

# Revista **Ordem** **Médicos**

ano 29 n.º 143 Setembro | 2013 Mensal | 2€



anos a defender  
a Qualidade da Medicina  
Portuguesa

## Calendário eleitoral - Triénio 2014/2016

pág. 13

Actualidade  
Quem pretende o fim da pequena medicina  
privada?  
Prazo de licenciamento foi prorrogado

pág. 60



## Siga o caminho para um coração saudável

Para celebrar o Dia Mundial do Coração tome atitudes para ter um coração saudável: faça actividade física, adopte uma alimentação saudável e elimine o tabaco, para reduzir o seu risco e o da sua família de sofrerem um AVC ou doença do coração. Hoje sabemos como prevenir o impacto futuro destas doenças, assumindo um estilo de vida para ter um coração saudável desde a infância à idade adulta.

Descubra mais em: [www.fpcardiologia.pt](http://www.fpcardiologia.pt)

Com o patrocínio global:



**WORLD HEART FEDERATION®**  
UNIR ESFORÇOS GLOBAIS  
PARA COMBATER A DOENÇA  
CARDÍACA E O AVC

Revista da  
Ordem dos Médicos  
Ano 29  
N.º 143  
Setembro 2013

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:  
**José Manuel Silva**

Director:  
**José Manuel Silva**

Directores Adjuntos:  
**António Pereira Coelho, José Ávila  
Costa e Miguel Guimarães**

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

Redactora Principal:  
**Paula Fortunato**

Dep. Comercial:  
**Helena Pereira**

Designer gráfico e paginador:  
**António José Cruz**

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

Impressão:  
**Atelier Gráficos à Lapa, Lda.  
Lidergraf - Sustainable Printing,  
Artes Gráficas, SA**  
Rua do Galhano, 15  
4480-089 Vila do Conde

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

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



## 05 **Código Deontológico** *editorial*

## 06 Último editorial *informação*

## 12 ELEIÇÕES - Triénio 2014/2016

## 13 Calendário eleitoral - Triénio 2014/2016

## 14 Igualdade no acesso aos empregos do sector público

## 18 Anulação da opção do doente nas novas receitas

## 19 Luta contra a dopagem no desporto

## 20 Habilitação ao grau de consultor

## 22 Novo regime legal das 40 horas - aplicação à carreira médica

## 24 Esclarecimento: Assinatura digital

## 26 Projecto para o novo regime de convenções com o SNS

## 28 Acta Médica Portuguesa: 2011-2013

## 33 Em defesa da Carreira Médica

## 34 Respeitar os legítimos interesses e direitos dos doentes

## 36 Terapêuticas não convencionais

## *actualidade*

## 40 Comemorações do 75º aniversário da Ordem dos Médicos

## 50 Estudo da demografia médica no Sistema Nacional de Saúde

## 54 Homenagem aos antigos bastonários da OM

## 57 A Europa e o futuro das profissões reguladas

## 60 Quem pretende o fim da pequena medicina privada?



## *opinião*

## 65 Cheque-genérico

## 66 Carta aberta aos médicos

## 67 Só mais uma colher

## 69 Humanismo em Saúde

## 71 Um desejo para os cuidados primários...

## 72 E porque não salvarmos o Hospital de Curry Cabral?

## 73 Crianças. Segurança em primeiro lugar!

## 74 O Serviço Nacional de Saúde e a Oncologia – eficácia ou desperdício?

## 76 Escolha o seu próprio Médico...!

## 79 “Ars quidem sanitatem custodiendi, non est ars quae a morte securos nos faciat”

## 82 *cultura*

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



## PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

## COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

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

## COORDENADORES COMPETÊNCIAS

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







## Último editorial

Já foram marcadas as eleições para a Ordem e eu voltarei a ser parte activa nas mesmas.

Por conseguinte, e para manter a independência da ROM, este será o meu último editorial deste triénio e será um editorial normal, não um balanço do trabalho efectuado. A minha análise pessoal será feita no momento e local apropriados. Aqui e agora apenas direi que foi uma imensa honra e uma enorme responsabilidade poder ocupar e dinamizar o cargo de Bastonário da Ordem dos Médicos e servir os Médicos, os Doentes e a Saúde.

### **Acta Médica Portuguesa**

A AMP foi uma das grandes apostas da Ordem no actual triénio.

De uma revista com enormes atrasos, com centenas de artigos a aguardar publicação, que aceitava quase tudo o que recebia, praticamente moribunda, deu-se um imenso e impressionante salto qualitativo.

Como? Simples.

Num processo de descentralização, o Bastonário deixou de ser o Director da AMP, sendo nomeado um Editor-Chefe e reforçada a equipa de trabalho.

Mas também houve “sorte”.

Por sugestão do Director da Faculdade de Medicina de Lisboa foi nomeado como Editor-Chefe um jovem, dinâmico, corajoso, empenhado e inteligente Professor da Faculdade de Medicina de

Lisboa. Foi a melhor prenda para a AMP.

Muito do que foi feito, com imenso trabalho e incontáveis horas de dedicação, está descrito e divulgado num artigo publicado pelo corpo editorial da AMP neste número da ROM, que justifica esta nota editorial, pelo que me dispenso de o enumerar.

Acima de tudo, mudou a organização da AMP. A Acta recebia 400-500 artigos por ano e aceitava mais de 95% para publicação, demorando depois vários anos a publicá-los, em atrasos crescentes. Actualmente, dignificado o *peer review*, elevado o nível de exigência e para manter as publicações em tempo oportuno, são

rejeitados cerca de 300 ou mais artigos/ano.

Muitos Colegas reclamaram, porque esta nova cultura da AMP surpreendeu alguns. O lugar de Editor-Chefe tornou-se bem mais difícil e complexo de exercer. Mas todos teremos de nos habituar. É a nova realidade e são os padrões internacionais de qualidade. Logicamente, a equipa editorial da AMP manteve sempre o total apoio e a cumplicidade do CNE e do Bastonário.

Presentemente, publicar na AMP dignifica realmente os autores dos artigos e o país.

A Ordem dos Médicos e todos os Médicos podem agora orgulhar-se da “nova” AMP.

#### Informar a Ordem é vital!

Um das principais funções da Ordem é exercer uma magistratura de influência, tentado evitar e procurando induzir a resolução dos problemas que vão surgindo no terreno.

Temos insistido permanentemente nesta questão, mas não podemos deixar de expressar o nosso lamento pelo baixo índice de participação formal à Ordem das dificuldades no exercício da prática clínica com Qualidade.

Tal como notificam poucos eventos adversos com medicamentos, os médicos também notificam muito pouco os problemas da Saúde e da prática clínica à Ordem dos Médicos.

Muitas das denúncias que a Ordem foi fazendo resultaram da participação de médicos e de doentes. Algumas questões foram sendo resolvidas. Outras foram divulgadas e relatadas à comunicação social, obrigando os responsáveis políticos a uma análise mais cuidada das situações e à procura de novas soluções.

Se nos calarmos, seremos esmagados.

Se nos unirmos e lutarmos, muito se pode conseguir.

A mobilização geral dos Médicos no ano transacto foi um bom exemplo. Pelo caminho que as coisas estão a levar, não é impossível que tenha de ser repetida... Uma das razões é a indiferença do Ministério da Saúde relativamente ao compromisso da publicação do Acto Médico.

Por isso mesmo, voltamos a instar os Colegas para que comuniquem à Ordem tudo o que está mal nas instituições onde trabalham!!!!

Insistimos particularmente que informem a Ordem de todos os casos concretos de substituições abusivas de marcas de genéricos e até de princípios activos ao balcão das farmácias. Este é um combate que iremos intensificar, diversificando estratégias, e que, em benefício dos doentes, podemos e queremos ganhar. Já não estamos em tempos de moderação, depois de dois anos a expressarmos as nossas preocupações e argumentos ao mais alto nível sem conseguirmos obter a atenção e o retorno que consideramos necessário e imprescindível para defesa dos melhores interesses dos doentes, da relação médico-doente e da Qualidade da Saúde em Portugal.

De facto, todos sabemos que é verdade, muitas farmácias, em maior ou menor número só uma auditoria o poderá avaliar, não estão a informar os doentes nem a dispensar os medicamentos correctamente, com a complacência do legislador, incumprindo a letra e o espírito da lei, para aumentarem os seus lucros.

Nesta matéria, os médicos têm inequívoca razão e iremos continuar a demonstrar que as farmácias estão condicionadas por interesses financeiros que em alguns casos

## CORREIO DA SAÚDE

JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

### Fechos maciços?

**O**s requisitos impostos ao licenciamento de pequenos consultórios colocam um nível de exigências impossível de atingir para muitos e que nada têm a ver com o patamar de qualidade que se deve exigir para o seu funcionamento. Paradoxal é o facto de termos muitas instalações públicas que não cumprem essas mesmas normas.

No seu conjunto, as regras definidas podem inviabilizar o exercício da pequena medicina privada independente, levando ao encerramento massivo

### As regras podem levar ao encerramento massivo de centenas de pequenos consultórios

vo, se aplicadas sem flexibilidade, de centenas ou milhares de pequenos consultórios, sobretudo no Interior do País.

Com claro prejuízo do leque de opções ao dispor dos doentes e a concentração e encarecimento do acesso aos cuidados de saúde privados, por óbvia diminuição da proximidade e da concorrência, favorecendo os grandes grupos económicos da Saúde. Sabemos que há preocupação e disponibilidade do Ministério da Saúde para analisar este problema e evitar o seu enorme impacto negativo. Esperemos que assim aconteça, porque já há pouco tempo.

In “Correio da Manhã” - 18 de Julho de 2013



prejudicam gravemente os doentes, até a opinião pública obrigar à alteração da legislação da DCI (ver comunicado da Ordem publicado neste número da ROM sobre a desaceratada decisão do tribunal relativamente a uma inenarrável providência cautelar das farmácias). A Ordem dos Farmacêuticos afirma que são casos isolados!!! Contamos que os médicos passem dos relatos orais à apresentação de provas físicas, que comunicaremos ao Infarmed para demonstrarmos as nossas razões.

Entretanto, não podemos deixar de chamar a atenção dos Colegas para não usarem erradamente a opção de excepção b), de reacção adversa prévia, que só pode ser usada quando essa reacção adversa tiver sido anteriormente notificada ao Infarmed. Este excesso fragiliza as posições da Ordem dos Médicos.

A comunicação à Ordem é agora particularmente importante, visto que foi publicada a Lei do Directório do Lápis Azul, o Despacho n.º 9635/2013, que centraliza no Director Geral da Saúde toda a informação estatística em Saúde, cuja divulgação irá ser atrasada e trabalhada, nesta partidocracia pouco democrática e nada transparente em que vivemos, dificultando o acesso a informação essencial para avaliar as consequências da crise na Saúde.

Basta consultar o Portal da Estatística da Saúde, na página da DGS, para se perceber como esta informação vital está muitíssimo atrasada e nunca permitirá avaliar o que se passa actualmente em cada instituição de saúde. Os próprios jornalistas da área da Saúde se queixam amargamente deste Despacho n.º 9635/2013.

Uma das situações mais recentemente denunciadas pela Ordem foi o caso paradigmático da VMER

de Torres Vedras, um exemplo de como as empresas fornecedoras de mão-de-obra estão a actuar, com a complacência permanente do Ministério da Saúde. Este assunto continuará a merecer a atenção da Ordem dos Médicos. Conforme defendeu o Colégio de Estomatologia, e muito bem, em documento recente, "Seria excelente que os médicos se constituíssem como um observatório quotidiano, elaborando uma espécie de "diário de bordo" que permitisse à Ordem dos Médicos conhecer o que é preciso, a partir da fonte adequada."

É a única forma da Ordem poder ter alguma capacidade real e efectiva de intervenção.

Depende de todos nós, porque a Ordem somos todos nós.

#### Informar mais e melhorar a comunicação com os doentes

De um estudo da empresa Pitégorica para a Apifarma, de Maio de 2013, queremos salientar alguns aspectos importantes.

Os cidadãos inquiridos consideraram a internet como a fonte de informação mais privilegiada na procura de informação sobre saúde (64%), seguida dos Centros de Saúde/USF (15,9%), literatura especializada (15,3%), hospitais (12,2%) e farmácias (10,6%).

Numa escala de zero a dez, no que se refere à qualidade de informação, são as farmácias a fonte mais pontuada (7,5), seguindo-se a internet (7,3), a literatura especializada (7,1), os hospitais (7,0) e os Centros de Saúde/USF (6,9).

No que à fiabilidade da informação diz respeito, os Hospitais e os Centros de Saúde têm pontuações muito positivas, respectivamente 8,0 e 7,8, com as farmácias a pontuarem também 7,8, a lite-

**CORREIO DA SAÚDE**

**JOSÉ MANUEL SILVA**

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

## Destruir as convenções?

O setor privado convencionado da Saúde emprega 50 000 pessoas e é essencial. Coloca quase toda a população a menos de meia hora dos exames complementares de diagnóstico e terapêutica e dá resposta a 18 milhões de requisições e produz mais de 100 milhões de atos por ano.

Nos últimos dois anos, a despesa pública com este setor diminuiu quase 30%, pelo que não se compreende que se queira esmagá-lo!

## A nova proposta legislativa para o regime das Convenções terá consequências catastróficas

A nova proposta legislativa para o regime das Convenções, com concursos ao menor preço e contratos por períodos de apenas três anos, terá consequências catastróficas. Além de impedir qualquer perspectiva de investimento, mataria sucessivamente os prestadores de proximidade que não conseguissem ganhar um concurso, levando a uma concentração progressiva em poucos gigantes prestadores, que cartelizariam o setor, matariam a concorrência, capturariam o Estado e afastariam os recursos das populações.

Em defesa dos doentes, esperamos do Ministério da Saúde alterações sensatas à proposta de Lei.

ratura especializada 7,5 e a internet 6,9.

Estes resultados, apesar de positivos, demonstram como os médicos podem e devem, melhorar mais a sua disponibilidade para prestarem mais e melhor informação sobre Saúde aos seus doentes. Se os médicos compreenderem o impacto desta circunstância e se empenharem eticamente em ser ainda mais acessíveis aos pedidos de informação por parte de doentes e seus familiares, nenhuma outra fonte de informação em Saúde será pontuada à frente dos médicos.

Todos compreendemos facilmente a importância estratégica dos cidadãos procurarem e confiarem essencialmente nos médicos como fonte de informação com qualidade e fidedignidade em Saúde.

Não são precisos mais comentários, fica para nossa meditação colectiva.

### Licenciamento e ERS

No momento em que redijo este editorial, está a decorrer um diálogo muito positivo com a ACSS e o Ministério da Saúde, pelo que voltamos a reiterar a importância dos médicos não tomarem decisões que possam colocar em causa a continuidade do exercício futuro da “pequena” medicina privada independente e de proximidade.

Mesmo que não cumpram todos os requisitos, os consultórios médicos podem registar-se na ERS, sendo de saudar o adiamento do prazo de aplicação das medidas por doze meses, que irão ser agora tranquilamente reanalisadas e revistas (ler comunicado do Ministério da Saúde neste número da ROM). Temos razões e garantias para acreditar que imperará o bom senso em todo este processo e que a legislação irá ser consensualmente alterada para a tornar

cumprível, equilibrada e sensata. Até lá, os consultórios médicos não irão ser desnecessariamente incomodados nem obrigados a cumprir uma lei incumprível. Ninguém tem de encerrar intempestivamente o seu consultório.

Quanto à obrigatoriedade de registo na ERS, chamamos a atenção para uma importante alteração das FAQs da ERS, sobre quem está obrigado a registar-se e a registar um estabelecimento (<https://www.ers.pt/pages/350>): *“Se, pelo contrário, num mesmo espaço físico existirem várias entidades que, prestando directamente cuidados aos utentes (ex. emitindo facturas e/ou recibos), uma ou algumas não detenham o controlo do estabelecimento, a obrigação de registo recai apenas sobre a entidade ou as entidades que detêm esse controlo do estabelecimento e que têm a obrigação de incluir no número de colaboradores os profissionais de saúde que não detenham aquele controlo.”*

Depois de uma intensa e construtiva comunicação com a ERS foi possível uma interpretação consensual e coerente da lei, reduzindo assim significativamente o número de médicos com a obrigatoriedade de se registarem e ao estabelecimento em que trabalham, evitando que o mesmo estabelecimento, em algumas situações, fosse registado múltiplas vezes. É um passo deveras positivo. O diálogo continua.

### Traição aos Médicos, aos Doentes e à Medicina

Foi publicada a Lei das Terapêuticas Não Convencionais (TNCs), Lei 71/2013, de 2 de Setembro (identificação final da Proposta de Lei nº 111/XII).

A posição da Ordem sobre tudo o que não tem comprovação científica e sobre o exercício de TNCs por não médicos é a mesma de sempre.



● JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

## Urgente!

**É** inquietante a concentração das urgências noturnas de Lisboa, sem estudos a fundamentar essa decisão e sem avaliar as consequências para os doentes.

A Ordem dos Médicos é favorável a um grau adequado de reorganização das urgências, com base em argumentos técnicos, mas estranha o secretismo do processo. Um péssimo sinal economicista.

Alegadamente, na base desta reorganização esteve o número insuficiente de médicos e o baixo número de urgências nesse período. Ora, estes

## É inquietante a concentração das urgências noturnas de Lisboa sem avaliar as consequências

dados não foram divulgados, para que pudessem ser honestamente confirmados. São, por conseguinte, de duvidar.

No que ao número de médicos diz respeito, a Ordem dos Médicos considera a alegação falsa, pois o número de médicos que trabalham no SNS tem aumentado.

Quanto a dados estatísticos da Saúde, a Lei do Diretório do Lápis Azul impede a sua divulgação, facilitando a manipulação da informação pelo Ministério da Saúde.

É urgente preservar as urgências de Lisboa e da Península de Setúbal!

Os cidadãos têm a palavra.

In “Correio da Manhã” - 15 de Agosto de 2013



Todavia, depois de publicada a Lei 45/2003, que legalizou o exercício de seis TNCs, naturalmente a melhor atitude em defesa da Saúde Pública era a respectiva regulamentação, para evitar a perpetuação da “lei da selva”, em que todos faziam o que queriam sem qualquer tipo de controlo ou limitação. Perante esta realidade incontornável, a Ordem dos Médicos dispôs-se a contribuir construtivamente para a regulamentação e, não obstante a forte oposição dos “alternativos”, algumas das nossas propostas foram aceites, infelizmente não todas.

Foram feitos avanços positivos. A exigência vai ser mais elevada, a existência de registos vai ser obrigatória, o escrutínio passa a ser possível e concretizado por várias entidades e vai haver separação entre o aconselhamento e a venda de produtos. Certamente muitas “clínicas” irão ter de encerrar.

Há ainda muito trabalho pela frente. Vão ser necessárias muitas portarias regulamentadoras e a Ordem dos Médicos continuará atenta e interventiva, em defesa da Ciência e dos Doentes.

Porém, por falta de espaço para outros comentários, a ocorrência mais relevante que quero aqui analisar é o facto da nova Lei ter introduzido a “medicina” tradicional chinesa. Uma vergonha e uma traição, que tenho a obrigação ética de relatar publicamente. Sublinhe-se que durante toda a discussão pública e privada do projecto que viria a dar origem à Lei 71/2013, nunca se falou em “medicina” tradicional chinesa!

Nas vésperas da votação final fomos avisados dessa inesperada novidade por uma Colega da Competência em Acupunctura. Fizemos imediatamente vários telefonemas que confirmaram a circunstância e fomos informa-

dos que alterar o que já tinha sido decidido no Grupo de Trabalho implicava a aceitação de todos os Grupos Parlamentares e uma iniciativa formal do relator do Grupo de Trabalho.

Passei uma tarde a fazer telefonemas. Pedi a vários Colegas para telefonarem a vários contactos capitais. Falei duas vezes com o Dr. João Serpa Oliva, médico, deputado e o relator do Grupo de Trabalho, e propus que a expressão “medicina” tradicional chinesa fosse substituída por terapêuticas tradicionais chinesas, mais consentânea com a realidade.

Facilmente todos compreenderam as razões da Ordem, que no essencial estão expressas nas duas cartas que enviámos à Presidência da República e publicamos neste número da ROM, uma de natureza política e outra de âmbito jurídico. Sabemos que o Presidente da República se mostrou sensível a esta problemática, mas, infelizmente, não o suficiente para vetar a Lei e impor a sua correcção neste ponto. O consenso parlamentar conseguiu-se in extremis e o Dr. João Serpa Oliva comprometeu-se a propor a alteração/correção proposta.

Mesmo assim, por receio de algum problema de última hora, decidi telefonar a alguns Colegas de Coimbra para falarem com o Dr. João Serpa Oliva e lhe dizerem, para além de tudo o resto, que não poderia ser um médico a legalizar em Portugal as terapêuticas tradicionais chinesas como se fossem “medicina”.

Telefonei ao Prof. Rui Cabral, ortopedista e um particular amigo. O Prof. Rui Cabral, surpreendido e discordante desta legalização da “medicina” chinesa, telefonou de imediato ao Dr. João Serpa Oliva e, poucos minutos depois, já me estava a serenar informando que o Dr.

**CORREIO DA SAÚDE**

**JOSÉ MANUEL SILVA**

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

## Urgências de Lisboa

**N**a Europa, o Presidente da ARS-LVT já teria sido demitido pelo modo secreto e leviano como decidiu a redução de Urgências em Lisboa.

A ARS-LVT admite que é “um ato de gestão de dinheiros públicos”, mas não divulga estudos que indiquem se a “poupança”, mínima, justifica os graves problemas causados aos doentes, com confusões de referenciação, custos do vajúvem de transportes entre hospitais e o aumento dos tempos de espera.

É preciso manter ur-

**É preciso manter urgências internas nos hospitais, equipas de prevenção e todos os recursos**

gências internas nos hospitais, equipas de prevenção e todos os recursos nas duas urgências saltitantes (uma invenção) e reforçar os meios e espaço físico na urgência “concentrada”.

A urgência do Porto, que não foi auditada e tem problemas, serve metade da população de Lisboa. Deve haver duas Urgências Metropolitanas em Lisboa! No Porto não se concentrou a Cirurgia Vascular, por causa do trauma, e a Neurologia, pelo risco de comprometer seriamente a Via Verde do AVC. E não só!

Desafio o Ministro da Saúde para um debate. Quem tem razão não foge de debates.



João Serpa Oliva lhe tinha confirmado que a utilização da palavra “medicina” tinha sido uma gralha e que já estava corrigida.

Perante esta conjuntura, já não telefonei a mais nenhum Colega, pois entendi ser desnecessário estar a importunar o Senhor Deputado. Fiquei tranquilo.

No dia seguinte, a bomba rebentou.

Quando se estava à espera que o Deputado João Serpa Oliva propusesse a correcção da gralha, pura e simplesmente ele não o fez!

E assim, desta forma singela e traiçoeira, as práticas tradicionais chinesas foram legalizadas em Portugal como “medicina”. O responsável tem um nome: João Serpa Oliva. Certamente receberá o título de “médico chinês honorário”...

O que poderá ter levado um médico a este inacreditável comportamento?

Todas as especulações são possíveis. E todas são muito más. Algumas são mesmo completamente corruptas. Usando expressões do livro de José Gomes Ferreira, “O meu programa de Governo”, cuja leitura recomendo intensamente, vão desde o “idiota útil” à “central de negócios no parlamento”.

É difícil lutar contra tantos e tão poderosos interesses financeiros, mais ou menos disfarçados, sobretudo quando há quintas-colunas dentro da classe médica que não se preocupam com o que acontece aos doentes e à medicina.

Agora, os médicos portugueses vão passar a ter “médicos chineses” como colegas, com o argumento de que é uma prática milenar.

Práticas milenares, há muitas. Vou dar um exemplo, com a cura XLVII das ‘Centúrias de Curas Medicinais’, de Amato Lusitano: “Curá-mos muitos doentes atacados por disenteria epidémica e, entre eles,

um alveitar. Como a disenteria o oprimisse fortemente encaminhou-se de noite para uma mulher sua vizinha, de pénis erecto, e teve com ela agradável himeneu, cessando logo as dejeções, como me contou depois, ao visitar-me pela manhã. Ficou de boa saúde. Disse Hipócrates nas últimas páginas dos livros De Morbis Vulgaribus que a disenteria se cura com a vida lasciva...”. Será que a Assembleia da República também pretenderá legalizar esta prática milenar?!... É que, entretanto a Medicina evoluiu, facto que parece ter escapado a alguns legisladores...

A Ordem dos Médicos continuará a lutar por todos os meios contra esta “chinesice” e contra a possibilidade destes praticantes alternativos e não científicos poderem algum dia usar o título de médicos.

Mais uma vez se confirma que os nossos mais graves problemas começam dentro de nós. Os piores adversários dos médicos são os próprios médicos (alguns!).

Perante esta gravíssima atitude, que se qualifica a ela própria e dispensa adjectivos, peço a todos os médicos portugueses para que recordem este triste episódio quando se confrontarem com a possibilidade de eleição do Dr. João Serpa Oliva para um qualquer cargo, por irrelevante que possa parecer.

Desta surpreendente e obscura maneira se tomam decisões graves na Assembleia da República, naqueles “subterrâneos do poder, onde o Sol se faz sombra”, como refere António Arnaut no seu “Rio de Sombras”, e, pelas mãos de um médico, se escreve mais um episódio triste da história da medicina portuguesa...

Que a memória médica não seja curta para com este “Miguel de Vasconcelos”.



JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

## Central de interesses

**J**á não é possível continuar a disfarçar os maus efeitos dos exagerados cortes na Saúde em Portugal. Um drama em agravamento.

Apesar dos recentes fogachos de meia recuperação, quando acabar o memorando da Troika, Portugal vai estar economicamente muito pior, com uma dívida pública colossal e ainda mais dependente de ajuda estrangeira. Alguns políticos tentam fazer crer o contrário, mas estão a mentir, como quase sempre. A minha leitura de férias foi o perspicaz livro

### Quando acabar o memorando da Troika, Portugal vai estar economicamente muito pior

de José Gomes Ferreira, ‘O meu programa de Governo’. Devia ser de leitura obrigatória para todos os portugueses. Até quando vamos continuar a permitir que continue a funcionar a tétrica e insaciável “Central de Negócios” no Parlamento?

Portugal está como está por causa dos políticos irresponsáveis, dos corruptos jogos de interesses, dos maus contratos assinados pelos Governos, mas sobretudo da incompreensível indiferença e falta de cidadania, intervenção e reacção dos portugueses.

A culpa é de todos nós. A solução está em todos nós.

In “Correio da Manhã” - 12 de Setembro de 2013



## ELEIÇÕES - Triénio 2014/2016

### Anúncio

Nos termos dos art.ºs 5º e 6º do Regulamento Eleitoral, o Conselho Nacional Executivo anuncia que fixou a data das eleições para os órgãos sociais da Ordem dos Médicos, relativamente ao triénio 2014/2016, para o dia 12 de Dezembro de 2013.

Os órgãos sociais a eleger são:

- Presidente da Ordem dos Médicos;
- Mesas das Assembleias Regionais do Norte, Centro e Sul;
- Conselhos Regionais do Norte, Centro e Sul;
- Conselhos Disciplinares Regionais do Norte, Centro e Sul;
- Conselhos Fiscais Regionais do Norte, Centro e Sul;
- Mesas das Assembleias Distritais;
- Conselhos Distritais e
- Membros consultivos dos Conselhos Regionais do Norte, Centro e Sul.

Nota: Por estar a aguardar a aprovação dos novos Estatutos da Ordem dos Médicos, que decorrem da nova Lei-Quadro das Associações Profissionais e que obrigarão à realização de eleições, fruto das alterações e melhorias introduzidas na orgânica da Ordem, o CNE ponderou adiar as eleições, em sintonia com decisão do Plenário dos Conselhos Regionais e para evitar despesas acrescidas. Porém, como entretanto o processo não conheceu novos desenvolvimentos e se desconhece quando estará terminado, o CNE deliberou cumprir os actuais Estatutos e convocar as eleições dentro dos prazos legais definidos pelos Regulamentos ainda em vigor, para evitar correr o risco de incumprimento legal.

Lisboa, 19 de Agosto de 2013

O Conselho Nacional Executivo



## Calendário eleitoral - Triénio 2014/2016

### 2013

- Setembro 1** - Prazo limite para o anúncio da data das eleições (art.º 5, R.E.)
- Setembro 16** - Data limite para afixação dos cadernos eleitorais (art.º 7, R.E.)
- Setembro 25** - Data limite para a aceitação das reclamações aos cadernos eleitorais (art.º 8, nº 1, R.E.)
- Outubro 4** - Decisão das reclamações e afixação definitiva dos cadernos eleitorais (art.º 8, nº 2, R.E.)
- Outubro 18** - Prazo limite para apresentação das candidaturas aos Órgãos Regionais e Órgãos Distritais (art.º 10, nº 1, R.E.)
- Outubro 24** - Prazo limite para a verificação da regularidade das candidaturas e a elegibilidade dos candidatos aos Órgãos Regionais e Órgãos Distritais (art.º 16, nº 1, R.E.)
- Sem data fixa** - O prazo limite para a regularização das candidaturas aos Órgãos Regionais e Órgãos Distritais é de 3 dias úteis a contar da notificação do respectivo mandatário (art.º 16, nº 3, R.E.)
- Sem data fixa** - O sorteio das listas será feito até 3 dias úteis após a aceitação definitiva das candidaturas (art.º 17, RE)
- Outubro 30** - Prazo limite para a apresentação das candidaturas a Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 12, nº 1, R.E.)
- Novembro 5** - Prazo limite para a verificação das condições de elegibilidade das candidaturas a Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 16, nº 1, R.E.)
- Sem data fixa** - O prazo limite para a regularização das candidaturas a Presidente da Ordem dos Médicos é de 3 dias úteis a contar da notificação do respectivo mandatário (art.º 16, nº 3, R.E.)
- Novembro 21** - Prazo limite para o envio dos boletins de voto, carta explicativa sobre o processo eleitoral, exemplar das listas concorrentes (art.º 19, nº 1, R.E.)
- Dezembro 12** - Constituição das Assembleias e Secções de voto e acto eleitoral. (art.º 5 e 29, R.E.)
- Dezembro 17** - Prazo limite para as reuniões das Comissões Eleitorais Regionais e Comissão Eleitoral Nacional para o apuramento final dos resultados (art.º 34, R.E.)
- Sem data fixa** - O prazo limite para a impugnação dos Actos Eleitorais para o Presidente e para os Órgãos Regionais é de 5 dias úteis a contar da data do apuramento final dos resultados eleitorais (art.º 35, nº 1, R.E.)  
Prazo limite para anúncio da realização da 2ª volta para Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 32, nº 3, R.E.)  
Prazo limite para o envio dos boletins de voto, carta explicativa sobre o processo eleitoral, identificação dos concorrentes, tudo relativo à 2ª volta da eleição do Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 32, nº 5, R.E.)

### 2014

- Janeiro 27** - Constituição das Assembleias e Secções de voto e acto eleitoral. (art.º 32, nº 3, R.E.)
- Janeiro 30** - Prazo limite para a reunião da Comissão Eleitoral Nacional para o apuramento final dos resultados. (art.º 34, R.E.)
- Sem data fixa** - O prazo limite para a impugnação do Acto Eleitoral para o Presidente é de 5 dias úteis a contar da data do apuramento final dos resultados eleitorais da 2ª volta. (art.º 35, nº 1)



## Igualdade no acesso aos empregos do sector público

Reproduzimos em seguida a tomada de posição da OM perante os Despachos n.º 8056-C/2013 e n.º 10231-A/2013 que vêm regulamentar os procedimentos de contratação de médicos que concluíram a sua formação especializada na 1ª época de 2013, despachos esses que continuam a merecer, por parte desta instituição, repúdio e reprovação, nomeadamente por não respeitarem o direito constitucional à igualdade no acesso aos empregos do sector público. No final reproduzimos ainda a nota de imprensa sobre este mesmo assunto.

«Na sequência dos Despachos 15630/2013 e 2546/2013 – despachos estes que mereceram a oposição da Ordem dos Médicos por violação dos princípios da igualdade e do direito de igualdade de acesso aos empregos do sector público consignados nos artigos 13º e 47º da Constituição da República Portuguesa, respectivamente – o Gabinete do Secretário de Estado da Saúde publicou, respectivamente, em 20 de junho e 02 de agosto, os Despachos 8056-C/2013 e 10231-A/2013 que visam regular, relativamente aos médicos que concluíram a respectiva formação médica especializada na 1ª época de 2013, os procedimentos de recrutamento na área de Medicina Geral e Familiar (Despacho 8056-C/2013) e nas áreas hospitalar e de saúde pública (Despacho 10231-A/2013).

**Os presentes Despachos só podem continuar a merecer, por parte da Ordem dos Médicos,**

**a sua reprovação.** É que, não obstante algumas alterações aos procedimentos de selecção simplificados a desenvolver (e que infra serão analisadas), os aludidos despachos **continuam a restringir o direito de igualdade de acesso aos empregos do sector público**, na medida em que limitam a possibilidade de apresentação de candidaturas aos Médicos que terminaram a sua formação especializada na 1ª época de 2013. Assim, os despachos ora publicados continuam a deixar de fora todos os Médicos que, tendo terminado as suas especialidades em épocas anteriores, ainda não se encontram contratados ou que, estando contratados, pretende mudar de local de exercício da profissão.

Sendo o direito de igualdade de acesso aos empregos do sector público um direito, liberdade e garantia consagrado no artigo 47º da Constituição da Repúli-

ca Portuguesa é juridicamente inaceitável que, por via de despacho, o Ministério da Saúde continue a persistir na restrição deste direito, desobedecendo ao regime jurídico desde tipo de direitos, tal qual se mostra consagrado no artigo 18º da Constituição da República Portuguesa. O direito de igualdade de acesso aos empregos do sector público é um direito directamente aplicável, que vincula imediatamente as entidades públicas, sendo que as eventuais compressões ou restrições a este direito só podem ser determinadas por via de lei da Assembleia da República ou de decreto-lei autorizado do Governo.

Deste modo, o desrespeito da força jurídica inerente ao direito de igualdade de acesso aos empregos do sector público constitui um grave atropelo ao Estado de Direito e consubstancia uma ofensa ao núcleo essencial daquele direito. Por isso, a

Ordem dos Médicos continua a entender que estes despachos, à semelhança dos Despachos 15630/2013 e 2546/2013, estão feridos de nulidade não podendo produzir quaisquer efeitos.

A Ordem dos Médicos não pode deixar de manifestar a sua mais profunda surpresa pelo facto do Ministério da Saúde, depois de receber um extenso parecer jurídico da Provedoria de Justiça a considerar ilegais os anteriores concursos fechados e a instar à reposição da legalidade, reiterar na repetição do mesmo tipo de concursos, ultrapassando a Lei com um estranho, inaceitável e desnecessário desprezo pelo Estado de Direito.

Mas as críticas da Ordem dos Médicos vão mais longe.

Ambos os Despachos, com um confrangedor raciocínio jurídico, pretendem fundar a sua validade no artigo 3º n.º 2 do Decreto-lei n.º 45/2009, de 13 de Fevereiro, o que não pode ser aceite. O artigo 3º n.º 2 do Decreto-lei n.º 45/2009, de 13 de Fevereiro, veio introduzir alterações ao Decreto-lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto [diploma este que define o regime jurídico da formação médica, após a licenciatura em Medicina, com vista à especialização, e estabelece os princípios gerais a que deve obedecer o respectivo processo] é uma norma transitória da referida alteração legislativa que determina o seguinte:

*“2 - O disposto nos n.ºs 5 a 7 do artigo 12.º-A do Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto, na redacção do presente decreto-lei, aplica-se aos médicos abrangidos pelo n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 112/98, de 24 de Abril, salvo oposição dos interessados a apresentar, por escrito, no prazo de 30 dias a contar da data de entrada em*

*vigor do presente decreto-lei”.*

Os n.ºs 5 a 7 do artigo 12º-A do Decreto-lei n.º 203/2004 (aditados pelo Decreto-lei n.º 45/2009) determinam que:

*“5 - O exercício de funções nos termos do número anterior efectiva-se mediante celebração do contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, o qual é precedido de um processo de recrutamento em que são considerados e ponderados o resultado da prova de avaliação final do internato médico e a classificação obtida em entrevista de selecção a realizar para o efeito.*

*6 - Até à celebração do contrato previsto no número anterior, mantém-se em vigor o contrato celebrado a termo resolutivo incerto para efeitos de internato médico.*

*7 - Em casos devidamente fundamentados em proposta da ARS e autorizados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, ou das Regiões Autónomas, a obrigação determinada no n.º 4 pode ser cumprida em estabelecimento ou serviço de saúde públicos diferente daquele onde se verificou a necessidade que deu lugar à vaga preferencial, devendo a colocação situar-se na mesma região de saúde, salvo acordo diverso entre ARS ou Regiões Autónomas, sempre nos termos das regras de mobilidade geral aplicáveis às relações de trabalho em funções públicas, mas sem exceder um raio de 50 km ou a área da Região Autónoma respectiva.”*

Por seu turno o n.º 1 do artigo 2º do Decreto-Lei n.º 112/98, de 24 de Abril – que é, refira-se, expressamente revogado pelo n.º 1 do artigo 4º do Decreto-lei n.º 45/2009 – determina(va) que:

*“1 - Têm direito à prorrogação do contrato pelo período de três anos os internos que:*

*a) Escolham, para efeitos de realiza-*

*ção do internato complementar e de acordo com o n.º 3 do artigo 16.º do regulamento de concurso aprovado pela Portaria n.º 950/95, de 2 de Agosto, estabelecimento de saúde e especialidade em que se verifiquem carências; ou que,*

*b) Tratando-se de especialidade carenciada e efectuando o internato complementar em estabelecimento de saúde não identificado como carenciado, requeiram, no prazo máximo de 15 dias úteis contados a partir da data de conclusão do respectivo internato com aproveitamento, a colocação em estabelecimento ou serviço de saúde considerado carenciado.”*

Assim, e numa análise sistemática do regime transitório criado pelo artigo 3º do Decreto-lei n.º 45/2009 não resulta, de modo algum, a legalidade para que os recrutamentos autorizados pelos despachos em apreciação violem as regras da igualdade (artigo 13º da Constituição da República Portuguesa) e da liberdade e do direito de acesso aos empregos do sector público (artigo 47º da Constituição da República Portuguesa).

O que resulta da leitura conjunta dos aludidos preceitos é que os médicos internos que, no momento do seu ingresso no internato médico escolheram um estabelecimento de saúde e especialidade em que se verificavam carências ou que, não tendo ingressado em tal situação, sabiam que podiam requerer, após o termo do internato médico, a colocação em estabelecimento ou serviço de saúde considerado carenciado, e que viram frustradas as suas legítimas expectativas com revogação pura e simples do Decreto-lei n.º 112/98 (operada, repita-se, pelo Decreto-lei n.º 45/2009), podem per-

manecer contratados enquanto não celebrem “...o contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, o qual é precedido de um **processo de recrutamento** em que são considerados e ponderados o resultado da prova de avaliação final do internato médico e a classificação obtida em entrevista de selecção a realizar para o efeito”(cfr. n.º 5 do citado artigo 12º-A).

Do artigo 12º-A (introduzido pelo Decreto-lei n.º 45/2009), não resulta sequer que o processo de recrutamento a que os médicos recém especialistas hajam que se submeter, seja um processo de recrutamento ou de selecção simplificado – em parte alguma das normas o legislador utiliza tal expressão –. O que resulta dos n.ºs 5 a 7 do artigo 12º-A para os médicos recém especialistas que, durante o internato médico, escolheram um estabelecimento de saúde e especialidade em que se verificavam carências, é o direito a permanecer nesse estabelecimento, até que seja aberto processo de recrutamento para esse mesmo estabelecimento (cfr. n.º 7 do artigo 12º-A), deste modo, se excepcionando o preceituado no artigo 13º n.º 4 do Decreto-lei n.º 203/2004 (com a redacção que foi dada pelo Decreto-lei n.º 45/2009) nos termos do qual “o contrato a termo *resolutivo incerto* e a comissão de serviço a que se refere o número anterior vigoram pelo período de duração estabelecido para o respectivo programa de formação médica especializada, incluindo repetições e interrupções e, no caso das vagas preferenciais, até à efectiva celebração do contrato por tempo indeterminado.”

Acresce ainda que, no que toca ao Despacho 10231-A/2013, a Ordem dos Médicos considera

inaceitável a forma como são previstos os procedimentos de selecção simplificados.

O Despacho determina que estes serão desenvolvidos a nível regional, incumbindo a cada uma das cinco Administrações Regionais de Saúde – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve – proceder à abertura do respectivo procedimento de recrutamento, ainda que os mesmos se destinem a prover necessidades que se verificam em Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e Hospitais, o que representa, em especial, um **total desrespeito pela autonomia administrativa, financeira e patrimonial destas entidades** e, em geral, um **manifesto desprezo pela orgânica do Serviço Nacional de Saúde**.

Os centros hospitalares e as unidades locais de saúde são pessoas jurídicas públicas distintas do Ministério de Saúde e estão sujeitos, nos termos do artigo 6º do Decreto-lei 233/2005, de 29 de dezembro, a uma relação de superintendência com este, na qual o Ministério da Saúde apenas detém os poderes para aprovar os objectivos e estratégias dos hospitais e de dar orientações, recomendações e directivas para a prossecução das atribuições dos hospitais, designadamente naqueles que são os seus aspectos transversais e comuns. Os instrumentos típicos da superintendência são, assim, as directivas (imposição de objectivos deixando, no entanto, a liberdade quanto aos meios a usar) e as recomendações (opiniões acompanhadas dum convite para agir num determinado objectivo), sendo inaceitável que o Ministério da Saúde, por simples despacho, anule as competências que a lei atribuiu aos

hospitais no que toca ao recrutamento do seu pessoal Médico e delegue nas administrações Regionais de Saúde essas competências.

A Ordem dos Médicos não pode, também, aceitar que os Directores Clínicos e os Directores de Serviços sejam responsáveis e responsabilizados pela actividade dos hospitais e dos serviços, quando aqueles deixam de ter qualquer intervenção na escolha dos profissionais médicos, bem como na escolha das equipas que devem ser contratadas em função das necessidades dos serviços e da Medicina que se pratica em cada serviço e hospital.

Deste modo, a Ordem dos Médicos apela a que o Ministro da Saúde ponha termo aos presentes despachos e informa que irá remeter os mesmos à Provedoria de Justiça e à Procuradoria Geral da República para que estas entidades possam agir em defesa do Estado de Direito, sem prejuízo de, desde já, estar disponível para apoiar e patrocinar juridicamente todos os médicos que se sintam lesados por este tipo de concursos.

## Nota de Imprensa

Analizado os **Despachos 8056-C/2013 e 10231-A/2013 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde**, retira-se do seu teor que:

1. Os Despachos em questão visam apenas e só os **médicos que concluíram o internato da especialidade na 1.ª época do internato médico de 2013**.

2. Os médicos que tenham concluído o seu internato de especialidade na 1ª época de 2013, são obrigados a concorrer, pois se não o fizerem (ou se se recu-



sarem a celebrar o contrato de trabalho) cessarão, a contar da data da verificação de qualquer um daqueles factos, o respectivo contrato.

3. Os procedimentos de selecção serão abertos ao abrigo do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 45/2009, de 13 de Fevereiro, em conjugação com a alínea b) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 112/98, de 24 de Abril; ora, diz o artigo 3.º n.º 2 do DL 45/2009 (diploma que veio introduzir alterações ao diploma dos internatos médicos e que revogou o diploma DL 112/98, que continha o regime das vagas carenciadas) que “o disposto nos n.ºs 5 a 7 do artigo 12.º-A do Decreto-Lei n.º 203/2004, (...) na redacção do presente decreto-lei, aplica-se aos médicos abrangidos pelo n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 112/98 (...), salvo oposição dos interessados a apresentar, por escrito, no prazo de 30 dias a contar da data de entrada em vigor do presente decreto-lei”; isto é o regime de contratação dos médicos que fizeram o seu internato numa vaga preferencial (anteriormente designada por vaga protocolada), aplica-se aos médicos que tenham sido colocados em vagas carenciadas que (repita-se), entretanto, foram extintas pelo DL 45/2009;

4. Os procedimentos de selecção irão permitir a celebração de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado ou de contrato individual de trabalho por tempo indeterminado ao abrigo do Código do Trabalho, consoante se trate de, respetivamente, estabelecimentos do sector público administrativo ou entidades públicas de natureza empresarial;

5. Os procedimentos de recru-

tamento em causa observam o regime fixado no n.º 5 do artigo 12.º-A do Decreto-Lei n.º 203/2004, seja, são considerados e ponderados o resultado da prova de **avaliação final do internato médico** e a **classificação obtida em entrevista de selecção a realizar para o efeito**.

6. **No caso das áreas hospitalar e de saúde pública os procedimentos de selecção serão realizados pelas Administrações Regionais de Saúde.**

Tomando conhecimento do conteúdo dos Despachos n.ºs 8056-C/2013 e 10231-A/2013, cuja finalidade é a abertura de procedimentos de selecção restritos para contratação de pessoal médico, a Ordem dos Médicos não pode deixar de lamentar a insistência do Ministério da Saúde em violar os preceitos constitucionais nos seus processos de recrutamento.

Os Despachos acima referidos limitam a abertura de vagas a médicos que tenham obtido a sua especialidade na 1ª época de 2013, excluindo todos os restantes profissionais que aspiravam legitimamente ao preenchimento de uma vaga no Serviço Nacional de Saúde.

Este procedimento, tal como está definido, viola o direito de igualdade de acesso ao emprego no sector público (artigo 47.º da Constituição) e coloca em causa referenciais de transparência, equidade e igualdade de oportunidades na administração pública. Além disso, é uma medida que favorece a injustiça do sistema, premiando a idade dos candidatos em detrimento do seu desempenho e competências adquiridas.

A Ordem dos Médicos não pode deixar de manifestar a sua mais

profunda surpresa pelo facto do Ministério da Saúde, depois de receber um extenso parecer jurídico da Provedoria de Justiça a considerar ilegais os anteriores concursos fechados e a instar à reposição da legalidade, reiterar na repetição do mesmo tipo de concursos fechados, ultrapassando a Lei com um estranho, inaceitável e desnecessário desprezo pelo Estado de Direito.

Estes concursos fechados são ainda mais incompreensíveis porque há Colegas especialistas, nomeadamente em Medicina Geral e Familiar, uma área especialmente necessitada, que estão a ser sucessivamente impedidos de concorrer ao SNS por estarem dele desvinculados. Com estes concursos fechados, que mantêm especialistas fora do SNS, são os doentes que estão a ser prejudicados.

Por último, o Despacho 10231-A/2013 põe em causa a autonomia administrativa, financeira e patrimonial das unidades locais de saúde e dos centros hospitalares, desrespeitando as competências destas entidades em matéria de recrutamento do pessoal médico.

Deste modo, a Ordem dos Médicos apela a que o Ministro da Saúde ponha termo aos presentes despachos e informa que irá remeter os mesmos à Provedoria de Justiça e à Procuradoria-Geral da República para que estas entidades possam agir em defesa do Estado de Direito, sem prejuízo de, desde já, estar disponível para apoiar juridicamente todos os médicos que se sintam lesados por este tipo de concursos e os pretendam impugnar.



## Anulação da opção do doente nas novas receitas

Divulgamos a nota de imprensa da Ordem dos Médicos a propósito da suspensão da opção do doente no novo modelo de Receita Médica e das consequências dessa circunstância. O Conselho Nacional Executivo não abdica da defesa de princípios como a inviolabilidade da relação médico-doente, segurança do tratamento e o direito dos doentes a participarem de forma activa no acto médico que envolve a prescrição de medicamentos.

«Em face das notícias veiculadas pela comunicação social e da publicação do Despacho nº 11254/2013, do Secretário de Estado da Saúde, em que se dá conta que o Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa proferiu uma providência cautelar de suspensão da eficácia das normas relativas ao exercício do direito de opção pelo utente no modelo de receita médica, onde poderia declarar a sua intenção de pretender, ou não, exercer o direito de opção e apôr a sua assinatura, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (CNE) continuará a defender um conjunto de princípios de que não irá abdicar, em nome da relação inviolável médico-doente, da segurança do tratamento dos doentes e do seu direito a participarem de forma activa no acto médico que envolve a prescrição de medicamentos:

1. A alteração determinada pelo Despacho nº 11254/2013, para dar cumprimento à men-

cionada decisão judicial no sentido da supressão do referido campo da receita médica, apenas deverá vigorar pelo período de vigência da providência cautelar decretada, sem prejuízo do que vier a ser decidido na acção principal. Nesta medida, o CNE também está desde já a avaliar a possibilidade legal para se constituir assistente no processo judicial em curso.

2. Entendemos, com base em princípios de rigor técnico e científico, que defender a saúde dos doentes e a qualidade do seu tratamento, não é compatível com a possibilidade das farmácias procederem de forma abusiva, e contrariando a própria 'Lei da prescrição por DCI' (Lei nº 11/2012), à dispensa de medicamentos genéricos de forma indiscriminada e sem qualquer respeito pelo fornecimento de um dos cinco medicamentos mais baratos.

3. Continuamos a aguardar, e aproveitamos para publicamen-

te insistir de forma veemente, a divulgação pública pelo INFARMED dos dados relativos à dispensa de medicamentos pelas farmácias. Estarão as farmácias a cumprir a 'Lei da prescrição por DCI' (Lei nº 11/2012)? É uma questão de transparência e de salvaguarda das finanças e dos direitos dos doentes. As informações a que vamos tendo acesso apontam no sentido do incumprimento desta Lei por uma parte significativa das farmácias.

4. De resto, apresentamos propostas concretas ao Ministério da Saúde para reduzir os custos com medicamentos e aumentar a prescrição de genéricos, que infelizmente não foram atendidas.

5. No mesmo sentido, foi proposto um mecanismo nos novos modelos de receita médica (o direito de opção do doente) que obrigassem as farmácias a dispensar o medicamento desejado pelo doente, respeitando

dessa forma a sua liberdade de escolha e colocando no doente, durante o acto médico, o poder final de decisão. Esta sugestão, aceite pelo Ministério da Saúde, foi sempre rejeitada pelas instituições representativas dos farmacêuticos, e é agora alvo de uma providência cautelar.

6. De facto, as instituições representativas dos farmacêuticos nunca estiveram dispostas a abdicar do poder discricionário das farmácias sobre quais os medicamentos a disponibilizar aos doentes. Sem qualquer respeito pela relação de confiança médico-doente e pelo princípio dos doentes poderem exercer o seu direito de opção, violando claramente a autonomia de prescrição e a essência de um acto médico que só aos médicos e doentes deveria respeitar.

7. É no mínimo estranho, e merecedor de uma investigação aprofundada, que sejam os farmacêuticos, que legitimamente

vendem medicamentos e obtêm os respectivos lucros, a decidir e, na realidade, a impôr aos doentes as marcas mais caras, alegando, muitas vezes falsamente, que as marcas mais baratas do princípio activo prescrito estão esgotadas. Estamos obviamente perante um manifesto conflito de interesses que o poder político insiste em proteger. De resto, para o mesmo princípio activo, a comparticipação do Estado é sempre igual. O doente é que paga sempre a diferença de preço entre os medicamentos do mesmo princípio activo. Dito de outra forma, a aplicação prática da 'Lei da prescrição por DCI' (Lei nº 11/2012) e, mais ainda, sem a possibilidade do direito de opção na receita médica agora suspenso, não tem protegido nem salvaguarda os interesses dos doentes.

O CNE apela à sociedade civil e aos vários responsáveis políticos para que com carácter de

urgência se inicie o processo de revisão da 'Lei da prescrição por DCI' (Lei nº 11/2012) de forma a salvaguardar os direitos dos doentes e a eliminar os conflitos de interesses existentes.

Entretanto, no respeito pelas normas eticamente consagradas da nossa profissão e na salvaguarda da qualidade dos tratamentos prestados, entendemos que os médicos têm o dever de informar os doentes sobre esta matéria e de continuar a utilizar os medicamentos que lhes oferecem absoluta garantia de qualidade e confiança terapêutica.

**Desta nota de imprensa, foi dado conhecimento ao Ministro da Saúde e a todos os médicos que diariamente têm a responsabilidade clínica, disciplinar, civil e criminal, de tratar os seus doentes.**

O Conselho Nacional Executivo.  
Lisboa, 2 de Setembro de 2013»

---

## Luta contra a dopagem no desporto

---

No âmbito da campanha de informação e educação denominada "Juntos será + fácil", a Autoridade Anti-dopagem de Portugal (ADoP) procura chamar à atenção para que a luta contra a dopagem no desporto não é um problema apenas dos praticantes desportivos, mas um problema de todos; nesse contexto é agora publicada a edição para 2013 do "Guia Prático sobre a Luta contra a Dopagem no Desporto" que inclui a Lista de Substâncias e Métodos Proibidos em vigor para 2013, as determinações da ADoP para a solicitação de Autorização de Utilização Terapêutica, etc. Salientam-se o capítulo dedicado aos perigos inerentes à contaminação dos suplementos nutricionais com substâncias proibidas e os dedicados à estratégia inovadora do Passaporte Biológico e ao Sistema de Localização do praticante desportivo, onde constam várias perguntas que habitualmente são colocadas pelos praticantes inseridos no Grupo Alvo da ADoP, e as respetivas respostas. O Guia Prático sobre a Luta contra a Dopagem está disponível no site do Instituto Português do Desporto e Juventude, em [www.ipdj.pt](http://www.ipdj.pt). Para obtenção de informações relacionadas com a luta contra a dopagem ou para solicitar exemplares do Guia Prático poderão ser utilizados os seguintes contatos: 808 229 229 (linha azul) | 21 797 75 29 (fax) | [antidopagem@ipdj.pt](mailto:antidopagem@ipdj.pt)



## Habilitação ao grau de consultor

Publicamos em seguida a carta que a OM dirigiu ao Secretário de Estado da Saúde a propósito da proposta de alteração à Portaria nº 217/2011 de 31 de Maio que regulamenta a tramitação do procedimento concursal nacional de habilitação ao grau de consultor.

«Dentro do apertado prazo que foi concedido à Ordem dos Médicos, em período de férias, compulsada a opinião dos vários Colégios que puderam pronunciar-se, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, reunido a 19 de Agosto de 2013, para além de notar alguns erros constantes da proposta apresentada, que nos dispensamos de sinalizar, entendeu enviar a V. Exa. os seguintes considerandos.

A Ordem começa por sublinhar a V. Exa. que a avaliação para o grau de consultor, mais específica, é completamente diferente da avaliação para o grau de especialista, mais generalista, pelo que discorda frontalmente da existência de casos práticos ou clínicos antecipadamente definidos.

Aliás, este tipo de prova não consta dos DL 176 e 177/2009, apenas se referindo uma “prova de verificação de aprofundamento de competências”, que a Portaria 217/2011 pretende regulamentar.

Efectivamente, o que se pretende e deve examinar aquando do concurso para o grau de consultor, até numa perspectiva de recertificação, é o percurso profissional e a confirmação da manutenção da actualização, desenvolvimento e aprofundamento profissional contínuo, não de manutenção de um status generalista ao nível de Médico Interno do último ano da Especialidade.

Na base desta análise curricular podem e devem ser efectuadas questões teórico-práticas relacionadas com o percurso profissional do candidato, durante a discussão curricular, visto que já se está, não numa fase de formação abrangente e generalista, mas numa fase de evolução e diferenciação profissional, muitas vezes já orientada para um determinado sector da especialidade em causa. Por isso mesmo há especialidades que instituíram a existência de subespecialidades e competências específicas.

Por conseguinte, não seria

curial que o candidato a consultor seja interrogado sobre áreas profissionais às quais pode não se dedica como especialista. Por exemplo, alguém que se dedica à Cardiologia de Intervenção na área da Cardiologia ser interrogado sobre questões de Electrofisiologia Cardíaca ou Ecocardiografia, em vez de ser avaliado sobre questões relacionadas com a sua área de diferenciação.

Suplementarmente, não se afigura tarefa fácil a definição de caso prático e/ou caso clínico, atenta a larga diversidade de especialidades, subespecialidades e competências, distribuídas por campos tão distintos como a Medicina do Trabalho, Medicina Geral e Familiar, Medicina Hospitalar Médica e Cirúrgica, Medicina dos Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Medicina de Saúde Pública, Medicina Legal e Medicina Desportiva.

Esta posição da Ordem conflita naturalmente com a constituição de uma Comissão de Pe-

ritos cujo objectivo é analisar o modo de avaliação prática neste exame, o que, perante a realidade acima descrita, se afigura de uma complexidade tão hercúlea quanto desnecessária.

Logicamente, sem colocar em causa a disponibilidade da Ordem para continuar a colaborar com o Ministério da Saúde ou com a referida Comissão, em representação do Ministério da Saúde, na definição concreta do melhor modelo de avaliação do grau de consultor, para o que será sempre absolutamente inultrapassável auscultar a opinião de cada Colégio.

Quanto a outras questões de menor substância.

Porque ilegal e gerador de potenciais impugnações, não aceitamos quaisquer eventuais efeitos retroactivos quanto a hipotéticas alterações da Portaria 217/2011.

Quanto à composição do júri sugerimos a seguinte redacção: “O júri é composto por um presidente, por dois vogais efectivos e por dois vogais suplentes, dos quais os dois vogais efectivos e um suplente são indicados pela Ordem.” Propomos eliminar os números 4, 5 e 6 do artº 6º. No caso de falta de algum elemento é um dos suplentes que o substitui e nenhum júri pode funcionar sem quórum.

Quanto às publicações, em princípio, todas as revistas científicas dignas desse nome, têm revisão por pares, pelo que se propõe: Trabalhos publicados, em especial se publicados em *revistas com suporte em papel ou electrónico, indexadas em plataformas de informação reconhecidas internacionalmente e com factor de impacto*, trabalhos apresentados publicamente, sob a forma oral ou poster, e actividades de in-

vestigação na área da sua especialidade, de acordo com o seu interesse científico e nível de divulgação; tendo em conta o seu valor relativo.

Para evitar dispêndios desnecessários e excessivo espaço de arrumação, propõe-se que cada candidato entregue apenas três CV em papel e uma cópia em suporte digital tipo CD, para mais fácil arquivo.

Chamamos ainda a atenção para a necessidade de evitar ambiguidades terminológicas no mesmo documento normativo como entre “discussão curricular” e outras formas de expressão semelhante. Já aconteceram situações de litígio jurídico por esta razão.

Finalmente, chama-se a atenção para o facto da classificação da discussão curricular não somar 20 valores.»

## Concurso para Assistentes Graduados Séniores

Perante a informação da ACSS sobre a abertura de Concurso para recrutamento de 130 Assistentes Graduados Séniores, a Ordem dos Médicos não pode deixar de referir que as necessidades do país são pelo menos vinte vezes superiores às vagas abertas, pelo que se aguarda a concretização dos actuais concursos e a urgente abertura de mais vagas.

### Curso da Faculdade de Medicina de Lisboa 1966-1972

#### Jantar Comemorativo 40 anos

6ª feira, 25 de outubro de 2013 no Condestável de Luís Suspiro

Travessa do Olival, Ereira (Cartaxo)

Informações / Inscrições por email - [jantardecurso1966a1972@gmail.com](mailto:jantardecurso1966a1972@gmail.com)

Comissão organizadora:

Maria do Céu Machado, Eduardo Barroso, António Rendas, Manuel Grillo e Francisco Abecassis



## Novo regime legal das 40 horas - aplicação à carreira médica

Divulgamos em seguida o parecer do Departamento Jurídico da OM que refere a não aplicação à carreira médica do novo regime de trabalho da função pública, recentemente publicado através da Lei n.º 68/2013, de 29 de Agosto.

«Foi solicitado a este departamento um esclarecimento quanto à eventual aplicação à carreira médica do novo regime de trabalho da função pública, recentemente publicado através da Lei n.º 68/2013, de 29 de Agosto.

Respondendo de imediato à questão, somos de parecer que o referido novo regime não se aplica à carreira médica, por menção expressa do legislador.

Com efeito, resulta do disposto no artigo 11.º, n.º 2 o seguinte:

*Artigo 11.º*

*Norma transitória*

1 — Os horários específicos existentes à data da entrada em vigor da presente lei devem ser adaptados ao disposto no artigo 2.º

2 — O disposto no n.º 1 do artigo 2.º não prejudica os regimes próprios de carreiras para as quais vigora, à data da publicação da presente lei, o período normal de trabalho de quarenta horas por semana e oito horas por dia, incluindo os respetivos regimes de transição.

Para se perceber este artigo é necessário ter presente a redacção do n.º 1 do artigo 2.º ali referido.

A redacção da norma é a seguinte:

*Artigo 2.º*

*Período normal de trabalho dos trabalhadores em funções públicas*

1 — O período normal de trabalho dos trabalhadores em funções públicas é de oito horas por dia e quarenta horas por semana.

Ou seja, o legislador deixou bem claro que este novo regime não afecta a carreira médica porque, como sabemos, está em vigor um regime de transição para os médicos que não tenham um período normal de trabalho de 40 horas.

O referido regime transitório está regulado pelo artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de Dezembro, cuja redacção é a seguinte:

*Artigo 5.º*

*Disposições transitórias*

1 - Os trabalhadores médicos que, após a entrada em vigor do presente decreto-lei, ingressem na carreira especial médica ficam sujeitos ao regime de trabalho a que correspondem 40 horas semanais.

2 - Os médicos providos na carreira especial médica à data da entrada em vigor do presente decreto-lei regem-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, com as alterações do presente diploma, exceto no que respeita às seguintes matérias:



- a) Duração do período normal de trabalho semanal, incluindo as até 12 horas semanais a afetar à prestação de cuidados de saúde de urgência externa e interna, unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intermédios, no exercício de funções de apoio aos utentes sem médico de família dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários nos modelos organizativos que envolvam a existência de consultas abertas e ou de recurso;
- b) Remuneração correspondente ao regime de trabalho;
- c) Faculdade de redução de uma hora em cada ano no horário de trabalho semanal, relativamente aos médicos com idade superior a 55 anos e que trabalhem em regime de dedicação exclusiva há, pelo menos, cinco anos, com horário de 42 horas por semana, até que o mesmo perfaça as 35 horas semanais;
- d) Regime de incompatibilidades;
- e) Dimensão da lista de utentes.

3 - Os trabalhadores médicos referidos no número anterior, podem, a partir do dia 1 de janeiro de 2015 e a todo o tempo, transitar para o regime de trabalho a que correspondem 40 horas semanais, mediante declaração escrita, dirigida ao dirigente máximo do serviço, a qual produz efeitos 120 dias após a sua receção.

4 - A transição referida no número anterior pode, antes daquela data, ser excecionalmente autorizada, a pedido do médico e desde que exista comprovado interesse para o serviço, o qual deve ser objetivamente fundamentado em função da sua necessidade para o bom funcionamento do serviço e tendo em conta as disponibilidades orçamentais, mediante despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, que pode delegar no conselho diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

5 - A transição para o horário de 40 horas semanais referida nos números anteriores implica que o médico requerente renuncie ao exercício do direito de dispensa, em função da idade, de trabalho em serviço de urgência externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios, ainda que já declarado, pelo período de 2 anos.

6 - O pessoal médico que requeira a passagem para o regime de 40 horas semanais transita para a nova estrutura remuneratória na mesma categoria e de acordo com o anexo I ao presente decreto-lei.

7 - O pessoal médico da área de medicina geral e familiar, integrado em unidades de saúde familiar de modelo B, apenas pode requerer a transição para o regime de 40 horas semanais, quando deixar de estar integrado naquelas unidades.

8 - Os médicos em regime de 35 horas semanais e até 31 de dezembro de 2015, passam a ser remunerados, em trabalho extraordinário e a partir da 5.<sup>a</sup> hora semanal realizada, com base no valor hora correspondente à remuneração da respetiva categoria com período normal de trabalho de 40 horas.

9 - A aplicação dos valores das retribuições mínimas decorrentes do presente decreto-lei e dos instrumentos de regulamentação coletiva relativamente aos trabalhadores médicos sujeitos ao regime do DecretoLei n.º 176/2009, de 4 de agosto, com um período normal de trabalho de 40 horas determina a alteração do conteúdo do contrato de trabalho em matéria de tempo de trabalho em conformidade com aquele decreto-lei com a redação do presente diploma.

10 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, mantêm-se o número de horas do período normal de trabalho afeto aos serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios, fixados por contrato de trabalho quando superiores aos previstos na lei.

Como se percebe, os médicos que hoje não têm 40 horas de período normal de trabalho semanal podem pedir a transição para esse regime, de forma automática a partir de 2015 e de forma condicionada desde 1 de Janeiro de 2013.

Quer isto dizer que os médicos com contrato de trabalho em funções públicas que não têm um regime de 40 horas de trabalho normal semanal mantêm o seu actual horário, não lhe sendo aplicada esta nova legislação por vontade expressa do legislador.

Esta é, s. m., a n. opinião.

O Consultor Jurídico

Vasco Coelho

2013.03.09»



## Esclarecimento: Assinatura digital

Este documento tem como objetivo esclarecer algumas questões associadas aos certificados emitidos para os Médicos. Copyright © 2002-2013 MULTICERT S.A. Todos os direitos reservados.

### O que é uma assinatura digital?

De acordo com o art. 2.º do Decreto-Lei n.º 290-D/99 de 2 de Agosto, assinatura digital é:

“ [...] processo de assinatura electrónica baseado em sistema criptográfico assimétrico composto de um algoritmo ou série de algoritmos, mediante o qual é gerado um par de chaves assimétricas exclusivas e interdependentes, uma privada e outra pública, e que permite ao titular usar a chave privada para declarar a autoria do documento electrónico ao qual a assinatura é aposta e concordância com o seu conteúdo, e ao declaratório usar a chave pública para verificar se a assinatura foi criada mediante o uso da correspondente chave privada e se o documento electrónico foi alterado depois de aposta a assinatura”.

Tal como a assinatura tradicional é utilizada em documentos em papel, as assinaturas digitais começam a ser utilizadas para identificação de autoria de documentos electrónicos, com o mesmo significado, grau de importância e validade legal.

As assinaturas digitais são criadas utilizando a chave privada do titular. Posteriormente são verificadas pelo recetor utilizando a chave pública do signatário, a qual se encontra no Certificado Digital emitido em seu nome. Para assinar digitalmente qualquer tipo de documento electrónico a fim de comprovar inequivocamente a autoria do mesmo, o utilizador deve possuir um Certificado Digital, único e pessoal, que comprove indubitavelmente a sua identidade no mundo electrónico e que tenha sido emitido por uma entidade certificadora de confiança, devidamente fiscalizada e credenciada nos termos do Decreto-Lei n.º 290-D/99 de 2 de Agosto.

Nota: para saber um pouco mais sobre certificação digital pode aceder a <https://www.multicert.com/knowhow>

### A assinatura digital tem valor probatório?

Sim, aposição de uma assinatura electrónica qualificada a um documento electrónico equivale à assinatura autógrafa dos documentos com forma escrita sobre suporte de papel e cria a presunção de que:

1. A pessoa que após a Assinatura Electrónica Qualificada é a titular desta;
2. A Assinatura Electrónica Qualificada foi aposta com a intenção de assinar o documento electrónico;
3. O documento electrónico não sofreu alteração desde que lhe foi aposta a Assinatura Electrónica Qualificada.

A aposição de Assinatura Electrónica Qualificada substitui, para todos os efeitos legais, a aposição de selos, carimbos, marcas ou outros sinais identificadores do seu titular.

### Quando assino um documento como é validado que fui eu?

Os certificados emitidos têm a seguinte estrutura que identifica o Médico univocamente:

Pseudonym = Jorge Sousa Valença

CN = [Assinatura Qualificada] Jorge Miguel de Sousa Rodrigues Valença

SERIALNUMBER = CP12345

T = Médico - Informação confirmada pela Entidade de Registo Ordem dos Médicos

OU = Especialidade: Cardiologista

OU = Certificado para pessoa singular - Assinatura Qualificada

O = Ordem dos Médicos

C = PT

### **Posso assinar documentos a nível pessoal?**

O certificado só me identifica como Médico, como tal o seu valor legal de assinatura existe se usado com essa finalidade.

Contudo o certificado ao ser utilizado num determinado documento permite outras funcionalidades, como saber se um documento original foi modificado ou mesmo, consoante os softwares, impossibilitar toda e qualquer alteração no documento

### **Qual é a validade do certificado? Quantos documentos posso assinar?**

O certificado é válido por 4 anos, caso não seja revogado. Durante a sua validade pode assinar quantos documentos desejar.

### **Gostaria de obter um certificado. O que devo fazer?**

Deve dirigir-se à Ordem dos Médicos e solicitar o impresso para efectuar o pedido de certificado.

### **O meu certificado digital de assinatura qualificada está associada à minha cédula profissional?**

Sim. O certificado digital de assinatura qualificada permite assinar na qualidade profissional de Médico.

### **Caso tenha alguma dúvida no preenchimento do formulário a quem devo dirigir?**

Todas as dúvidas são esclarecidas pela Ordem dos Médicos.

### **Posso utilizar o certificado em qualquer lugar?**

O certificado poderá ser utilizado em todos os locais onde seja possível instalar os drivers (Middleware) distribuídos e o leitor de cartões (fornecido ou adquirido).

### **Posso instalar os drivers em vários computadores?**

Sim, pode instalar em vários postos de trabalho.

### **Caso durante o pedido do certificado tenha alguma problema, com quem devo contactar?**

Deverá utilizar os seguintes contactos:

Secção Regional do Sul: Email: [secretaria@omsul.pt](mailto:secretaria@omsul.pt) Telefone: 215 917 502

Secção Regional Centro : Serviços de Secretaria- Email: [o.medicos@omcentro.com](mailto:o.medicos@omcentro.com) Telefone: 230 792 920

Secção Regional do Norte: Dr. Luís Carvalho- Email: [luis.carvalho@nortemedico.pt](mailto:luis.carvalho@nortemedico.pt) Telefone: 225070100

Telemóvel: 939030446

### **Quando devo proceder à revogação do meu certificado?**

Deve solicitar a revogação do seu certificado sempre que existam razões fundamentadas para crer que: o certificado foi emitido com base em informações erróneas ou falsas;

- as informações nele contidas deixaram de ser conformes com a realidade;
- a confidencialidade dos dados de criação de assinatura está comprometida;
- o certificado tenha sido extraviado.

A revogação do certificado nestes casos é uma obrigação legal do titular do certificado ou da entidade associada ao mesmo.

### **Como proceder para revogar um certificado qualificado?**

A revogação de um certificado qualificado consiste em duas fases:

- suspensão - em que o certificado fica temporariamente num estado em que não tem valor legal;
- revogação - em que o certificado é colocado em estado não confiável e fica inutilizável permanentemente.

Caso o cliente pretenda revogar o seu certificado com efeitos imediatos, deve optar por suspendê-lo e de seguida deverá pedir a sua revogação efetiva no período máximo de 3 dias, dado que este é o prazo legal máximo de suspensão do certificado. Ultrapassado este prazo, o certificado passará novamente para o estado ativo.

Para mais informações sobre o Processo de Revogação de Certificados deverá aceder ao sítio web <https://servicos.multicert.com/suporte> e fazer clique nas opções Artigos > Certificados Digitais > Revogação de Certificados Qualificados.

### **Quem pode pedir a revogação de um certificado? Apenas o seu titular?**

A revogação pode ser pedida pelo titular ou pela Ordem dos Médicos. Em casos específicos, a própria entidade emissora do certificado, neste caso a MULTICERT, poderá requerer a revogação do certificado.

### **O processo de revogação de um certificado tem algum custo associado?**

Este processo não tem qualquer custo associado.

### **Se perder as credenciais de acesso aos certificados existe alguma forma de as recuperar?**

Sim, deve aceder ao link

<https://pki.multicert.com/maestroca03/backoffice/external/UserArea/CredentialsRecoveryForm.htm>

e seguir os passos solicitados. Irá receber as credenciais por sms para o número anteriormente disponibilizado.

### **Este procedimento tem custos associados?**

Sim, o custo é de 10,00€ (IVA já incluído).



## Projecto para o novo regime de convenções com o SNS

Divulgamos em seguida um resumo do parecer da OM sobre o projecto de decreto-lei que estabelecerá um novo regime jurídico das convenções com o SNS, o qual foi comunicado ao Ministro da Saúde, Paulo Macedo, por carta datada de 12 Agosto 2013.

«As Convenções existentes desde há muitos anos desempenham um papel fundamental, reconhecido e imprescindível no suprimento de carências do SNS, apenas tendo pecado por não serem de adesão livre e aberta, cumpridos os pressupostos legais em vigor.

Têm um valor único numa lógica de acessibilidade e proximidade aos cuidados de saúde, insuperável em algumas zonas, nomeadamente junto de populações mais desfavorecidas, fora dos grandes centros urbanos ou com dificuldades da mobilização.

Os custos a elas inerentes e a fixação de preços sempre foram controlados e regulados pelo Estado e pelo poder político da forma que melhor entenderam. Assim sendo, sempre foram cumpridos os princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade e da concorrência pela Qualidade, aos quais se acrescenta a insuperável mais-valia que é a medicina de proximidade para as popula-

ções, sem que no caso em apreço represente maiores custos directos para o Estado, mas sim e apenas para os prestadores.

Existem por isso múltiplas entidades convencionadas que, na sequência da sua actividade de longos anos, criaram estruturas significativas, geraram empregabilidade local e regional importante, assumiram investimentos vultuosos e prestam cuidados de qualidade que não podem, hipoteticamente e de forma discricionária, ser aniquilados num prazo de um ano, conforme se induz do citado Projecto. Para estes deve ser assumido um prazo obrigatoriamente mais longo e regras que os protejam em função de toda a actividade e custos/investimentos dispendidos no passado, com o enquadramento legal que estava em vigor, devendo ser muito clara e não superficialmente generalista a regulamentação que os impeça de continuar os citados cuidados.

Numa verdadeira Democracia respeitadora dos cidadãos, as regras não podem ser subita-

mente alteradas sem quaisquer preocupações pelas consequências humanas, sociais e empresariais decorrentes dessas alterações.

1. (...) Com o projecto de decreto-lei agora apresentado pelo Ministério da Saúde, pretende o Governo estabelecer um novo regime jurídico das convenções com o SNS, alterando e adulterando profundamente os princípios basilares, (nota: princípios descritos na versão integral disponibilizada no site), que enformam o Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, ainda não revogado.

Com efeito,

2. Este novo projecto propõe-se, designadamente:

a) Instituir dois modelos de procedimentos para a celebração de contratos de convenção: um *primeiro*, para uma convenção específica [alínea a) do n.º 1 do artigo 4.º], destinado a mercados com baixo grau de concentração ou com concorrência significativa (preâmbulo) e que se regerá pelas regras estabelecidas no Código dos Con-

tratos Públicos (n.º 4 do artigo 4.º); e um *segundo*, de natureza excepcional, que se processa através da adesão a um clausulado-tipo previamente publicado [alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º] e que se destinará a mercados com graus de concorrência reduzidos (preâmbulo);

b) Criar, quanto à extensão do território abrangido pelo contrato de convenção, um modelo de âmbito nacional e outro de âmbito regional (preâmbulo, n.ºs 2 e 3 do artigo 3.º), sendo o último afastado pela existência de um outro de âmbito nacional (n.º 4 do artigo 3.º);

c) Estabelecer como preços máximos a pagar no âmbito das convenções os constantes na tabela de preços do SNS (n.º 1 do artigo 7.º) e indexar padrões de qualidade ao financiamento [alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º];

d) Reduzir o prazo de validade das convenções para 3 anos e o da sua denúncia para 90 dias antes do final de cada período de vigência (n.º 1 do artigo 11.º);

e) Os contratos de convenção vigentes à data de entrada em vigor do decreto-lei agora projectado cessarão passado um ano sobre aquela data (n.º 1 do artigo 16.º), sem cuidar de investimentos feitos e legítimas expectativas existentes;

f) Os preços podem ser revisitos anualmente (n.º 2 do artigo 11.º).

3. (...)

4. (...)

5. (...)

6. (...)

7. (...)

8. (...)

9. (...)

#### **Em resumo**

O projectado decreto-lei, a ser publicado conforme está, trará,

entre outras, as seguintes consequências:

a) O agravamento da já encedada destruição da rede de cuidados de saúde privados e convencencionados;

b) O forte agravamento do grau de concentração em alguns mercados;

c) O agravamento da dificuldade do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde;

d) A degradação inaceitável do nível de Qualidade dos serviços prestados aos doentes;

e) E, por fim e por via das anteriores, alguma poupança para o Estado no curto prazo (o único e verdadeiro objectivo do Governo, embora não expresse), mas de consequências futuras imprevisíveis e não minimamente avaliadas, dentro de uma política de “quem vier a seguir que feche a porta”.

f) Ou seja, o resultado da aplicação deste DL seria exactamente o contrário daquilo que são os seus anunciados propósitos.

#### **Para que não viesse a ser**

Para que isso não venha a suceder, será necessário alterar o presente projecto. Para tanto, apresentamos as seguintes sugestões:

a) Clarificar conceitos;

b) Eliminar o modelo de atribuição de convenções por concurso, mantendo, apenas, um modelo aberto de adesão aos termos de um clausulado-tipo previamente conhecido, com controlo administrativo ponderado e equilibrado dos preços;

c) Não reduzir o tempo de vigência dos contratos nem do prazo para a sua denúncia;

d) Pelo contrário, aumentá-los para as áreas de prestação que exijam investimentos mais vo-

lucosos, como a Radiologia, por exemplo;

e) Instituir a renovação automática dos contratos após o seu termo de validade, apenas limitada pelo incumprimento de exigências de carácter técnico, ético ou legal;

f) Instituir um mecanismo justo de actualização de preços que seja previsível (por exemplo, indexação à inflação) e o processo negocial nos casos em que isso se justifique;

g) Instituir meios de eficaz e consequente controlo de Qualidade.

h) Quando neste projecto-lei se fala da indexação de padrões de qualidade ao financiamento, o que nos parece essencial, esta situação deverá ser discutida e concretizada com a Ordem dos Médicos e os colégios das respectivas especialidades, que são as entidades com a competência e a capacidade para definir e auditar as normas de qualidade das respectivas áreas de actuação.

O Conselho Nacional Executivo e as Direcções dos Colégios da Ordem dos Médicos, conscientes da importância da revisão do modelo de convenções, encontram-se disponíveis para colaborar num modelo de convenção que garanta maior acessibilidade e qualidade aos doentes, evite o desperdício de recursos e tenha em consideração a actual situação de Portugal.»

**A versão integral pode ser consultada no site nacional no separador CNE – informações e deliberações.**



**Rui Tato Marinho**

Editor-chefe da AMP

## Acta Médica Portuguesa: 2011-2013

Em tempo de renovação, a Acta Médica Portuguesa divulga o seu primeiro relatório de actividades, revelando o conjunto de medidas inovadoras implementadas desde 2011 e os resultados alcançados até à data. Sobre a mesa, existem já novos projectos que consolidarão a revista científica da Ordem dos Médicos como o meio por excelência de promoção do conhecimento e actualidade científica, num contexto de responsabilidade social, ética e respeito pela dignidade humana e a devida salvaguarda da independência e imparcialidade editorial.

A publicação científica, nomeadamente na área médica, tem vindo a assumir cada vez maior relevância, não apenas por se tratar de um meio privilegiado para a divulgação da actividade pessoal ou colectiva de investigação mas também em resultado do seu crescente papel social: é inegável que a evolução da ciência médica tem repercussão no desenvolvimento de uma prática clínica sustentada pela máxima evidência científica e na prestação de melhores cuidados de saúde à população.

De vital importância curricular para médicos e profissionais de saúde, dado o seu impacto sobre internatos da especialidade, doutoramentos, bolsas de investigação, etc., os artigos publicados em jornais e revistas científicas constituem um requisito vital nos processos de avaliação de Departamentos, Serviços, Unidades, Hospitais, Universidades, Institutos de Investigação e outras entidades afins.

Ciente deste contexto, e do seu papel fundamental no patrocínio, promoção e reconhecimento dos resultados obtidos pelos profissionais da classe médica, entendeu a Ordem dos Médicos apostar na modernização da sua revista científica – a Acta Médica Portuguesa (AMP).

Este esforço de actualização, que procura acompanhar os métodos e processos editoriais implementados a nível internacional, passou pela reorganização estrutural da Equipa Editorial, e, inicialmente, pela nomeação de Rui Tato Marinho como Editor-Chefe, cargo há muito inexistente na AMP.

### Equipa

Sob a liderança do Editor-Chefe, foi constituída uma equipa multi-disciplinar composta por elementos do staff permanente da Ordem dos Médicos (Carla de Sousa – coordenadora editorial e Miguel Reis – assistente edi-

torial), consultores especializados externos (Rui Matos – *design* gráfico e paginação; Fernando Fernandez-Llimós - apoio especializado à edição, submissão à Medline; Helena Donato - apoio especializado à edição, *screening* dos artigos entrados, controlo de referências; Miguel Fontes – tradução para inglês; José Matias – webmaster; José Carona Carvalho - sistema de gestão electrónica, Open Journal System) e voluntários pro-bono (Fernanda Pedroso – divulgação e inserção de conteúdos nas plataformas Facebook, Twitter, Wikipédia; Miguel Almeida – acções de divulgação junto do universo de alunos de Medicina, inserção de conteúdos na plataforma Facebook, elemento da equipa do projecto iPad, Vanessa Fernandes na digitalização dos números antigos). Para além dos anteriores, a revista conta igualmente com a colaboração voluntária e dedicada dos



15 Editores Associados (Cardiologia, Pneumologia, Medicina Interna, Bibliometria, Jornalologia, Endocrinologia, Ortopedia, Psiquiatria, Cirurgia, Infecçiology e alunos de Medicina), sendo de destacar os contributos prestados por João Massano (Neurologia), Jorge Crespo (Imagens Médicas) e Tiago Villanueva (Medicina Geral e Familiar).

#### Ficha Técnica

A ficha técnica foi totalmente renovada e enriquecida por um conjunto de consultores de Epidemiologia, Estatística e Imagiologia, e um Conselho Científico composto por 59 elementos, alguns dos quais estrangeiros (Espanha, Brasil, Suíça, Canadá, Reino Unido).

#### Prioridades estratégicas

A nível estratégico, duas linhas de orientação foram de imediato traçadas. Assim, foi considerado prioritário investir na qualidade geral da publicação – em termos de apresentação gráfica, de definição de Normas de Publicação mais rigorosas, de maior exigência na avaliação dos artigos submetidos – para que a AMP se tornasse de facto instrumental no avanço da prática clínica. Para que seja útil a médicos e a profissionais de saúde, quiçá factor de partida para novos projectos de investigação e para novas descobertas. Por outro lado, reconheceu-se a necessidade de estabelecer a AMP como veículo de divulgação da investigação nacional junto da comunidade científica internacional, assegurando a sua permanência intemporal em bases de dados mundiais. Este objectivo implicaria consolidar a indexação da AMP junto

de uma série de repositórios internacionais, nomeadamente da Medline/PubMed, e manter – eventualmente, reforçar – o Factor de Impacto atribuído pela Thomson Reuters. Recorde-se que a AMP é a revista médica e científica portuguesa indexada há mais tempo na Medline/PubMed (desde 1979), tendo-lhe sido atribuído Factor de Impacto pela primeira vez no ano de 2010, sob orientação de Fernando Fernandez-Llimós.

#### Lay-out

No âmbito dos objectivos definidos, a modernização do lay-out gráfico da revista consti-

**Em 2012 foram publicados 282 artigos, o que representa cerca de 10% do total de artigos editados ao longo dos 35 anos de existência da AMP. Foi o ano com maior actividade editorial de sempre.**

tuiu uma das primeiras preocupações da equipa, que ao longo de vários meses em 2012 delineou a nova imagem da AMP, apostando em cores abertas, jovens e chamativas, tirando partido do seu logotipo amarelo, em alinhamento com as recentes tendências das publicações internacionais. A nova linha gráfica viria a repercutir-se transversalmente nos diversos suportes comunicacionais da publicação.

#### Normas de Publicação

As Normas de Publicação foram totalmente remodeladas e disponibilizadas em português e inglês no site AMP. Em preâmbulo, a nova regulamentação

define a Missão, Valores e Visão da publicação, destacando o seu lema: “Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa”. No mesmo documento, divulga-se a existência do processo de edição “Fast Track” destinado a artigos urgentes e importantes, e disponibiliza-se informação detalhada relativamente à forma sob a qual os artigos deverão ser elaborados e submetidos.

#### Secções

Entre outras secções criadas desde 2012, salienta-se a de “Saúde na Pintura”, que tem vindo a usufruir da colaboração de prestigiadas instituições tais como o Museu Soares dos Reis que disponibilizou a imagem de uma obra de Henrique Pousão, a Assembleia da República que autorizou o uso de um quadro de José Malhoa sobre o Rei D. Carlos, o Centro de Arte Moderna da Fundação Calouste Gulbenkian (Amadeo Sousa-Cardozo, em próximo número), a curadora do Atelier-Museu Júlio Pomar (Sara Matos) e o médico da selecção nacional de futebol (Henrique Jones) que com o Editor elaboraram editorial relativo a um quadro de Júlio Pomar (O Golo) e o Museu Nacional de Arte Antiga, a quem devemos a imagem dos Painéis de S. Vicente de Nuno Gonçalves.

Dada a qualidade das revisões realizadas pela Cochrane Collaboration, um grupo internacional constituído por especialistas de vários países, foi lançada também a secção “Cochrane Corner” em parceria com o Centro de Medicina Baseada na Evidência (António Vaz Carneiro, João Costa).

### Indexação

Como forma de concretizar os objectivos de divulgação internacional, conseguiu-se a integração da AMP nas entidades COPE (Committee on Ethics Publication), International Committee of Medical Journal Editors, RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal).

Está em estudo a participação da AMP na Plataforma Scielo.

Neste momento, encontra-se em consideração o estabelecimento de acordos de colaboração com outras entidades nacionais e internacionais.

Graças a estes protocolos de colaboração, ficarão disponíveis em regime de Open Access gratuito – e integrados na Medline – todos os artigos AMP publicados ao longo da sua história, cerca de 3000, todos recentemente digitalizados. Os artigos estão disponíveis em acesso integral e gratuito na Medline, através do sistema Link Out (basta escrever Acta Med Port).

Com o mesmo intuito, passou a AMP a disponibilizar também as versões em Inglês dos artigos redigidos em Português. Numa primeira fase, apenas dos conteúdos publicados na Secção de “Artigos Originais”, esperando-se que em breve seja possível lançar a edição bilingue de toda a revista.

### Site e Open Journal System

A renovação do *site* – um trabalho contínuo cuja próxima etapa será em breve visível no habitual endereço electrónico da publicação, [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com) - não se limitou a uma operação de cosmética, tendo incluído a implementação de uma série de funcionalidades. Entre elas, destaca-se a ligação ao sistema Open Journal System (OJS) que a partir de Setembro de 2012 se estabeleceu como a única via para a submissão de artigos, vindo a permitir a gestão electrónica do ciclo editorial.

As visitas ao sistema OJS têm desde então vindo a subir exponencialmente: de 73 em Setembro 2012 para quase 800 por dia em Setembro 2013, já se tendo atingido nalguns dias mais de 1.000. Há registo de visitas de 166 países: Brasil com 46% (S. Paulo 28%, Minas Gerais 11%, Rio de Janeiro 9%), Portugal 39%, EUA 3%, Espanha 1,5%, China 1,4%), e de mais de 1.200 cidades, um pouco por todo o mundo. A média actual de visitas corresponde a 700.000 visualizações de página por ano. O Open Journal System veio também permitir uma gestão mais profissional da base de dados de revisores AMP, que inclui actualmente 1900 especialistas.

### Novas Plataformas/Redes Sociais

A fim de garantir a efectiva divulgação dos conteúdos, a AMP foi ao encontro dos leitores... até na nova *web*/redes sociais: é possível encontrá-la no Facebook (com número de aderentes rapidamente em crescendo, agora com quase 6.000 “gostos”, atingidos em apenas 9 meses e *posts* que atingiram 41000 visualizações), no Twitter, na Wikipédia (em português, es-

**Novas funcionalidades do *site* AMP: pesquisa directa dos artigos da AMP na MedLine, contagem automática dos *downloads* realizados, elaboração de um top 20, emissão de um e-alert aquando da publicação de um novo número, entre outras.**

panhol e inglês).

Em desenvolvimento, e com lançamento previsto ainda para Setembro de 2013, encontra-se a aplicação AMP para iPad, que contou com a colaboração e patrocínio da PT Comunicações.

### Formação e Eventos

No decurso da reestruturação da AMP, tornou-se evidente a

— Visitas

1000

500

Outubro 2012

Janeiro 2013

Ab

escassez de conhecimento específico, a nível nacional, no que concerne à área de edição médica.

De forma a colmatar as lacunas identificadas, alguns dos elementos da nova equipa frequentaram em Oxford um curso especializado sobre o tema, nos anos de 2011, 2012 e 2013.

Pelo mesmo motivo, entendeu a AMP assumir a sua vocação pedagógica, fomentando o debate e a troca de conhecimentos relativos à edição e publicação científicas. Assim se realizou em Novembro de 2012 o I Simpósio Acta Médica Portuguesa, sob o lema “A Inovação na Edição Científica”. O encontro contou com a presença de 13 oradores e a participação dos Editores-Chefes das revistas portuguesas com factor de impacto (Pneumologia, Reumatologia, AMP, Cardiologia).

**Novos conteúdos:** documentos de ajuda destinados a autores e revisores, orientação rápida da submissão, links que remetem para outras publicações nacionais e internacionais, bases de dados de imagem, motores de pesquisa bibliográfica, entre outras.

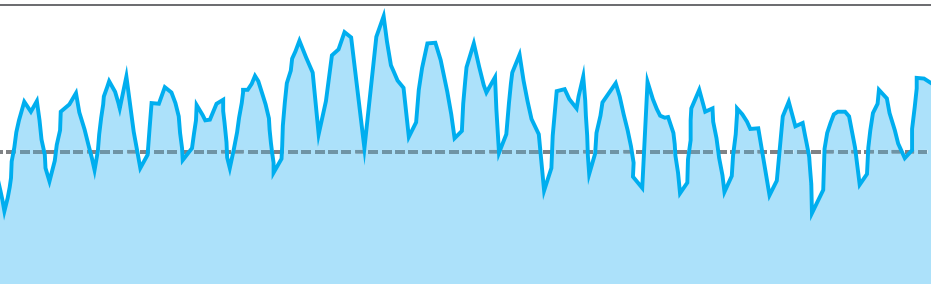
Na continuidade do trabalho iniciado no ano transacto, terá lugar este ano, a 23 de Novembro de 2013, o II Simpósio AMP, o qual não apenas volta a reunir as principais revistas portuguesas do sector da saúde (Pneumologia, Reumatologia, AMP, Cardiologia, Pediatria, Dermatologia, Medicina Física e Reabilitação, Anestesiologia), como também inclui dois Workshops: um com a colaboração do grupo Cochrane (C. Glud, D. Nikolova) e o segundo constituindo um verdadeiro mini-curso de criação e tratamento de imagem, por um ilustrador do New England Journal of Medicine (Daniel Müller).

## O Presente

Com a modernização da AMP vieram a concretizar-se dois factos de fácil previsão: o número de artigos submetidos anualmente passou, num ano, de 250 para cerca de 500. Dada a periodicidade bi-mestral da publicação, a taxa de rejeição acompanhou este



Site AMP, em constante remodelação



April 2013

Julho 2013

Visitas diárias ao site do Open Journal System da Acta Médica Portuguesa



## II Simpósio AMP Workshops

Audatório da Ordem dos Médicos  
Av. Almirante Gago Coutinho, 151, 1749-084 Lisboa

**22 Novembro 2013**  
Methodological issues in Cochrane systematic reviews:  
sound foundation for evidence-based practice

Christian Glavud Dimitrinka Nikolova THE COCHRANE COLLABORATION

09:00-09:15 - A welcome message. Presentation of the participants, presenters, and programme.  
Rui Teto Marinho and Christian Glavud

09:15-09:30 - Introduction to The Cochrane Collaboration. Medical publication and Cochrane.  
Dimitrinka Nikolova

09:30-10:15 - Evidence-based medicine: a practical approach.  
Christian Glavud

10:30-11:10 - Writing a Cochrane review: a practical approach.  
Dimitrinka Nikolova

11:10-11:45 - The Cochrane review: a practical approach.  
Christian Glavud

11:45-12:45 - The Cochrane review: a practical approach.  
Dimitrinka Nikolova

12:45-13:00 - The Cochrane review: a practical approach.  
Christian Glavud

## II Simpósio AMP Workshops

Audatório da Ordem dos Médicos  
Av. Almirante Gago Coutinho, 151, 1749-084 Lisboa

**22 Novembro 2013**  
Criação e manipulação de imagem para publicação e apresentações

Daniel Muller

Atenção a participação neste Workshop requer a utilização dos programas Adobe Photoshop e Adobe Illustrator, que poderão descarregar gratuitamente seguindo as instruções indicadas

14:00-14:30 - Imagens Digitais  
- Definição e diferenças entre imagens vectoriais e imagens bitmap/raster  
- Tamanhos físicos, dimensões digitais/pixels e resolução de impressão  
- Formatos digitais das imagens para publicação

14:30-14:45 - Imagens Digitais  
- Definição e diferenças entre imagens vectoriais e imagens bitmap/raster  
- Tamanhos físicos, dimensões digitais/pixels e resolução de impressão  
- Formatos digitais das imagens para publicação

## II Simpósio AMP

Audatório da Ordem dos Médicos  
Av. Almirante Gago Coutinho, 151, 1749-084 Lisboa

**23 Novembro 2013**

09:00-10:45 - A voz das revistas científicas  
Moderação: José Manuel Silva, Rui Teto Marinho

A perspectiva do Editor:  
- Acta Médica Portuguesa - Rui Teto Marinho  
- Revista Portuguesa de Cardiologia - Nuno Cardim  
- Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular - Dinis da Gama  
- Revista Portuguesa de Pneumologia - António Morales  
- Acta Reumatológica Portuguesa - Helena Canhão

Uma história de sucesso na publicação científica: Instituto de Medicina Molecular, Carmo Fonseca  
Discussão

11:00-12:30 - Os portugueses na edição científica  
Moderação - Helena Donato, Fernando Fernandez-Llínas

Como estamos de indexação e não só?  
- Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar - Raquel Braga  
- Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia - Gabriela Marques Pinto  
- Acta Pediátrica Portuguesa - António Gomes  
- Revista Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação - Catarina Aguiar Branco  
- Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia - Nuno Campos  
- Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia - António Augusto Martins

Um português na ilustração científica do New England Journal of Medicine - Daniel Muller

14:00-16:00 - Os novos artigos científicos  
Moderação - António Vaz Carneiro, João Massano

A nova bibliometria, as novas métricas da moderna publicação científica - Helena Donato  
Medical Writing: Tipos de estudo científico e nível de evidência - Francisco Batel Marques  
A Bioestatística salva vidas? - Vítor Rodrigues  
As palavras chave - Fernando Fernandez-Llínas

16:30-17:30 - Para onde vamos?  
Moderação - Jorge Crespo, Tiago Villanueva

As novas tecnologias e as redes sociais - Cristiana Costa, Miguel Almeida  
A publicação científica no curso de Medicina - Henrique Cabral  
O drama do Peer-Review, o que fazer? - António Vaz Carneiro

17:30-17:45 - Think Tank: Proposta de um relatório estratégico sobre a publicação científica em Portugal  
Writing is thinking. To write well is to think clearly. That's why it's so hard - David McCullough

ACTA MÉDICA PORTUGUESA

aumento significativo: no mesmo período, cresceu de 5% para cerca de 70%, o que no ano de 2013, por exemplo, se poderá traduzir em cerca de 300 manuscritos rejeitados.

Esta nova conjuntura implica uma mudança cultural incontornável: aos revisores, actores com um papel fulcral nas revistas

científicas, passa a ser exigido um renovado rigor na apreciação do artigo, e o respeito pelos prazos; os autores, por seu turno, vêm-se sujeitos a avaliações sucessivas de maior exigência qualitativa, em termos de conteúdo e de forma, e a rejeições mais frequentes dos seus trabalhos, o que poderá suscitar algum descontentamento mais ou menos generalizado.

### O Futuro

A nova AMP é um projecto em constante evolução, onde cada etapa nos remete para novos patamares de exigência e cada realização para os próximos desafios.

Para já, está “no prelo” que se volte a edi-

tar a revista em papel, com o propósito de colocar de novo a capa amarela da Acta Médica Portuguesa sobre as mesas de trabalho dos médicos, para que assim se concretize como ferramenta de utilidade prática na actividade clínica.

Em equação, encontra-se também a possibilidade de se aumentar o número de artigos publicados em cada edição... ou até de alterar a sua periodicidade, passando a publicar-se mensalmente, já que, presentemente se publicam cerca de 150 trabalhos em cada ano. Contudo, há que considerar o reflexo que tal decisão possa trazer ao cálculo do Factor de Impacto. Por fim, é imperativo profissionalizar a revista científica da Ordem dos Médicos, dotando-a de uma estrutura interna consistente, contratada, remunerada e com os conhecimentos técnicos que assegurem a sua continuidade e promovam a sua credibilidade a nível nacional e internacional.

Só desta forma, e através do continuado esforço de colaboradores, dirigentes, médicos e voluntários, será possível transportar definitivamente a Acta Médica Portuguesa para o século XXI, tornando-a num meio de comunicação digno e representativo dos esforços desenvolvidos pelos médicos e profissionais de saúde a favor do bem-estar da população em geral.

Programa II Simpósio Acta Médica Portuguesa e workshops





## Em defesa da Carreira Médica

Divulgamos em seguida o comunicado conjunto do SIM, FNAM e OM em que as três organizações «reafirmam a necessidade imperiosa de planejar a médio e longo prazo uma política estruturada de recursos humanos na saúde, com base em reformas sustentadas que verdadeiramente respeitem o património genético do SNS e a sua trave mestra, as Carreiras Médicas».

O Sindicato Independente dos Médicos - SIM, a Federação Nacional dos Médicos - FNAM e a Ordem dos Médicos, reunidos em Coimbra, em 11/09/2013, reafirmam a necessidade de respeitar e fortalecer a carreira médica de forma a garantir a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde.

Para tal, é fundamental que o mecanismo dos concursos públicos para provimento de vagas, seja assumido como essencial quer para o acesso, quer para a progressão na carreira. Nesta medida, e em respeito pela Constituição Portuguesa, os concursos deverão ser abertos.

Deverão ocorrer concursos pelo menos duas vezes por ano, de forma a permitir que os recém-especialistas possam ter a possibilidade de concorrer logo a seguir à respectiva época de exame da especialidade. No sentido de permitir a mo-

bilidade de profissionais médicos entre as diferentes Unidades de Saúde (US) e recuperar para o SNS médicos sem ligação contratual pública, é desejável que as Administrações das US possam abrir concursos abertos externos em respeito pelos Acordos Colectivos de Trabalho em vigor.

No cumprimento pela legislação sobre as Carreiras Médicas, exigimos que sejam rapidamente concluídos os concursos para consultor abertos em 2012, como consta do acordado celebrado, assim como a rápida abertura de mais vagas para as categorias de assistente graduado e assistente graduado sénior nas diferentes áreas da Carreira Médica.

Só desta forma é possível manter serviços bem estruturados e com capacidade formativa adequada para enfrentar as necessidades dos serviços de saúde e dos doentes, colmatando a

saída de milhares de médicos, que, desde 2010, já envolveu a reforma de 627 assistentes graduados sénior.

O anúncio em 2013, da abertura de 130 vagas para assistente graduado sénior, sendo positivo, é claramente insuficiente e não corresponde minimamente às necessidades existentes.

As três Organizações reafirmam a necessidade imperiosa de planejar a médio e longo prazo uma política estruturada de recursos humanos na saúde, com base em reformas sustentadas que verdadeiramente respeitem o património genético do SNS e a sua trave mestra, as Carreiras Médicas.

Coimbra, 11 de Setembro de 2013

## Respeitar os legítimos interesses e direitos dos doentes

Publicamos em seguida a carta de um doente, com a devida autorização, a qual representa apenas uma de muitas situações semelhantes. Não sendo um caso de alteração de prescrição – não há violação da prescrição médica mas apenas uma limitação na quantidade de comprimidos a dispensar – é claramente um exemplo de como não se respeitam nem se acautelam os legítimos interesses e direitos dos doentes.

### **Reclamação enviada ao Gabinete do Utente do Centro Hospitalar de ... no dia 4 de Julho**

«Boa Tarde. Sou pelo presente a apresentar a seguinte reclamação: Desde há uns anos sou seguido e diagnosticado para o meu problema de saúde no Hospital .... Se posso avaliar positivamente, até mesmo muito positivamente, quer o hospital de dia de hematologia, quer os serviços de colheita para análises clínicas, sou desde sempre confrontado com uma espécie de 'sítio à parte', mesmo até 'capelinha', com normas próprias e sempre a dificultar por parte da farmácia do hospital.

Se a médica que me segue vai espaçando ou diminuindo o intervalo das consultas de acordo com os estados clínicos, na farmácia tenho sempre ENORMES problemas para poder ter a medicação necessária. Se as consultas são espaçadas para 2 meses ou até 3 meses (infelizmente agora de 2 meses de novo) para levantar o medicamento necessário, no caso

Hidroxieureia 500 mg, os problemas e desculpas são imensos.

De onde moro tenho um custo de cerca de 30 € para me deslocar àquela farmácia. Mesmo em transporte público os custos são iguais. Não posso pois estar a deslocar-me todos os meses (como ainda hoje fui alertado, que não estava a deslocar-me mensalmente). E umas vezes fornecem-me 60 ou 90 cápsulas, como prescrito, outras até já me deram embalagens completas.

O número de informações é deveras interessante: umas vezes é porque tenho de compreender que o medicamento é gratuito (pena que afinal seja o Estado a não me permitir a sua aquisição, afinal parece que me limita então em tudo), outras que se fosse a uma farmácia também não avia a totalidade das receitas (o que será obviamente falso, pois não o fazer implica mais deslocações e mais custos, como disse). Também já me disseram para entregar a requisição aos bombeiros. Não percebi.

Solicito pois que seja encontrada uma forma de poder ter a medicação necessária entre consultas. Ter a doença que tenho já é por si só bem aborrecido para não dizer outra coisa, quanto mais ter de gastar mais 360 €/ano perfeitamente evitáveis.

Na expectativa da mais rápida resolução, apresento os meus cumprimentos, JMP

P.S. - Em conversas no atendimento fui informado que todas as devoluções dos medicamentos fornecidos e não usados pelos doentes são posteriormente destruídos/incinerados. Curiosamente, ou talvez não, visto afinal se tratar de uma « capelinha», muitos clínicos pedem aos seus doentes a devolução de medicamentos não usados, pois afinal todos temos a noção do seu preço e de que o SNS é de todos quanto melhor gestão e poupança melhor. Quem trabalhará de costas voltadas? O clínico que prescreve não terá noção dos custos e necessita de mais um corpo, altamente formado,

para efectuar outros controlos? A informação hoje indicada que não ando a fazer a medicação prescrita é completamente inútil no computador onde está e a minha médica assistente sabe bem que não é assim.»

### **A prescrição clínica é passível de ser alterada?**

Após esta comunicação, o doente escreveu à OM solicitando informação se «uma prescrição clínica é passível de ser alterada», explicando que «por decisão da farmácia daquele hospital, alicerçada ou não em normas do conselho de administração, nunca é cedida a quantidade de medicação prescrita pelo médico, mas sim a que será usada em 30 dias». Perguntava o doente se «pode, apesar da indicação clínica da quantidade e do tempo entre consultas, existir redução de uma prescrição»?

Foi explicado ao doente que não se pode considerar uma alteração da prescrição porque não houve qualquer violação da prescrição médica, em termos de medicamentos e posologia, mas apenas uma limitação na quantidade de comprimidos a dispensar, imposta pelo Ministério da Saúde, cujas determinações têm força de lei. Ainda assim e concordando que esta situação representa um exemplo de desrespeito pelos legítimos interesses e direitos dos doentes, a Ordem dos Médicos solicitou esclarecimentos ao Director Clínico do Hospital ... e deu o devido conhecimento ao Ministro da Saúde.

### **Uma não-resposta ou uma não-solução**

Da parte do Gabinete do Utente foi encaminhada uma resposta do serviço que não esclareceu o do-

ente e cujo conteúdo passamos a reproduzir:

«Resposta à Reclamação - Após análise da situação exposta, temos a informar o seguinte:

O fornecimento de medicamentos na Farmácia de Ambulatório dos Hospitais, foi regulamentado a 12 de Outubro de 2012, com vista a tornar obrigatório a prescrição electrónica e a uniformizar os procedimentos da dispensa nas várias Instituições.

Estas normas estão contidas no Despacho n.º 13382/2012, a que se seguiu a Circular Normativa n.º 01/CD/2012 do INFARMED, de 30/11/2012.

De acordo com os mesmos, «medicamentos para tratamento de doenças crónicas deverão ser cedidos para um período de 30 dias. As excepções deverão ser autorizadas pelos Conselhos de Administração dos Hospitais.»

Dadas as razões expressas, os fornecimentos são feitos para períodos de um mês, independentemente das datas das consultas.

Eventual excepção a esta regra, terá de passar por uma exposição no Gabinete do Utente do Centro Hospitalar ..., dirigida ao Sr. Presidente do Conselho de Administração, solicitando cedência para período superior. Estes pedidos são avaliados caso-a-caso, face à justificação invocada e só após autorização dos mesmos, poderemos alargar o período de cedência.

Mais se informa que tendo em conta a reclamação apresentada e após levantamento do processo e receitas de 2013, podemos concluir que as diferentes quantidades fornecidas decorrem da alteração da posologia nas várias receitas apresentadas.»

Esta resposta dos Serviços de Farmácia do Hospital ..., nas palavras do próprio reclamante,

«em nada informa a reclamação apresentada, sendo meramente uma súmula da normas que dizem cumprir», subsistindo que «obrigam o doente a deslocações perfeitamente escusadas, arbitrárias até e sem nexo nenhum que talvez o de causar maiores despesas a quem estará já debilitado por doença crónica». E mais uma vez solicitou a solução para este problema e outros semelhantes de outros doentes crónicos «nem que para tanto seja o Conselho de Administração a pronunciar-se», terminando demonstrando a sua perplexidade por quanto à reciclagem de medicamentos não tomados pelos doentes e recuperados pelos médicos não ter havido qualquer resposta. «É o trabalhar de costas voltadas e cada um na sua 'capelinha'. Mas certamente escudados em algum normativo», concluiu na sua reclamação que posteriormente encaminharia à OM: «percebendo que deve haver contenção de todos os custos inúteis, já que estamos a falar de dinheiros públicos, não percebo como se desregulamenta o 'acto médico', que afinal, como todos sabem, até é o técnico que intervém que mais se preocupa com o custo/benefício de cada medicamento» e lamentou a «falta de diálogo e discernimento».

Nota da redacção: obtivemos a devida autorização para identificar o doente mas não considerámos relevante para a informação, razão pela qual o fazemos apenas com as suas iniciais. Eliminámos a identificação do Hospital por se tratar apenas de um exemplo e que, lamentavelmente, sabemos ser comum a diversas instituições.



## Terapêuticas não convencionais

Na sequência da aprovação pela Assembleia da República da regulamentação da Lei 45/2003, de 22 de Agosto, relativa ao exercício profissional das actividades de aplicação de terapêuticas não convencionais e em face de algumas modificações que a OM considera inaceitáveis a vários títulos nomeadamente por não haver o cuidado de distinguir o enquadramento e regulamentação das terapêuticas não convencionais daquele que é próprio da medicina, a Ordem dos Médicos dirigiu duas cartas ao Presidente da República, as quais reproduzimos em seguida.

### **Primeira carta:**

«Foi aprovada na Assembleia da República a Proposta de Lei 111/XII que visa criar as condições para a regulamentação da Lei 45/2003. A Ordem dos Médicos emitiu um parecer muito crítico sobre esta proposta de Lei, embora concorde que deve ser regulamentada a prática das terapêuticas não convencionais, até aqui exercidas de forma totalmente desregulamentada, incontrolada e sem registos, com gravíssimos riscos para a Saúde Pública.

Assim, a Ordem dos Médicos encara este avanço legislativo de forma positiva, se bem que continue a discordar de alguns aspectos da nova Lei.

Efectivamente, não é apenas pela prática habitual de algo que esse argumento deva servir para a sua legalização e não se entende que as terapêuticas não convencionais sejam aceites com tanto facilitismo, enquanto à Medicina convencio-

nal, e bem, são colocadas todas as exigências. Certamente ninguém pensará em legalizar os rituais ancestrais africanos “curativos” apenas porque fazem parte integrante de uma mui respeitável cultura.

Todas as intervenções terapêuticas com resultados efectivos e comprovados são incorporadas na Medicina convencional, pelo que não se justifica a legalização autónoma de práticas que não têm base científica, para além de questionável empirismo, e que podem atrasar diagnósticos e tratamentos de situações potencialmente graves, que assim continuarão a evoluir.

É por isso que a Ordem dos Médicos defendeu e defende que essas práticas deveriam ser enquadradas numa Direcção Clínica Médica, para efectiva protecção dos Doentes.

As terapêuticas não convencionais movimentam hoje tantos interesses e colossais fluxos financeiros, que não se compreende que não

sejam submetidas a estudos com um mínimo de rigor, para defesa das populações. Em boa verdade, não pretendem ser submetidas a esses estudos, por razões demasiado evidentes.

Todavia, o principal objectivo desta carta é solicitar a V. Exa. a melhor atenção para a legalização da “Medicina Tradicional Chinesa”, prática que não constava da Lei 45/2003, e da forma inacreditável como foi incorporada na Proposta de Lei 111/XII.

A Democracia portuguesa não pode continuar a funcionar desta forma.

Efectivamente, nunca a Ordem dos Médicos ou os outros parceiros da Saúde foram ouvidos sobre a “Medicina Tradicional Chinesa”, que foi incluída no último momento, silenciosamente, na proposta de Lei 111/XII, de modo a evitar que fosse sujeita a contraditório. A Ordem dos Médicos declara a sua profunda estupefacção peran-



te esta forma de actuar do Grupo de Trabalho específico da Comissão de Saúde. Terá sido apenas por acaso?

A Ordem dos Médicos não pode aceitar a expressão “Medicina Tradicional Chinesa”, que visa apenas explorar intuítos comerciais e conseguir o claro engano das populações menos letradas.

Alertada *in extremis*, a Ordem dos Médicos propôs, numa fase em que essa alteração era possível, na véspera da votação final, que a expressão fosse mudada para “Terapêuticas tradicionais chinesas”.

A Ordem dos Médicos teve o cuidado de contactar todos os Grupos Parlamentares para se construir o essencial consenso à volta desta alteração de nomenclatura, mas essa mudança foi recusada pelo Deputado relator, sem qualquer argumentação. A Democracia portuguesa parece dispensar a lógica e a argumentação.

A expressão “Terapêuticas tradicionais chinesas” está de acordo com a Lei e não altera o conteúdo funcional dessa profissão, a definir posteriormente por Portaria. A recusa em adequar o título à Lei e à realidade da prática, certamente não é por razões nobres nem para defesa dos doentes.

Nesse caso, porque não se legaliza a “Medicina Tradicional Africana”, também ela milenar e respeitável, e não se registam os estranhos Mestres e Professores que actuam na nossa praça?

E porque não se legalizou a “Medicina Ayurvédica”, também ela multimilenar? Apenas porque não teve um lobby comercial interessado?

E porque não se consideraram como medicina as outras terapêuticas não convencionais, qualificando-as como Medicina quiroprática, Medicina fitoterápica, etc.? Naturalmente, porque não

fazia sentido!

Então porque se aceita tão singelamente que essa qualificação possa fazer sentido com as terapêuticas tradicionais chinesas? Apenas porque estas “conquistaram um “estatuto” indevido e injusto, mas sustentado num forte poder económico, que apenas serve para a mais pura e indigna exploração comercial?

Hoje em dia, em Portugal, já há uma enorme e perturbadora confusão, mesmo nas autoridades judiciais, entre Médicos e Médicos Dentistas. Passaremos agora a ter Médicos Chineses? No futuro, também uma Ordem dos Médicos Chineses?!

Para 98% da população vai ser uma tremenda confusão, com um grave risco de Saúde Pública, pois a “medicina chinesa”, uma prática não científica e que tem dados origem a graves problemas relatados, por exemplo, nos Estados Unidos, vai ser confundida com a verdadeira e única Medicina, aquela que conhecemos e respeitamos na nossa cultura ocidental.

É um abuso traduzir as práticas tradicionais chinesas pela palavra “medicina”. Medicina é uma palavra de origem latina, pelo que não existe na língua chinesa.

Porque é que se traduziram os “médicos” africanos por “curandeiros”, e os curandeiros chineses por “médicos”?

A tradução das práticas tradicionais chinesas por “medicina” é um claro excesso de linguagem que procura confundir as pessoas. Porque não foi aplicado outro termo? “Medicina”, no mundo ocidental, tem hoje um forte cunho científico, de confiança e de intensa regulação, de resultados comprovados e publicados.

Não é aceitável que os cultores e os que estão comercialmente interessados nesse negócio possam

usurpar uma denominação e um conceito de carácter científico para qualificar uma prática não devidamente estudada e sem uma base científica escrutinada. Com isso induzindo deliberadamente em erro as populações.

A China integrou na totalidade a Medicina ocidental e a “medicina” tradicional chinesa tem cada vez menos espaço no seu próprio país, embora esteja submetida a investigação para incorporação na Medicina convencional das práticas que revelem evidência suficiente.

Sr Presidente da República, Excelência,

Em defesa da verdade, da transparência, da realidade, da Saúde Pública, dos Doentes e da Ética Política, a Ordem dos Médicos vem solicitar a V. Exa. que, no exercício dos poderes constitucionais de V. Exa., possa ser induzida, na Proposta de Lei 111/XII a correcção da abusiva denominação de “Medicina tradicional chinesa” para “Terapêuticas tradicionais chinesas”.

Nada interfere com aquele que venha a ser o conteúdo funcional dessa prática e evita graves confusões na população e um inegável risco para a Saúde Pública.

Solicitamos o melhor acolhimento de V. Exa. para esta pretensão, que nos parece justa, legítima e em defesa dos doentes, e manifestamos o desejo e interesse da Ordem dos Médicos em analisar presencialmente com V. Exa. todas as questões que dizem respeito às terapêuticas não convencionais.»

#### **Segunda carta:**

«A Ordem dos Médicos tomou conhecimento que a Assembleia da República aprovou o texto final da Lei que visa regulamentar a Lei 45/2003, de 22 de Agosto, relativa ao exercício profissional das actividades de aplicação de terapêuticas não convencionais.

Em conformidade com o processo legislativo comum a tramitação determina que o Decreto da Assembleia da República seja enviado a V.Ex.<sup>a</sup> para promulgação.

O texto final da Lei é, no entender desta Ordem, muito preocupante, razão pela qual o interpelamos pedindo a sua especial atenção.

A Ordem dos Médicos participou na discussão deste diploma, tendo sido aceites algumas das propostas que apresentou.

Facto é que, numa fase posterior à nossa intervenção, a redacção do projecto agora aprovado em texto final sofreu modificações que consideramos inaceitáveis a vários títulos.

De todas as apreensões que o dito texto nos suscita há uma questão prévia que merece um especial cuidado.

Com efeito, no projecto que a Ordem dos Médicos discutiu na Assembleia da República parecia haver o cuidado de distinguir o enquadramento e regulamentação das terapêuticas não convencionais daquele que é próprio da medicina.

Pretensamente era também esse o propósito do legislador da lei ora em apreço. Como se sabe a profissão médica está densamente regulamentada quer a nível da legislação nacional quer a nível comunitário.

Tal deve-se, precisamente, à circunstância de se tratar da profissão mais relevante que lida com a saúde e vida das pessoas.

Por outro lado, os conceitos de medicina e de médico foram sendo socialmente sedimentados ao longo de séculos o que determinou uma estratificação relativamente aos restantes profissionais da saúde que decorre de uma efectiva diferenciação técnica e deontológica. É este conceito unívoco de medicina que agora é posto em crise.

Facto é que o que está em causa é a protecção dos consumidores e, na essência, a saúde pública.

Nos termos do artigo 64.º, nº 1 da Constituição da República Portuguesa (CRP) “*todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover*”.

O referido direito está configurado como um direito a prestações positivas do Estado de natureza jurídica e de carácter material.

Tal como se refere na “Constituição Portuguesa Anotada – Tomo I” – Jorge Miranda e Rui Medeiros – Coimbra Editora, o direito à protecção da saúde depende de uma interposição do legislador, ou seja, de uma Lei de Bases que o concretize.

A Lei de Bases da Saúde aprovada pela Lei 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei 27/2002, de 8 de Novembro veio definir as concretas faculdades que integram o direito e os concretos meios postos para a respectiva satisfação.

Por outro lado, é inequívoca a função pública e social da saúde e da medicina.

O dever de promover e defender a saúde a que se refere o artigo 64.º, nº 1 da CRP, como reconhece o Tribunal Constitucional (Acórdão nº 368/02) tem fundamentalmente como objecto a saúde pública.

Assim, incumbe ao legislador adoptar os instrumentos legislativos que, em cada momento, considere adequados tendo sempre como escopo a defesa da saúde pública.

De acordo com o nº 3 da Base V da já identificada Lei de Bases da Saúde é reconhecida a liberdade de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes da lei, designadamente no que respeita a exigências de qualificação profissional.

**O Decreto da Assembleia da República aprovado na sequência**

**da Proposta Nº 111/XII, à semelhança aliás do que ocorre com a Lei 45/2003 não salvaguarda a saúde pública, nem faz as especificações necessárias no que respeita à exigência de qualificação profissional.**

Em Portugal é secular o entendimento de que *médico* é o profissional que detém um título obtido numa Faculdade de Medicina ou seja, é aquele que possui o grau académico de licenciatura ou, mais recentemente, de mestrado integrado em medicina.

Tal entendimento encontra-se profundamente enraizado na sociedade portuguesa o que inexoravelmente determina que a sua utilização em qualquer outro contexto ou com conexão a outra realidade confunda os consumidores.

Os executantes de terapêuticas tradicionais chinesas e, bem assim, os restantes terapeutas não convencionais previstos na Lei 45/2003 exploram, de há muito, a confusão que resulta do uso do título de médico transmitindo aos consumidores a ideia de que possuem uma licenciatura idêntica à dos médicos e uma especialidade em homeopatia, naturopatia, fitoterapia, medicina tradicional chinesa, entre outras.

Usam, assim, o prestígio e a confiança que é socialmente conferida aos médicos para o exercício das suas profissões, o que em nosso entender constitui uma clara usurpação fáctica de título, com potenciais consequências práticas graves para a saúde dos cidadãos. Um médico tem um percurso de qualificação com características extremamente exigentes: seis anos de formação universitária, a que acrescem mais cinco ou seis anos de estudo e prática para obtenção da especialidade.

O legislador não pode ignorar esta realidade e, não obstante, enten-

deu, à última hora, pactuar com o aproveitamento que tem vindo a ser feito neste âmbito, sem salvar a saúde pública.

Acresce que, **a ser promulgada esta lei, o legislador promove objectivamente a confusão de títulos dos profissionais da saúde gerando situações dúbias que não permitirão que o consumidor fique informado de forma clara e adequada** (vide Lei da Defesa do Consumidor aprovada pela Lei 24/96, de 31 de Julho).

Sempre que um profissional das terapêuticas não convencionais arroga a qualidade de médico quando publicita o seu serviço, tal consubstancia uma deformação dos factos.

Tem sido prática comum estes profissionais arrogarem, nas mais diversas formas de comunicação, a qualidade de médico.

Facto é que, **a versão final da Proposta de Lei nº 111/XII não contém qualquer referência à nomenclatura que deve caber e ser usada pelos profissionais das terapêuticas não convencionais, ao contrário do que constava do projecto.**

Ora, consagra o artigo 1º da Lei de Defesa do Consumidor que incumbe ao Estado proteger o consumidor (número 1), e que *a incumbência geral do Estado na protecção dos consumidores pressupõe a intervenção legislativa e regulamentar adequada em todos os domínios envolvidos* (número 2).

Mas há mais:

O texto aprovado não tem harmonia terminológica.

Com efeito se atentarmos no artigo 6.º faz-se menção ao exercício das profissões referidas no artigo 2.º, quando é certo que o dito artigo 2.º passou a identificar terapêuticas e não profissões, o mesmo sucedendo com o artigo 7.º.

No artigo 9.º foi introduzida uma

**norma absolutamente *sui generis*** em sede de ónus de informação em saúde já que **faz recair sobre o doente a responsabilidade de prestar informação** sobre todos os medicamentos convencionais ou naturais que esteja a tomar.

Esta exigência destina-se, alegadamente a salvaguardar eventuais interacções medicamentosas, como se fosse possível a estes terapeutas terem os conhecimentos de farmacologia que lhes permita fazer uma tal avaliação que represente uma efectiva segurança para a saúde do doente.

Acresce que, face a esta modificação, introduz-se um nível de desresponsabilização destes profissionais intolerável, que sempre poderão alegar que a informação que lhes foi prestada pelos utilizadores não era completa ou a bastante para acautelar eventuais interacções.

Diga-se, aliás, que nos parece que as ditas interacções poderão ser mais abrangentes, e não apenas medicamentosas.

No que concerne aos locais de prestação destas terapêuticas ficou estabelecido que *“A direcção clínica dos locais de prestação de terapêuticas não convencionais é assegurada por um profissional deste sector, devidamente credenciado”*.

Ora é nosso entendimento que, mais uma vez, foi adoptada uma formulação susceptível de confundir os utilizadores porquanto a expressão **“direcção clínica”** tem estado **reservada** às situações em que a mesma é assegurada por um **médico**, sendo que o **legislador** em todas as **demais situações** em que assim não sucede tem adoptado a expressão **“direcção técnica”**, o que aqui também deveria ter acontecido.

Por outro lado, importa sublinhar que ficou prevista a **proibição de comercialização de produtos aos**

**utilizadores nos locais de prestação de terapêuticas não convencionais**. Todavia, esta disposição em concreto **só entrará em vigor 2 anos após a publicação da lei** (veja-se o n.º 9 do artigo 19.º).

Salvo o devido respeito, temos de entender que esta moratória peca por absoluta falta de sentido, pois se o legislador considera que se trata de uma prática que não deve existir e a proíbe em defesa dos direitos do consumidor, não se descortina qualquer razão para que os direitos do consumidor só sejam acautelados dentro de 2 anos.

Por fim importa apontar o facto de, tratando-se de uma Lei regulamentadora da Lei 45/2003, o legislador não ter regulamentado os aspectos mais relevantes e complexos, ou seja o conteúdo funcional de cada terapia e a respectiva formação, deixando para o governo tal tarefa, que, como se verificou há dez, anos nada fez.

À semelhança do que ocorreu com a Lei 45/2003, este diploma vai permitir que aqueles que agora se intitulam *médicos de medicina tradicional chinesa* façam livremente, sem quaisquer regras efectivas, o que lhes aprouver sem se perceber, à semelhança do já acontece com todos os outros Terapeutas não Convencionais, qual a sua efectiva actividade.

Pelas consequências que dela podem decorrer a lei ora em apreço atenta de forma grave contra a saúde pública dos portugueses o que a Ordem dos Médicos não pode aceitar.

Cremos, contudo que V.Exª não deixará de apreciar este nosso pedido e respectiva fundamentação decidindo, a final, por vetar a Lei.»





## Comemorações do 75º aniversário da Ordem dos Médicos

A Ordem dos Médicos completa no dia 24 de Novembro 75 anos de existência. As comemorações deste 75º aniversário decorreram oficialmente no passado dia 16 de Setembro com uma programação que incluiu a inauguração de uma exposição alusiva à história da instituição, a apresentação do estudo 'a demografia médica', uma cerimónia de homenagem aos antigos bastonários da OM, uma conferência intitulada 'a Europa e o futuro das profissões reguladas' e um debate sobre o licenciamento das UPSS. Nas próximas páginas daremos conta das diversas iniciativas que assinalaram estas bodas de diamante.





O dia começou com a inauguração da exposição na galeria da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos onde estiveram patentes ao público diversos documentos históricos, fotografias de momentos significativos e o quadro do primeiro bastonário da OM, Elysio de Moura, entre outros apontamentos históricos. Como se podia ler no início da exposição: esta mostra, não sendo representativa da totalidade dos 75 anos de história, efectuou uma homenagem a todos quantos mereciam estar aí referidos,

incontornável na regulação da profissão e na defesa da saúde dos portugueses e da ética e da deontologia médicas.

Após a inauguração da exposição seguiu-se uma cerimónia solene com uma mesa presidida por José Manuel Silva, presidente da Ordem dos Médicos, ladeado por Clara Carneiro, representante da Casa Civil da Presidência da República, que leu a mensagem do Presidente da República, Aníbal Cavaco Silva, e Manuel Ferreira Teixeira, secretário de Estado da Saúde. Transcrevemos em seguida

#### **Discurso do presidente da OM, José Manuel Silva**

“Um irmão de Rafael, jovem robusto, quando tratava de negócios na cidade de Arimino, foi atacado de febre. Tratado por qualquer forma pelos médicos, trouxeram-no a Ancona, onde, ao ser tratado também, no mesmo dia em que bebeu uma purga enlouqueceu.

Chamado para o ver, no dia seguinte, consegui livrá-lo da febre com alguns remédios, embora a mania permanecesse. Para o livrar desta comecei pelo seguinte: xarope de maçãs de sabor,



os médicos que nestes décadas trabalharam em prol da saúde dos portugueses, todos os que formaram os mais novos, partilhando sem reservas o seu saber, todos os dirigentes de todas as áreas da OM (Colégios, Conselhos Consultivos, Direcções nacionais, regionais e distritais, etc.) que aceitaram a missão de subtrair tempo às suas famílias e às suas vidas pessoais para trabalhar na defesa de toda uma classe profissional, e os muitos médicos (e funcionários) que, sem desejarem as luzes da ribalta, colaboraram para que a Ordem dos Médicos fosse hoje uma instituição

os três discursos que compõem essa cerimónia solene onde estiveram presentes representantes das várias Ordens profissionais, de várias Faculdades de Medicina, sindicatos médicos, ex-Bastonários da Ordem dos Médicos, dirigentes regionais e distritais e dos Colégios da Especialidade da OM, nomeadamente os presidentes das três Secções Regionais: Miguel Guimarães, Fernando Gomes e António Pereira Coelho.

**A exposição voltará a estar patente ao público, na OM em Lisboa, durante o mês de Dezembro.**

uma onça, de flor-de-orégão, de fumária, meia onça, de águas de borragem, de erva cidreira e de fumária, uma onça. Misture. Clarifique-se e aromatize-se com espécies de letificante de Almançor. Simultaneamente, enquanto bebia os xaropes, mandámos aplicar às veias hemorroidárias duas sanguessugas, pelo modo já dito e usado, alimentando-o com muito boas comidas...”

Enfim, não vou continuar a ler a longa Cura 64 das Centúrias de Amato Lusitano, um êxito que incluiu ainda sangria abundante com escarificação e ventosas, irrigações na cabeça, electuários e conservas restabelecedoras.

Era a Medicina tradicional ocidental do século XVI.

Desde então, a medicina evoluiu muito, embora alguns, bastante mais distraídos mas com poder legislativo, pareçam disso não se ter apercebido e considerem suficiente a “tradição” para a legalização de práticas alegadamente terapêuticas, sem substrato científico, exercidas por pessoas de questionável formação. A esses, recomendamos vivamente que quando estiverem doentes recorram exclusivamente à tradição e dispensem os avanços e recursos proporcionados pela investigação científica. Nesta mesma sala em que nos encontramos, quantos de nós aqui estaríamos se não fosse a moderna medicina ocidental?

Certamente também não iremos agora dar força de Lei às recomendações de Pedro Hispano, um dos mais célebres médicos do século XIII, único Papa português, com o nome de João XXI, que na sua magnífica obra “Liber De Conservanda Sanitate”, talvez o primeiro tratado de medicina preventiva, elencava as coisas que faziam mal ao coração:

“Ao coração fazem mal peixes sem escamas, fumo, ar infecto, e todos os legumes não descascados. Comer muitos acrimina. Nabos, cebolas e tudo o que for cheio de ar e frito. A inchação, a tristeza, as preocupações e qualquer causa que provoque a síncope. Febre contínua e terças verdadeiras e todo o abcesso das vias respiratórias. Excesso de estudo e muita meditação, coito frequente. Tudo o que fizer mal ao baço faz mal ao coração. Tomar banho logo a seguir às refeições e beber vinho no banho. Excesso de vigílias, exagero na comida e na bebida, pegar em

objectos pesados, trabalhos difíceis e todo o serviço intolerável e o que quer que faça a alma entristecer-se, porque o coração é o princípio da vida e o termo da morte”.

Era a medicina tradicional ocidental do século XIII.

Mas não se pense que alguma desta medicina tradicional não fez escola até aos nossos dias e nas mais altas instâncias.

Numa recentíssima publicação da DGS, sobre ervas e plantas aromáticas, afirmava-se que o gengibre, a hortelã e o poejo podiam tratar a gripe.

É caso para perguntar, se podíamos tratar a gripe com ervas aromáticas, para que se gastaram tantas dezenas de milhões euros a comprar e reservar milhões de doses de oseltamivir para a gripe A?

Interpelada pela Ordem dos Médicos quanto à fundamentação científica para estas alegações terapêuticas, a DGS retirou o folheto para análise. Não voltámos a ter notícia do mesmo. E creio que, com as mesmas asserções, não voltaremos a ter tão cedo.

Porque falamos em tudo isto?

Porque vão longe os tempos das agremiações de S. Cosme e S. Damião, que reuniam físicos, boticários, cirurgiões e até barbeiros sangradores, e das práticas terapêuticas tradicionais, que caracterizaram todas as culturas e sociedades. Era o que havia e naquilo em que se acreditava.

Hoje, em defesa da segurança dos doentes, prevalece, tem de prevalecer, a evidência científica.

Propugnar pelos Doentes e pela Evidência Científica são duas das mais nobres funções da Ordem dos Médicos, actualmente com a assumida e intransigente

postura de Provedora dos Doentes, em cumprimento do artº 9º do Código Deontológico, que obriga a que “O médico deve cuidar da permanente actualização da sua cultura científica e da sua preparação técnica, sendo dever ético fundamental o exercício profissional diligente e tecnicamente adequado às regras da arte médica (*leges artis*).”

São as mesmas razões pelas quais se apostou na recuperação e se implementou uma nova cultura de rigor, exigência e qualidade na Acta Médica Portuguesa, que já ultrapassou as mais de 1000 visitas diárias no Open Journal System, com origem em 160 países, vindo à cabeça o Brasil, com 44% das consultas, Portugal com 35%, EUA com 3%, Espanha com 2% e China com 1%.

Hoje as práticas tradicionais são uma importantíssima fonte de investigação científica, mas não podem ser usadas sem controlo e de forma enganadora apenas por terem o rótulo de “tradicional”.

Só no final do século XVII terão começado a surgir em Portugal as primeiras Academias de médicos e cirurgiões, que procuravam discutir, ensinar, assistir doentes, promover conferências e até dar pareceres para tribunais, como a Academia Médica Portopolitana, fundada já no século XVIII, em 1749.

Porém, o associativismo médico mais moderno terá começado a esboçar-se no século XIX, com a criação da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, em 1822, encerrada pelo desconfiado regime absolutista um ano depois, e refundada em 1835, mantendo-se até aos nossos dias.

Para encurtar a história, finalmente, a 24 de Novembro de

1938, pelo Decreto-Lei nº 29171 é constituído, com a denominação de Ordem dos Médicos, o Sindicato Nacional dos Médicos.

Por esse mesmo Decreto-Lei são extintas as associações de classe médicas de Lisboa, Porto e Coimbra, que constituirão os núcleos regionais da Ordem dos Médicos, que se mantiveram até hoje.

O primeiro Bastonário eleito foi o Prof Elysio de Azevedo e Moura, nascido em Braga, onde está sepultado, mas que cursou medicina e atingiu a sua conhecida notoriedade na cidade de Coimbra.

O seu discurso aquando da primeira reunião do Conselho Geral da Ordem dos Médicos é absolutamente notável e pertinentemente actual. Lê-lo integralmente seria a melhor forma de o homenagear e de comemorar os 75 anos da Ordem dos Médicos. Como tal não é possível, permito-me salientar algumas palavras e intenções do Bastonário Elysio de Moura e do primeiro Conselho Geral da Ordem dos Médicos, nomeadamente:

“- contrariar quaisquer tentativas de exploração deprimente da actividade do clínico, empreendidas pelos organismos oficiais ou particulares...

- dar esforço combativo a uma repulsiva caterva de invasores do domínio de uma laboração profissional que devia ser privilégio de pessoas moralmente bem dotadas, que usurpam desvergonhadamente um direito que a lei só ao médico confere depois de longos e dispendiosos estudos. ... o que obriga a Ordem a tomar a peito a luta contra o curandeirismo e a charlatanaria que por aí estadeia, pela culpada indiferença de muita gente, pela cumplicidade de um ou ou-



tro médico e pelo patrocínio de politicamente. É, acima de tudo, o dever moral de velar pela saúde do nosso semelhante...

- estatuir o significado dos termos “exercício de medicina”, para poderem vir a ser atingidos, na medida do possível, os que, com infracção da lei, pratiquem actos próprios da profissão médica, e para não ser abrangido nessa acção repressora quem o não deva ser.

- contrariar uma desmedida concorrência legal, por bem conhecer as suas perniciosas consequências, pelo que deve ser propugnada, mediante uma judiciosa selecção, a redução do número de alunos que em cada ano se matriculam no Curso mé-

dico... do facto, deploravelmente exacto, de haver assistência a menos, não se pode em rigor inferir, como corolário lógico, que não há médicos a mais.

- evitar a miséria económica do clínico, porque ela pode ser o tenebroso prelúdio do seu pauperismo moral. A lastimosa, aflitiva situação monetária de numerosos clínicos é ainda agravada, de ano para ano, com o sistema do imposto profissional por capitação, ... sem incremento proporcional do número de clientes remuneradores...

- exprimir o voto de que os futuros médicos portugueses recebam, durante o seu tirocínio escolar, uma instrução científica, literária e filosófica cada vez

mais prestante, a par de uma educação moral ministrada com solicitude e eficiência, principalmente por edificantes exemplos dos seus Mestres.

- colaborar cientificamente na feitura de leis e regulamentos sanitários, reformas pedagógicas e programas escolares.

- mitigar caridosamente a dor ... e quanto mais cruciante e dan-tesca for a dor, física ou moral, mais largamente o médico lhe dará o leite da humana ternura, como lhe chamava Shakespearre. Da simples presença do médico, quando ele representa a figura humana da esperança, podem dimanar proveitosas actividades hormonais e modificações vegetativas, de origem emocional, percebidas pela consciência do doente, favorecedoras do seu tratamento.

- A Ordem veio coartar a liberdade individual do médico e impor, a quem quisesse adoptar como profissão o exercício da Medicina, certo número de normas reguladoras, umas de moral extreme, outras meramente convencionais. Mas foram precisamente os médicos – como direi? desmandados, desregrados – que, pelos seus actos reprováveis e impuníveis, de mero utilitarismo e grave menosprezo dos princípios mais elementares da moral cristã, fomentaram, sem o desejarem, claro está, a criação da Ordem.”

Termino aqui as citações do tempo passado.

Devidamente enquadradas na época em que foram expressas, com muitas a manterem uma actualidade impressionante, compreende-se facilmente como estas ideias e conceitos foram suficientemente justificadores da criação da Ordem dos Médicos. Os resultados foram e são ex-

traordinariamente positivos.

O papel desempenhado nestes 75 anos pela Ordem dos Médicos na regulação da medicina e no elevadíssimo nível da formação dos médicos portugueses é indesmentível e deve manter-se ou mesmo acentuar-se.

As estatísticas da OCDE atestam inequivocamente a Qualidade da Medicina portuguesa, que é mundialmente reconhecida e elogiada, e os médicos portugueses são activamente aliciados e emigrar para a Europa cultural, técnica e economicamente mais desenvolvida.

Não tenhamos dúvidas que muito destes elevadíssimos padrões de qualidade se devem ao papel insubstituível da Ordem dos Médicos na organização e avaliação da formação pós-graduada médica e ao papel das Carreiras Médicas no Serviço Nacional de Saúde, que ainda recentemente homenageámos com a entrega do Prémio Miller Guerra.

Aos 75 anos, uma feliz coincidência, apresentámos ao Governo uma proposta de novos Estatutos, que visam exactamente preparar a Ordem dos Médicos para o futuro. A melhor prenda deste aniversário de diamante será precisamente dotar a Ordem dos Médicos com uma estrutura que lhe permita responder e colaborar eficazmente com aquilo que dela esperam os Doentes, a Sociedade e os Médicos.

Nestes novos Estatutos, que reestruturam significativamente a Ordem dos Médicos, entre outras são consideradas como atribuições da Ordem:

- A defesa da saúde dos cidadãos e dos direitos dos doentes
- A autorização da prática médica, a regulação do acesso e do

exercício da profissão e a sua recertificação e a concessão, em exclusivo, dos títulos profissionais e dos títulos de especialização profissional

- A representação e a defesa dos interesses gerais da profissão;

- A elaboração e a actualização do registo profissional;

- O exercício do poder de auto regulação disciplinar sobre os médicos; aliás, esta é uma das facetas que mais beneficiará dos novos Estatutos.

- A colaboração com as demais entidades da Administração Pública nas questões de interesse público relacionados com a profissão médica;

- A participação nos processos oficiais de acreditação e na avaliação dos cursos que dão acesso à profissão médica e o reconhecimento de qualificações profissionais obtidas fora do território nacional, nos termos da lei, de regulamento europeu ou de convenção internacional;

- A atribuição de prestações de solidariedade aos médicos carenciados, através do Fundo de Solidariedade;

Ansiamos que os novos Estatutos sejam rapidamente aprovados pelo Governo e pela Assembleia da República. Queremos ser mais eficazes no cumprimento das funções que nos estão delegadas e continuar a garantir a todos os portugueses a qualidade da medicina e dos médicos a trabalhar em Portugal.

Queremos contribuir para uma renovada esperança no futuro da Saúde em Portugal e do País. Para tal desiderato, a Ordem dos Médicos tem seguido um caminho e cultivado uma política de isenção, de intervenção, de exigência construtiva e de total disponibilidade para colaborar com todos os parceiros da Saú-



de, com o Governo à cabeça.

Este septuagésimo quinto aniversário da Ordem dos Médicos ficará marcado pelo facto do país atravessar uma das mais graves crises da sua história, em que todos somos necessários para descobrir novos caminhos e implementar melhores soluções.

A recente tendência para aumento da mortalidade infantil em Portugal deve ser um sinal de alerta devidamente analisado e considerado. Seria um erro desvalorizá-lo. Por ser um dado particularmente sensível, num escalão etário que nem sequer depende do acesso a inovação terapêutica de preços elevados, pode significar que já se está a ultrapassar o limite do empobrecimento da população mais carenciada e do emagrecimento da capacidade de resposta e acessibilidade do Serviço Nacional de Saúde.

A Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares reconhece que a Qualidade da Saúde está em risco. No diálogo em *off* com médicos e administradores, o desalento, a desmotivação e o desassossego são uma constante.

Mas hoje é um dia de festa e comemoração. Não é dia para abrir o rol de preocupações nem para enfadar os nossos convidados com as nossas inquietações e apreensões, já sobejamente conhecidas e repetidas, e uma ou outra crítica mais pertinente ou incomodativa. Deixemos isso para amanhã, em sentido literal e metafórico.

Hoje regozijamo-nos por podermos finalmente apresentar o tão necessário estudo de Demografia Médica, que só foi possível porque a Ordem dos Médicos e a ACSS colaboraram excepcionalmente.

Agradeço à ACSS na pessoa

do seu Presidente, o Prof João Carvalho das Neves, aqui presente, e ao Ministério da Saúde, na pessoa do Senhor Secretário de Estado da Saúde, Dr Manuel Teixeira, a total disponibilidade para a concretização deste estudo, que irá ser apresentado pela Profª Paula Santana, cuja equipa de trabalho não posso deixar de elogiar.

Esperemos que os seus resultados sejam devidamente tidos em conta e usados para o planeamento futuro da Saúde e dos recursos humanos médicos em Portugal. Recordamos que qualquer resolução sobre *numerus clausus* só tem efeito dez anos depois. É urgente tomar decisões.

A Ordem dos Médicos tem repetidamente chamado a atenção para este problema, que se vai consubstanciar na impossibilidade material de este ano se conseguirem vagas de especialidade para todos os candidatos.

Voltando às boas notícias, apraz-me anunciar que foi possível chegar-se a um primeiro entendimento com a Entidade Reguladora da Saúde no âmbito do programa SINAS, com o qual a Ordem irá colaborar para o aprimorar, e na questão dos registos dos Médicos, esclarecendo definitivamente que médicos sem jurisdição sobre os consultórios onde trabalham não têm a obrigação de se registar individualmente. A ERS tutela as instalações, a Ordem tutela os médicos. Não posso deixar de referir uma outra questão em aberto e saudar a receptividade do Ministério da Saúde para a questão dos licenciamentos das Unidades Privadas de Serviços de Saúde.

Se as actuais regras não fossem alteradas, algumas completamente absurdas, abusivas, des-

necessárias e incumpríveis, iriam encerrar milhares de pequenos consultórios, redesenhando a medicina privada em Portugal em favor dos grandes grupos económicos e afastando-a das populações mais carenciadas. Sublinhe-se que estas mesmas regras não se aplicam ao sector público e social, uma disparidade estranha e inaceitável.

Ordem e ACSS vão agora continuar o diálogo sobre esta matéria. Temos a firme convicção que, com bom senso, se chegará a um patamar de total entendimento. Convido todos os presentes para o debate de logo à noite, neste mesmo auditório, e, mais uma vez, peço a todos os médicos atingidos por esta legislação para que não tomem atitudes intempestivas que possam colocar definitivamente em causa a continuidade da sua actividade profissional privada. As entidades reguladoras das questões do licenciamento estão cientes da delicadeza desta problemática e da importância de aguardarem as conclusões do processo de revisão em curso.

Como no passado, A Ordem dos Médicos do presente e do futuro está totalmente disponível para um diálogo construtivo e não dogmático sobre todas as questões e com todos os parceiros da Saúde, não abdicando de colocar os doentes no pódio das preocupações e das soluções para a Saúde.

Temos plena consciência que, em momentos de crise, os serviços de saúde ganham nova centralidade nas preocupações da sociedade, com a capacidade de resposta do sistema de saúde a ser testada de modo especial, como afirma Pedro Pita Barros no ensaio “Pela Sua Saúde”.

A Ordem dos Médicos acom-



panhou por dentro e foi agente activo da extraordinária modificação da medicina nas últimas décadas, magistral e sinteticamente dissecadas por João Lobo Antunes no ensaio “A Nova Medicina”. Refere o autor que a medicina é uma epistemologia moral, porque se baseia no conhecimento e está impregnada de valores. Sem dúvida. Consideramos que esses valores são capitais e intemporais e defendê-los-emos com convicção independentemente dos ciclos de bonanças e tempestades.

Por isso mesmo, discutindo alguns, partilhamos de muitos dos conceitos dos autores do livro “Três olhares sobre o futuro da Saúde em Portugal”. Permitam-me que reproduza duas frases de João Varandas Fernandes, que assino inteiramente: “é fácil dizer que o problema da saúde em Portugal é o financiamento,

mas, na realidade, o mais importante é o planeamento e a organização”. E ainda que “desejável seria que a saúde tivesse neutralidade política, que vingasse o sentido deontológico e que a gestão dos estabelecimentos de saúde traduzisse uma melhoria real da situação da população que não fosse contaminada pela situação das finanças e da economia”.

Gostaria de continuar, falta tanto para dizer, mas é hora de terminar.

Agradeço a todos a presença nesta singela cerimónia comemorativa do aniversário da Ordem dos Médicos, que foi muito justa e oportunamente agraciada com a Ordem Militar de Santiago da Espada pelo Presidente da República Dr Mário Soares, em 1988.

Agradeço à comissão organizadora, presidida pelo Prof Perei-

ra Coelho, pelo enorme esforço que desenvolveu para, em tão pouco tempo, preparar este dia de festa de forma tão condigna. Espero ter demonstrado e que sintam verdadeiramente que valeu a pena a institucionalização da Ordem dos Médicos, uma complexa organização, com uma exigente e difícil missão, possuidora de um riquíssimo património histórico edificado sobre o trabalho *pro bono* e anónimo de milhares de médicos, que aqui merecem esta justíssima lembrança.

Garanto que temos energia suficiente para os próximos 75 anos.

#### **Discurso do secretário de Estado da Saúde, Manuel Ferreira Teixeira**

Por feliz coincidência a sessão comemorativa de hoje, dedicada aos 75 anos da Ordem dos Médicos, tem lugar no dia seguinte ao dia do Serviço Nacional de Saúde. Apesar da história da Ordem se ter iniciado há 135 anos com a criação da Associação dos Médicos Portugueses é inequívoco que a história da Ordem dos Médicos está indissociavelmente ligada à história do SNS, desde a primeira hora. Para lá da evidência de que não haveria SNS sem médicos, a verdade é que o desenho do SNS que hoje existe, parte substantiva dos seus resultados e da qualidade do seu desempenho, é devida aos médicos. É tanto mais devida aos nossos clínicos, quanto mais os médicos exerceram o seu ofício de forma colaborativa, organizadora, coordenada, criando sinergias com outras profissões da saúde e centrada no mais importante da sua profissão, o bem dos doentes.

O SNS é um dos pilares mais

importantes, porventura o mais importante, do sector social do Estado em Portugal.

O atual Ministério da Saúde tem defendido que o SNS é um elemento fundamental e insubstituível da coesão social e, por isso, toda a nossa atuação tem sido no sentido de o fortalecer e torna-lo sustentável de forma a encarar com tranquilidade os desafios dos próximos anos.

O futuro dos sistemas de saúde, mais marcadamente nos que são financiados pelo erário público, está dependente de três variáveis principais; o desenvolvimento tecnológico, a evolução demográfica e o aparecimento de novas patologias associado à explosão das doenças crónicas. Em Portugal, tal como noutros países desenvolvidos, temos assistido à evolução esperada mas já sem a complacência expectante do passado.

O desafio de um novo SNS mais ajustado às realidades de hoje e de amanhã é um desafio para o Governo e para todos os profissionais de saúde sem exceção.

A classe médica sempre tem sabido responder positivamente, de forma generosa, consciente e inteligente aos desafios que a sociedade portuguesa lhe tem colocado. Sabendo adaptar-se às circunstâncias históricas do momento, juntando arrojo e bom senso, exigência técnica e coerência. É impossível mudar o panorama da saúde em Portugal contra os médicos. Muitos o têm afirmado. Mas também é impossível aos médicos não quererem ser fator de mudança numa sociedade em mudança.

O tempo de hoje é um tempo diferente. É um tempo de mudança rápida. E por isso mesmo mais exigente. Com maior responsabilidade. Com maior

necessidade de decidir certo no momento certo.

Durante os dois últimos anos fomos capazes de manter o SNS e fizemos mais do que muitos consideravam possível. Acreditámos e conseguimos.

Num contexto de grandes dificuldades financeiras temos aberto hospitais, centros de saúde, USF, UCC e unidades de cuidados continuados.

Apresentámos estudos e relatórios com uma profundidade e frequência nunca antes experimentada. O relatório sobre a reforma hospitalar tem sido um documento orientador da reforma. Estamos a terminar a Carta de Equipamentos Pesados e o modelo de criação de Centros de Referência que nos permitirá aceder às Redes de Referência Europeias.

Mais do que inaugurar fomos capazes de organizar o financiamento e a prestação de serviços do SNS de forma a que as estruturas sucessivamente abertas tenham condições para funcionar. Não podemos voltar a ter investimentos públicos em centros de saúde que foram inaugurados e nunca funcionaram, ou em unidades de cuidados continuados que nunca chegaram a poder funcionar.

Não iremos continuar a assistir a desperdício em serviços de urgência sem procura, nem justificação. Temos reconfigurado os hospitais, centros hospitalares e ULS de forma a serem mais eficientes e mais competentes no serviço prestado à população.

Iniciámos e mantemos um programa de combate à fraude nas prescrições e na dispensa de medicamentos que nunca antes tinha sido feito. E fizemo-lo porque soubemos usar as ferramentas existentes incluindo o centro

de conferência de faturas e a prescrição electrónica. Estamos convictos que a larga maioria dos médicos Portugueses se revê no nosso combate contra a fraude e corrupção. Só com um combate eficaz e transparente é possível afastar o libelo que muitos querem oportunisticamente fazer cair sobre uma classe.

Desenvolvemos um programa ambicioso de estabelecimento de linhas de orientação clínica, já a ser complemento pela criação de um Formulário Terapêutico que não é exclusivamente hospitalar. Um projeto em que a Ordem dos Médicos tem colaborado desde o seu início e de forma muito construtiva. Um projeto que desejavelmente se irá manter, na elaboração destes normativos técnicos que são destinados a combater as desigualdades territoriais e assegurar qualidade transversal em todo o SNS.

O desafio de colaboração à Ordem dos Médicos é permanente por parte do Ministério da Saúde. Não só porque o Estado tem delegado competências na Ordem dos Médicos mas porque acredita convictamente que essa colaboração poderá ser muito positiva para o SNS e para todos os portugueses.

O SNS foi construído em torno da ideia de que os utentes, em particular os mais desfavorecidos economicamente, deveriam ter sempre acesso aos tratamentos necessários. Na área do medicamento, para lá da construção de ferramentas promotoras da equidade como as NOC e o Formulário, criámos condições para a diminuição dos preços pagos pelos utentes, de tal forma que nunca antes tinha havido uma poupança tão significativa em gastos pessoais

com medicamentos. Com as medidas que foram tomadas nos últimos dois anos, melhorámos a possibilidade de aquisição de medicamentos e temos traçado medidas que garantem a capacidade de pagamento dos medicamentos hospitalares, nomeadamente pelo controlo dos preços cobrados, alinhados com os de países semelhantes ao nosso, mas também pela eliminação progressiva e determinada do uso de medicamentos menos eficazes. Com tudo isto, o acesso aos tratamentos necessários nunca será posto em causa. Para isto, para que nunca falte o necessário a quem precisar, contamos com os médicos.

Criámos ferramentas legislativas para a modernização da saúde pública, alargámos a vacinação contra a Gripe sazonal, construímos um Portal de Estatísticas da Saúde, um sistema de certificação electrónica de óbitos, um novo sistema de vigilância epidemiológica. Revimos a legislação sobre consumos de álcool e vamos rever a legislação sobre a exposição não desejada ao fumo. Terminámos um Plano Nacional de Saúde que é bem mais ambicioso do que o anterior e de onde resultou um conjunto de Programas Prioritários cujos primeiros relatórios, já nesta fase mais do que descritivos, vão começar a ser conhecidos esta semana.

Tudo isto, e outros exemplos podiam ser dados, acontece porque os profissionais, onde os médicos estão incluídos, o tem tornado possível.

Demos passos únicos na regulamentação do trabalho médico. Desde logo, pela regulamentação da carreira das 40h, mas também através de um conjunto de medidas que irão tornar a prestação de serviços fora das carreiras

progressivamente residual, bem como através de uma reformulação da formação pós-graduada e da progressão nas carreiras.

Temos continuamente aberto vagas para internatos, contratado especialistas para o SNS e estamos empenhados em conseguir um sistema de incentivos para a fixação de médicos em zonas com maiores carências. Tal como sempre dissemos, temos apostado na fixação e contratação de médicos portugueses.

O SNS não tem outra paternidade que não sejam os Portugueses, que todos os dias se sacrificam por ele, que o sustentam financeiramente com os seus impostos. Os trabalhadores que dão antes de receberem, os utentes e os doentes que a ele se dirigem e esperam receber cuidados com a qualidade de que necessitam.

O SNS, muito acima da contenda política é um dos principais responsáveis pelo aumento da esperança de vida em Portugal. O próximo desafio, a que os médicos devem dar prioridade é o aumento dos anos de vida com qualidade e a diminuição da mortalidade precoce. Um desafio que só é possível de vencer através do combate aos determinantes nocivos, como o tabaco, a obesidade e o excesso de sal na alimentação, e promovendo os determinantes saudáveis, como o exercício físico e a alimentação equilibrada.

Temos consciência de que os tempos que temos vivido exigiram sacrifícios de todos. Os médicos não têm sido exceção e devemos concordar que a enorme maioria dos médicos Portugueses têm tido um comportamento exemplar e à altura das exigências do País e dos doentes. Estamos reconhecidos a todos aqueles que nos têm ajudado a construir,

pelo trabalho e pela crítica que outra intenção não tenha do que ajudar a melhorar.

O nosso desejo é que a Ordem dos Médicos nunca deixe de ser um elemento de promoção do consenso e de representação dos médicos, sem que a sua independência possa ser sacrificada a interesses de outros, sejam partidos políticos ou indústrias da saúde e que a sua capacidade reguladora do exercício continue a merecer a confiança da população. Quanto à qualidade dos médicos, por experiência própria, os utentes do SNS sabem que podem esperar sempre o melhor. O melhor em conhecimento, em respeito pela verdade, em empenhamento, em dedicação e em capacidade de sacrifício. É por isso que os nossos utentes confiam nos médicos em Portugal e essa confiança é o capital mais importante que os médicos não podem perder.

Da nossa parte temos exercido uma colaboração permanente com a Ordem dos Médicos e reiteramos a nossa vontade de a manter e aprofundar. Entendemos que as funções de uma Ordem, em particular com aquilo que se prende com a regulação ética e reconhecimento de habilitações e competências, é essencial.

A necessidade legal de revisão do Estatuto das Ordens Profissionais é uma oportunidade para aprofundar a definição do que às Ordens compete e estabelecer bases para uma colaboração entre estas e o Estado que nelas delega funções.

Uma instituição com 75 anos, todos eles dedicados a melhorar a saúde em Portugal, merece uma homenagem de quem tem beneficiado com a atenção dos médicos. O Ministério da saúde saúda a Ordem dos Médicos.





### **Discurso do Presidente da República, Aníbal Cavaco Silva**

(lido por Clara Carneiro, representante da Casa Civil da Presidência da República)

### **Mensagem por ocasião das comemorações dos 75 anos da Ordem dos Médicos**

Felicitto, muito calorosamente, na pessoa do seu Bastonário, a Ordem dos Médicos, no ano em que esta instituição comemora o seu 75º aniversário.

Ao longo de várias décadas, a Ordem dos Médicos afirmou-se na sociedade portuguesa como um pilar fundamental da excelência da nossa Medicina e do prestígio da nossa classe médica.

Cabe à Ordem dos Médicos assegurar que a prática da Medicina seja mais do que uma mera actividade profissional. Naquilo que tem de mais nobre, a arte médica é muito mais do que uma profissão ou uma carreira: é uma missão. Uma missão nascida da vocação interior daqueles que decidem estudar Medicina, uma missão que só ganha sentido se for exercida com espírito de serviço aos outros. Além de um saber profundo, formado através do estudo permanente e consolidado na prática de

todos os dias, a Medicina tem de enfrentar questões éticas muito complexas, para as quais nem sempre é fácil encontrar uma resposta inequívoca.

A Ordem dos Médicos é a guardiã da deontologia da arte médica, a entidade a quem compete verificar e certificar que a Medicina é ensinada segundo os mais elevados padrões de excelência e praticada de acordo com regras que garantam o essencial: o conhecimento e a experiência dos médicos devem ser colocados em defesa do bem mais precioso, a vida humana, na sua irrepetível diversidade.

Devido aos constantes avanços científicos e tecnológicos, a Medicina requer um esforço de actualização permanente. Por outro lado, devido à relação de proximidade e de confiança que se estabelece entre o médico e o seu paciente, a Medicina exige talento e saber mas pressupõe também um profundo humanismo.

São estes os valores que a Ordem dos Médicos deve preservar. Durante 75 anos, fê-lo de uma forma, que merece o apreço e a admiração de toda a sociedade portuguesa.

Em nome dos Portugueses, saúdo o trabalho feito nestes 75 anos pela Ordem dos Médicos, felicitando esta instituição e todos os nossos médicos, a quem o País está profundamente reconhecido.

Aníbal Cavaco Silva  
Palácio de Belém,  
16 de setembro de 2013

## Estudo da demografia médica no Sistema Nacional de Saúde

Os resultados preliminares do 'Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde: 2025', coordenado pela geógrafa e investigadora Paula Santana, foram apresentados no decorrer das comemorações dos 75 anos da Ordem dos Médicos, no passado dia 16 de Setembro. Resumimos neste artigo as principais conclusões desta apresentação.

A investigadora Paula Santana começou por referir que este estudo usou como fontes as bases de dados dos profissionais do SNS disponibilizadas pela ACSS (2002 – 2011) e as dos profissionais inscritos na Ordem dos Médicos que não integram o SNS (2011). As fontes foram, simultaneamente, as principais limitações do estudo porque, como referiu, «a informação relativa aos profissionais inscritos na OM é limitada, não permitindo a afectação a sectores de actividade e o cálculo de profissionais ETI, por exemplo». Acresce que 7.500 médicos inscritos não têm especialidade conhecida e que as projecções com horizontes dilatados (como é o caso deste estudo que fez prospeções para 2025) apresentam elevado grau de incerteza. Na análise da caracterização dos médicos a exercer em Por-

tugal verificou-se um «aumento de 53% entre 1991 e 2011», tendo passado de 28.326 médicos inscritos na OM para 43.247 inscritos no ano de 2011. Desses 43.247 médicos habilitados ao exercício da profissão 58% trabalhavam no SNS, 54% tinham mais de 54 anos, 51% pertenciam

**Na análise da caracterização dos médicos a exercer em Portugal verificou-se um «aumento de 53% entre 1991 e 2011», tendo passado de 28.326 médicos inscritos na OM para 43.247 inscritos no ano de 2011.**

ciam ao género feminino («até à faixa etária dos 39 anos, em cada três médicos, dois são do sexo feminino»).

A evolução do rácio de médicos por cada 1.000 habitantes indicado por Paula Santana foi de, em 1960, 0,8 médicos por 1.000 habitantes tendo passado, em

2011, a um ratio de 4,1 médicos por cada 1.000 habitantes.

Entre as especialidades envelhecidas e em risco de défice, em que o peso dos efectivos com mais de 50 anos é maior do que 50%, há uma redução líquida de profissionais e uma reduzida capacidade de reposição de efectivos foram referenciadas 4 especialidades em piores circunstâncias: Estomatologia, Patologia Clínica, Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública. No entanto, outras especialidades como Anatomia Patológica, Cirurgia Cardiorácica, Ginecologia e Obstetrícia e Ortopedia, entre outras, também apresentaram envelhecimento acentuado. «A dotação adequada de médicos num sistema de saúde é função de um conjunto alargado de factores, de natureza exógena ou endógena», explicou Paula Santana, elencando

as seguintes determinantes das necessidades de médicos «evolução demográfica e epidemiológica, universalidade e grau de cobertura do sistema de saúde, organização do sistema de saúde e níveis de serviço definidos, grau de pressão sobre a evolução da despesa, evolução do conhecimento e da tecnologia no sector, políticas de gestão de RH, delimitação de competências profissionais, etc.».

Relativamente à formação pré-graduada foram apresentados dados que demonstram que o número de licenciados em medicina quadruplicou entre 1996 e 2010, sendo que «entre 2011 e 2025 prevê-se a formação de cerca de 27.000 novos mestres em medicina» prevendo-se entre 2012 e 2025 um total acumulado de 12.473 médicos a sair do sistema (correspondente a 32% dos profissionais em idade activa em 2011 (a qual foi convencionalizada para efeitos deste estudo como limite da idade activa os 70 anos).

Foi explicado que neste estudo foram desenvolvidos dois modelos prospectivos de base para estimar a evolução dos médicos em Portugal até 2025. O Modelo de Oferta e o Modelo das Necessidades. O Modelo da Oferta projecta a evolução das condições actualmente existentes e representa a capacidade instalada de produção de médicos no sistema de saúde. A alimentação do modelo fez-se por análise da formação pré-graduada. No Modelo da Oferta incorporam-se dois cenários possíveis que foram explicados pela investigadora:

«- Sem Limitação da Capacidade Formativa Pós-Graduada: o sistema de internatos médicos tem capacidade para absorver a



Paula Santana é geógrafa, professora catedrática pela Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, doutorada em Geografia Humana pela Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Consultora da OMS em Policy Advice on Urban Planning Environment and Health, European Centre for Environment and Health, Investigadora do Centro de Estudos em Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT) da Universidade de Coimbra, Coordena o grupo de trabalho Health and Health Care Delivery e o grupo de trabalho Health and Urbanization, ambos integrados na Comissão C13 da União Geográfica Internacional.

O sistema formativo instalado actualmente, apresenta capacidade para suprir as necessidades de especialistas identificadas nos diferentes cenários modelados, gerando oferta que poderá não ser absorvida pelo sistema da saúde português;

totalidade dos candidatos à formação, em cada ano;

- Com Limitação da Capacidade Formativa Pós-Graduada: em que se estima uma capacidade máxima de ingresso nos internatos da especialidade de 1.550 vagas anuais (este último cenário gera, até 2025, um contingente de 5.450 diplomados em Medicina que não terá lugar no sistema de formação de especialidade)». Segundo as projecções deste modelo produzir-se-á um acréscimo de 32% no nº total de médicos em Portugal até 2025, um capacidade que varia entre: os 51.903 médicos (correspondendo a 34.369 especialistas) se não houver limitação da capacidade formativa pós-graduada e os 51.829 médicos (correspondendo a 31.496 especialistas) no caso de se limitar a capacidade formativa.

Já o Modelo das Necessidades introduz variáveis de contexto, como, por exemplo, a variável demográfica para permitir a definição do número de médicos adequado às necessidades do nosso sistema de saúde. Também neste caso existem dois ce-

nários possíveis:

- Manutenção dos índices médico/população do ano base ao longo do período de projecção sendo que neste caso a estimativa para 2025 é de uma necessidade de redução de 2% do efectivo de especialistas (- 400), decorrente da diminuição da população residente em Portugal;

- ou aquele que é referido como o cenário desejável com definição dos rácios de cobertura considerados adequados para cada especialidade, com base na indicação de 22 Colégios de Especialidade, adaptando-os à evolução populacional prevista para 2025; Neste cenário desejável a estimativa é da necessidade de um acréscimo de cerca de 7% dos activos existentes em 2011 (cerca de 2.000 médicos especialistas), com base na identificação de necessidades dos Colégios de Especialidade.

Quando são comparados os cenários possíveis verifica-se um «desajustamento entre a capacidade instalada de produção de especialistas - expressa nos Cenários do Modelo da Oferta - e as necessidades previstas de especialistas no sistema de saúde - expressas no Modelo das Necessidades».

«O planeamento e a gestão a seguir são fundamentais quando se pretende adequar os recursos humanos no sistema de saúde às necessidades possíveis de prever»; nesta explicação, a investigadora tem em conta que a análise de necessidades depende de um conjunto alargado de

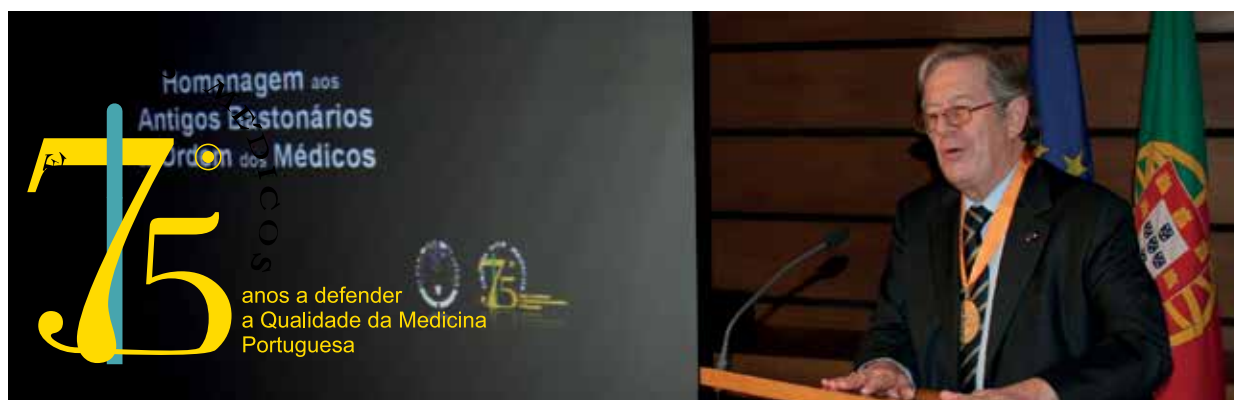
factores por vezes «difíceis de prever», razão pela qual «não há modelos adequados», sendo necessárias «constantes adaptações e reajustamentos» para se poder continuar a trabalhar. Mas «a condição prévia para uma adequada gestão deste elemento é o seu conhecimento rigoroso e actual, em cada momento», referiu, apelando à implementação de um sistema de informação que permita uma boa análise e a sua adequação sistemática. «O conhecimento da realidade dos médicos em Portugal (para além dos que laboram no SNS) é muito deficitário, dificultando um eficaz planeamento de recursos (cerca de 7.500 profissionais inscritos na OM não têm indicação de especialidade, desconhece-se a actividade profissional de todos os inscritos, o seu regime laboral, etc.). O sistema formativo instalado actualmente, apresenta capacidade para suprir as necessidades de especialistas identificadas nos diferentes cenários modelados, gerando oferta que poderá não ser absorvida pelo sistema da saúde português; qualquer alteração introduzida no sistema de formação pré-graduada apenas produz efeitos a partir de 2020. A capacidade formativa pós-graduada instalada actualmente nos serviços de saúde gera um número elevado de profissionais que não terão acesso a uma especialidade médica», concluiu.





[www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)  
O portal oficial da OM





## Homenagem aos antigos bastonários da OM

No decorrer das celebrações dos 75 anos da OM foram homenageados todos os antigos bastonários desta instituição. Todos dignos do respeito e da admiração dos médicos pelo trabalho desenvolvido em prol da classe, as palavras de tributo foram proferidas por António Pereira Coelho, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos.

Uma tarefa difícil a de homenagear os antigos bastonários da Ordem dos Médicos porque «a sensibilidade perturba a racionalidade, nestas ocasiões», explicou o presidente do CRS, Pereira Coelho, referindo o facto de não gostar de se reger por normas formais para este tipo de tributo mas antes preferir «deixar falar o coração», num momento que qualificou como de prevalência da alegria «por ver amigos, colegas de grande valor e que tanto fizeram por esta casa» a serem alvo desta cerimónia. «Os currículos dos colegas que executaram as funções de bastonário desde 1939 para cá é tão rico que seria muito difícil conseguir resumir e atribuir uma valoração que corresponda ao que eles próprios sentem» mas, dadas as limitações temporais, Pereira Coelho viu-se obrigado a fazê-lo. Esta foi «uma homenagem feita a todos os bastonários que construíram e têm desenvolvido esta casa» mas em que, conforme explicou, referindo todos, nomeadamente «os que já nos deixaram mas continuam e continuarão presentes na nossa memória», a opção foi dar especial destaque ao primeiro, Elysio de Azevedo e Moura, e aos quatro antigos bastonários presentes nesta cerimónia: Gentil Martins, Carlos Ribeiro, Germano de Sousa e Pedro Nunes. António Pereira Coelho, além de alusões curriculares, efectuou referências ao seu contacto pessoal com alguns dos homenageados e, no final da cerimónia, entregou-lhes um pin em ouro, comemorativo dos 75 anos da OM. A ROM associa-se a este tributo, publicando em seguida a galeria de todos os antigos bastonários.



ELYSIO DE AZEVEDO E MOURA – 1939  
Nasceu em 30 de Agosto de 1877 em Braga.  
Formou-se em Julho de 1900 em Coimbra.  
Faleceu em 18 de Junho de 1977.

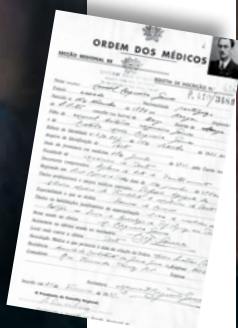


ANTÓNIO JOSÉ PEREIRA FLORES – 1940 a 1943  
Nasceu em 3 de Janeiro de 1883 na freguesia da Sé, em Lisboa.  
Formou-se em 14 de Junho de 1911 em Lisboa.  
Faleceu em 12 de Dezembro de 1957.





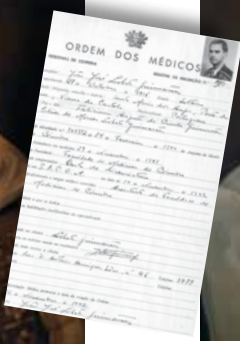
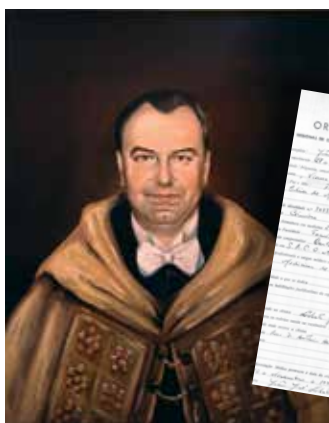
**FERNANDO DE FREITAS SIMÕES –**  
1944 a 1946  
Nasceu em 7 de Março de 1890 na freguesia das Mercês, em Lisboa.  
Formou-se em 27 de Julho de 1915 em Lisboa.  
Faleceu em 26 de Julho de 1972.



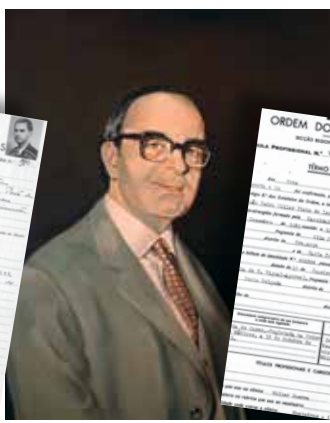
**MANUEL CERQUEIRA GOMES –**  
1947 a 1955  
Nasceu em 16 de Novembro de 1894 em Braga.  
Formou-se em 18 de Junho de 1921 no Porto.  
Faleceu em 16 de Dezembro de 1973.



**JORGE AUGUSTO DA SILVA HORTA –**  
1956 a 1961  
Nasceu em 23 de Janeiro de 1907 em Lisboa.  
Formou-se em 19 de Novembro de 1932 em Lisboa.  
Faleceu em 31 de dezembro de 1989.



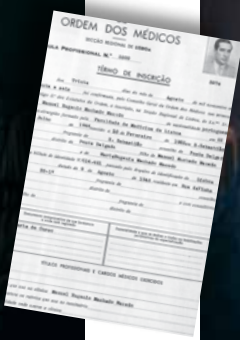
**JOÃO JOSÉ LOBATO GUIMARÃES –**  
1962 a 1967  
Nasceu em 27 de Outubro de 1916 em Ponte do Lima, distrito de Viana do Castelo.  
Formou-se em 29 de Novembro de 1941 em Coimbra.  
Faleceu em 5 de Maio de 1975.



**JOÃO PEDRO MILLER GUERRA –**  
1968 a 1975  
Nasceu em 11 de Maio de 1912 em Vila Flor, Trás-os-Montes.  
Formou-se em 29 de Novembro de 1942 em Coimbra.  
Faleceu em 27 de Abril de 1993.



**ANTÓNIO GENTIL DA SILVA MARTINS –**  
1977 a 1986  
Nasceu em 10 de Julho de 1930 em Lisboa - Freguesia da Lapa.  
Formou-se em 20 de Julho de 1953 em Lisboa.



**MANUEL EUGÉNIO MACHADO MACEDO –**  
1987 a 1992  
Nasceu em 10 de Fevereiro de 1922 nascido em Ponta Delgada, S. Miguel, Açores.  
Formou-se em 22 de Julho de 1946 em Lisboa.  
Faleceu em 21 de Maio de 2000.



**CARLOS ALBERTO RAPOSO DE SANTANA MAIA –**  
1993 a 1995  
Nasceu em 10 de Maio de 1936 na freguesia de Mouriscas, concelho de Abrantes.  
Formou-se em 30 de Janeiro de 1961 em Coimbra.  
Faleceu em 3 Outubro de 2012.



**CARLOS SOARES RIBEIRO –**  
1996 a 1998  
Nasceu em 9 de Novembro de 1926 no Seixal.  
Formou-se em 18 de Outubro de 1951 em Lisboa.





**JOSÉ GERMANO REGO DE SOUSA** – 1999 a 2004  
Nasceu a 24 de Janeiro de 1943 na Vila do Nordeste da Ilha de S. Miguel.  
Formou-se em 28 de Outubro de 1967 em Coimbra.



**PEDRO MANUEL MENDES HENRIQUES NUNES** – 2005 a 2010  
Nasceu em 17 de Março de 1954 em Lisboa.  
Formou-se em 28 de Fevereiro de 1978 em Lisboa.







## A Europa e o futuro das profissões reguladas

No âmbito da celebração dos 75 anos da Ordem dos Médicos, o advogado e professor da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Pedro Costa Gonçalves efectuou uma conferência sobre o futuro das profissões reguladas no contexto europeu. Defensor da unidade em vez «da pulverização de poderes para a periferia», considera que a auto-regulação profissional tem riscos e que, na verdade, em termos de compreensão geral do sistema «não tem nada de voluntário pois tudo é imposto em termos hierárquicos».



Pedro Costa Gonçalves é professor da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, advogado, diretor executivo do Centro de Estudos de Direito Público e Regulação (CEDIPRE) e diretor da Revista de Contratos Públicos.

Pedro Costa Gonçalves começou por referir a necessidade de harmonização para que «se possam retirar os impedimentos à livre circulação de pessoas e à livre prestação de serviços». «As profissões reguladas são um dos pilares em que assenta a construção da Europa dos Serviços», referiu, lembrando que a directiva de liberalização dos serviços «exclui os serviços de interesse geral, ou seja, exclui a prestação de serviços de saúde». A saúde tem uma legislação comunitária específica que corresponde à regulação do reconhecimento dos títulos pro-

Fernando Gomes, Miguel Guimarães e Pereira Coelho - presidentes dos Conselhos Regionais da OM



fissionais. Pedro Costa Gonçalves explicou que há questões que só agora começam a ser colocadas exemplificando com um acórdão do Tribunal de Justiça de 12 de Setembro que refere pela primeira vez questões relativas à liberdade de prestação de serviços médicos. Nesse acórdão questiona-se qual a lei aplicável quanto aos honorários no caso de um médico grego – especialista em andrologia - que é convidado a esporadicamente efectuar cirurgias na Alemanha. Esse médico teria 3 ou 4 intervenções por ano e numa dessas cirurgias a doente reclama da conta de honorários por considerar excessiva face às regras alemãs. Quantos aos honorários que lei seria aplicável: a grega ou a alemã? No que se refere a prestações de serviços ocasionais, a directiva europeia é clara: «apenas é obrigatório o cumprimento das regras disciplinares e deontológicas e não as relativas a honorários». Quem é médico num Estado membro está habilitado a exercer nos restantes países da União Europeia, de acordo com as normas do seu país de origem, bastando para tal a entrega de uma declaração, desde que seja um exercício esporádico e que se cumpram as normas disciplinares e deontológicas do país em que o serviço é prestado. «Diferente é quando um médico se quer estabelecer noutro país; aí põe-se

o problema do reconhecimento das qualificações profissionais e o médico tem que cumprir certos requisitos. Quando cumpridos, o Estado membro de acolhimento é obrigado a reconhecê-lo como médico. (...) Neste caso estamos perante alguém que passa a ter duas cédulas profissionais: uma do país de origem e outra do país de acolhimento», ficando o médico vinculado às normas dos dois países em que está estabelecido. É nas profissões de saúde que a liberdade de estabelecimento está mais avançada porque houve nesta área uma «padronização maior das qualificações profissionais», em que os cursos de licenciatura têm a mesma duração nos Estados membros, etc. «A harmonização da formação que se verifica desde 1976 determinou que a UE usasse para estas profissões o paradigma do reconhecimento automático». Fazendo uma antevisão, Pedro Costa Gonçalves defendeu que o futuro passará pela generalização do reconhecimento automático «sempre no sentido da maior abertura à liberdade de estabelecimento» com «aprofundamento da cidadania europeia». No que se refere às perspectivas futuras nacionais, o orador teceu considerações sobre a ligação dos profissionais à auto-regulação e à nova lei das associações profissionais, defendendo que como princípio

«a criação de ordens profissionais, sendo um desvio da unidade, é uma excepção à regra» como está estatuído na nova lei, e contava igualmente da anterior, porque a criação de ordens pode gerar «um neo-feudalismo, uma pulverização de centros de poder». Considerando que vai haver uma crescente regulação em termos nacionais mas uma maior liberalização em termos europeus, explicou que o Estado regulador tem várias dimensões e que a dimensão desse Estado regulador cresce porque dá garantias aos consumidores de que as prestações dos vários operadores do sistema são feitas de acordo com as regras estabelecidas. Poderá vir a ocorrer uma nova realidade de junção de várias ordens profissionais pois «com a nova lei podem existir, por exemplo, sociedades que incluam médicos, advogados e contabilistas». «Como é que se regula esta realidade?» questionou referindo o facto de a nova lei permitir o multiprofissionalismo, isto é a possibilidade de serem criadas ordens que juntem várias profissões. Sobre a auto-regulação explicou, já em fase de debate e perante questões colocadas por Fernando Gomes, presidente do Conselho Regional do Centro da OM, que existem algumas situações que ocorrem porque «estão a preencher vazios deixados pelo Estado»

mas expressou a sua convicção de que pode haver o perigo de ocorrerem «perdas ao nível da unidade da Administração Pública» com a proliferação da auto-regulação, especialmente no que se refere a ordens profissionais fortes. Expressando alguma ambivalência quanto a esta temática, Pedro Costa Gonçalves deu o exemplo espanhol em que a auto-regulação é um fenómeno muito mais contido. Pereira Coelho, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, interveio referindo a necessidade de se proceder ainda a uma maior uniformização para facilitar o reconhecimento automático pois, quando as especialidades não são coincidentes entre o país de origem e o país de acolhimento,

há dificuldades acrescidas nesses processos. Nesta questão, Paula Quintas, consultora jurídica da Ordem dos Médicos, levantou igualmente questões de grande relevo como o facto de Portugal permitir a inscrição de indiferenciados e o exercício da medicina pelos mesmos mas, outros países como por exemplo França, não se aceita esse tipo de inscrição de médicos. Esta diferença faz com que, um médico que tenha uma especialidade não reconhecida em França, não possa sequer exercer medicina nesse país. Referiu igualmente as situações em que um médico estrangeiro que reprove na prova de comunicação essencial ao estabelecimento em Portugal, vem posteriormente entregar a decla-

ração para prestação de serviços esporádicos. Perguntou a jurista da Ordem dos Médicos: «como definir o termo ‘esporádico’?». O orador explicou que, não havendo regulação dessa questão, estar, por exemplo, 6 meses por ano em Portugal não pode ser enquadrado como esporádico. Outra intervenção durante a fase de debate foi a do antigo bastonário da OM, Gentil Martins, que referiu considerar que a proliferação de ordens profissionais poderá levar à vulgarização e realçou que a Ordem dos Médicos tem características únicas pois, além de acautelar questões relativas aos profissionais de medicina, defende os doentes.

## Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos

Sessão temática

**19 de Outubro, sábado, 15h**

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

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

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

Pedro Hispano Portugalense: da eleição papal às viciissitudes da tumulação – José Paiva Boleo Tomé

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

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

**12 de Novembro, terça-feira, 21h**

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

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

Abertura da sessão:

José Manuel Silva, seguido das intervenções de António Carvalho e de José Luís Doria

«Assomos da formação Médica» - Maria José Leal

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

«Alguns contributos a respeito do cariz medicinal da tráfide capitolina na Hispânia:

o contributo de José Leite de Vasconcellos» - Pedro Marques

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

Salvo indicação em contrário, as sessões realizam-se na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos  
Av. Almirante Gago Coutinho, 151 – 1749-084 Lisboa

Informações e inscrições:

D.ª Manuela Oliveira

manuela.oliveira@omcne.pt



## Quem pretende o fim da pequena medicina privada?

No dia 16 de setembro a Ordem dos Médicos promoveu um debate sobre o tema «Licenciamento das UPSS - Quem pretende o fim da pequena medicina privada?». Entre os oradores encontrava-se João Carvalho das Neves, presidente da ACSS, José Alberto Marques Robalo, presidente da ARS Alentejo, Couto dos Santos, deputado do PSD e vice-presidente da Comissão Parlamentar da Saúde, Carlos Oliveira, médico com várias décadas de prática privada, José Mário Martins, presidente da APCMG – Associação Portuguesa de Clínicas Médicas, Clínicas de Medicina Dentária, Médicos, Médicos Dentistas e Gestores de Clínicas e Paulo Sancho, jurista do Departamento Jurídico da OM.



Paulo Sancho, José Mário Martins, Carlos Oliveira e Diamantino Cabanas

O encontro, moderado por Diamantino Cabanas, editor do Medi.com, estava integrado nas comemorações dos 75 anos da Ordem dos Médicos, sendo igualmente parte do conjunto de debates mensais que a instituição tem vindo a promover. O primeiro orador a falar foi o advogado Paulo Sancho que não hesitou em afirmar que «o legislador parece pretender pôr fim à pequena medicina privada»,

uma ideologia que não se sentia no regime jurídico de 2009 que criou o quadro geral mas «com a saída das portarias regulamentares, nomeadamente, a das clínicas e consultórios médicos, parecem exigir-se tanto requisitos mínimos para o funcionamento que se remete toda a medicina para os grandes grupos». Esta leitura resulta do facto de só os grandes grupos, por desenvolverem edifícios de raiz, poderem cor-

responder às exigências legais, o que não se verifica com os pequenos e médios consultórios, especialmente num momento de crise financeira generalizada. «Dois anos e quatro portarias depois continua a faltar a definição das tipologias e não sabemos quais serão regulamentadas». Acresce que, desde 99, só saíram 7 das 17 portarias previstas... Uma das portarias que mais tem preocupado os médicos é a 287/2012



«porque não há uma definição de estabelecimento» e quem foi definindo foi a ERS que acabou por fazer corresponder ‘estabelecimento’ a ‘prestador de serviços’ o que, na opinião do jurista é uma confusão de conceitos. A par destes erros, apontados ao regime jurídico, foi ainda explicado que o processo é confuso: «o registo é feito na ERS mas, para outros casos é na ARS», ou seja «num processo que envolve várias entidades e um conjunto de burocracias que o tornam excessivamente complicado». Paulo Sancho considera mesmo que «o médico ou a clínica só deveriam ter que interagir com uma entidade única». Outra falha a sublinhar no regime jurídico do licenciamento das clínicas e consultórios médicos é a falta de definição de que regras de segurança e qualidade tem o médico que cumprir pois a ter havido uma definição de tais regras por parte da DGS – o que se desconhece - a Ordem dos Médicos não tem conhecimento nem teve qualquer participação nesse hipotético processo. Realçando o exagero legal, foi referenciado que o novo regime exige mais de uma dúzia de afixações à porta da clínica e que se guardem permanentemente nas instalações 40 documentos diferentes. Com tanta indefinição e falta de rigor por parte do legislador, o jurista não hesita em afirmar que se «torna aleatória a acção de quem tem que gerir a clínica»...

Seguiu-se a intervenção de João Carvalho das Neves, presidente da ACSS, que alegou ter a entidade que representa solicitado a participação da OM na discussão prévia dos projectos mas que, em face de tal não ter sido possível antes da aprovação da legislação, que há abertura para «discutir, aprofundar e melhorar» o regime jurídico em causa. Reconhecendo que «quem está no terreno sente de forma mais incisiva as dificuldades» e que «a preocupação da

OM é legítima», Carvalho das Neves reiterou a total abertura da ACSS para o diálogo e concordou que é fundamental que «a legislação esteja adaptada à realidade». Relativamente às críticas quanto à obrigatoriedade de criar acessibilidades para cidadãos portadores de deficiência, bem como a questão das instalações sanitárias, explicou que se trata de legislações específicas que não foram impostas pelo Ministério da Saúde mas às quais tinham que dar cumprimento. O presidente da ACSS referiu que a intenção da legislação é aumentar a responsabilização das entidades licenciadas e que se procurou simplificar e criar regimes de excepção para permitir alguma flexibilidade. Foi igualmente referido que já houve mais de 800 consultórios e/ou clínicas que concluíram o processo de licenciamento. Já em fase de debate, Carvalho das Neves afirmaria que «não é intenção da ACSS, com esta legislação, fazer desaparecer consultórios de proximidade» pelo que «se há aqui falhas vamos analisar as propostas», pois a instituição está «disponível para corrigir os erros».

José Alberto Robalo, presidente da ARS Alentejo explicou na sua intervenção que também esta entidade tem recebido muitos pedidos de esclarecimento quanto ao novo regime jurídico e referiu que «já colocámos diversas dúvidas à ACSS». Das várias áreas que originam dúvidas, foi referido: a questão das acessibilidades («sabemos que o



decreto de lei das acessibilidades vai permitir que se faça a adaptação das acessibilidades até 2016, portanto, temos alguma margem desde que o edifício tenha sido construído antes de 1997», precisou), os gabinetes de fisioterapia («que são autorizados directamente através da ERS; todas as pessoas que prestam cuidados de saúde têm que estar inscritos

José Robalo



Luís Gamito



na entidade reguladora mas a própria ERS vem dizer que aquilo não é bem uma prestação de cuidados de saúde; (...) há muita dificuldade em perceber porque razão estes gabinetes estão isentos de licenciamento»...), o licenciamento das IPSS («que também estão isentas do licenciamento»),

também há dúvidas quanto a MFR («os gabinetes de medicina física e reabilitação são outra questão frequentemente referida»), a questão da necessidade de haver um director clínico que tem um horário obrigatório de 4 horas e a substituição do director clínico («isto faz com que os próprios profissionais tenham que mostrar que não há incompatibilidade de horário»). Os agrupamentos populacionais no Alentejo são pequenos, tal como explicou o presidente da ARS, daí que também as dúvidas não tenham maior abrangência mas não deixam de ser significativas.

José Mário Martins, presidente da APCMG – Associação de Clínicas e Clínicos, começou por realçar o absurdo que é a obrigatoriedade de manter – nas clínicas e consultórios – cópia do bilhete de identidade e cartão de contribuinte quando a ERS exige, para o registo, o cartão de cidadão e evidenciou esse mesmo absurdo ao referenciar, ironizando, que talvez seja melhor, em caso de consulta domiciliária, o médico começar a fazer-se acompanhar de uma fita métrica para saber se, dadas as dimensões do corredor, pode ou não proceder à consulta sem

estar a cometer uma ilegalidade. «A APCMG não é contra o licenciamento, antes pelo contrário, mas é contra a complexa teia em que nos querem asfixiar», referiu, explicando qual a posição da Associação de Clínicas e Clínicos que passamos a resumir: «o licenciamento de UPSS's deve ser feito uma única vez pela pessoa singular ou colectiva que a representa», «a portaria que regula as unidades de cirurgia de ambatório, nomeadamente o seu artigo 2º, representa uma profunda ameaça para a medicina de proximidade, (...) sendo que, se excluirmos os consultórios de psiquiatria, tudo o resto cabe neste artigo 2º...»; quanto ao decreto das acessibilidades, questão que mais preocupa as pessoas, José Mário Martins fez a apologia da posição defendida por vários juristas de que «instalações com menos de 150 m² de área disponível para o público – o que inclui na excepção a maior parte dos consultórios – não têm que cumprir esse regime». Da parte da APCMG, o representante da instituição garantiu que se «continuará a defender intransigentemente uma medicina de proximidade», mantendo a tradição do lema desta associação: «Um médico, um nome, um rosto». Nas conclusões, José Mário Martins afirmou a sua convicção de que «estamos ainda a tempo

## Prorrogação do prazo para adequação ao regime de licenciamento

Comunicado do Ministério da Saúde, datado de 30 de Setembro de 2013, que estabelece a prorrogação do prazo para adequação das clínicas ou consultórios médicos ao regime de licenciamento: «Tendo em conta as dificuldades manifestadas por algumas unidades e estabelecimentos de saúde privados que prosseguem atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento médico e reabilitação, em adequar as suas instalações e atividade aos requisitos exigidos pelo Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro e pela Portaria n.º 287/2012, de 20 de setembro, no prazo estabelecido para o efeito (um ano a partir da data de publicação desta portaria, ou seja, 20 de setembro de 2012) e face às alterações a introduzir no respetivo regime, vem o Ministério da Saúde informar da prorrogação do mesmo prazo por mais 12 meses.»

de reverter este processo, assim haja vontade»...

O médico Carlos Oliveira interveio no debate exemplificando com o seu consultório que «não cumpre as regras». Com décadas de trabalho em consultório privado, explicou que só tendo 36 m<sup>2</sup>, onde tem «uma sala de espera com uma recepcionista, um gabinete de consulta, uma sala de observações, duas casas de banho normalíssimas», não pratica pequena cirurgia, não faz pensos, não vê doentes com dificuldades de locomoção, não só não tem necessidade dos requisitos legais como não tem espaço para lhes dar cumprimento. «Caso esta interpretação dos 150 m<sup>2</sup> esteja correcta, estou 'safo'», afirmou com humor, «caso contrário... passo a ver doentes em casa como me contou que fazia um colega francês». «O consultório é só meu. Está subaproveitado por escolha minha. Só dou consulta dois dias por semana e só por marcação o que me permite seleccionar quem consulto e sei que 85% dos meus colegas estão na mesma situação», referiu, contribuindo com a visão de um médico que há muitos anos faz pequena medicina privada.

Couto dos Santos, vice-presidente da Comissão Parlamentar da

Saúde, foi o último orador deste debate, e começou por afirmar a importância de encontrar consensos e soluções mas que «só teremos a ganhar com a regulamentação destas áreas» e que é «fundamental que o quadro legal seja claro, compreensível e aplicável» e que, com todos os problemas que foram identificados, «é preciso corrigir pormenores» da nova legislação do licenciamento das unidades privadas de saúde. Quanto ao processo de licenciamento propriamente dito, Couto dos Santos referiu que estão envolvidas demasiadas entidades e que isso não faz sentido. «Não gosto de ver o Estado a licenciar e fiscalizar através da mesma entidade» e defendeu ser preferível que, por região, existam empresas certificadas que fiscalizem e garantam a conformidade e a qualidade da medicina praticada. «Deveria existir uma só entidade, para aplicação de um quadro legal claro que não obrigasse a grande intervenção dos juristas». «Se este debate ajudar a resolver os problemas, a Ordem dos Médicos prestou um grande serviço aos seus associados», concluiu já na fase final do debate.

Também durante o debate José Manuel Silva, presidente da OM,

explicou as várias insistências da instituição em pedidos de reunião com a ACSS e outras entidades, o que durante algum tempo não foi possível. Agora, numa fase de diálogo, referenciou os comunicados conjuntos da OM com a ERS e a ACSS, numa clara demonstração de «receptividade das entidades legisladoras e reguladoras para reanalisar estas questões». O presidente da OM realçou que em Portugal se cumprem regras mais exigentes do que noutros países e que é preciso bom senso.

Luís Gamito presidente do Colégio de Psiquiatria também apresentou as suas objecções à legislação, referindo que o médico não tem que estar 'associado' a um equipamento e que a regulamentação não tem em conta a diversidade de realidades como por exemplo os médicos que dão consulta em vários espaços. Crítico da multiplicidade de entidades às quais o médico tem que dar resposta, Luís Gamito não hesitou em dizer que a maior parte dessas entidades «prejudicam a saúde do médico e dos doentes», com as suas burocracias e regras desajustadas da realidade.

No mesmo sentido, Gentil Martins, falou da inviolabilidade da relação de confiança entre o médico e o doente e lembrou que, por exemplo, um psiquiatra pode dar uma consulta até num banco de jardim e lembrou a importância da liberdade de escolha dos doentes, lamentando que «no nosso sistema de saúde não exista verdadeira liberdade de escolha».

Algumas outras intervenções deram conta do desagrado dos médicos que já procederam ao licenciamento e a todas as adaptações necessárias, com os inerentes custos, e foram feitas críticas ao facto de haver soluções que pecam por tardias para estes problemas.



Pereira Coelho e José Manuel Silva, respectivamente presidentes do Conselho Regional do Sul e do Conselho Nacional Executivo da OM



## Carta enviada ao Bastonário da OM

O médico José Mesquita Guimarães escreveu uma carta ao presidente da OM, no passado dia 28 de Agosto, sobre esta temática, a qual passamos a reproduzir: «Felicito-o vivamente pelo excelente texto que escreveu nas páginas 6 e 7 da revista nº 142 da Ordem dos Médicos, assim como os comunicados publicados na internet e nas páginas 18 e 14 das revistas nºs 141 e 142, respectivamente, sobre o licenciamento das UPSS.

A legislação em causa contraria e mesmo impede uma medicina privada de proximidade e seguramente levará à desistência profissional de muitos médicos assim como ao desemprego dos seus colaboradores. É de facto uma legislação iníqua que é feita para favorecer, como diz, os grandes prestadores.

Por exemplo, a Portaria nº 287/2012 de 20 de setembro obriga-me a ter no consultório, entre outros dispositivos, balança, craveira, negatoscópico, equipamento de ventilação manual, carro de emergência com desfibrilador automático, aspi-

rador, máscaras laríngeas, tubos de Guedel e bala de oxigénio, no valor aproximado de 5.000,00 euros.

Em dezenas de anos de trabalho nunca precisei destes equipamentos no meu consultório. Os doentes sabem quanto pesam e a altura que têm e no que toca às radiografias leio os relatórios e, eventualmente, vejo-as contra o foco de luz que utilizo na observação dos doentes. E nas pequenas cirurgias cutâneas que executo nos doentes com anestesia local nunca nenhum se sentiu mal nem sequer precisou de água com açúcar... pelo que estou totalmente solidário com o que o Ex.mo Colega Bastonário escreveu no editorial da ROM nº 142 sobre a Portaria nº 291/2012 de 24 de setembro (Unidades de cirurgia de ambulatório).

Acontece que praticamente quase todos os consultórios médicos das cidades e vilas portuguesas não têm condições legais para receber doentes com mobilidade condicionada. Ou porque a soleira da porta tem vários centímetros de altura, ou porque o único acesso aos consultórios é por escadas, ou porque os elevadores não têm medidas adequa-

das e legais.

Acresce que há anos atrás era impensável nos edifícios haver sanitários com dimensões e dispositivos para este tipo de doentes e, na minha experiência de tantos anos, não me recordo de ter tido mais de meia dúzia de doentes com cadeira de rodas que aliás não precisaram de sanitário específico.

Por outro lado é seguramente muito elevado o número de consultórios que não têm nem nunca terão licenças de funcionamento concedidas pelas respectivas Câmaras Municipais. Isto porque o problema do licenciamento torna-se particularmente difícil ou mesmo impossível dadas as características que a Autoridade Nacional de Proteção Civil exige para o funcionamento dos consultórios médicos.

Finalmente, tenho imensa confiança que a Ordem dos Médicos consiga suspender a execução da portaria nº 287/2012 antes de 23 de setembro próximo e que entretanto reúna com autoridades oficiais e outras a fim de que com bom senso, qualidade e equilíbrio possa ser resolvido o problema do licenciamento das UPSS.»





**Miguel Guimarães**

Presidente do Conselho Regional do Norte da OM

## Cheque-genérico

O Ministério da Saúde resolveu inovar na forma como pretende atingir a meta de 45% de quota de mercado dos medicamentos genéricos em Portugal. Ao invés de monitorizar a dispensa de medicamentos – e de a divulgar convenientemente, cumprindo o dever fundamental de transparência do sistema – resolveu anunciar um incentivo para que as farmácias vendam mais ‘genéricos’ e cumpram a lei da prescrição por DCI. A mesma lei, que as obriga a disponibilizar três dos cinco medicamentos mais baratos e que não está a ser cumprida.

Estamos perante uma solução simultaneamente peregrina, contraditória e perniciosa. Peregrina, porque vem incentivar por decreto aquilo que deveria ser o normal cumprimento da lei. Contraditória, dado que é um reconhecimento claro e inequívoco de que, se há sector que não está a cumprir com as novas regras de prescrição, é o farmacêutico, apesar das notórias vantagens que a lei lhe outorgou em matéria de decisão sobre a venda do medicamento. Além disso, contraria o discurso oficial: afinal, não está tudo a correr bem e, *quicá*, a prescrição por DCI não está a ter resultados tão positivos no crescimento da quota de genéricos. Perniciosa, porque está a compensar de forma escandalosa a perda de lucros das farmácias com o dinheiro dos contribuintes.

Muito recentemente, percebemos de que lado está o interesse em favorecer o caos legislativo em que se encontra a política do medicamento em Portugal. Foi interposta uma providência cautelar pelo Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa por queixa da Ordem dos Farmacêuticos (OF) que visa impedir que o doente exerça o legítimo direito de opção sobre o medicamento que quer comprar. O doente, na visão da OF, serve para levantar aquilo que o balcão da farmácia pretende e não aquilo que, de forma livre e informada, decidiu na consulta com o seu médico.

A Lei da Prescrição por DCI foi um cheque em branco aos farmacêuticos e um acto de retaliação aos médicos. Sobram poucas dúvidas disso. Percebemos agora, por via de uma espécie de cheque-genérico, que é também um fundo de manêio às farmácias que se limitam a fazer o que a lei obriga. A defesa e promoção de uma boa relação relação médico-doente por parte do Ministério da Saúde é coisa do passado. Infelizmente para os doentes e para todos nós a preocupação do Ministério da Saúde centra-se apenas nas contas e nos cortes e não na Saúde dos portugueses.





**Jaime Teixeira Mendes**

Cirurgião pediatria

## Carta aberta aos médicos

Um grupo de médicos divulgou, dia 9 de Abril de 2013, um Manifesto dirigido aos médicos, numa conferência de imprensa realizada na Ordem dos Médicos, em Lisboa.

Como reza o Manifesto, o grupo em questão desejava estruturar-se num movimento capaz de vir a ser um corpo único, forte e coeso e de unir todos os médicos na defesa da Medicina e do Serviço Nacional de Saúde.

O grupo constituído por oito médicos, entre os quais me incluo, foi eleito num jantar em que participaram cerca de 50 colegas, e ficou com a incumbência de redigir um Manifesto/Programa e preparar uma lista candidata aos órgãos dirigentes do Conselho Regional do Sul, para as eleições de Dezembro próximo.

Contribui activamente na redacção do Manifesto, com o qual concordo em absoluto, nomeadamente na defesa dos médicos, do Serviço Nacional de Saúde e na necessidade de conferir maior poder aos Conselhos Distritais.

Este último item vem na sequência do trabalho realizado na Comissão de Revisão dos Estatutos, a que tive a honra de presidir, aceitando o convite que me foi dirigido pelo Sr. Bastonário.

Esta comissão, constituída por 15 colegas, apresentou em tempo recorde uma Proposta de Es-

tatutos que aguarda aprovação pelas entidades competentes.

Ao grupo dos oito colegas, que actualmente está reduzido a quatro, foram-se juntando vários colegas que se reviam no texto do Manifesto.

Foram realizadas cerca de 50 reuniões, na sede da Ordem dos Médicos em Lisboa, sob a liderança do Dr. Manuel Veloso de Brito, candidato a Bastonário nas últimas eleições (2011).

As reuniões decorriam sem Ordem de Trabalhos e não era lavrada acta, factos que mereceram o meu reparo por várias vezes sem sucesso.

Na última reunião, ocorrida a 24 de Setembro último, ficou claro que o Dr. Manuel Brito preferiu excluir deste projecto colectivo um grupo de médicos que se revê no Movimento Alternativo à Ordem dos Médicos (MAOM).

Sendo um dos signatários do Manifesto e um dos colegas presentes na conferência de im-

prensa que o divulgou publicamente, como aliás veio publicado na revista da Ordem dos Médicos (ver nº140 de Maio, pp 24,25), vejo-me na obrigação de esclarecer os médicos do meu afastamento deste grupo liderado pelo Dr. Manuel Veloso de Brito, que pretende apresentar-se às eleições para os cargos directivos do Conselho Regional do Sul, em Dezembro de 2013.

Ao desligar-me do projecto, retomo a liberdade de participar em qualquer outra iniciativa relacionada com o mesmo acto eleitoral.



**Jorge Manuel De Castro**

Interno de ano Comum do Hpp Hospital de Cascais

## Só mais uma colher

Odeio aquela televisão. Ao es-  
correr-me neste cadeirão azul  
a teu lado apenas consigo ima-  
ginar-me a atirá-la pela janela  
quando ouvir pela enésima vez  
o anúncio das micoses.

- O teu avô esteve lá dois meses,  
e levou cinquenta litros de soro!  
Aceno que sim com a cabeça e  
simulo que é a primeira vez que  
me estás a contar esta história. Já  
a sei de cor, mas gosto tanto de te  
ver a contá-la.

- E agora ficas aí que eu vou pa-  
gar as minhas promessas. E vesti  
o casaco, saí do hospital militar e  
fui à basílica da estrela rezar.

A PCR subiu esta noite. Com 91  
anos, ICC, pneumonia e ITU,  
não precisas de mais. Ainda há  
tanta história que quero que me  
repetas. Ainda há tanto bolinho  
do algarve (que já te disse mil  
vezes que não gosto) que quero  
que me dês mesmo sabendo que  
não os vou comer. Ainda quero  
ter de dar por muitos anos o meu  
nome ao segurança da entrada  
do lar. Ainda, ainda...

-Ainda aqui estás? oh Jorge, vai  
para casa.

Houve um tempo em que queria  
ir. E o vovô obrigava-me a ar-  
rumar os legos enquanto ouvia  
a bola pela telefonia bem junto  
à orelha. E davas-me aqueles

pães de leite e o Nes-  
quick para o pai nos  
dar na viagem. Enjoava  
sempre, era demasia-  
do achocolatado. Ainda  
hoje bebo o Nesquick.  
Ainda há uns meses ti-  
nha alguém que mo pre-  
parava, mas nunca como  
tu. Aperto os olhos, não  
quero que me vejam cho-  
rar aqui no hospital. Tu  
não vês. Estás agora a dor-  
mir. Ainda.

- Não tenho fome.

A sopa ficou a meio e o peixe  
nem lhe tocáste. Só mais uma  
colher vovó. Por mim, pela Pau-  
la, pelo Pedro. Só mais uma co-  
lher de vida vovó.

- Quando o teu avô ia ser ope-  
rado à cabeça o teu irmão tinha  
acabado de nascer. Não o deixa-  
vam entrar nas visitas. E a tua  
mãe meteu-o dentro de um saco  
de plástico e levou-o lá. Sr. Pe-  
reira, veja o seu neto!

Adoro esta história. Esta é a  
nossa história... Do que não se  
apaga com a morte. Reféns dos  
nossos pensamentos, somos vo-  
zes de um coro que foi cantando  
e que se ouvirá enquanto haja  
quem queira cantar.

- Quando os teus tios foram para  
Angola eu e o teu avô ficámos a



tomar conta da Paula por  
muitos meses. Quando tivemos  
que a entregar o teu avô dizia  
que só lhe apetecia fugir com  
ela, mas ela não era nossa.

- Minha linda, quer ficar na ca-  
deira ou vai para a cama?

- Fico até segunda.

A hipoacusia da vida tem des-  
tas coisas. O som vai-se ador-  
mecendo, despertando o outro  
ruído, de um lugar bem dentro  
de nós, sem localização exacta  
mas com uma RAM melhor que  
a de qualquer iphone 5. Se eu  
com a minha idade já viajo tan-  
to por dentro de mim, imagino  
as paletas de cores que noventa  
e um anos permitiram pintar.  
Qual é a aplicação que tenho de  
descarregar? Há já alguns meses  
que não tenho ninguém que me



ensine truques no ipad... Ainda és do tempo do preto e branco que tanto embeleza a juventude do antigamente. No entanto, aí bem dentro dessa auto-estrada neuronal, deve estar tudo construído a cores, e com som, e com sabor, e com cheiro... Melhor do que qualquer 4D que o século XXI possa inventar. Adorava conectar a ti um usb e ver o que tu viste. Uma colher, só uma colher dessa memória.

-Oh Jorge trata dessa tosse!

Ironia, tu com a pneumonia e eu com a tosse de uma noite de bailarico na festa de Agosto. Faltei à festa assim que soube que continuavas com febre. Quando eras nova também haviam destas festas nos açores? Bem diferentes das de agora imagino (agora dava jeito o usb...). Um coreto com uma banda filarmónica, roupas de domingo, uma procissão, um beijo roubado do capitão da força aérea da base das lajes. O vovô era tão bonito com a farda. No funeral levou a bandeira de Portugal. Um orgulho, mas que sabe a pouco. Trocava essa bandeira só para agora poder receber outro rebuçado do Dr. Bayard sacado da algibeira da camisa, já mole. De certeza que me curava agora a tosse. Uma colher de xarope. Só uma colher.

- Vá vovó, só mais duas colheres e a fruta.

Pedi à colega para te mudar para dieta mole. Ao fim do primeiro dia vi logo que de outra maneira não te ias alimentar. Ainda me lembro da cerelac no frasco de lata no armário que eu não alcançava. Estás-me a cobrar todas essas colheres? Nunca te tinha dado de comer. Odeio estas ironias, este inverter de papéis. Porque é que os dentes caem? Porque é que ficamos bafientos?

Quanto mais velho o livro, mais valioso. Quero ainda folhear-te, encontrar alguma carta de amor perdida numa página, uma cinza dos Português suave do vovô, uma gota de sangue, um cabelo que não branco, uma colher mais de ti.

- Hoje recebi dois convites para dar consultas, um extra. Um já aceitei, o outro decido este fim-de-semana.

- Era bom era se conseguisses vir aqui para o lar trabalhar. Oxalá Deus permita.

Era não era? Sempre te podia vigiar mais e mais. Sempre podia voar pelo corredor sempre que as empregadas te roubassem dinheiro enquanto vais arranjar o cabelo. Sempre podia levar meia dúzia de cadeiras de rodas no regresso do almoço e assim evitar que algumas amigas tuas demorassem uma hora a fazer um corredor de cinquenta metros. Sempre podia confirmar se realmente as deitam a seguir ao almoço para não as terem de levar ao lanche e ao jantar. Podia dar mais uma colher a que precisasse de um sorriso.

- Quando me fores pôr ao lar, sobes até ao meu quarto com a bata vestida.

- Porquê vovó?

- Porque estás só com essa camisa e não quero que apañes frio.

A mesma vovó de sempre... Não perdes uma oportunidade para mostrar às amigas que tens o neto médico. Aqui no hospital não te têm faltado miminhos das minhas

amigas. Migas de carinho que qualquer idoso devia ter. Às vezes sou eu que me sinto um velho a dar migalhas aos pombos da enfermaria do hospital. Devia ter sido padeiro! Tenho andado em queda livre estes dias, desculpa.

Manso. Vovó, ensina-me a ser coerente e racional, e não apenas lunático a passear galinhas por um festival de jazz, a escrever poemas embriagado de uma lucidez fugaz. Ensina-me a alimentar-me de outra coisa que não de amor, a queimar romances, cartas, odes, fotografias, memórias, voar.

Ensina-me a passar fome, porque não vou suportar o dia em que não me possas dar mais uma colher de ti.





J.A. Machado Caetano

Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Ciências Médicas – UNL

## Humanismo em Saúde



A medicina contemporânea tem tido grandes progressos, entre os quais se podem salientar a medicina preventiva, o diagnóstico etiopatogénico, o rigor dos índices do prognóstico e as grandes aquisições na terapêutica médico-cirúrgica com bases científicas.

Também reconhecemos que - ao lado dos grandes progressos e êxitos - se avolumam grandes problemas, nomeadamente a desigualdade de acesso aos cuidados de saúde, os cuidados para os doentes crónicos e os "idosos", os doentes "genéticos", entre outros. Os crescentes problemas ético-legais têm eco frequente na comunicação social onde surgem questões relacionadas com a eutanásia, aborto, procriação medicamente assistida, clonagem, utilização de células estaminais, etc.

Para além disso a sociedade

enfrenta ainda outras questões preocupantes como as toxicodependências.

Em todos estes problemas se evidencia a pobreza e a fome da maior parte da população mundial - o "mundo dos pobres" - a quem, por razões de "geografia social", é negado acesso ao diagnóstico e tratamento de grande número de doenças tratáveis e curáveis.

No entanto, também no que diz respeito ao "mundo dos ricos", a civilização, ou melhor dizendo, a modernidade, ao trazer novos modos de viver, acrescentou problemas novos ao indivíduo, às famílias, à sociedade e ao ambiente.

Nesta nova sociedade "doente" destacam-se negativamente a agressão ambiental, a desintegração da família nuclear, o aparecimento de novas doenças (Doenças Emergentes), o excres-

so populacional com esgotamento dos ecossistemas, o desemprego, a violência (pública e privada), o consumo imparável das novas tecnologias de saúde e finalmente o esforço socioeconómico para prolongar "vidas sem qualidade".

Como consequência inevitável de todos estes fatores, os cuidados de saúde mudaram e a Medicina desviou-se do conceito Biopsicosocial. agora secundarizado e muitas vezes tido até como irrelevante perante a Medicina Tecnocista Biomédica. Este facto é preocupante e indutor de graves prejuízos na Saúde.

Neste contexto os profissionais de saúde esquecem muitas vezes que a compaixão - simpatia e empatia - são comportamentos indispensáveis na assistência médica de qualidade, mesmo no âmbito da Medicina Tecnológica.

A este propósito convém sublinhar que foi constatado que os erros médicos são mais frequentes nos profissionais que não cuidam, que naqueles que não sabem...

Vale sempre a pena lembrar que a Medicina pode curar às vezes, aliviar muitas, mas consolar, pode consolar sempre. É preciso que o doente sinta fé no seu médico, sensibilidade que só se alcança com uma relação médico-doente carinhosa, preocupada e presente.

Deve sublinhar-se vezes sem conta que conhecer a doença é um processo técnico, enquanto que conhecer o doente é um processo humano. Essa compreensão e prática permitirão aumentar o conhecimento da situação clínica, facilitando o diagnóstico e o prognóstico e reduzindo progressivamente o divórcio e litígio muitas vezes existente entre o médico e o seu doente.

Aliás está hoje provado cientificamente que a fé influencia os sistemas neurológico, endócrino e imunitário, consubstanciando-se esta interrelação numa nova disciplina designada Psiconeuro-endocrino-imunologia.

Ainda que empiricamente, o

grande escritor e médico Miguel Torga já afirmava nos seus "Diários", a propósito das suas consultas: «...vali-me mais do coração que da sabedoria; enxuguei mais lágrimas do que receitei...»

Por tudo isto as escolas para os profissionais de saúde deveriam sublinhar a importância primordial da humanização dos cuidados assistenciais, pois tratar os doentes com carinho pode aliviar muito do seu sofrimento emocional e assim contribuir para uma recuperação que muitos medicamentos não alcançam.

As Faculdades de Medicina têm, de novo, que criar médicos para cuidar e não só para tratar... O Ensino Médico pode considerar-se distorcido enquanto colocar como alvo a doença em vez da pessoa doente e essa perspetiva faz toda a diferença...

Constata-se, por exemplo, que médico tem vindo a praticar cada vez menos a designada "imposição das mãos", ato que simboliza muito particularmente a humanização do ato médico e que quantas vezes se revela decisiva para a tranquilização do doente...

Uma máxima conhecida mas

esquecida - É mais importante saber que doente tem a doença, que saber a doença que o doente tem - é paradigmática no Humanismo em Saúde.

Em face destas premissas, os profissionais de saúde devem contribuir para conter o materialismo que se verifica atualmente na Medicina, evidenciando respeito e gentileza no trato com os doentes. Para além de atualizados e sabedores é também importantíssimo que saibam ouvir e até, quando indicado, que manifestem algum sentido de humor... Seria ideal ainda que - para além da sua cultura científica - se enriqueçam com conhecimentos da esfera das artes, matéria que é considerada como particularmente adequada para iluminar o espírito.

No contexto da humanização também se aconselha que, sempre que possível, o médico acompanhe na morte o doente que se lhe entregou em vida.

Em conclusão: a ciência e o carinho são indispensáveis na arte de cuidar e de curar, pelo que a tecnologia não deve excluir a simpatia e empatia da compaixão.

## 3º Congresso de Esclerose Tuberosa em Portugal

Realiza-se nos dias 17 e 18 de Novembro de 2013 na Fundação Champalimaud o 3º Congresso de Esclerose Tuberosa em Portugal. Os temas serão centrados nas novas práticas e orientações em Esclerose Tuberosa. Os palestrantes serão: José Carlos Ferreira, neuropediatra e presidente do corpo clínico da Associação de Esclerose Tuberosa em Portugal; Darcy A. Krueger, neuropediatra, Cincinnati Children's Hospital Medical Center; Teresa Fiadeiro, dermatologista; John J. Bissler, nefrologista pediátrico, Le Bonheur Children's Hospital and St. Jude Children's Research Hospital; Hugo Rio Tinto, radiologista de intervenção; Petrus J. de Vries, pedopsiquiatra, University of Cape Town.



**Rui Cernadas**

Vice Presidente do CD da ARSN

## Um desejo para os cuidados primários...

Nesta altura são muitas as questões e as preocupações que assolam os Portugueses e os profissionais de saúde também o são. Mas há igualmente outros pontos que ameaçam, não diria a segurança, mas o conforto e a estabilidade — não de estagnação — mas de boas condições e ambiente de trabalho e de prestação de cuidados assistenciais nas unidades funcionais dos Cuidados Primários. E isso, os cuidados de saúde aos cidadãos e contribuintes, deve ser verdadeiramente o centro da nossa actividade.

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, embora habitualmente se diga iniciada em 2005, terá embrionariamente arrancado com a criação dos RRE (Regimes Remuneratórios Experimentais em 1999), sendo que muitos deles até se denominaram de USF já então e que, agitou o sistema tradicional e estatizado (de paralisado...) da Administração Pública.

Como quer que tenha sido, é reconhecido que esta Reforma traduz-se numa clara viragem nos processos de gestão da administração pública, tentando diminuir o peso das hierarquias verticais e também dos tais modelos de comando-controlo, para hierarquias horizontais e em rede e modelos de autonomia, responsabilidade, contratualização, avaliação e resultados. Di-lo o decreto-lei 28/2008, de 22 de fevereiro com as respetivas revisões e o decreto-lei 298/2007, de 22 de agosto.

O processo encetado foi conhecendo um desenvolvimento crescente,

mas há passos que foram dados antes de outros e falta integrar muito do que está feito e regulamentado. Desde logo, pelo facto do modelo de criação e consolidação legal das USF ser anterior ao da implementação dos ACES.

A expressão de um desejo como o que esta simples carta pretende ser, parte da lembrança duma frase de Gandhi que me assolou ontem à noite, quando escrevia uma outra reflexão:

- "A minha preocupação não está em ser coerente com as minhas afirmações anteriores sobre determinado problema, mas em ser coerente com a verdade."

Há muitos aspectos na articulação em rede entre as unidades funcionais, nomeadamente as USF e as direcções dos ACES que, vão acrescentando ou complicando o relacionamento, sem que se possam pôr em causa quer, a autonomia e modelo organizativo daquelas unidades, quer a relação hierárquica crescente dos coordenadores das

unidades para com o director executivo, definida pelo decreto-lei nº 28/2008, e já antes em vários artigos do decreto-lei nº 298/2007.

As decisões tomadas em reuniões de equipas nas USF, como em qualquer outra unidade, poderão obviamente ser postas em causa ou questionadas no mínimo, pelas Direcções dos ACES. Poderão nem concordar, nem aceitar, sugerindo quer a sua revisão ou alteração. Mas nestas situações, deverão justificar e demonstrar os seus argumentos e razões, num processo que lhes deve ser sempre exigido com clareza e lisura. Mas acredito que todos teremos equilíbrio e sentido de serviço público.

A defesa da Reforma é por isso uma atitude de inteligência, de bom senso e de modernidade.

De inteligência, porque o modelo tem cumprido todas as expectativas, mudou o paradigma do atendimento dos cidadãos na saúde e no SNS, reduziu conflitualidades enormes e frequentes entre uten-

tes e serviços, eliminou tempos de espera e filas rua fora desde madrugada, satisfaz os profissionais e gerou hábitos e parcerias de contratualização.

De bom senso, porque não parece ser uma boa solução, não seria sequer um bom esboço de ideia que, coordenadores de unidades funcionais e directores executivo se

entrincheirassem nos seus poderes e competências, sem se reconhecerem mutuamente e cooperarem no sentido das decisões serem tomadas o mais perto possível dos cidadãos, pela satisfação dos cidadãos e dos profissionais e pelo desenvolvimento e defesa do SNS.

De modernidade, porque a abertura da saúde à sociedade e à co-

munidade, com a constituição de conselhos da comunidade, unidades de cuidados à comunidade e unidades de recursos assistenciais partilhados, não pode resumir-se à garantia da necessidade de alocação de recursos humanos e equipamentos, mas exige responsabilidade profissional, institucional e social!

Célia Iglésias Neves

Pediatra

## E porque não salvarmos o Hospital de Curry Cabral?

Dando eco ao que é a opinião de centenas de cidadãos venho trazer à discussão colectiva nomeadamente no âmbito da Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros e Sindicatos dos Quadros Superiores da Função Pública um projecto que sentimos ter tudo para colher a unanimidade daqueles que defendem o Serviço Nacional de Saúde (SNS) mais do que o alter-



nativo «sistema»... Evidenciando-se tanto a redundância objectiva e a inviabilidade financeira de se vir a construir o prometido Hospital de Todos os Santos (que nem tal nome poderá ostentar...) cidadãos comprometidos com a defesa do SNS constatarem que seria de grande interesse nacional aproveitar tudo o que de qualidade já foi feito e simplesmente valorizar aquele que de todos os «Hospitais Civis de Lisboa»/ Centro Hospitalar de Lisboa Central melhores condições reúne para agregar sem destruir nem desmantelar esta grande escola da Medicina Portuguesa. O extenso espaço disponível o património já erguido os milhões já gastos a localização extraordinária do Hospital de Curry Cabral a acessibilidade extrema proporcionada por Estações de Caminho de Ferro de Metropolitano e de camionagem em continuidade fazem desta instituição o local perfeito para o novo grande hospital de Lisboa. Estamos tão convictos desta alternativa que protege valores nacionais sem subestimar a importância duma economia de escala e sem desperdício que todos defendemos que vimos apelar aos profissionais que apoiem esta ideia o favor de a divulgarem e defenderem. Quem vos escreve muito tem lutado por outra insigne instituição que é a Maternidade Dr. Alfredo da Costa e é com total convicção que vem apoiar esta solução.





**Vânia Leite Costa**

Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Camélias, ACES Gaia

## Crianças. Segurança em primeiro lugar!

Com o nascimento de um filho, os pais são confrontados com novas realidades geradoras de muitas dúvidas, que vão sendo esclarecidas pelas mais variadas fontes (Profissionais de Saúde, Familiares, Amigos, Comunicação Social, livros de puericultura, etc)...

Destaco, pela sua importância, a segurança das nossas crianças e a prevenção dos acidentes (em particular dos acidentes de viação).

Os acidentes de viação são a principal causa de mortalidade de crianças e jovens (de 1 a 19 anos de idade) em Portugal e em toda a União Europeia. Quarenta a Cinquenta por cento de todos os óbitos pediátricos devem-se a acidentes de transporte.

Apesar desta trágica constatação, um estudo recente do Automóvel Clube Português, revela que 30% dos condutores portugueses já transportaram crianças sem qualquer sistema de retenção (vulgo “cadeirinha”) adequado.

Em Portugal a lei determina que as crianças com menos de 3 anos só podem viajar no banco da frente se utilizarem uma cadeirinha virada para trás e sempre com o airbag desligado. Em complemento, a Direcção Geral de Saúde e a Associação Portuguesa de Segurança Infantil (APSI) recomendam que as crianças devem viajar voltadas de costas para o sentido do trânsito até aos 3-4 anos. Esta recomendação baseia-se em vários estudos, que confirmam que esta é a posi-

ção mais segura para as transportar no automóvel, devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça. As cadeirinhas voltadas para trás salvam a vida de 9 em cada 10 crianças, em caso de acidente. Segundo estas organizações, se absolutamente necessário, só a partir dos 18 meses será admissível que a criança viaje virada para a frente. Há muitos anos que as crianças nórdicas, usam cadeirinhas voltadas para trás até aos 4 anos, sendo a Suécia o país com a mais baixa taxa de mortalidade do Mundo, nessas idades, em acidentes rodoviários. Mas em Portugal, tal como no resto do Mundo, este tipo de cadeirinhas são difíceis de encontrar.

Segundo estudos da APSI, menos de metade das crianças até aos 18 meses que utiliza cadeirinha viajam voltadas para trás.

Em Portugal a maioria dos sistemas de retenção só podem ser utilizados voltados para trás até aos 13Kg (peso atingido em média aos 2 anos de idade). Assim que a criança ultrapassa esse peso, os sistemas de retenção à venda em Portugal são escassos, existindo apenas 2 modelos que permitem que a criança viaje voltada para trás até aos 3-4

anos. No entanto estes modelos não se adaptam a todos os carros e têm preços elevados.

De forma a modificar esta realidade seria necessário alterar o Regulamento nº 44 da Comissão Económica para a Europa da Organização das Nações Unidas (UN/ECE) — Prescrições uniformes relativas à homologação de dispositivos de retenção para crianças a bordo de veículos a motor («sistemas de retenção para crianças») e a Directiva Comunitária, o que levaria a um aumento da oferta de mercado.

Considero que a sensibilização da comunidade médica para esta questão, poderá ser uma mais-valia e fonte de “pressão” junto dos fabricantes de cadeirinhas e de automóveis para que estes colaborem no fornecimento de sistemas de retenção que permitam transportar as crianças voltadas para trás até aos 4 anos e junto das Organizações Governamentais para que estas realizem as necessárias alterações legislativas.

Desta forma poderíamos afirmar que em relação às crianças a “segurança está mesmo em primeiro lugar”.



**Jorge Espírito Santo**

Oncologista  
Chefe de Serviço da Carreira Hospitalar

## O Serviço Nacional de Saúde e a Oncologia – eficácia ou desperdício?

A sustentabilidade do actual modelo de prestação de cuidados de Saúde em Portugal tem vindo a ser insistentemente questionada, sobretudo desde que teve início o programa de assistência financeira a Portugal...

Uma opinião, expressa sobretudo através dos gabinetes oficiais mas reproduzida também por alguns círculos de pensamento médico e por várias entidades não médicas (maioritariamente economistas, jornalistas ou comentadores), tem vindo a defender que a Oncologia é uma área do Serviço Nacional de Saúde em que a despesa cresce descontroladamente e que esse facto se deve ao seu modelo de organização, que consideram ineficaz e promotor do desperdício, apelando à restrição da oferta e à implementação de concentrações e encerramentos de Serviços (a que chamam reorganização da rede prestadora), justificando essa opção com uma suposta melhoria da qualidade dos cuidados prestados e com a realização de poupanças que permitiriam manter a capacidade para pagar os serviços prestados.

Mas será de facto assim? Não me parece e proponho - me demonstrar porquê.

A Oncologia é hoje a área do co-

nhecimento médico em que se registam maiores progressos. Em Portugal, a primeira tentativa para estruturar a prestação de cuidados a estes doentes aparece com a instalação do Instituto Português de Oncologia, na década de 20 do século passado, apenas tendo sido possível garantir a cobertura da totalidade do território nacional e o acesso de todos os doentes a cuidados especializados através do desenvolvimento das estruturas necessárias à moderna prática da Oncologia depois da criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979.

É assim que a primeira Unidade de Oncologia num Hospital periférico (em Évora) foi instalada apenas em 1983, tendo sido seguida por várias outras, distribuídas de norte a sul. Em 1990 é publicado o primeiro Plano Oncológico Nacional e em 1993 é reconhecida a Especialidade de Oncologia Médica pela Ordem dos Médicos.

O pioneirismo destas duas últimas medidas, no contexto euro-

peu, bem como a conjugação de vários outros factores, o mais relevante dos quais foi a qualidade e a experiência dos profissionais médicos que abraçaram esta área da sua prática e se envolveram no movimento de abertura de novos Serviços, proporcionou a obtenção de resultados surpreendentes no combate ao cancro em Portugal, não obstante o atraso com que se partiu.

O modelo organizativo daqui resultante, ao combinar experiência, diferenciação e capacidade de inovação com proximidade dos cuidados, veio não só a conseguir mudar práticas e mentalidades mas sobretudo a forma de encarar esta patologia.

Foram assim estabelecidas, de maneira informal, algumas das condições que garantem a qualidade da moderna prática oncológica. A multidisciplinaridade, a compreensividade e a integração dos cuidados foram tornadas possíveis num contexto de proximidade, tornando - os acessíveis a todos os que deles necessita-

vam independentemente do local onde residissem.

Daqui resultou um notável equilíbrio entre a capacidade para acolher o aumento constante e quase esmagador de novos doentes, registado nos últimos anos, e a contínua diferenciação e melhoria da qualidade das instituições prestadoras.

Os resultados só nos podem deixar orgulhosos e confirmam o acerto do modelo de prestação que foi implementado no terreno.

O movimento assistencial tem crescido de forma continuada, sendo hoje cerca do dobro do registado há 10 anos, e tem sido possível até agora acomodar sem grandes tensões as novas necessidades e garantir a ausência de listas de espera significativas.

Esta realidade deve - se sobretudo ao desempenho dos hospitais periféricos que, sendo hoje responsáveis por mais de metade do total das consultas de Oncologia e das sessões de Hospital de Dia realizadas em Portugal, vieram estabelecer-se como um decisivo factor de equilíbrio do sistema.

A estimativa de crescimento dos novos casos (cerca de 30 % até 2030), a que se tem de juntar um factor amplificador originado pela contínua redução da taxa de mortalidade, vai aumentar de forma muito significativa a pressão sobre o sistema prestador.

Na avaliação da qualidade global dos cuidados prestados, e usando como seu marcador mais fiável a taxa de sobrevivência aos 5 anos, situamo-nos neste momento na média da UE a 11 (os melhores países) de acordo com os números divulgados no último relatório da OCDE.

Para taxas médias de 63,9% para o cancro do colo do útero, 82,5% para o cancro da mama e 57,4%

para o cancro do cólon e recto, obtivemos em Portugal 65,1%, 82,0% e 57,4%, respectivamente.

Para chegar a estes resultados, gastamos com o tratamento dos doentes metade do que se gasta em média na UE a 27 (cada doente tratado em Portugal custa cerca de 8.500 € enquanto a média para os 27 países da UE é de 19.600 €), de acordo com o estudo apresentado em Outubro passado no congresso da Sociedade Europeia de Oncologia Médica por um grupo da Universidade de Oxford liderado pelo Prof. Richard Sullivan.

Este trabalho vem confirmar um outro, realizado em Portugal e de que sou um dos co autores, publicado na Acta Médica Portuguesa em 2009 e intitulado “O custo do Cancro em Portugal”, onde se apurava que o custo do tratamento do cancro em Portugal era baixo quando comparado com o verificado noutros países.

Acrece que a despesa com medicamentos tem diminuído, apesar do número crescente de doentes tratados e da incorporação da inovação, representando menos 8% em 2012 quando comparado com 2011. A despesa com antineoplásicos constituiu 20 % do total da despesa com medicamentos no SNS.

Então vivemos no mundo ideal? Não, mas podemos concluir com muita segurança que o modelo actual de organização da prestação de cuidados em Oncologia em Portugal conseguiu aliar a eficácia à qualidade e ao respeito pelos interesses dos doentes, obtendo resultados semelhantes aos melhores países da UE com menor consumo de recursos, e estando portanto muito longe do despesismo que lhe é apontado. Estes dados demonstram ainda que o actual modelo de presta-

ção se veio a revelar muito eficiente, garantindo aos doentes portugueses acesso a tratamento de qualidade com proximidade, mantendo a sua inserção nos respectivos meios pessoal, social e profissional e evitando deslocções penosas, desnecessárias e onerosas, factor tanto mais relevante quanto esta patologia implica a adopção de protocolos de tratamento e vigilância prolongados, poupando-se assim dinheiro aos contribuintes.

Não vejo, por isso, em que factos concretos se baseia a opinião dos que defendem que a Oncologia em Portugal é uma área de despesismo, ineficácia, ineficiência e menor qualidade, onde se recorre excessivamente a meios de diagnóstico e tratamento caros e se abusa do utilização da inovação e de técnicas de eficácia duvidosa.

No momento em que se discute a política do medicamento e o modelo de reorganização dos Serviços, não entendo ser possível, no que respeita à Oncologia, efectuar mais restrições ou alterar o presente modelo organizativo nos seus pressupostos e características essenciais sem o desfigurar e o desqualificar.

A persistência nesta intenção apenas conseguirá tornar a prestação de cuidados em Oncologia mais cara, ao mesmo tempo que serão postos em causa os resultados obtidos e a capacidade de manter a qualidade que já se provou existir.

Muito embora as perspectivas não sejam risonhas, os profissionais e os doentes estão, como sempre estiveram, disponíveis para contribuir, com o seu conhecimento e experiência, para o aperfeiçoar e melhorar.



**António Gentil Martins**

ex-bastonário da Ordem dos Médicos

## Escolha o seu próprio Médico...!

'Escolha o seu próprio médico' foi o 1º direito consagrado na Declaração de Lisboa, da Associação Médica Mundial em 1981...

Uma das grandes conquistas da nossa civilização e talvez a mais importante, foi o reconhecimento dos direitos humanos. Eles não são porém exclusivos do Homem são e tornam-se ainda mais importantes para o Homem doente, limitado na sua capacidade de defesa e da qual o médico deve ser o principal garante. Nesta solidariedade médico/doente reside a essência da verdadeira medicina, simultaneamente técnica e humana, material e espiritual. Seja qual for o tipo de sistema de saúde, consideramos fundamental dar maior protagonismo, na gestão nas estruturas de saúde, não aos administradores mas sim aos médicos, muito embora não deixando de considerar aqueles outros um importantíssimo apoio, mas complementar. O Estado não tem de ser, nem deve ser, simultaneamente financiador e prestador, mas sim e apenas o garante do que se considera necessário. Qualquer sistema de saúde, de que um Serviço Nacional de Saúde, o dito SNS, representa apenas o sector estatal, deve ter como objectivo a universalidade e a qualidade mas não deve comprometer a li-

berdade de cada um escolher o médico ou a instituição que lhe merece mais confiança. As pessoas devem poder ter o seu médico e não apenas um médico. A própria liberdade de mudar sem ser penalizado é o melhor meio de defesa contra os maus cuidados de saúde, já que a liberdade traz a confiança e a responsabilidade. Por outro lado profissionais estimulados e justamente compensados de acordo com o seu esforço, trabalho e competência, elevam seguramente o nível dos cuidados de saúde e seguramente até os tornarão mais económicos, ao reduzir exames complementares de diagnóstico e até medicação (de que será exemplo flagrante o uso excessivo de tranquilizantes).

Foi feita uma revolução dita para dar liberdade, e qual é a liberdade no Serviço Nacional de Saúde? É ir ao centro de saúde da área e ao hospital da zona!

Uma política nacional de Saúde foi iniciada em 1901 por Ricardo Jorge, com o seu 'Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública'. Em 1946 surgiram os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência

e o esboço de um futuro Serviço Nacional de Saúde, universal, surgiria com Gonçalves Ferreira em 1971, com a criação dos primeiros centros de saúde. Em 1976 a Constituição aprova, no seu artigo 64º, a criação oficial do Serviço Nacional de Saúde, garantido pelo Estado, universal, geral e gratuito. Aliás recordo que ao promulgar o Decreto 56/79, que criou o SNS (e cujo trabalho fundamental foi elaborado pelo então Secretário de Estado Mário Mendes), António Arnaut disse que não sabia o que iria custar, e que não tinha feito contas, pois estava a cumprir um preceito constitucional... E foi assim que o sistema necessitou passar, depois, a só "tendencialmente" gratuito! Aliás, já no Decreto 282/77 de 5 de Julho, que reformulou a Ordem dos Médicos, o artigo 6º referia na sua alínea c) "concorrer para o estabelecimento e aperfeiçoamento constante do Serviço Nacional de Saúde, colaborando na política nacional de saúde em todos os aspectos". Só que o modelo seria outro... e melhor.

Somos francos defensores de um sistema bismarkiano e não beve-



ridgiano como o nosso. Deveria haver um Seguro Nacional de Saúde, de carácter obrigatório, para o qual todos contribuiriam de acordo e proporcionalmente à sua capacidade económica, sem prejuízo da possível existência de seguros complementares. O prémio desse seguro variaria consoante a capacidade e as exigências da sociedade. Pelos impostos apenas seria pago o prémio do Seguro Nacional correspondente aqueles que o não pudessem fazer por causa verdadeiramente justificada. Por isso continuamos a acreditar que o melhor sistema, aliás aplicado em muitos países europeus, é um sistema convencionado, de medicina livre, personalizada, coordenada e financeiramente comportável e realista. Isto embora saibamos que os seus detractores, à falta de argumentos convincentes, argumentam com o perigo de custos maiores, o que é falso, se considerarmos que os valores de remuneração pelas acções praticadas são justamente calculados, como nos vulgares contratos de trabalho, entre entidades de igual dignidade: a seguradora nacional e os profissionais.

Esse novo sistema representaria uma verdadeira mudança radical, com o máximo de responsabilidade mas também de liberdade, hoje quase apenas residual. Seria um sistema misto em que o Estado e as iniciativas sociais e privadas coexistiriam, complementando-se. Nunca combatemos um Serviço Nacional de Saúde, só pensamos que sendo bom podia ser ainda melhor. E é curioso ver como o tão louvado, e aliás bem, Relatório das Carreiras Médicas, defendia a liberdade de escolha e o pagamento por acto médico, coisa que

alguns dos seus autores parecem ter esquecido após 1974.

Seja qual for o tipo de sistema de saúde consideramos fundamental dar maior protagonismo, na gestão nas estruturas de saúde, não aos administradores mas sim aos médicos, muito embora não deixando de considerar aqueles outros um importantíssimo apoio, mas complementar. Aliás as denominadas Carreiras Médicas serão sempre fundamentais como garantia de qualidade, mas não têm que ser obrigatoriamente exclusivas do Estado, desde que esteja assegurado o adequado aperfeiçoamento e valorização profissional. Pensamos que mais perigoso para a saúde das populações é o excesso de médicos, se em oposição a uma ligeira escassez. Importa por isso rever o acesso às faculdades de medicina, sem as pulverizar mas dando-lhes as melhores condições possíveis para que bem exerçam a sua missão. Mas nesse acesso há que procurar privilegiar a vocação: por isso propusemos, já em 2006 que, independentemente de uma nota simplesmente de “bom” no ensino secundário, só se pudessem candidatar a uma prova de “seriação de acesso”, aqueles que tivessem revelado indiscutível vocação, ao efectuar, comprovadamente, voluntariado social, no final do ensino secundário. Já em 1978 a Ordem dos Médicos publicou um relatório relativo à definição de um *numerus clausus* para as faculdades de medicina, a actualizar de acordo com a evolução globalmente prevista, o que parece ter sido esquecido por sucessivos governos. Isto sem esquecer ter uma comissão internacional concluído que bastavam, ao país, apenas cinco faculdades de medicina... Final-

mente, nas comemorações dos 75 anos da Ordem dos Médicos, ouvimos prever, pela Dra. Paula Santana, da Universidade de Coimbra, um assustador desemprego de 5000 médicos em 2025 (caso não se encare, realística e objectivamente, o problema).

Todos sabemos quais os factores que mais influenciam a explosão dos custos de saúde que se tornam incomportáveis numa economia anémica. Porquê manter a demagogia de que se dá tudo a todos e sempre? É indiscutível que terá que haver limitações muito embora seja objectivo dos médicos dar sempre o melhor que puderem. Mas os políticos terão de avaliar o que é financeiramente viável, com equidade. Infelizmente todos se escusam de afirmar que há limitações. Isto porque, sem o devido esclarecimento e consciencialização da população, os demagogos venceriam sempre as novas eleições com as suas falsas promessas.

A medicina hospitalar é sem dúvida a mais cara e poderá dizer-se que os gastos com os cuidados terciários (as tecnologias de ponta como os cuidados intensivos, transplantes, etc.) absorvem cerca de 40% das verbas e beneficiam apenas 1% dos doentes, que os cuidados secundários (cuidados hospitalares e especializados), absorvem 45% e beneficiam cerca de 9%, enquanto os cuidados primários (medicina preventiva, serviços ambulatoriais e saúde pública) absorvem apenas 15% mas beneficiam cerca de 90% das pessoas. Daí que, com verbas limitadas, haja que fazer opções. Mas estas cumprem à sociedade civil, através dos seus representantes eleitos e não aos médicos (a quem competirá sempre dar aquilo a que tenham acesso e considerem ser melhor

para os seus doentes).

Acaso já se considerou qual é o actual *deficit* das contas na Saúde e nomeadamente as dívidas dos serviços estatais (de que são bom exemplo os hospitais), aos seus fornecedores? Terá de se considerar o que representa realmente custo/benefício e, pelo menos, sem provas sérias, não embarcar em fantasias de vacinas milagrosas mas de eficácia não comprovada, na angustiosa procura do milagre impossível, como testemunharam os voos Charter às Filipinas no ano de 1977.

Com a informática disseminada mais fácil se torna conhecer o perfil epidemiológico das doenças, quais as necessidades a suprir, quais as acções praticadas, quer ao nível dos cuidados primários, base de qualquer sistema de saúde ou dos cuidados hospitalares, onde não poderão deixar de existir centros de referência, devidamente distribuídos e promotores de prestações de excelência. Por outro lado todos devem ter consciência do que custam à sociedade, como um todo, pelos tratamentos de que beneficiam. É essencial dar um uso criterioso às tecnologias caras e altamente

sofisticadas, considerando sempre a sua instalação, a sua área de influência e as suas reais e previsíveis vantagens.

Se o direito à saúde é um imperativo moral, não basta que ele seja apenas defendido pelos médicos, mas todas as pessoas devem ter consciência de que o seu comportamento é a base fundamental da sua saúde: é uma prioridade que as pessoas tomem consciência da necessidade de cuidarem da sua própria saúde. Não se pode esquecer que a saúde é multi-factorial, e profundamente errado seria limitá-la à assistência médica, seja ela preventiva, curativa, de reabilitação ou de cuidados continuados, mas sem considerar os restantes múltiplos factores que a condicionam. Problemas básicos são a educação e os estilos de vida, a alimentação (até porque sabemos que onde há fome não há boa saúde e as crianças até vêem diminuído o seu desenvolvimento cerebral), o meio ambiente, a actividade física, a habitação, etc., etc..

A medicina não pode nunca transformar-se em negócio lucrativo, mas apenas representar a justa compensação do esforço

produzido e dos resultados alcançados. O Seguro Nacional de Saúde terá sempre que tratar por igual os serviços do Estado, os serviços privados ou os de solidariedade social. Mas se a medicina, como os hospitais, não deve transformar-se em negócio lucrativo, nem por isso são condenáveis as acções privadas, compensadas pelo seu justo e possível valor. Aos profissionais compete honrar os seus compromissos, mas pensamos abusivo limitar a sua liberdade impedindo-os de exercer a sua profissão, cumpridos que sejam os seus compromissos contratuais.

O grande problema é que seria necessária vontade política de mudar mesmo, o que se mostra difícil, até quando, com frequência, se mistura serviço estatal com o sistema plural, ambos designados como SNS...! Será assim fundamental, embora mais difícil, a vontade política de mudar mesmo, ou seja, que quem pode decidir não se mantenha obstinado por conceitos fundamentalmente político-ideológicos, ou de muito questionável "oportunidade política".

José Luís Doria

## “ARS QUIDEM SANITATEM CUSTODIENDI, NON EST ARS QUAE A MORTE SECUROS NOS FACIAT”

Quantos de nós teremos meditado neste aforismo inscrito sobre a porta que cruzamos no acesso à Sala de Actos? Quantos de nós, médicos, professores e alunos!?

A Madalena conhecia-o, conheceu-o bem e reflectiu. Aos seus alunos, recém-chegados ao Curso Médico e marcados por ilusões, costumava lembrar: “Como médicos poderão ser o último copo de água para quem morre de sede no deserto, mas lembrem-se que nem sempre será o suficiente.”

Com ele, com o aforismo, escreveu também o texto seguinte que constitui a sua derradeira lição de História da Medicina, feita da experiência vivida:

“Estou numa nau rumo a um destino. A viagem faz-se de anseios. À tempestade segue-se a calma. O mar muda as cores. O céu insurge-se, ora furioso, ora apaziguador. Parece uma guerra de armas modernas que não se coaduna com o tempo ao qual pertence a minha nau. Nesta há um físico, douto e seguro, que enumera raízes e outras mezinhas, que podem levar-me a bom porto. Faço paragens para abastecimento, durmo, rio, choro, penso muito e vejo que o mar e o céu já têm outras cores. Cheguei há dias a

Ceuta, passei mal mas prossigo viagem. Não estou sozinha. Levo os meus. Os meus preciosos meus. São a âncora da nau e de mim. Vou fazer paragens, vou passar mal. Hei-de dobrar as Tormentas e hei-de olhar nos olhos o velho Adamastor. Ele há-de rodar várias vezes, mais de três mas venha ele e o que vier, como em Pessoa, não há-de ser maior que a minha alma.”

Porque Medicina é arte e é técnica, parafraseando Abel Salazar, a Madalena também gostava de referir que o “Médico que só sabe de Medicina nem de Medicina sabe”. Não sendo médica pouco saberia da técnica, mas da arte médica conhecia-a bem. Melhor que muitos



Madalena Esperança Pina

sentiu-a desde criança, porque essa arte faz-se de sentidos e de sentimentos. Com excepcional competência soube-o também transmitir aos alunos. Moldou-lhes o fulgor e a postura à humildade necessária a qualquer clínico. Mostrou-lhes os trajectos da Medicina, as vicissitudes da ciência e da vida, nesta

eterna vertigem que é cuidar da saúde tendo sempre por horizonte a morte inexorável.

Conheci-a em pequenita, e depois, melhor, quando concluída a sua licenciatura se nos juntou na Faculdade de Ciências Médicas. Sempre com a sua jovialidade e característica boa disposição trilhámos caminhos idênticos e partilhámos aulas, reuniões e conferências. A Menina içou as velas e fez-se ao largo, ficou Professora. Inabalável, defendeu o ensino da História da Medicina e sempre que lhe quiseram desviar o rumo seguiu firme o leme, quando

intempéries ou tacanhas decisões pretendiam esquecer que quem despreza o seu passado é incapaz de olhar de frente o horizonte e de projectar um futuro. Contra ventos e marés ajustou a rota - Tinha uma carta de marear para cumprir!

“[A Medicina é] a arte de cuidar da saúde, mas não é arte que nos livre da morte”, escreveu Avicena. Plank concretizou: “A Ciência nunca conseguirá resolver o mistério final da natureza porque, em última análise, nós so-

mos parte desse mistério”.

Madalena de Gouveia Esperança Pina Kreiseler de Albuquerque (1975 - 2013) deixou-nos aos 37 anos. Que nós, companheiros de uma mesma viagem, saibamos preservar o seu legado. Esse há-de ser uma arma maior para enfrentar o mistério.



## Colégio de Medicina Geral e Familiar

### Fórum dos Médicos Internos de MGF | 2013

#### O Internato Médico

Lisboa, 7 de Dezembro de 2013

Ordem dos Médicos

#### Programa

14.30 Abertura

14.45 Internato Médico | apresentação pelo Colégio

Programa de formação

Elaboração de um curriculum vitae

Avaliação final de internato

15.00 Debate

16.30 Intervalo

17.00 Debate

19.00 Encerramento



**Organização | Colégio de Medicina Geral e Familiar**  
Ordem dos Médicos | Av. Almirante Gago Coutinho, 151 | Lisboa  
colegios@omcne.pt | 218 427 100 | [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)



# Quer ser revisor AMP?

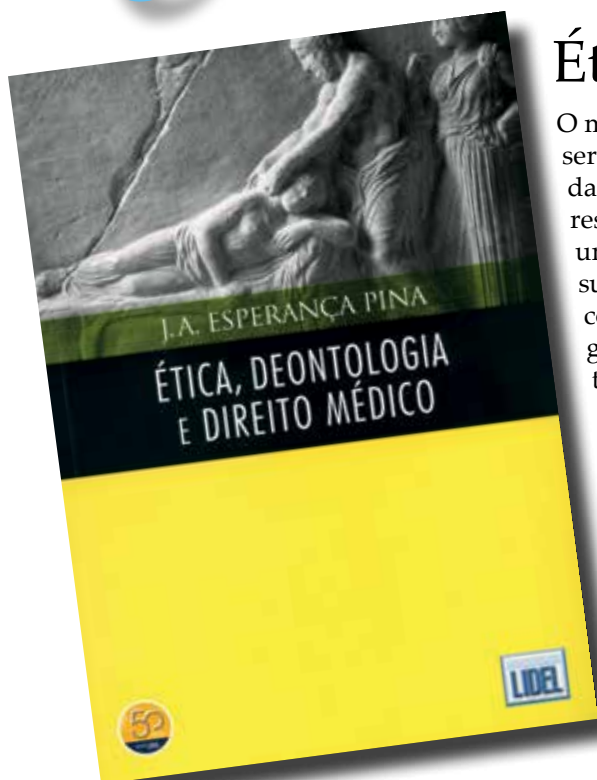
A **Acta Médica Portuguesa (AMP)** é a revista científica da Ordem dos Médicos. Tem como objectivo principal a divulgação dos trabalhos de investigação científica, através da publicação de artigos originais, de revisão, editoriais, imagens médicas e perspectivas. Todos os artigos são submetidos a peer review por dois revisores externos.

Procuramos neste momento alargar a nossa base de dados de revisores, estando disponíveis para receber candidaturas.

As candidaturas deverão ser dirigidas a [secretariado@actamedicaportuguesa.com](mailto:secretariado@actamedicaportuguesa.com) e referir:

- Nome
- Número de Cédula Profissional
- Especialidade e três Áreas de Diferenciação
- Cargo e Local de Trabalho





## Ética, deontologia e direito médico

O médico deve viver a sua profissão em atitude de autêntica missão ao serviço da saúde e da vida, em dedicação plena e com uma profunda solidariedade humana. Por tudo isto, a ética médica é fundamental, porque a responsabilidade moral do médico é grande, visto que este desempenha uma função transcendente, até porque nenhuma outra profissão tem nas suas mãos a vida dos seres humanos. A medicina não pode responder com certeza a todas as questões, mas os médicos têm o dever de proteger a qualidade de vida e preservar a dignidade do ser humano, aceitando que a única via válida para tomar decisões deve ser sempre de acordo com a própria consciência.

O Direito Médico tem como base a Ética Médica e a Bioética, bem como a Deontologia Médica. O Direito Médico é um ramo do Direito aplicado à conduta do médico na sua relação com o doente de que podem resultar faltas, baseadas no incumprimento da legislação, códigos, declarações, convenções e resoluções nacionais e internacionais. Este livro, da autoria de J.A. Esperança Pina, representa um estudo aprofundado e interligado nos aspectos éticos, deontológicos e jurídicos e tem como principal objectivo reunir num só documento a numerosa e dispersa bibliografia sobre ética, deontologia e direito médico. É uma obra editada pela Lidel com utilidade para juristas, médicos e estudantes de ambas as áreas, ao permitir uma leitura

actualizada sobre os problemas relacionados com a responsabilidade médica. Ao

longo da obra o leitor encontrará, entre outros, os seguintes temas: bioética e direitos humanos e das comissões de ética, exercício da profissão médica, relação médico-doente, responsabilidade disciplinar, civil e penal do médico, responsabilidade do médico pelo início da vida, responsabilidade do médico pela vida, responsabilidade do médico no fim da vida e responsabilidade do médico perante a morte. O autor, J. A. Esperança Pina, é Professor Catedrático Jubilado de Anatomia e Deontologia, Bioética e Direito Médico da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Professor Catedrático de Direito Médico e Medicina Legal da Faculdade de Direito (Escola de Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa