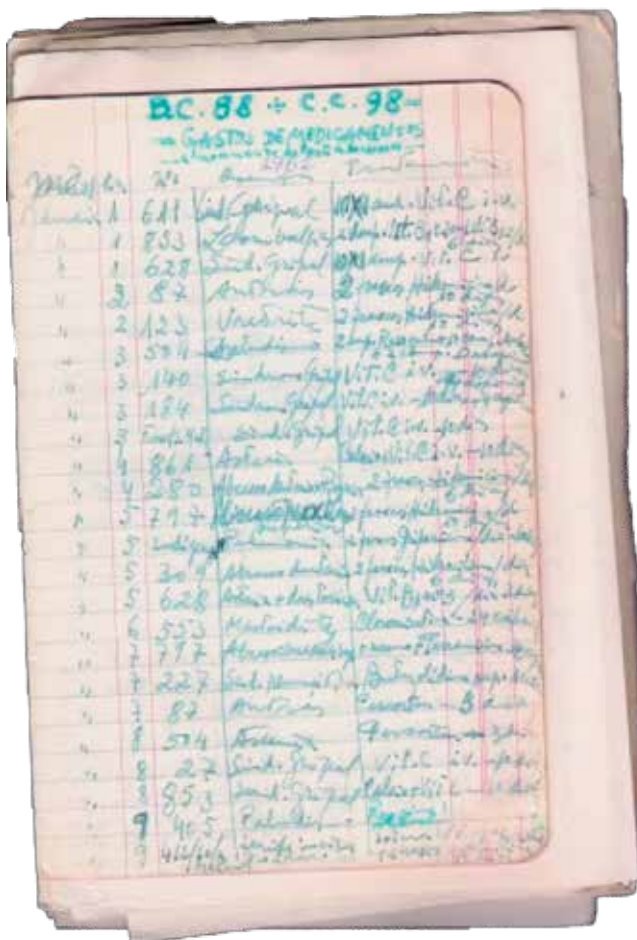
médico Carlos da Maia.

Dispôr de um ou outro livro de Medicina Tropical, num sítio pedado e inóspito chamado "Pelo", não ajudava quatro dezenas de jovens que jaziam no chão com temperaturas axilares superiores a 39°, sem cama, sem tecto, sem cobertores que os livrassem do frio da noite, sem uma sombra amiga durante o dia, sem uma aragem que os animasse, sem um helicóptero que os levasse para o Hospital civil de Carmona, ou para o Hospital militar do Negage, sem tendas, sem laboratório, sem nada.

As guerras de África apressaram a diáspora portuguesa dos anos 60 do século XX, conduziram à desertificação dos campos e impuseram, às mulheres e aos velhos, que ficaram tarefas até então tidas por masculinas. Nos onze anos que se seguiram ao meu regresso verifiquei que, na zona de Leiria, os casos de cegueira e as perdas de olhos motivadas por fragmentos de ferro intraoculares provenientes de fragmentos de aço de enxadas impróprias para trabalhos agrícolas atingiam cada vez mais mulheres e meninas, enquanto os homens acidentados eram

cada vez mais velhos e, muitos deles, repetentes (J.G.Gomes e outros: *Corpos estranhos magnetizáveis intraoculares. Experiência Ophthalmologica* (Coimbra), 1989, 15, 39-45).

Guerras de África nunca pouparam ninguém: velhos, mulheres e crianças que lutaram pela subsistência, os que morreram, e quantos regressaram, quase sempre perturbados, em maior ou menor grau, por stress pós-traumático de guerra. Os Irmãos



Diário clínico

Hospitaleiros de São João de Deus ajudaram alguns destes infelizes.

Os médicos mobilizados por imposição para as Guerras de Libertação de Angola, Moçambique, e Guiné foram educados em Faculdades de Medicina "nascidas" da Reforma de 1911, que visava "preparar o profissional para a carreira, o cidadão para o estado e o homem para a ciência" (José de Mattos Sobral Cid: Oração de Sapiência, Coimbra, 16 de Outubro de 1907). Aprenderam alguma Bacteriologia e Parasitologia, gastaram o ano de Estágio com uma Dissertação e, nas Escolas Práticas Militares de Infantaria e de Serviço de Saúde substituíram-lhes a observação de Doentes, que deveria ter sido disponibilizada para todos, por Ordem unida, Ginástica de apli-

cação militar, Aulas magistrais em que se falou da "quadrícula" do Senhor General Santos Costa, que o Doutor Salazar não autorizava, e das toneladas de fezes que um Batalhão produzia em campanha. Na região do Bêu, na fronteira Norte de Angola, até seria interessante verificar quem obteria melhores resultados, se o Senhor Major Maçãs Fernandes, que esteve mobilizado nos Açores durante as guerras europeias, se os volumosos escravelhos limpa latrinas que por lá havia. Depois da "Quadrícula", adiada por razões somáticas, depois de Bandung (1955), depois da Independência do Congo ex-Belga (1960), depois das resoluções das Nações Unidas de 15 de Dezembro de 1960 o Governo português, orelhas moucas a quem se opunha, respondeu ao "Obrigado Salazar estes já chegam para acabar com o resto" despejando, para lá, tropas de farda amarela e espingardas Mauser, maravilhosos jipes e jipões em que, debaixo da pintura, afloravam inscrições em árabe e em coreano, e médicos sem prática.

Termino com um Poema que o Capitão de Infantaria Manuel Eduardo de Azevedo Simões, Comandante da CC98 / BC88 no posto fronteiriço de Bêu, colocou à cabeceira do seu leito, em Novembro de 1961:

*"Não quero a paz dos cemitérios
Nem a paz silenciosa das prisões
Não quero a paz da bomba atômica
Nem a paz dos canhões
Não quero a paz armada,
Porque é guerra
Não quero a paz do deserto
Porque é silêncio
Não quero a paz do Hospital
Porque é dor
Quero a paz dos corações
Quero a paz dos corações.
Natal, 1961"*



Picada para Zalala