

É preciso fixar médicos especialistas no nordeste transmontano

pág. 34

ALGARVE:
Sobram faltas.
Busquemos soluções!

pág. 49

Entrevista a Berta Nunes

Sem apoio muitos
doentes desistiriam
dos tratamentos

pág. 68

Entrevista a Marcelino Marques da Silva

Novos cortes põem
em causa necessidades
básicas e serão inaceitáveis

pág. 72





Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 30
N.º 148
Março 2014

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

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

Impressão:
**AGIR produções gráficas,
unipessoal, lda**
Rua Particular, Quinta de Santa Rosa
- Edifício Agir
2680-458 Lisboa

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

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



editorial

06 NÃO, a esta contratualização!!!

informação

10 Carta aberta a
Miguel Sousa Tavares

12 Carreira de MGF: Transição para
o regime das 40 horas semanais

16 Suspensão da colaboração
com as auditorias às NOCs

17 Dar médico de família
a um milhão de portugueses

18 Regulamento de distinção
honorífica na gestão dos serviços
de saúde

19 Regulamento do concurso para a
criação gráfica da medalha
alusiva à distinção honorífica
na gestão nos serviços de saúde

20 Imputação de custos
da prescrição

21 Actividade do CDRS 2011-2013

23 Ministério propõe “sedação”
inadequada nas Colonoscopias!

24 Médicos sem autonomia na
Urgência do Hospital de Faro

25 Portugal quer médicos suficientes
para todos? Sim ou Não?

26 Médicos do Norte recusam
proposta do Ministério da Saúde
sobre Formação Médica
Especializada

28 Ajudantes em cirurgias oculares

29 Geriatria e Sexologia Clínica:
admissão por consenso

30 Admissão por consenso à
competência em Medicina
Paliativa

30 Concursos abertos pela ARS

32 Parecer do Núcleo de História
da Medicina da OM

actualidade

34 É preciso fixar médicos
especialistas no nordeste
transmontano

49 ALGARVE:
- Sobram faltas.
Busquemos soluções!

entrevista

68 Sem apoio muitos doentes
desistiriam dos tratamentos

72 Novos cortes põem em causa
necessidades básicas e serão
inaceitáveis

opinião

77 Encontrar nas nossas diferenças
aquilo que nos une

79 A comunicação e relação
médico-doente como benefício
para o doente e para a decisão
médica

82 Internato Médico – que futuro

84 Jovens Médicos

86 Deuses e demónios da medicina

88 Oportunidade perdida de fomentar
a gestão participada?

90 Os médicos e a ausência
de estratégia europeia/nacional

Errata:

Na Revista da Ordem dos Médicos nº147 (Janeiro-Fevereiro 2014) na pág. 55 referente ao artigo “Visita à Maternidade Alfredo da Costa”, vem referida a realização de uma cirurgia com fibrolaser no Hospital da Força Aérea. Trata-se de um lapso, pois este hospital foi extinto em Agosto de 2012, tendo dado origem por fusão com os outros hospitais militares de Lisboa ao **Hospital das Forças Armadas – Pólo de Lisboa**, situado também no Lumiar. Foi nesta instituição - Hospital das Forças Armadas – Pólo de Lisboa – que o médico Alvaro Cohen procedeu à inovadora cirurgia de que demos conta nessa reportagem.

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

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

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

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

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

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



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



Consulte também:

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

... em: www.actamedicaportuguesa.com



Com o apoio de:



Brevemente disponível na plataforma Android.



NÃO, *a esta contratualização!!!*

Os médicos e os doentes têm sido inundados de indicadores. Como se isso implicasse obrigatoriamente ganhos em Saúde! Por vezes até é gerador de mais despesa...

Instalou-se nas estruturas do Ministério da Saúde uma plêiade de burocratas, atacados por uma epidemia de “burocracite crónica agudizada”, que pensam que a Saúde se faz com e de indicadores.

As pessoas perderam individualidade, transformaram-se em meros dados estatísticos!

São tantos os indicadores, tão múltiplos e complexos os programas informáticos usados no SNS, com cada vez mais utili-

zadores, que o *hardware* e a RIS não aguentam e o sistema está sempre a falhar. Lamentável e absurdamente, o presidente da SPMS, tudo desvaloriza...

Como se podem avaliar indicadores com sistemas informáticos permanentemente a bloquear e a impedir os registos?

Mas os burocratas vivem satisfeitos, sempre prontos a inventar mais um indicador, porque pensam que médicos e medicina se podem trabalhar e avaliar como qualquer actividade comercial e que um doente é um mero conjunto de estatísticas.

Não têm sensibilidade e conhecimento da Saúde, mas mandam, impõem e comprazem-

-se com esse fátuo poder, para além de procurarem diminuir a despesa em Saúde de modo artificial, convencidos de que é uma via superiormente inteligente, sem se importarem se os doentes são bem ou mal tratados.

Permitam-me a reprodução de dois desabaços de dois colegas, recebidos pelas redes sociais em resposta ao desafio do não a esta contratualização, pois resumem eloquentemente o essencial desta problemática:

“Só para ter um exemplo, na minha UCSP, de acordo com os critérios de contratualização de saúde materna, temos 0% de grávidas corretamente acompanhadas, uma

das premissas do indicador passa por cumprir com 7 alíneas todas com registo obrigatório e muitas das quais não fazem minimamente sentido! E felizmente tivemos “n” bebés saudáveis, os quais têm médico garantido e consultas regulares sem qualquer problema decorrente de qualquer mau acompanhamento hipotético da gravidez. Cada vez sinto mais repulsa por esta forma de praticar Medicina...!”

“Creio que os indicadores sejam necessários para a monitorização da qualidade, acessibilidade, equidade e performance das estruturas, quer sejam dos CSP quer sejam dos cuidados secundários ou cuidados continuados. No entanto, e falo com causa própria, já que é uma área à qual dedico tempo para investigação, gasta-se aproximadamente entre 35 a 40% do tempo para atividade assistencial no cumprimento de indicadores, caso haja optimização do tempo disponível. Por outro lado, para as 10 doenças crónicas mais prevalentes em Portugal, bem como para atividade preventivas e de educação, necessitaríamos de ter listas com sensivelmente 900 a 1100 utentes para praticarmos medicina com qualidade e tempo. Algo não bate certo com listas de 1900 utentes e estes indicadores. Mais se acrescenta que a maioria dos indicadores são construídos sob premissas que não têm base científica, não demonstram quais os potenciais ganhos em saúde para as metas propostas e não explicam cientificamente o porquê do racional imposto como meta contratualizada. Assim sendo, deixo à Ordem o desafio de se associar a uma ou mais Universidades de modo a proporem a construção de métodos credíveis e alternativos que permitam ganhos efetivos em termos de Saúde para a população e que ao mesmo tempo permitam monitorizar a atividade

praticada e premiar as boas práticas.”

Recentemente, o Colega Miguel Melo escreveu um excelente artigo sobre esta matéria, intitulado “É tempo de rever este tipo de contratualização”, publicado no “Médico” e que subscrevo integralmente.

Transcrevo seis parágrafos (vale a pena ler todo o texto):

“A Medicina Baseada em Indicadores (em contraponto com a Medicina Centrada na Pessoa) acontece quando se tem uma preocupação predominante com as áreas avaliadas pelos Indicadores (i.e. mais restrita e mais afunilada, em vez da globalidade, característica dos CSP); acontece quando se está mais preocupado em atingir metas elevadas, focalizando-se em tarefas que requerem elevadas taxas de esforço. A preocupação passa a ser as áreas clínicas relacionadas com os indicadores (mais do que as pessoas), correndo-se o risco de se ser menos cuidadoso no seguimento de outros programas de saúde.”

“Este ano, com as alterações da legislação e da sua metodologia, a contratualização ainda conseguiu ser mais complicada do que nos anos anteriores: mais burocrática, menos transparente, com aumentos de elevada complexidade (ex: clusters, ponderações, etc.), sem se perceber a validade da sua construção, com informação nem sempre divulgada em tempo oportuno e com metas irrealistas que originam cargas de esforço elevadíssimas.”

“Temos que ter a noção de que no mundo real (efetividade), as coisas não acontecem como nós achamos que poderiam ser (eficácia). Seria melhor apostar em metas pragmáticas, realistas (afinal lidamos com pessoas, falíveis,...) em vez de insistir em valores teóricos só imagináveis por quem está longe da



• JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Acesso à vida

A Ordem dos Médicos (OM) foi surpreendida com o teor do Despacho nº 13877-A/2013. É um despacho atentatório da saúde dos doentes, gerador de profundas desigualdades regionais, potenciador de racionamento encapotado e que se baseia em explicações sem fundamento.

Para terem acesso a inovação terapêutica através de Autorizações Excecionais (AEs) “os doentes deverão ser encaminhados pelos demais hospitais do SNS para o Centros Especializados

A OM criará um centro para o qual os médicos enviarão cópias das autorizações excecionais

para Utilização Excecional de Medicamentos (CEUEM)”, que decidirão sem prazo! Na área da Oncologia são apenas os IPO de Lisboa, Porto e Coimbra. Os doentes da periferia do país, pelas longas distâncias a percorrer, alguns já em condição mais débil, serão mais rapidamente condenados à morte. Em defesa dos doentes, a Ordem dos Médicos apela à suspensão imediata deste despacho e, para monitorizar o processo, irá criar um centro para o qual todos os médicos enviarão cópias das AEs, para ter a certeza que nenhum doente é prejudicado por motivos economicistas.

prática clínica. Assim como está, implica que todas as metas têm que ser superiores ao desempenho do ano anterior mesmo que este tenha sido excelente. As equipas que estão no terreno e que estão preocupadas em prestar cuidados de saúde globais de qualidade e acessibilidade, desmotivam-se, cansadas de perseguir objetivos demasiado ambiciosos e desgastantes, questionando a (i)racionalidade deste sistema de incentivos."

"O que fazer quando a meta proposta de vigilância dos grupos de risco/vulneráveis é maior que a taxa de doentes vigiados na USF? (ex. se numa USF, "apenas" 70-75% das crianças até aos 2 anos são vigiadas na USF (as outras são vigiadas em subsistemas, adse, seguros, outros) e a meta proposta é de 82-92% o que esperam que a USF faça? Telefone? Convoque? Duplas consultas para "cumprir" Indicadores?"

"Os exemplos de maior exigência nos Indicadores são vários. Este aumento do valor das metas irá necessariamente aumentar custos. No entanto, e mais uma vez, recebemos propostas de redução > 5% de custos MCDT e medicamentos."

"Quando se refere explicitamente que nos Indicadores "quanto mais melhor" (sem olhar para o efeito de tecto e para o esforço brutal para aumentar pequenos valores em resultados elevados), quando se perseguem metas utópicas, quando existe um convite (mais ou menos dissimulado) para a convocação de cidadãos, vigiados ou não nas USF (manancial de iatrogenia) estamos a correr o risco de aumentar os efeitos nocivos do pagamento pelo desempenho."

Mais Colegas se têm manifestado com toda a coerência e propriedade contra esta forma de contratualização vertical baseada em confrangedora igno-

rância, que quase nada dialoga e quase tudo impõe, mesmo a maior estupidez.

Obviamente, a Ordem e as outras organizações médicas não se podem calar.

Não podemos admitir a funcionalização do médico, a descharacterização da medicina, a impersonalização do doente e a destruição da relação terapêutica.

Para os nossos burocratas aprendizes de contratualização, vale a pena citar alguns títulos:

- "Linking performance to Medicare payments is unlikely to improve care, report says" (BMJ 2013; 347: f4756 doi: 10.1136/bmj.f4756)

- "Why pay for performance may be incompatible with quality improvement" (BMJ 2012; 345: e5015 doi: 10.1136/bmj.e5015)

- "Setting performance targets in pay for performance programmes: what can we learn from QOF?" (BMJ 2014; 348: g1595 doi: 10.1136/bmj.g1595)

- "Does Performance-Based Remuneration for Individual Health Care Practitioners Affect Patient Care?: A Systematic Review" (Ann Intern Med. 2012;157(12):889-899. doi:10.7326/0003-4819-157-12-201212180-00009)

- "Adding Value to Relative-Value Units" (N Engl J Med 369; 23 nejm.org december 5, 2013 doi: 10.1056/NEJMp1310583)

- "Pay-for-Performance: Not a Magic Bullet" (Ann Intern Med. 2012; 157 (12): 912-913. doi:10.7326/0003-4819-157-12-201212180-00014)

Fica claro como o campo da contratualização é extremamente complexo e exigente, devendo ser conduzido com muita inteligência, ponderação,



Demagogia

Em campanhas demagógicas e pouco sérias, tem-se procurado criar, do médico, a imagem do explorador das misérias do próximo. (...) Se como em todas as profissões também na Medicina, infelizmente, há aqueles que não sabem respeitar integralmente a ética da sua profissão, não é lícito tomar a parte como o todo..." Estas palavras são da autoria de António Gentil Martins e datam de 1978!

Estamos habituados a ser o fácil bode expiatório dos males da Medicina. A tentativa de esconder os reais proble-

Exigimos que as regras de transparência também sejam aplicadas aos membros do Governo

mas da Saúde atrás de um suposto conflito de interesses que enviará as decisões "dos Médicos" não pode passar sem claro repúdio da Ordem.

Porque há tanta preocupação com os alegados conflitos de interesses e incompatibilidades dos médicos e não dos deputados e governantes que levaram o país à bancarrota? Não é o Parlamento conhecido como "central de negócios"?

Aceitamos todas as regras de transparência que tenham bom senso, mas exigimos que também sejam aplicadas aos membros do Governo e da Assembleia da República.

conhecimento e bom senso.

Perante a falsa e má contratualização que está a ser imposta actualmente nos Cuidados de Saúde Primários, a Ordem não podia deixar de dialogar com as outras organizações médicas, nomeadamente os Sindicatos, e assumir uma posição e uma orientação para os Colegas.

Por isso mesmo, promovemos um debate sobre contratualização no dia 9 de Abril (escrevo este editorial a 31 de Março), na Ordem dos Médicos, em Lisboa, cuja reportagem será feita num próximo número da ROM. Entretanto, muito bem recebido pelos Colegas, há alguns dias lancei um alerta na minha página pessoal do facebook, com um desafio provocatório que aqui reproduzo:

“NÃO, A ESTA CONTRATUALIZAÇÃO!

Vai ser o título do meu próximo editorial da Revista da Ordem, particularmente dirigido às UCSPs, mas também com aplicação às USFs.

Porém, como já está a decorrer esta falsa e imposta contratualização, cheia de indicadores enviesados, sem efectiva negociação e despida de quaisquer contrapartidas, deixo já aqui este meu conselho e o desafio a todos os Médicos de Família, particularmente às UCSPs.

Nas UCSPs, o que é que acontece se contratualizarem? Nada!

E o que é que acontece se não contratualizarem? Nada!

E o que é que acontece se cumprirem a contratualização? Nada!

E acontece alguma coisa se não cumprirem a contratualização? Nada!

Então, mantenham a dignidade e recusem esta pseudo contratualização.

Os Médicos têm a obrigação deon-

tológica de praticarem medicina com respeito pelos doentes e cumprindo as leis artis. Não precisam de contratualização.

Muito particularmente, os médicos não precisam de uma contratualização que está a colocar o computador no centro da consulta, com prejuízo para os doentes e para a relação médico-doente, que, só por si, deve e deveria ser uma relação terapêutica.

Se o Ministério da Saúde quiser contratualizar alguma coisa, então que dialogue e retribua.

Até isso acontecer, peço a todos os Médicos das UCSPs que recusem e não assinem esta indigna contratualização. É uma questão de respeito e dignidade.

Quanto à Ordem dos Médicos, está e estará sempre disponível para o diálogo com o Governo.”

Tenho consciência que esta tomada de posição já veio um pouco tarde, pois caiu mesmo em cima do processo de contratualização, que muitos já tinham assinado ou estavam em vias de assinar.

Espero que este editorial seja levado a sério pelas estruturas do Ministério da Saúde.

Se nada mudar durante este ano, a Ordem, formalmente, aconselha desde já todos os médicos das UCSPs a não contratualizarem para 2015, numa posição concertada a nível nacional. Quanto aos restantes, logo se verá.

Estamos disponíveis para o diálogo com o Ministério da Saúde. Esperemos que da parte deste haja sensibilidade para estas preocupações e para debater uma contratualização inteligente, amiga do doente e que tenha um efectivo potencial de gerar ganhos em Saúde.

O diálogo entre as organizações médicas está em curso.



JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Crise nas urgências

Com o exagero dos cortes na Saúde, assistimos a uma concentração de serviços de urgência e a uma redução do número de médicos e outros profissionais das equipas escaladas, colocando em sérios riscos o seu funcionamento com qualidade e atrasando a assistência aos doentes. Por vezes, com consequências graves para os mesmos.

A última urgência que visitei foi a do Hospital de Aveiro. Fiquei estarrecido. As equipas médicas são insuficientes e o espaço é exíguo para a pro-

A última urgência que visitei foi a do Hospital de Aveiro. Fiquei estarrecido

cura, particularmente depois do encerramento de Estarreja e da desvalorização de Águeda e da redução das camas em ambos os hospitais.

O espaço da urgência mais parecia um campo de batalha, com dezenas de macas pelos corredores e com 39 doentes à espera de vaga no internamento, alguns há 3 dias! Na sala de observações, alguns doentes aguardavam internamento há 6 dias! Entretanto, o Serviço de Medicina Interna chega a ter taxas de ocupação superiores a 200%!

Assim não é possível trabalhar com qualidade! E a culpa não é dos médicos.



Carta aberta a Miguel Sousa Tavares

Surpreendido com as declarações de Miguel Sousa Tavares sobre a falta de médicos ao Jornal da Noite da SIC, no dia 24 de Março, e, particularmente, com os comentários depreciativos sobre a Ordem dos Médicos, o presidente desta instituição, José Manuel Silva, escreveu uma carta aberta ao comentador na qual explica que a Ordem pretende evitar "um gasto absurdo em formação médica (vários milhares de milhões de euros para exportar a custo zero)" e "evitar a mercantilização da medicina e dos doentes". Lamentando que os comentadores portugueses falem tanto sobre assuntos que desconhecem, José Manuel Silva convida Miguel Sousa Tavares para um diálogo sobre saúde e disponibiliza-se para responder a todas as suas questões.

Carta aberta ao Dr. Miguel Sousa Tavares
(previamente enviada ao próprio por email)

Caro Dr. Miguel Sousa Tavares,
Fiquei surpreendido com as suas declarações sobre a falta de médicos ao Jornal da Noite da SIC, no dia 24 de Março, e, particularmente, com os seus comentários depreciativos sobre a Ordem dos Médicos. Aliás, fiquei duplamente surpreendido, porque o Dr Miguel Sousa Tavares afinal não sabia que faltam 500 Médicos de Família em Portugal (até é um pouco mais do que isso), o que significa que está extraordinariamente afastado da realidade e dos problemas da Saúde em Portugal, mas, não obstante essa confessada falta de informação, comenta tranquilamente a referida notícia e qualifica criticamente as posições da Ordem dos Médicos, mesmo desconhecendo completamente o seu teor, informado que es-

tará apenas de "orelha", certamente por emissores potencialmente interessados em lhe transmitir uma comunicação enviesada.

Como não duvido da sua honestidade intelectual e acredito que a sua opinião deriva apenas da falta de informação completa e correcta, venho, mais uma vez, enviar-lhe documentação para que possa fundamentar mais rigorosamente os seus comentários.

Junto segue um estudo prospectivo sobre demografia médica, o único existente em Portugal. Foi encomendado pela Ordem dos Médicos à Universidade de Coimbra e resultou de uma colaboração entre a Ordem dos Médicos e o Ministério da Saúde, pois foi feito com base na informação disponível nas bases de dados da Ordem e da ACSS. É o mais completo estudo sobre esta problemática alguma vez feito em Portugal. Concluiu que em 2025 teremos cerca de 9000 médicos desempregados em Portugal, se não

emigrarem.

Envio igualmente um anúncio de meia página publicado no Expresso de 8 de Março deste ano, com a posição da Ordem dos Médicos. Como pode verificar, nele não afirmamos que há médicos a mais em Portugal no momento presente e pretendemos lançar um debate sobre emigração médica. Curiosamente, sobre esta matéria os "comentadores oficiais" mantiveram o silêncio.

A Ordem dos Médicos fala de planeamento a médio e longo prazo! Eu sei que falar de planeamento não está na cultura portuguesa e causa alguma confusão a muito gente. Quando a Ordem dos Médicos afirma a necessidade em reduzir o *numerus clausus* em medicina é porque o efeito de uma decisão tomada hoje só começa a fazer efeito passados 12 anos!!! Planeamento... O que a Ordem pretende evitar é um gasto absurdo em formação médica (vários milhares de milhões

de euros para exportar a custo zero) conforme artigo que envio, da minha coluna quinzenal no Correio da Manhã, mas também evitar a mercantilização da medicina e dos doentes, como é fácil de explicar e de perceber. Os EUA são um exemplo, a geração de actos médicos desnecessários é corresponsável por um desperdício anual de 640 mil milhões de dólares no Sistema de Saúde Americano (vide artigo do New England Journal of Medicine). Algumas notas:

- Foram sucessivos governos que fecharam exageradamente os *numerus clausus* para medicina, não foi a Ordem dos Médicos! A razão é que uma das formas de reduzir a despesa em saúde, pelo lado da oferta, é reduzir os *numerus clausus* em medicina, conforme consta dos manuais de Economia da Saúde!

- Não percebi a referência aos Colégios de Especialidades... Curiosa referência de quem está tão pouco informado sobre saúde. Quer discutir esta matéria?!

- Então mas o Estado contratava médicos para onde não precisava??!! E se isso acontecia, este Governo demorou três anos para perceber??!! Os Médicos têm sido contratados para onde são necessários, valha-me Deus!!!! Quer debater esta questão?! Actualmente, as fusões hospitalares e de serviços e a redução da capacidade de resposta que daí decorre, com prejuízo da acessibilidade dos doentes, originou a existência de médicos em excesso em alguns serviços, mas isso é da responsabilidade das decisões deste Governo.

- Segue um artigo que publiquei no Correio da Manhã sobre uma médica desempregada, especialista em Pneumologia. Agora já fica a conhecer.

- Sabe que cada médico Cubano, daqueles importados pelo anterior Governo pela mão do Dr Luís Ma-

nuel Cunha Ribeiro, fica ao Estado e Autarquias portuguesas em mais de 5000 euros/mês? Sabe que o Governo sempre se recusou a pagar montante semelhante aos médicos portugueses para se fixarem no interior?

- Sabe que estão especialistas em Medicina Geral e Familiar a emigrar e outros sem emprego público porque não há concursos abertos externos? Sim, daqueles que fazem falta ao país mas que o Governo tem sucessivamente desqualificado! Sabia?

- Sabe que actualmente entram mais de 400 jovens por ano na especialidade de Medicina Geral e Familiar e que em 2025 teremos mais de 1000 destes especialistas no desemprego?

- Sabe que os médicos apenas são contratados para onde o Estado abre concursos, pelo que esta medida agora anunciada pelo Governo como “novidade” é um completo absurdo?! Sempre foi assim! O Estado sempre abriu os concursos onde entendeu e onde precisava de médicos! E é assim que deve ser, nem pode ser de outra maneira. Mas será que durante três anos este Governo andou a contratar médicos para onde não precisava?! Que estupidez!!!

- Ao ritmo actual, o país já está a formar especialistas em Medicina Geral e Familiar a mais, o que significa que a curto prazo todos os portugueses terão um Médico de Família, pelo que a esta “medida” anunciada pelo Governo é do mais puro e estrito marketing e da mais completa demagogia política vazia de qualquer sentido ou consequência prática!

- Sabe que a Ordem dos Médicos anda há anos a sugerir ao Ministério da Saúde a instituição de medidas de discriminação positiva para fixar médicos no interior do país mas que este Governo se recusa a implementá-las?!

- Sabe que, segundo os dados da OCDE, Portugal tem 4 médicos por 1000 habitantes, um número apenas ultrapassado pela Itália, Áustria, Grécia e Rússia, enquanto a média da OCDE é de 3,2 médicos; confirmei na base de dados da Ordem dos Médicos, actualmente Portugal tem registados na Ordem dos Médicos mais de 40000 médicos com 69 anos ou menos, um número que está a subir rapidamente!

Finalmente, não posso deixar de lamentar que os comentadores portugueses falem tanto sobre assuntos que desconhecem.

Por isso mesmo, tal como já fiz no passado, convido-o para um diálogo sobre saúde, com ou sem almoço. Pode colocar-me todas as questões que muito bem entender, que eu responderei fundamentadamente.

Infelizmente, a Ordem dos Médicos é muito acusada de ser corporativa, mas apenas sofre essa acusação “pelas costas”, quando não está presente para se defender. A isso chama-se cobardia.

Tenho desafiado repetidamente o Ministro da Saúde para um debate sobre Saúde. Se o Sr Ministro tem razão, porque não o aceita? Mistério...

Caro Dr. Miguel Sousa Tavares, porque acredito na sua honestidade, frontalidade e boa-fé, fico a aguardar uma oportunidade para um diálogo sobre Saúde. Até pode ser na SIC, se o preferir, para que o Sr. Dr. possa “esmagar” publicamente a Ordem, o seu Bastonário e os seus argumentos e posições, por si consideradas corporativas.

Aguardo a sua resposta.

Com os mais cordiais cumprimentos,

José Manuel Silva,

Bastonário da Ordem dos Médicos

PS: como os seus comentários foram públicos, irei divulgar este email sob a forma de carta aberta.



Carreira de MGF: Transição para o regime das 40 horas semanais

Publicamos em seguida o parecer jurídico da OM sobre os requisitos e condições de legalidade na transição para o regime das 40 horas semanais na carreira de Medicina Geral e Familiar.

«Foi directamente solicitado a este departamento o esclarecimento da seguinte situação:

- A consulente é médica de família num ACES da Região de Lisboa e solicitou a transição para o regime das 40 horas semanais, previsto no Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de Dezembro.

- O pedido foi aceite e, supostamente, o novo regime seria aplicado a partir do dia 1 de Julho.

- Contudo, apesar da alteração (aumento) da carga horária certo é que em termos retributivos não se verificou o correspondente aumento tal como previsto no referido diploma.

- Questionada a ARS, foi informada que por não ter atingido o número de 1850 utentes na sua lista não poderia beneficiar da retribuição prevista na lei.

- Esse número veio a ser cumprido em 8 de Agosto, contudo, só a partir de 9 de Setembro a ARS processou o vencimento de acordo com a lei, desta feita alegando que, por a consulente ter estado de férias até dia 8 de Setembro, só a partir de dia 9 poderiam considerar o vencimento previsto na lei.

- Perante estas respostas, a consulente questiona se a argumentação da ARS é válida e pergunta ainda se é legal a retirada do suplemento remuneratório especial e a redução das horas não assistenciais de 5 para 3 horas semanais.

Vejamos.

O artigo 5.º do DL 266-D/2012 dispõe o seguinte:

“ (...) 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 exceionalmente 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.”

Como se vê, o diploma não exige um número mínimo de utentes inscritos na lista do médico de família que solicita a transição para o regime das 40 horas.

As exigências são claras:

- a) Pedido do médico;
- b) Comprovado interesse para o serviço, fundamentado na necessidade para o bom funcionamento do serviço e existência de disponibilidades orçamentais.

Nada se diz quanto ao número de utentes, mínimo ou máximo, embora a lógica subjacente seja o aumento da cobertura assistencial e, portanto, da lista de utentes, “em troca” do aumento remuneratório, tendo sempre em conta o limite legal dos 1900 utentes previstos na alínea a) do n.º 1 do artigo 7.º-B do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de Agosto, redacção que foi introduzida pelo já referido Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de Dezembro.

Assim sendo, não se compreende a argumentação da ARS de só remunerar a consulente quando atingisse o número de 1850 utentes na sua lista. Menos ainda se entende que, mesmo atingindo esse número, a remuneração não lhe

seja paga com a alegação de que esteve em gozo do seu período de férias, superiormente autorizado.

E a posição da ARS perde ainda mais valor jurídico, após a publicação do Despacho n.º 11574/2013, de 5 de Setembro.

Com o objectivo, confesso, de regulamentar o procedimento de transição, o Despacho n.º 11574/2013, de 5 de Setembro de 2013, diz o seguinte:

“1 - Estando em causa a transição de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar para o regime de 40 horas semanais, a proposta de transição deve ser encaminhada para a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., fazendo-se acompanhar de:

- a) Informação de que existe cabimento orçamental;
- b) Número de utentes por médico de família no respetivo Agrupamento de Centros de Saúde;
- c) Número de utentes sem médico de família, no respetivo Agrupamento de Centros de Saúde, depois da organização das listas, nos termos previstos no Despacho n.º 13795/2012, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 206, de 24 de outubro. (...)”

E no preâmbulo do Despacho lê-se, claramente, o seguinte:

“(…) há pedidos em que a situação fáctica dispensa a necessidade de prestar essa informação suplementar. É desde logo o caso da transição dos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, área em que é notória a carência de médicos, salientando-se, neste âmbito, o propósito do Governo, como claramente decorre do seu Programa, no sentido de garantir, no decurso da presente legislatura, o acesso a um médico de família a cada cidadão. Assim, o interesse e a necessidade da população em geral em que o número de utentes sem médico de família diminua, em resultado do aumento da lista de utentes por médico, cons-

tituem fundamentos suficientes para que se reconheça o interesse dos serviços em que se opere a transição para o novo regime de trabalho, bastando a informação de que existe cabimento orçamental, e que existem utentes sem médicos de família, cujo número, em resultado da transição pretendida, irá diminuir.” (sublinhado nosso).

Ou seja, bastaria o aumento da lista de utentes, não estipulando o Despacho qualquer número concreto, podendo portanto admitir-se que qualquer aumento é considerado como justificação para o deferimento do pedido de transição.

Conclui-se, portanto, que a actualização da ARSLVT careceu de suporte legal, o que torna os actos de processamento de remunerações ilegais, exigindo assim a reposição da legalidade com o consequente pagamento dos valores em falta. Sugere-se à consulente que formule esse pedido, anexando o presente parecer.

Caso a ARSLVT não aceite a argumentação ora expendida ou nada diga ao fim de 10 dias úteis, recomenda-se que seja feita uma denúncia junto da Provedoria da Justiça, com conhecimento ao Gabinete do Sr. Ministro da Saúde e ao Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos.

Vejamos agora a questão do subsídio adicional mensal e a cessação do seu pagamento.

O pagamento do referido subsídio é uma decorrência do estipulado no n.º 5 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de Agosto e das Portarias n.os 840/2002, de 11 de Junho e 410/2005, de 11 de Abril.

Porquanto julgamos saber, tais diplomas não foram expressamente revogados. Por cautela, fez-se uma consulta à base de dados da Presidência do Conselho de Ministros e também não existe qualquer informação nesse sentido. Certo é que,

aparentemente, a ARSLVT considera que existe um impedimento ao pagamento desse subsídio no caso de os médicos optarem pela transição para o regime remuneratório das 40 horas.

Ora, não se conhecendo a fundamentação para essa decisão, sugerimos que a consulente apresente um pedido de fundamentação jurídica, por forma a então podermos apreciar da sua legalidade que, à partida, nos parece duvidosa.

Por fim, no que respeita às horas não assistenciais, o novo regime legal da carreira médica não estipula qualquer número de horas.

Como sabemos, o anterior regime legal previa que os médicos com 35 horas semanais tivessem 5 horas para actividade não assistenciais, entendidas estas como “aquelas que, muito embora se encontrem relacionadas com a prestação de cuidados de saúde, não implicam uma relação directa médico/utente, designadamente as reuniões de serviço ou de estudo de casos clínicos, a coordenação de unidades de saúde, a organização de ficheiros e a elaboração de relatórios” – vide Despacho n.º 18/90, publicado no D.R. II Série de 21 de Agosto.

Perante este vazio legal, deveremos seguir o previsto na lei para estas situações, isto é, aplicar a norma existente nos casos análogos e na falta de caso análogo, a solução a encontrar deverá respeitar o espírito do sistema – artigos 9.º e 10.º do Código Civil

Ora, assim sendo, julgamos importante analisar as actuais funções que a lei atribui aos médicos da carreira médica de medicina geral e familiar, compará-las com as anteriores e perceber se as actividades não assistenciais agora previstas justificam uma diminuição, manutenção ou aumento da carga anteriormente atribuída.

Essas funções estão descritas no

artigo 7.º-B (já referido supra) e são as seguintes:

- a) Prestar cuidados de saúde globais e continuados a uma lista de utentes inscritos com uma dimensão de no máximo 1900 utentes, correspondentes a 2358 unidades ponderadas, individualmente, no âmbito de uma equipa, bem como desenvolver actividades de prevenção das doenças e, ainda, promover a gestão da sua lista;
 - b) Exercer nas unidades de saúde funções de apoio, de carácter transitório, aos utentes sem médico de família;
 - c) Registar no processo clínico os atos, diagnósticos e procedimentos;
 - d) Orientar e seguir os doentes na utilização de serviços de saúde a que entenda referenciá-los para adequada assistência, nomeadamente quanto a cuidados hospitalares, mediante relatório escrito confidencial;
 - e) Promover a articulação com outros níveis de prestação de cuidados com o objetivo de proceder à sua adequada continuidade;
 - f) Responsabilizar-se por unidades funcionais;
 - g) Participar na formação dos médicos internos;
 - h) Participar em projetos de investigação científica;
 - i) Integrar programas de melhoria contínua da qualidade;
 - j) Desempenhar funções docentes;
 - k) Participar em júris de concurso;
 - l) Exercer nas unidades de saúde funções integradas nos programas de saúde pública, designadamente as de assistência global às populações.
- 2 -Na área de medicina geral e familiar, ao assistente graduado são atribuídas as funções de assistente e ainda as de:
- a) Coordenar o desenvolvimento curricular dos médicos internos e dos médicos assistentes;
 - b) Coordenar a dinamização da investigação científica;
 - c) Coordenar a dinamização de projetos de bioética;
 - d) Coordenar a dinamização de projetos de informatização clínica e de tele-

medicina;

e) Coordenar os protocolos de diagnóstico, terapêuticos e de acompanhamento;

f) Coadjuvar os assistentes graduados seniores.

3 -Na área de medicina geral e familiar, ao assistente graduado sénior são atribuídas as funções de assistente e de assistente graduado, cabendo-lhe ainda:

- a) Coordenar atividades assistenciais de investigação científica e de formação médica na área da sua especialidade;
- b) Coordenar os processos de acreditação;
- c) Desempenhar cargos de direção e chefia, nomeadamente de membro do conselho clínico;
- d) Coadjuvar a direção clínica dos agrupamentos de centros de saúde nas atividades de gestão;
- e) Substituir o coordenador de unidade da respetiva área nas suas faltas e impedimentos.

Se as confrontarmos com as anteriores funções, veremos que não existem diferenças significativas.

Com efeito, o artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março (anterior regime legal das carreiras médicas) estipulava o seguinte:

1 - O exercício profissional do médico de clínica geral abrange, de harmonia com o seu perfil e para assegurar a generalidade e continuidade dos cuidados:

- a) O atendimento e tratamento dos utentes a seu cargo, por quem é responsável;
- b) A tomada de decisões de intervenção médica que, em seu critério, se imponham em cada caso;
- c) A orientação e seguimento dos doentes na utilização de serviços de saúde a que entenda referi-los para a devida assistência, nomeadamente quanto a cuidados hospitalares, mediante relatório escrito confidencial;
- d) A recepção, em referência de retorno, dos relatórios correspondentes à intervenção de outros serviços de saúde e à continuação dos cuidados.

2 - Ao médico de clínica geral cabe cooperar nos objectivos comuns do Serviço Nacional de Saúde, para o que poderá ser chamado, nomeadamente, a:

a) Exercer nos centros de saúde e suas extensões funções integradas nos programas de saúde pública, designadamente de assistência global às populações;

b) Actuar no âmbito dos serviços hospitalares, tanto para acompanhamento dos inscritos na sua lista como para serviço do hospital, numa perspectiva de articulação dos cuidados primários com os diferenciados;

c) Cooperar em programas de formação, especialmente os destinados a esta carreira;

d) Prestar conselho técnico ao planeamento, organização e gestão da carreira ou de serviços de saúde;

e) Colaborar em reuniões clínicas, científicas e de programação ou avaliação de actividades relacionadas com a sua área profissional;

f) Exercer funções de chefia, nomeada-

mente de director de centro de saúde;

g) Participar em programas de investigação;

h) Exercer funções docentes;

i) Participar em júris de concursos;

j) Ter a seu cargo a garantia de qualidade dos serviços prestados.

Não existem, a nosso ver, diferenças significativas.

Assim sendo, não vemos justificação para a ARSLVT diminuir o n.º de horas não assistenciais, pelo que sugerimos que a consulente peça, também aqui, a fundamentação para essa decisão.

Em suma, quer a diminuição das horas assistenciais quer a cessação de pagamento do subsídio adicional mensal são decisões cuja fundamentação não é conhecido e que, por isso mesmo, justificam que a consulente formule o correspondente pedido de fundamentação.

Quanto à passagem ao regime das 40 horas, claramente que para nós existiu uma ilegalidade no não pa-

gamento pela correspondente tabela remuneratória, pelo que neste caso a consulente deverá solicitar o pagamento dos valores em falta. A invocação de um número mínimo de utentes não consta da lei nem nunca foi comunicada à consulente pelo que o argumento não tem acolhimento legal.

Esta é, salvo melhor, a nossa opinião.

O Consultor Jurídico,

Vasco Coelho

2013-12-03

Notas:

1 - Não tendo a Ordem dos Médicos funções sindicais e vocação específica nesta área, o parecer em causa é a interpretação do Departamento Jurídico do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos face à lei em vigor.

2 - O presente Parecer não foi objecto de homologação pelo Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, pelo que não pode ser considerado como a posição do referido Conselho sobre a presente matéria.

Bilhetes CP com desconto

Recordamos os colegas que a Ordem dos Médicos celebrou um acordo comercial com a CP, através do qual os bilhetes em 1ª classe têm um desconto de 15%. Os bilhetes podem ser adquiridos pelas vias normais (bilheteira, internet, máquinas de venda automática). Para o efeito, o médico deverá apresentar nas bilheteiras a cédula profissional válida. Os médicos que tenham a cédula caducada e estejam a aguardar a entrega da nova cédula deverão fazer-se acompanhar de uma declaração da OM, indicando que já pediram a renovação. Cada cédula só dá direito a adquirir uma viagem simples ou de ida e volta, por comboio e por dia. Este desconto não é acumulável com quaisquer outros. Para efeitos de desconto, é necessário utilizar o código de acordo comercial atribuído à Ordem dos Médicos (29157) ou fazer a referência ao Protocolo CP/empresas - Ordem dos Médicos. É sempre necessário fazerem-se acompanhar da cédula profissional quando viajarem com este desconto pois, durante a viagem, o revisor pedirá o Cartão da OM para confirmação.

Relembramos ainda que, independentemente de qualquer protocolo, a CP oferece 40% de desconto nos bilhetes para intercidades e alfa pendular, desde que a sua aquisição se concretize com um mínimo de 5 dias de antecedência.



Suspensão da colaboração com as auditorias às NOCs

Na sequência da incorrecta interpretação das cláusulas do protocolo de colaboração com a DGS no âmbito da elaboração e auditoria das Normas de Orientação Clínica (NOCs), e do facto do Ministério da Saúde não assumir as suas obrigações para com os profissionais que nele têm colaborado, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos recomenda a todos os médicos que têm colaborado neste processo que suspendam de imediato a colaboração na realização de mais auditorias até que se efectue a devida reanálise, aperfeiçoamento e até que haja lugar às devidas remunerações. Reproduzimos em seguida o respectivo comunicado.

A Ordem dos Médicos assinou a 5 de Setembro de 2011 um importante protocolo de colaboração com a DGS no âmbito da elaboração e auditoria das NOC.

Este acordo deveria representar um processo de colaboração exemplar entre Governo e Médicos e uma aposta inteligente na melhoria contínua da Qualidade. Centenas de médicos têm trabalhado gratuitamente, com dedicação, empenho e independência, para a Qualidade da Saúde em Portugal e para o bom êxito deste projecto.

Porém, as cláusulas do protocolo não têm sido devidamente interpretadas e o Ministério da Saúde não assume as suas obrigações para com os profissionais.

Muitos dos parâmetros auditados nas auditorias estão mal definidos, não têm importância clínica, não estão explicitados nas NOC e não são registáveis nos programas informáticos de registo clínico, pelo que o seu “incumprimento”

é elevadíssimo (!), levando a taxas anormalmente elevadas de aparente “desconformidade”, taxas essas que não têm qualquer significado ou relevância médica mas que causam alarme na população e desprestigiam o processo. Sublinhe-se que estes parâmetros não foram analisados nem validados previamente com a Ordem dos Médicos, incumprindo o disposto no protocolo.

Se as conclusões dos relatórios das auditorias da DGS, revelando despropositadas e brutais taxas de “incumprimento”, tivessem algum valor real, seria caso para perguntar como é que os doentes portugueses não estavam todos mortos! É absurdo.

Os médicos têm colaborado de boa-fé e graciosamente num processo que foi desvirtuado e burocratizado e que apenas tem resultado numa completamente injusta má imagem da prática médica.

A impressionante multiplicação de NOC e a realização por ataca-

do de auditorias imperfeitamente preparadas, não obstante a qualidade da execução e o empenho dos auditores, está a banalizar e descredibilizar todo o processo, conduzindo inexoravelmente à mera burocratização do mesmo e à realização de inconsequentes relatórios e, como resultado, à agonia prematura de uma iniciativa meritória que devia ser acarinhada e melhor trabalhada.

Assim, em função destes considerandos e como primeira medida concreta, a Ordem dos Médicos recomenda a todos os médicos que têm colaborado no processo das auditorias das NOC que, de forma unida e determinada, suspendam de imediato a colaboração na realização de mais auditorias até todo o processo ser avaliado, reanalisado, aperfeiçoado e devidamente remunerado.

CNE da Ordem dos Médicos, Porto, 14 de Fevereiro de 2014



Proposta da Ordem dos Médicos para resolver de imediato o problema dos portugueses sem médico de família

Dar médico de família a um milhão de portugueses

Há milhares de médicos de família reformados.

Segundo o Ministério da Saúde, há cerca de um milhão de portugueses sem médico de família, particularmente na Grande Lisboa e Algarve.

Estão a entrar na especialidade de medicina geral e familiar mais de 400 jovens médicos por ano, pelo que no prazo de quatro a cinco anos todos os portugueses terão um médico de família e, a partir daí, começará a haver médicos de família desempregados.

Para resolver o actual problema, que está limitado no tempo, a Ordem dos Médicos propõe que o Governo contrate mil médicos de família reformados, pelo prazo máximo de três anos, com flexibilidade de horário e a meia lista, ou seja, cerca de mil utentes por lista. Para tal basta propor uma retribuição minimamente aceitável. Contratar mil médicos com mil utentes, em média, cada um, permitirá de imediato dar um médico de família a um milhão de portugueses, reduzindo praticamente a zero os portugueses sem médico de família.

Ou seja, o Governo tem a solução, só falta vontade em implementá-la.

A Ordem dos Médicos, que desde há muito tempo tem vindo a apresentar esta proposta, quer deixar bem claro que se há portugueses sem médico de família, a responsabilidade é do Ministério da Saúde.

Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, Lisboa, 28 de Março de 2014

Comissão Europeia pede a França que respeite os direitos dos médicos internos

Com o intuito de fazer cumprir as directivas da União Europeia, a Comissão Europeia pediu a França que respeitasse os direitos dos médicos internos nomeadamente não os obrigando a trabalhar mais horas do que a lei indica ou a descansar menos do que o que são considerados os períodos de descanso mínimos aceitáveis. Estas e outras definições de direitos essenciais, constantes da Directiva dos Tempos de Trabalho (2003/88/EC), não estão a ser respeitadas pela lei francesa. Um preceito não respeitado é o limite de 48 horas de tempo de trabalho semanal médio para os médicos internos pois em França não se contabilizam, por exemplo, os tempos de trabalho de prevenção (*on call*), contrariando assim a Directiva europeia. A consequência dessa violação da Directiva é que, frequentemente, os médicos internos estão a ser obrigados a trabalhar horas excessivas nos hospitais públicos. Perante a infracção, a Comissão Europeia já emitiu a sua recomendação para que França comece a respeitar os direitos legais dos médicos internos, dando dois meses para que regularizem esta situação, caso contrário a infracção poderá ser levada ao Tribunal Europeu de Justiça.

Regulamento de distinção honorífica na gestão dos serviços de saúde

A direcção do Colégio da Competência de Gestão dos Serviços de Saúde, no uso das competências que lhe estão atribuídas pelo artigo 89.º do Estatuto da Ordem dos Médicos propôs ao Conselho Nacional Executivo, a criação de uma distinção honorífica, por forma a incentivar e reconhecer o trabalho feito nesta área.

O Conselho Nacional Executivo, na sua reunião de 4 de outubro de 2013, concordou com a atribuição da referida distinção e, consequentemente, ao abrigo do disposto no artigo 64.º do Estatuto da Ordem dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de Julho, aprovou o seguinte Regulamento de Distinção Honorífica na Gestão dos Serviços de Saúde:

REGULAMENTO Nº 1

REGULAMENTO DE DISTINÇÃO HONORÍFICA NA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - Da Distinção Honorífica

1 – A distinção honorífica destina-se a condecorar, anualmente, os médicos que se tenham notabilizado na área da Gestão nos Serviços de Saúde.

2 – A distinção consiste na atribuição de uma medalha.

Artigo 2º - Dos Candidatos

1 – Podem ser candidatos todos os médicos regularmente inscritos na Ordem dos Médicos.

2 – São candidatos os médicos sugeridos pelos elementos do Júri ou os que apresentem a sua candidatura,

devidamente fundamentada, até 30 de Agosto do respectivo ano.

Artigo 3º - Da Competência e Composição do Júri

1 – É competente para a atribuição da distinção honorífica a direcção da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos.

2 – O Júri de selecção é constituído pelo Presidente da Ordem dos Médicos, pelo Coordenador e por três vogais da direcção do Colégio da Competência.

PROCEDIMENTO DE CONCESSÃO

Artigo 4º - Das Deliberações do Júri

1 – A cada elemento do Júri cabe um voto, tendo o Presidente da Ordem dos Médicos, ou o Coordena-

dor Nacional na sua ausência, voto de qualidade.

2 – As deliberações do Júri são passadas para as actas, que devem ser assinadas por todos os elementos presentes na deliberação.

3 – As deliberações do Júri não são susceptíveis de recurso administrativo.

Artigo 5º - Da Homologação e Cerimónia

1 – A deliberação da qual resulta a selecção do candidato a ser distinguido é remetida para a entidade competente referida no artigo 3º, para que proceda à devida homologação.

2 – A distinção ao homenageado deverá ser levada a cabo na Conferência Anual, no último trimestre de cada ano.

Regulamento do concurso para a criação gráfica da medalha alusiva à distinção honorífica na gestão nos serviços de saúde

O Conselho Nacional Executivo, na sua reunião de 4 de Outubro de 2013, aprovou, ao abrigo do disposto no artigo 64.º do Estatuto da Ordem dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de Julho, o Regulamento de Distinção Honorífica na Gestão dos Serviços de Saúde.

Em sentido de continuidade, o Conselho Nacional Executivo, ao abrigo das mesmas disposições, deliberou aprovar, nessa mesma reunião o Regulamento do Concurso para a Criação Gráfica da Medalha Alusiva à Distinção Honorífica na Gestão Nos Serviços de Saúde.

REGULAMENTO Nº 2

REGULAMENTO DO CONCURSO PARA A CRIAÇÃO GRÁFICA DA MEDALHA ALUSIVA À DISTINÇÃO HONORÍFICA NA GESTÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - Do Âmbito

1 – O presente regulamento tem por finalidade estabelecer o regime a que deve obedecer o concurso para a criação gráfica da medalha alusiva no âmbito da distinção honorífica na área de Gestão dos Serviços de Saúde a que se refere o Regulamento nº 1

2 – Podem ser candidatos todos os médicos regularmente inscritos na Ordem dos Médicos.

Artigo 2º - Da Competência e Composição do Júri

1 – A tramitação do concurso compete à direcção da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos.

2 – O Júri de selecção é constituído pelo Presidente da OM, por todos os membros da direcção da Competência a que se refere o número 1 do presente artigo e pelos Presidentes dos Conselhos Regionais do Norte, do Centro e do Sul.

Artigo 3º - Da Medalha

A medalha não poderá ter dimensões superiores a 20 cm de altura, nem inferiores a 10 cm de altura e 15 cm de largura.

PROCEDIMENTO DE CONCESSÃO

Artigo 4º - Da Candidatura

1 – Podem ser candidatos todos os médicos regularmente inscritos na Ordem dos Médicos.

2 – O prazo de candidatura é de 30 dias, a contar da data de publicação da abertura do concurso.

3 – A candidatura é efectuada mediante a apresentação de requerimento ao qual deve ser anexado, em envelope selado, o projecto gráfico da medalha com o qual se pretende concorrer.

4 – O requerimento a que se refere o número anterior deve ser dirigido ao Coordenador da Direcção da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde, e ser endereçado à Rua Delfim Maia, 405 – 4200 256, Porto.

4 – O envelope a que se refere o número 3 só pode ser aberto após a admissão da candidatura; no caso de não admissão da candidatura o envelope selado deve ser de imediato remetido ao médico.

Artigo 5º - Das Deliberações do Júri

1 – Ao Coordenador da Direcção da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde compete reunir o Júri no prazo de 15 dias, a contar do termo do prazo para a apresentação das candidaturas, para que se proceda à análise das candidaturas.

2 – A cada elemento do Júri cabe um voto, tendo o Presidente da Ordem dos Médicos voto de qualidade.

3 – As deliberações do Júri são aprovadas por maioria e transcritas em actas, que devem ser assinadas

por todos os elementos presentes na deliberação.

4 – As deliberações do Júri não são susceptíveis de recurso administrativo.

Artigo 6º - Notificação

1 – A deliberação da qual resulta a selecção do candidato é notificada ao candidato seleccionado.

2 – Da notificação deve ainda constar o prazo em que o candidato tem de dirigir-se aos serviços da Ordem dos Médicos para que se proceda à celebração do negócio jurídico referido no artigo seguinte.

Artigo 7º - Do Conteúdo Patrimonial do Direito de Autor

1 – A Ordem dos Médicos e o candidato seleccionado devem celebrar um negócio jurídico de simples autorização concedida à Ordem dos Médicos para divulgar, publicar, utilizar ou explorar a obra por qualquer processo (artigos 40º, alínea a), e 41º), nos termos previstos no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos.

2 – O autor goza de direitos morais sobre a sua obra, designadamente o direito de reivindicar a respectiva paternidade e assegurar a sua genuinidade e integridade.

3 – Caso o candidato não compareça nos serviços da Ordem dos Médicos no prazo referido no artigo anterior ou recuse a celebração do negócio jurídico, será notificado o candidato classificado em segundo lugar, aplicando-se, com as devidas adaptações, o disposto no artigo anterior.

Imputação de custos da prescrição

A Ordem dos Médicos interpelou o Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, João Carvalho das Neves quanto à imputação de custos da prescrição. Publicamos em seguida esse pedido de esclarecimentos e a resposta da ACSS.

Questões colocadas pela OM à ACSS

Exm^o Senhor Presidente,

Justificadamente, cada vez é maior a preocupação com os custos da medicação, que se tornou uma dos parâmetros analíticos da actividade médica. Agora o Ministério da Saúde está também a centrar a sua atenção sobre a prescrição hospitalar para o ambulatório.

Neste contexto, conforme carta anteriormente enviada, vimos reiterar a V. Exa. duas questões que reputamos da maior importância e que gostaríamos de ver esclarecidas com a máxima brevidade.

1 – Quando um médico prescreve exclusivamente por DCI, qual o custo da prescrição que é imputado ao médico, o valor do genérico com o preço mais baixo, ou o valor do medicamento dispensado ao balcão da farmácia?

2 – Quando um médico prescreve com marca e é dispensada ao balcão da farmácia uma marca distinta, qual o valor do custo da prescrição que é imputado ao médico, o da marca prescrita pelo médico ou o da marca dispensada pela farmácia?

Com os mais cordiais cumprimentos,

O Presidente, Prof. Doutor José Manuel Silva

Esclarecimento da ACSS

Em resposta ao vosso ofício, a ACSS vem por este meio informar a Ordem dos Médicos do seguinte:

De acordo com os despachos nº 17069/2011 e nº 13901/2012, as entidades competentes do Ministério da Saúde enviam aos médicos prescritores relatórios trimestrais de monitorização da prescrição, para 3 locais de prescrição distintos: Hospitais do SNS, CSP (cuidados de saúde primários) e Medicina Privada. Neste contexto, o que se pretende com estes relatórios de monitorização individual é, entre outros aspectos mais técnicos (que tendem a ser desenvolvidos), monitorizar o resultado da prescrição médica no custo do SNS.

Assim e respondendo à primeira pergunta, de acordo com a legislação em vigor, quando o médico prescreve por DCI selecciona um CNPEM (código nacional para a prescrição electrónica de medicamentos) que corresponde a um grupo de medicamentos (constituídos pelo mesmo fármaco e a mesma dimensão de embalagem). Este CNPEM está associado a um preço de referência de comparticipação para o SNS. Este valor é fixo para os vários medicamentos dentro do mesmo CNPEM variando apenas entre populações (ex: pensionistas). Assim e para determinado CNPEM seleccionado pelo médico, o valor de comparticipação do SNS imputado vai ser o mesmo, independentemente do medicamento que for dispensado na Farmácia.

Relativamente à segunda questão e quando o médico prescreve por marca e é dispensada uma marca diferente na Farmácia (caso excepcional detalhado na legislação), o valor de comparticipação do SNS é calculado com base no valor do medicamento dispensado (marca ou genérico que deverá ter um preço inferior à marca prescrita). Contudo, e para a dispensa ser válida, o medicamento dispensado tem que ter o mesmo CNPEM do medicamento prescrito, logo tem o mesmo preço de referência de comparticipação para o SNS.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Directivo, João Carvalho das Neves



Helena Canada, Rosa Gouveia, Manuel Mendes Silva (Presidente), Rui Costa e Amândio Santana (†)

Actividade do CDRS 2011-2013

Publicamos em seguida o resumo da actividade do Conselho Disciplinar Regional Sul (CDRS) da Ordem dos Médicos, 2011-2013, em artigo elaborado por Manuel Mendes Silva.

Foram efectuadas 121 reuniões do CDRS durante a vigência destes conselheiros (2011-2013), uma por semana excluindo férias, feriados, ou outros impedimentos (por exemplo reuniões do CND). Nelas foram discutidos, apreciados e julgados, com a colaboração de um dos assessores jurídicos, que posteriormente redigia as decisões, os processos distribuídos, dois a quatro por semana a cada conselheiro, devidamente referenciados em acta, assim como todos os processos decididos. As participações entradas eram inicialmente avaliadas pela outra assessora jurídica e instaurados os respectivos processos num prazo máximo de dois meses, iniciando-se nesse prazo a instrução básica para posteriormente serem distribuídos aos relatores.

Apesar de, durante quase dois anos, infelizmente, não termos

podido contar com o Amândio Santana pela doença que culminou com a sua morte, e durante quase um ano uma das funções administrativas ter estado doente com baixa, pensamos que os números abaixo referenciados falam por si e atestam o nosso trabalho. Nestes três anos 1025 processos foram instaurados, tendo havido 1411 processos arquivados, 105 despachos de acusação e 76 condenações, com uma taxa de recursos de cerca de 2%. A estes números há a acrescentar cerca de 40 processos já decididos pelos conselheiros que aguardavam elaboração de relatório no final de 2013 e que os novos conselheiros, em princípio, subscreverão e assinarão.

Gostaríamos, contudo de realçar dois ou três pontos desta nossa actividade. Apesar do número crescente, sobretudo em 2012, das queixas e dos processos

instaurados, conseguimos recuperar quase 500 processos dos quase 1240 processos atrasados que recebemos no final de 2010. E os 775 que deixamos (menos cerca de 40 como referido acima, o que dá um total de 735), estão todos em “pendência controlada”, não havendo, à excepção dos processos instaurados após 20 de Novembro de 2013, processos que não tenham iniciado a instrução e que esta não esteja sob controlo. A totalidade dos processos “mais simples” de 2011 e 2012 e boa parte de 2013 estão “despachados”, estando os restantes a aguardar uma instrução mais complexa (a maioria), ou decisões de outros órgãos judiciais ou disciplinares (Tribunais, IGAS, órgãos hospitalares, etc.), ou a distribuição aos relatores. E, como referimos, todos os processos pendentes estão sobre controlo e devidamente registados e

Mapa do Movimento Processual Conselho Disciplinar Regional SUL 2011 (De 26.01.11 a 31.12.11)

Processos que transitaram de 2010: 1237
Novos Processos: 281
Arquivamentos: 422
Despachos de acusação: 25
Condenações: 9
Advertência: 3
Censura: 6
Suspensão temporária (aguardam decisão): 1
Transitam para o ano de 2012: 1087

Lisboa, 31 de Dezembro de 2011

Mapa do Movimento Processual Cons. Disciplinar Regional SUL 2012

Processos que transitaram de 2011: 1087
Processos instaurados: 421
Arquivamentos: 542
Despachos de acusação: 39
Condenações: 29
Advertência: 10
Censura: 14
Suspensão 1 mês: 1
Suspensão 4 meses: 1
Suspensão 1 ano: 1
Suspensão 3 anos: 1
Suspensão 5 anos: 1
Transitam para o ano 2013: 937

Lisboa, 31 de Dezembro de 2012

Mapa do Movimento Processual Cons. Disciplinar Regional SUL 2013 (até 6 Janeiro 2014)

Processos que transitaram de 2012: 937
Processos instaurados: 323
Arquivamentos: 447
Despachos de Acusação: 41
Condenações : 38
Advertência: 11
Censura: 22
Suspensão 10 dias: 1
Suspensão 60 dias: 1
Suspensão 6 meses: 2
Suspensão 3 anos: 1
Transitam para o ano de 2014: 775

Lisboa, 6 de Janeiro de 2014

agendados, não havendo processos “parados” incontrolados.

Em suma, no final de 2013, uma participação entrada estava a iniciar instrução no prazo máximo de dois meses, e a grande maioria dos processos instaurados estava resolvido em poucos meses, antes de um ano. Os processos mais complexos, pendentes de instrução mais demorada ou aguardando outras decisões, encontravam-se controlados e agendados. Foram recuperados cerca de 500 processos atrasados. “A casa está arrumada e organizada”, mas o trabalho terá de continuar...!

Gostariamos também de realçar que a nossa preocupação de sensibilizar os colegas e de dar a conhecer a actividade disciplinar da O.M. (CDRS) foi conseguida através da publicação periódica de artigos na ROM por todos os conselheiros, incluindo o Amândio Santana, e da participação do presidente em debates na O.M. e em vários Congressos e Jornadas Médicas, divulgando e promovendo uma actividade pouco conhecida pela maioria dos colegas. Assim como algumas entrevistas dadas para a comunicação social, com o acordo do Bastonário, também teriam contribuído para essa divulgação junto do público.

Finalmente, como presidente, resta-me agradecer a excelente e leal colaboração de todos os conselheiros, da equipa jurídica e das funcionárias administrativas do CDRS, bem como de outras estruturas da OM, Bastonário, CRS, ROM. O trabalho do CDRS no triénio 2011-2013 foi um trabalho de todo um grupo, “esforçado”, mas entusiasmante e gratificante! Foi uma grande honra para mim, Manuel Mendes Silva, tê-lo liderado.

Lisboa, 14 Fevereiro de 2014

Ministério propõe “sedação” inadequada nas Colonoscopias!

Divulgamos em seguida um comunicado do Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos, na sequência da publicação do Despacho nº 3756/2014, de 11 de Março, sobre colonoscopias no SNS e a criação de um “novo pacote de cuidados ao abrigo da convenção para a endoscopia gastrenterológica”, despacho esse que é ferido de “grave desadequação técnica em vários aspectos”.

A Direcção do Colégio de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos, na sequência da publicação do Despacho nº 3756/2014, de 11 de Março, sobre colonoscopias no SNS e a criação de um “novo pacote de cuidados ao abrigo da convenção para a endoscopia gastrenterológica”, vem esclarecer o seguinte:

1- A preocupação do Ministério da Saúde para com a problemática da adesão dos cidadãos ao rastreio do cancro do colon e recto bem como da acessibilidade às colonoscopias é de referir e enaltecer.

2- Contudo, nunca sobre esta matéria foi a actual Direcção do Colégio, enquanto órgão técnico da Ordem dos Médicos com responsabilidades acrescidas nesta área, ouvida para qualquer esclarecimento ou pedido de colaboração, o que se lamenta.

3- O referido Despacho enferma de grave desadequação técnica em vários aspectos, mas mais marcadamente em dois:

a) Prevê a realização de “Sedação por Gastrenterologista”, procedimento que é desaconselhável

porque o médico deve estar concentrado na realização do exame e não com a preocupação acrescida da administração de fármacos, que podem desencadear complicações graves e que devem ser utilizados por um outro profissional médico presente, com formação em anestesiologia e dedicado apenas a essa vertente e à vigilância dos parâmetros vitais do doente durante o exame.

b) Ao fazê-lo, relega para plano secundário o actual “estado da arte”, ao pretender apenas uma sedação superficial manifestamente insuficiente e não permitir a utilização de medicação que eficazmente retire a dor, tentando impor aos médicos gastrenterologistas a utilização de métodos e fármacos que desde há vários anos têm caído em desuso, quer pela sua ineficácia quando comparados com outros mais recentes (e mais baratos) quer pelos seus potenciais riscos para os utentes. Além disso, nos anos mais recentes, tais métodos deixaram já de fazer parte da formação da maior parte dos gastrenterologistas.

4- Desta forma, a Direcção do Colégio de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos recomenda aos médicos gastrenterologistas que não aceitem, em simultâneo com a execução das colonoscopias, realizar por sua responsabilidade a sedação aos utentes, já que essa tarefa deverá competir a outro profissional médico, conforme atrás referido.

5- Vem ainda esta Direcção junto das entidades competentes, demonstrar a sua disponibilidade para em conjunto encontrar soluções consensuais que permitam ultrapassar alguns erros do articulado no **Despacho**, que, na forma como está actualmente, se torna **não exequível devido aos riscos que comporta para os utentes e profissionais, bem assim como à forma ineficaz como se traduziriam na prática os aspectos referentes ao controlo da dor durante a realização de colonoscopia.**

Coimbra, 15 de Março de 2014
A Direcção do Colégio de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos



Médicos sem autonomia na Urgência do Hospital de Faro

Divulgamos em seguida a carta que a OM dirigiu ao Inspector-Geral da IGAS sobre os relatos de que médicos sem autonomia estavam a ser escalados na Urgência do Hospital de Faro de forma inadequada.

A Ordem dos Médicos recebeu várias queixas dos médicos Internos do Ano Comum do Hospital de Faro, do Centro Hospitalar do Algarve, reclamando da forma inadequada como são escalados nessa urgência, depois destes médicos não verem atendidas as reiteradas comunicações que apresentaram à respectiva hierarquia.

No passado dia 19 de Fevereiro, a Ordem dos Médicos visitou oficialmente o Hospital de Faro e confirmou a justeza das preocupações expressas pelos referidos jovens médicos.

Efectivamente, estes médicos estão a ser escalados como efectiva força de trabalho, no balcão médico-cirúrgico de doentes autónomos, ultrapassando as suas competências de jovens sem autonomia e sem experiência clínica, colocando em risco os doentes e os próprios jovens, pela substantiva probabilidade de poderem cometer erros que possam prejudicar os doentes e a sua própria carreira profissional.

Teoricamente estes jovens médicos estão tutelados por tarefeiros ou médicos contratados, mas, na rea-

lidade, frequentemente sentem, e têm, enormes obstáculos em obter essa tutela e a assunção de responsabilidades pelos médicos mais velhos, alguns dos quais recusam ou dificultam essa circunstância.

A Ordem dos Médicos aconselhou os jovens Internos do Ano Comum a não darem altas e a não emitirem receitas sem que pudessem escrever no programa de registo o nome do médico que lhes deu a competente indicação e que, caso não o conseguissem fazer, se recusassem a concretizar esses procedimentos.

Todavia, a própria formação destes jovens fica comprometida, pelo reduzido apoio que recebem e pelo facto de não serem escalados noutros sectores do Serviço de Urgência. Em conformidade, a Ordem dos Médicos solicita à IGAS que audite rapidamente esta situação e imponha ao Centro Hospitalar do Algarve o respeito pela legalidade no que concerne às escalas e funções dos Internos do Ano Comum, que apenas podem exercer medicina tutelada, sem autonomia, de acordo com os nºs 1 e 2 do artº 2º do DL 203/2004, com a redacção conferida

pelo DL 45/2009.

Para além disso, em representação formal dos médicos Internos do Ano Comum, considerando a situação de risco a que são expostos por imposição da hierarquia hospitalar, a Ordem dos Médicos, ao abrigo do nº 2 do artº 271 da Constituição, vem informar que a responsabilidade e as eventuais consequências de qualquer erro cometido pelos Internos do Ano Comum na Urgência do Hospital de Faro devem ser imputadas à hierarquia hospitalar, ou seja, ao Presidente do Conselho de Administração, à Directora Clínica e ao Director do Departamento de Urgência e Emergência.

A Ordem dos Médicos fica a aguardar a decisão que V. Exa. entender por mais conveniente.

Com os mais cordiais cumprimentos,
José Manuel Silva



Portugal quer médicos suficientes para todos? **Sim ou não?**

SITUAÇÃO ACTUAL

- Os doentes portugueses ainda sentem falta de médicos em algumas especialidades e no interior do país.
- Portugal está a formar jovens médicos muito acima das suas necessidades e alguns encontram-se já com dificuldades de emprego, devido às limitações jurídicas dos concursos.
- Os médicos portugueses estão a emigrar, mesmo nas especialidades de que Portugal mais precisa.
- Se não emigrassem, mantendo-se o ritmo de aposentações, durante a próxima década haveria milhares de médicos no desemprego em Portugal.
- Nos próximos anos, Portugal vai gastar muitos milhares de milhões de euros em formação médica especializada para a exportar a custo zero para países mais ricos e com melhores condições sociais e de trabalho. Um verdadeiro e brutal desperdício, pago por todos os cidadãos.

OS NOSSOS MÉDICOS VÃO EMIGRAR CADA VEZ MAIS

Alguns desabafos de médicos nas redes sociais:

- *"Médica licenciada há 13 anos, especialista e doutorada, a trabalhar a tempo inteiro no SNS, vê hoje o seu recibo de vencimento: 1200 euros líquidos! Conclusão: esta médica vai emigrar!"*.
- *"Estou em França e com a vida outra vez organizada. Valeu a pena a coragem de sair. Não é fácil..., mas compensa! Eu já emigrei há um ano! E já acho que foi tarde, depois de 20 anos como anestesista"*.
- *"Trabalhamos cada vez mais horas para receber cada vez menos e ainda querem acabar com o internato médico de excelência que existe neste país. A frustração é cada vez maior entre os colegas e as coisas só não estão piores porque a maior parte de nós sente que tem um dever para com o doente e continua a trabalhar e a estudar por ele. Porque se fosse por este Governo (que me tira dinheiro para pagar 25000 euros a uma empresa para atender telefones na residência do PM, que aplaude de novo o regresso do Miguel Relvas e que ainda devolve dinheiro a investidores do BPN), acreditem que já me tinha desleixado há muito com o meu trabalho! Isto tudo já foi longe, longe demais!"*.

PORTUGAL DEVE EVITAR O ÊXODO DOS MÉDICOS!

Os especialistas portugueses são excelentes e são contratados ativamente pelos países mais desenvolvidos da Europa, onde são mais respeitados e bem recebidos, têm melhores perspectivas de desenvolvimento profissional e são muito melhor remunerados.

Este Governo desqualificou anormalmente o trabalho médico e, em vez do doente e com prejuízo deste, afetando a relação terapêutica, colocou o computador e os indicadores estatísticos no centro da consulta. Os médicos, que lidam com a Vida e a Saúde das pessoas e trabalham nas condições que todos conhecem, estão a ser dramaticamente desvalorizados.

Este Governo paga mais a um jovem assessor de um qualquer Ministro, acabado de formar (*jobs for the boys*), do que a um médico no topo da carreira, com dezenas de anos de experiência, a trabalhar 35 horas por semana (vencimento mensal bruto de 2.700 euros), numa actividade desgastante e difícil, de enorme exigência física, intelectual, emocional e científica e de elevadíssima responsabilidade.

EM NOME DA SAÚDE E DOS DOENTES, É ESSENCIAL MANTER OS NOSSOS MÉDICOS EM PORTUGAL

Para termos médicos de qualidade e em número suficiente em Portugal é preciso respeitar a profissão médica, reconhecer a complexidade, sensibilidade e permanente exigência da Medicina e retribuir condignamente os profissionais. É também imprescindível melhorar as condições de trabalho e a Qualidade da Saúde em Portugal, manter a excelência da formação médica, respeitar os direitos constitucionais dos portugueses e dialogar com as associações representativas dos médicos e dos doentes.

Se assim não for entendido pelo Governo, os médicos irão emigrar cada vez mais e Portugal, um país pobre, continuará a pagar a formação de profissionais altamente diferenciados e qualificados mas que abandonarão o País. Deste modo, apesar de se formarem médicos em excesso, os portugueses continuarão a sentir a falta de médicos em algumas especialidades e no interior do país.

Em nome dos doentes e dos médicos, a Ordem dos Médicos não podia deixar de lançar estes alertas e promover o necessário debate.

Nota de redacção: Este texto foi publicado no Expresso de 8 de Março 2014, como publicidade paga.

Médicos do Norte recusam proposta do Ministério da Saúde sobre Formação Médica Especializada

A Ordem dos Médicos, através do seu Conselho Regional do Norte (CRN) e do Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI), o Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e o Sindicato dos Médicos do Norte (SMN - FNAM), ouviram e registaram as críticas de cerca de 400 jovens médicos durante uma reunião magna que teve lugar no Porto em 13 de Março no salão nobre da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Participaram também na reunião a Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM) e as Direcções das Associações de Estudantes do Norte do País.

Em análise e discussão esteve o projecto de Decreto-Lei apresentado pelo Ministério da Saúde (MS) que pretende alterar o regime jurídico da formação médica especializada.

Foi entendimento generalizado entre os médicos presentes que o MS com esta proposta de DL:

1. Ameaça seriamente a qualidade da formação médica pós-graduada e a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população portuguesa;
2. Promove a desqualificação técnica e científica dos médicos e não respeita nem dignifica o exercício da profissão médica;
3. Ameaça a função de autorregulação da formação médica pós-graduada, jurídica e legitimamente entregue à Ordem dos Médicos, anulando as suas competências próprias na definição dos programas de formação das especialidades médicas e na definição e atribuição de idoneidades

e capacidades formativas para os internatos médicos;

4. Promove a extinção do Ano Comum (implícita na transição automática para o primeiro ano do internato de especialidade), o que conjugado com o desfaseamento entre formação pré-graduada e capacidades formativas para a formação específica, conduzirá à impossibilidade de obtenção de qualquer formação pós-graduada para muitos médicos;
5. Cria ainda mais barreiras à legítima vontade dos jovens médicos mudarem de especialidade, perante realização de Prova Nacional em igualdade de circunstâncias com todos os restantes candidatos;
6. Promove um novo modelo de Prova Nacional de Seriação (Seleção) para o acesso à Especialidade com a existência de uma nota mínima de 50%, sem a prévia avaliação dos resultados anteriores e respectivas ponderações a

ter em conta;

7. Não respeita as conclusões que o Grupo de Trabalho para Revisão do Internato Médico apresentou em 2012, designadamente a redução de cerca de 1/3 do número de vagas actualmente abertas nos cursos de Medicina. Pelos motivos referidos, entre outros que também foram discutidos, o projecto de Decreto-Lei apresentado pelo MS não nos merece qualquer respeito e deve ser liminarmente rejeitado na sua essência.

Reservando a nossa posição final e respectiva fundamentação adequada para a negociação em curso entre a Ordem dos Médicos e o Ministério da Saúde, fica desde já uma declaração de princípios dos quais não iremos abdicar:

1. Redução do *numerus clausus* para o acesso aos cursos de Medicina, respeitando as capacidades formativas das Faculdades de Medicina e Escolas Médicas

existentes, caminhando no sentido de um planeamento integrado de formação pré e pós graduada, seguindo a resolução aprovada pela Assembleia da República em 2013. Como medida imediata, propomos a eliminação dos concursos e vagas especiais de acesso para estudantes já licenciados.

2. Não queremos em Portugal médicos especialistas de primeira e de segunda categoria. Os internatos médicos devem manter um nível elevado de qualidade para que seja possível formar especialistas qualificados técnica e cientificamente para o exercício da Medicina. Só assim podemos continuar a garantir uma Medicina de excelência e cuidados de saúde adequados à população portuguesa.

3. Na defesa da qualidade da formação médica pós-graduada compete em exclusivo à OM exercer as suas competências próprias, continuando a definir e actualizar os programas de formação de todas as especialidades médicas e a definir, actualizar e atribuir as idoneidades e capacidades formativas para os internatos médicos. Nesta perspectiva, renovamos o compromisso de optimizar as capacidades formativas

sem comprometer a qualidade da formação, com publicação anual do mapa total de vagas para formação específica, atribuídas pela OM, durante o mês de Junho de cada ano.

4. Defender a manutenção do Ano Comum como um período de formação médica absolutamente imprescindível para a qualidade e segurança do exercício autónomo da Medicina. Esta autonomia deverá preferencialmente acontecer no final do Ano Comum e em igualdade de circunstâncias para todos os jovens médicos formados em Portugal e no estrangeiro.

5. Defender a existência de um único concurso anual para o acesso à especialidade que promova a igualdade de oportunidades e acabe com barreiras à mudança de especialidade. Promover um novo modelo de Prova Nacional, realizado por um júri especializado e profissionalizado que garanta a qualidade da avaliação e a transparência da seriação.

6. Desafiar o MS a apresentar um plano nacional para o SNS para os próximos 5 anos, que inclua as necessidades de médicos e respectivas especialidades por localização geográfica. Só desta forma será possível planear uma

colaboração sinérgica e positiva entre o MS e a OM no sentido de procurar dar resposta às principais necessidades do País, assegurando um melhor serviço aos cidadãos e contribuindo para um SNS mais justo e universal.

O CRN e o CNMI não se demitem do seu papel de defesa e salvaguarda inabalável da qualidade da formação médica especializada e rejeitam firmemente a desqualificação técnica e científica dos jovens médicos e qualquer tentativa de anarquizar os princípios basilares da Carreira Médica. Continuaremos a desenvolver todos os esforços no sentido de garantir o respeito pela dignidade do exercício da profissão médica e da Medicina, sustentadas na qualidade da formação pré e pós-graduada e na promoção das boas práticas médicas ancoradas na ética e deontologia da nossa profissão.

Defender a qualidade da Medicina é defender os doentes e o SNS.

Porto, 14 de Março de 2014.

Conselho Regional do Norte
Conselho Nacional do Médico Interno

I SEMANA DO AUTOR MÉDICO - 16 a 24 de Maio

A Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos vai levar a cabo, de 16 a 24 de Maio 2014, a 1ª Semana do Autor Médico.

A iniciativa tem por fim aproximar ainda mais a SOPEAM da comunidade médica portuguesa. Irá decorrer nas instalações da Ordem dos Médicos, em Lisboa. A participação está aberta a todos os autores médicos, sócios ou não sócios são convidados da nossa Associação.

Estão previstas uma exposição de livros de ficção, outra de artes plásticas, um ciclo de conferências sobre Medicina e Literatura e várias apresentações de novos livros.

Paralelamente, decorrerá uma pequena feira de livros.

Os Colegas interessados em expor e/ou vender as suas obras deverão contactar a

Secretária Administrativa da direcção da SOPEAM, D. Isabel Vicente pelo TM 962364177 ou por correio eletrónico para sopeam@gmail.com

Ajudantes em cirurgias oculares

Divulgamos em seguida o parecer do Colégio da Especialidade de Oftalmologia sobre “se é apenas aconselhável ou se é indispensável a existência de ajudante nas seguintes cirurgias: vitrectomia via pars plana, cirurgia de catarata, cirurgia refractiva (LASIK, lentes fáquicas)”.

Sobre o assunto mencionado em epígrafe, a Direcção do Colégio da Especialidade, em reunião do dia 2 de Março de 2013, e baseada numa deliberação prévia do CRNOM de 17-10-2000 sobre “Organização de equipas cirúrgicas em condições humanas e técnicas adequadas” resolveu emitir o seguinte parecer:

- No caso de actos cirúrgicos programados, e não estando em causa situações de emergência, é dever dos médicos cumprir o disposto no artigo 31º do Código Deontológico que estabelece como princípio geral que “O médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance...”

- Este dever de optimização da qualidade do exercício profissional implica que, em quaisquer actos médicos e, particularmente, nos actos cirúrgicos em que a vida ou uma importante função possam estar em risco, a equipa mínima a estar presente/disponível no bloco operatório seja constituída por

um cirurgião autonomamente competente na execução da técnica e por, pelo menos, um ajudante, médico, com a diferenciação suficiente para, no caso de surgirem circunstâncias imponderáveis e não previsíveis, poder suprir a indisponibilidade do cirurgião responsável, em condições técnicas minimamente aceitáveis.

- Acresce que a elevada diferenciação técnica que hoje caracteriza e é exigida para a prática de actos médicos, e sobretudo para aqueles com maior risco de morbilidade e mortalidade, acarreta um inevitável acréscimo de responsabilidade colegial e colectiva das equipas médicas, sem reduzir ou iludir a responsabilidade individual de cada médico.

- Ao responsável da equipa cirúrgica aplicam-se os princípios previstos no artigo 3º do Código Deontológico, segundo o qual, “o médico, no exercício da sua profissão, é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus actos”, e no artigo 33º do

mesmo Código, que prevê que “o médico deve exercer a sua profissão em condições que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e a especificidade da sua acção, não aceitando situações de interferência externa que lhe cerceiem a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de actuar em conformidade com as *legis artis*”.

- É importante considerar que, em qualquer caso, a equipa constituída tem de assegurar ao doente a conclusão do acto cirúrgico encetado. Podendo sobrevir ao cirurgião qualquer circunstância fortuita, mesmo de saúde, que o impeça de atender a uma complicação eventualmente surgida ou terminar a cirurgia começada, é imprescindível garantir a disponibilidade de um médico capaz de ajudar ou empreender as manobras necessárias à salvaguarda do doente.

- Ainda que o cumprimento dos deveres deontológicos acima referidos possa revelar-se difícil à luz de determinadas condições de exercício profissional exis-

tentes nas Unidades de Saúde, tal não dispensa os médicos de pugnar pelo seu cumprimento, tendo em vista, não só a qualidade técnica dos serviços que prestam, como também a exclusão de eventual responsabilidade civil, disciplinar ou penal.

- Assim sendo, devem também os médicos utilizar os mecanismos previstos no Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Pública e na Constituição da República quando forçados pelas hierarquias, legalmente

constituídas, à prestação de actos médicos em condições não conformes com a doutrina atrás expressa.

A Direcção do Colégio de Oftalmologia

Geriatria e Sexologia Clínica: admissão por consenso

O Conselho Nacional Executivo na sua reunião de 14 de Fevereiro de 2014, homologou os critérios de admissão por consenso nas competências em Geriatria e Sexologia Clínica. Os critérios podem ser consultados no site nacional da OM nas áreas respectivas. O prazo de candidatura para admissão por consenso a estas competências termina a 30 de Setembro de 2014.

Geriatria

Na Europa a Geriatria existe reconhecida como competência, subespecialidade ou especialidade na grande maioria dos países, apenas não existindo na Estónia, Eslovénia, Grécia, Moldávia e, até agora, Portugal. No nosso país, já existe formação pré-graduada nas Faculdades de Medicina de Coimbra, Lisboa e Beira Interior, e, desde há anos, formação pós-graduada através de mestrados e cursos pós-graduados de Geriatria ligados a várias universidades, como as de Lisboa, Porto e Coimbra, bem como através de estágios e cursos realizados no estrangeiro. Emergiu assim a necessidade de que os médicos com formação adequada nesta área, particularmente os das especialidades mais generalistas, como a Medicina Interna e a Medicina Geral e Familiar, pudessem ser credenciados pela Ordem dos Médicos.

Sexologia Clínica

Já a inexistência de uma Competência ou Especialidade em Sexologia Clínica faz com que a sua prática fique decorrente das necessidades das instituições e da disponibilidade dos clínicos oriundos de várias áreas da Medicina que lidam com a problemática da sexualidade humana, nomeadamente a Psiquiatria, a Urologia, a Endocrinologia entre outras. Alguns profissionais, suficientemente motivados, realizaram acções de formação específicas na área da Sexologia adaptadas às suas necessidades ou da instituição (ex: disfunções sexuais masculinas). Outros médicos, certamente uma minoria, com especial interesse nesta área, fizeram formação organizada, sobretudo teórica, através de pós-graduações de tipo Mestrado. Foram consequentemente definidos com minúcia, nesta primeira fase, os critérios para

a obtenção da Competência em Sexologia Clínica por consenso. Futuramente, e após terminado o período de Instalação, o Colégio da Competência definirá os critérios para obtenção do respectivo título.

Consulte em:
www.ordemdosmedicos.pt os critérios mínimos de acesso a estas competências bem como o modelo de requerimento e as check-list respectivas.

Relembramos que os interessados deverão apresentar a sua candidatura, junto da sua Secção Regional, até 30 de Setembro de 2014.

Admissão por consenso à competência em Medicina Paliativa

Está a decorrer o prazo de candidatura de Admissão por consenso à competência em Medicina Paliativa até ao dia 29 de Agosto de 2014.

O documento regulamentar da Competência em Medicina Paliativa que inclui os critérios de admissão, o programa curricular e o formulário de requerimento encontram-se disponíveis no *site* nacional (www.ordemdosmedicos.pt) na área destinada a essa competência. Solicita-se aos interessados que consultem a *check-list* que faz parte integral do documento de candidatura.

Os Cuidados Paliativos são já reconhecidos como especialidade na Inglaterra e Irlanda, há mais de 15 anos, também mais recentemente na Austrália, e como subespecialidade nos Estados Unidos da América, Nova Zelândia, França, Alemanha, Polónia, Roménia e Eslováquia. Em Portugal, existem

Unidades de Cuidados Paliativos, algumas há mais de 15 anos, onde trabalham alguns colegas médicos que, para além da formação realizada em instituições credenciadas e da larga experiência acumulada, realizaram formação específica avançada que confere credibilidade à sua prática.¹⁶

Pensamos que, neste contexto, fica claro que a Medicina Paliativa reúne uma especificidade própria, não ministrada nos curricula de outras especialidades já existentes e é necessária para responder a especificidades do sofrimento associado à situação das pessoas com doença grave, avançada e terminal, e suas famílias. A necessidade de estabelecer a Medicina Paliativa como uma competência advém, por um

lado, da necessidade de se garantir a qualidade na formação ao estabelecer um conhecimento estandarizado fundamental para acompanhar estes doentes e suas famílias, e por outro, do reconhecimento da falta de um maior número de profissionais médicos com esta formação. Ao credibilizar esta área médica, pensamos que será também mais plausível prestigiá-la e fixar novos médicos neste tipo de prática assistencial, garantindo ao mesmo tempo um desenvolvimento sustentado desta importante área de cuidados a doentes crónicos. Indubitavelmente, serão os doentes e suas famílias os que mais ganharão com este passo.

Concursos abertos pela ARS

A Direcção do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, reunida no dia 4 de Janeiro de 2014, vem por este meio demonstrar a sua preocupação, pela forma como estão a ser realizados os concursos de admissão de especialistas para os serviços hospitalares.

De facto, os candidatos são avaliados curricularmente por um Júri da ARS que nada tem a haver também com os hospitais para os quais foram abertas as vagas.

Com este modelo, os Directores de Serviço perdem a capacidade de escolher o candidato que melhor se adapte ao seu Serviço, ou seja, aquele que assume o perfil hospitalar mais favorável.

Em consequência frequentemente os Serviços não ficam satisfeitos com os candidatos que preenchem as vagas e os candidatos não se sentem devidamente realizados por serem admitidos em Serviços que nunca escolheriam.

A Direcção deste Colégio vem, por este meio, solicitar ao Senhor Bastonário que faça chegar à ACSS, e às ARS's, a discordância do Colégio em relação a este modelo de avaliação. Em nosso entender dever-se-ia manter o anterior modelo de correcção.

Sem outro assunto, com os melhores cumprimentos.

O Presidente da Direcção,
João Luis Silva Carvalho



Parecer do Núcleo de História da Medicina da OM

Em defesa do património assistencial, cultural, histórico, simbólico e urbano da Colina de Santana e dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Introdução

Entende o Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos que na Colina de Santana seja mantida uma matriz relacionada com o bem comum da população de Lisboa e com a histórica ligação à Saúde que esta área tem tido ao longo dos últimos séculos. Para o cumprimento desses objectivos importa compreender o espaço urbano num contexto multidisciplinar, nomeadamente

1) Apoio à população residente no centro histórico de Lisboa nos cuidados de saúde, com a manutenção de uma unidade assistencial hospitalar de proximidade e integrada, com uma unidade de Cuidados Continuados, em estreita conexão com os Cuidados de Saúde Primários.
2) Manutenção de um pólo de estudo das Ciências da Saúde, aproveitando sinergias entre a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, o Instituto de Medicina Legal e as unidades assistenciais de saúde – Cuidados Primários, Unidade Assistencial Hospitalar e Unidade de Cuidados Continuados. Estas estruturas beneficiariam certamente com a instalação, na proximidade, de um núcleo empresarial de investigação

em Ciências da Saúde. Seriam também complementares a um futuro hospital universitário da Universidade Nova/ Faculdade de Ciências Médicas, planeado para a zona oriental de Lisboa.

3) Manutenção e desenvolvimento do núcleo habitacional e comercial desta área geográfica da cidade, numa ambição de contrariar o êxodo da população para as zonas periféricas, devido em grande parte à carestia dos valores imobiliários e à carência de estruturas de apoio comercial e social, imprescindíveis à habitabilidade do centro histórico da cidade de Lisboa. O rejuvenescimento habitacional e comercial, com estruturas de serviços (creches, escolas, museus, bibliotecas, jardins, e outras áreas públicas) não pode criar guetos sociais, nem condomínios, com ou sem muros, nem destruir as características e personalidade desta zona histórica da cidade.

4) Preservação do património histórico relacionado com a Saúde, criando com esse objectivo um Núcleo Museológico com um forte programa de actividades educativas para a saúde, dirigido especialmente à população jovem e estruturas que ofereçam capacidade de executar investigação histórica com

meios técnicos e instalações adequadas, desenvolvendo um polo educacional, patrimonial e turístico ligado à saúde, em convergência com os objectivos do Plano Estratégico Nacional do Turismo.

A criação de uma Biblioteca e Arquivo Histórico da Saúde é também uma necessidade há muito sentida, existindo agora uma excelente oportunidade e locais para a sua instalação.

Estado actual do património

Após a explanação dos objectivos gerais supra-citados, compete ao Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos debruçar-se com particular atenção sobre o tratamento do património conectado com a evolução histórica das ciências da saúde. Verifica-se a existência, por um lado, de um elevado valor patrimonial dos imóveis sitos na Colina de Santana, e por outro lado, um não menos desprezível valor de bens móveis relacionados com a saúde.

É assim essencial a preservação, estudo e disponibilização para uso público deste património, como também é indispensável preservar a herança assistencial, técnico-científica e simbólica da Escola do

Hospitais Cíveis de Lisboa, herdeira e representante da História da Medicina Portuguesa, desde os seus primórdios.

1) Bens Imóveis classificados: Edifício Principal do Hospital de São José (Imóvel de Interesse Público); Capela do Hospital de São José (Monumento Nacional); antiga Igreja do Convento de Santa Marta (Imóvel de Interesse Público); Igreja do Convento dos Capuchos, boca da cisterna e todas as dependências decoradas com azulejos incluindo claustro e escadaria nobre (Imóvel de Interesse Público); Balneário D. Maria II e Pavilhão de Segurança do Hospital Miguel Bombarda (Conjunto de Interesse Público); Campo Mártires da Pátria incluindo suas vizinhanças de interesse histórico, artístico ou pitoresco (Imóvel de Interesse Público). Estes imóveis encontram-se ainda numa área geográfica urbana contendo outros locais inventariados na Carta Municipal do Património.

2) Bens móveis: o património histórico móvel da saúde encontra-se disperso por diversas instituições, geralmente em instalações deterioradas e diminutas, com escasso apoio técnico para proceder a inventariação e salvaguarda, com deficiente exposição pública e uma quase nula exploração turística. Na realidade, o acervo patrimonial encontra-se disponível ao público apenas em pequenas mostras temáticas e temporárias ou algumas visitas guiadas ocasionais, impedindo o

acesso público generalizado a nacionais e estrangeiros e carecendo de uma divulgação turística adequada

Proposta do Núcleo de História da Medicina da OM

Entende o Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos que, num momento em que se discute o destino futuro da Colina de Santana, com propostas de alienação dos edifícios hospitalares e de encerramento de unidades de saúde plenas de património móvel a preservar, se deverá formular uma proposta de preservação desse património, com o objectivo de o tornar patente ao público e de constituir uma mais-valia turística para a cidade de Lisboa.

A existência actual do Museu do Ministério da Saúde ("Museu da Saúde" com o pólo de Lisboa nas instalações do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, de Malariologia no CEVDI de Águas de Moura e já com projecto de renovação no Porto), do Museu Sá Penella (sito no Hospital dos Capuchos), Museu do Hospital Miguel Bombarda, Museu Mac Bride (Hospital de Santa Marta) e de acervo variado distribuído pelos vários hospitais da Grande Lisboa, não vai de encontro à exposição pública que o riquíssimo espólio merece. Este património, que se encontra na totalidade sob a tutela do Ministério da Saúde, é público e público deverá permanecer.

Assim sendo, seria desejável a ins-

talação, num dos edifícios da Colina de Santana e aproveitando o riquíssimo património imobiliário existente, de um verdadeiro Museu da Saúde com instalações suficientemente amplas e recursos humanos capacitados, que permitissem a inventariação, catalogação, restauro e permanente exposição pública do património móvel, assim como o apoio a actividades de investigação histórica. A existência de um Museu da Saúde com estas características iria de encontro à oferta pública de um bem público, num espaço público, podendo tornar-se em mais um dos motores de desenvolvimento educacional e científico e certamente de crescimento da oferta turística da cidade, onde a História da Medicina e da Saúde Portuguesas estivessem condignamente representadas.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos

Lisboa, 10 de Fevereiro de 2014

Nota da redacção: realizou-se no dia 29 de Março um debate cívico – **Colina de Santana: existem alternativas** – iniciativa organizada e promovida conjuntamente pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, o ICOM, o ICOMOS e a Sociedade de Geografia de Lisboa, através da sua Secção de História da Medicina. O debate, muito profícuo e com uma assistência de cerca de 150 pessoas, contou com a presença e intervenção de moradores da Colina de Santana, médicos, juristas, arquitectos, engenheiros civis, administradores hospitalares, historiadores, etc. Numa das próximas edições, daremos conta do que foi debatido e quais as principais conclusões do encontro.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2014

Conferência

14 de Maio, quarta-feira, 21h – em Lisboa

"As antigas concepções na arquitetura do crânio ósseo humano, correlacionadas com as armaduras básicas das embarcações" - Ferreira Coelho

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

Informações e inscrições:

Paula Fortunato - paula.fortunato@omcne.pt

História da
Medicina



É preciso fixar médicos especialistas no nordeste transmontano

No nordeste transmontano fez-se o que é mais correcto: maior investimento nos CSP do que nos cuidados hospitalares. No entanto, os quadros médicos de MGF – apesar de serem suficientes em termos numéricos – estão envelhecidos e urge a sua renovação com a entrada de jovens especialistas. O problema é que há jovens especialistas em MGF que se querem fixar no Distrito de Bragança e não são contratados.

Nos cuidados hospitalares os problemas são outros, mas não menos relevantes: faltam especialidades e especialistas. Subfinanciamento e concursos desertos fazem antever dificuldades: é preciso criar incentivos à fixação dos especialistas nesta região. O interior merece e justifica uma discriminação positiva na Saúde, uma importantíssima forma de lutar contra a desertificação.

Parece um contrassenso mas, por vezes, os jovens especialistas formados na região querem ficar pelo nordeste mas o Ministério não abre vagas. Erros de gestão, problemas informáticos constantes e falta de planeamento são situações que fazem perigar a qualidade dos cuidados hospitalares prestados à população.

Foram estas as realidades encontradas pela Ordem dos Médicos, numa visita à região nos dias 5 e 6 de Fevereiro, em que participaram o Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, Miguel Guimarães, Presidente do Conselho Regional do Norte (CRN) da OM, Dalila Veiga e Caldas Afonso, ambos do CRN, Marcelino Marques da Silva, Presidente do Conselho Distrital de Bragança, António Andrade, Presidente da mesa da Assembleia desse mesmo distrito médico, e outros elementos da distrital.

Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros

O CS de Macedo de Cavaleiros é uma das instituições que tem internos e cuja equipa poderia estar em processo de renovação, pois alguns dos jovens médicos que estão a fazer o seu internato nesse CS gostariam de permane-



José Manuel Silva, presidente da OM e João Gandra do Distrito Médico de Bragança

cer na região. A razão pela qual essa renovação não está a acontecer é simples: “Não abrem vagas para ficarmos cá”, explica uma das internas. “Os quadros estão cheios e por isso não abrem vagas”, acrescenta Inácia Rosa, especialista em Saúde Pública e coordenadora da consulta do viajante nesse Centro de Saúde, sublinhando, no entanto, que os médicos que compõem o quadro neste momento estão quase todos acima dos 55 anos. Uma situação que Dalila Veiga referiu como frustrante, nomeadamente para as legítimas expectativas dos internos e dos formadores. José Manuel Silva só encontra uma explicação para a manutenção destas situações: “as vagas são abertas burocraticamente e não têm correspondência com as necessidades reais e futuras”, explicou, referindo o já denunciado exemplo da abertura de uma vaga para um único neurocirurgião em Évora, onde não existe mais nenhum especialista dessa área pelo que a sua presença seria um desperdício de recursos que fazem falta noutras regiões do país e levariam à desactualização do jovem especialista. “As condições remuneratórias são cada vez piores, por isso o Ministério deveria ter maior sensibilidade aos outros factores motivadores”, sublinhou. A região pode ter algumas dificuldades mas, graças ao empenho dos profissionais, nomeadamente dos especialistas em Medicina Geral e Familiar, “todos os utentes têm médico de família”.

Queixa incontornável, especialmente numa especialidade onde o contacto com o doente é absolu-

tamente essencial, como é o caso da MGF, os problemas informáticos sucedem-se. No dia em que visitámos este CS, o ecrã estava branco... Desde a introdução da PEM, aplicação informática desenvolvida pelos SPMS desti-



Marcelino Marques da Silva,
presidente do Conselho Distrital de Bragança



Dalila Veiga do CRN da OM

nada à prescrição electrónica de medicamentos, os problemas aumentaram: “alguns dos CS ainda estão no sistema antigo e os que mudaram para a PEM estão com problemas em resultado da falta de largura de banda, *hardware* desactualizado, com computadores com mais de 10 anos, etc. (...) quando não funciona mesmo, como é o caso hoje, prescrevemos manualmente, mas depois

não temos registos o que nos obriga a gastar imenso tempo a transcrever tudo para o sistema informático”. Mesmo quando o sistema está operacional, foram-nos relatados problemas pois há bloqueios sistemáticos que se repetem muitas vezes por dia. Já para não referirmos as extensões onde nem sequer existem sistemas informáticos ou onde a internet ainda é mais deficitária, como é o caso de Vimioso. “Vamos às extensões com um bloco de notas e depois temos que vir para a sede transcrever tudo com uma duplicação de trabalho que não deveria acontecer... O resultado é que, com tantos dados a registar, acabamos a olhar pouco para os doentes.” Outra situação incompreensível em termos informáticos é o facto de o hospital enviar os resultados das análises clínicas pedidas em PDF. Resultado? Tem que ser o médico de família a inserir as análises, uma a uma, no sistema informático (!), caso contrário não ficam registados os indicadores. Quanto à inexistência de USFs na região foi-nos explicado que terão existido duas candidaturas, mas devido aos condicionalismos das equipas e ao reduzido número de profissionais do Distrito, as escolhas são limitadas e logo as candidaturas condicionadas.

Os processos de suposta contractualização com as UCSPs são, à semelhança do resto do país, processos de imposição e com prazos desfasados da realidade pois os objectivos são definidos em Junho e os médicos têm apenas os 6 meses restantes para os cumprir. “Estamos a aceitar que nos exijam cada vez mais e que nos paguem cada vez me-



Inácia Rosa, CS Macedo de Cavaleiros



Justino Pires e André Reis, CS Macedo de Cavaleiros



Internos, CS Macedo de Cavaleiros

nos", resumiu o Bastonário da OM, "a contratualização é, na verdade, uma imposição de indicadores. Sem alterar o nosso sentido ético, temos que de-

Alguns dos CS ainda estão no sistema antigo e os que mudaram para a PEM estão com problemas em resultado da falta de largura de banda, *hardware* desactualizado com computadores com mais de 10 anos, etc. (...) quando não funciona mesmo, como é o caso hoje, prescrevemos manualmente mas depois não temos registos o que nos obriga a gastar imenso tempo a transcrever tudo para o sistema informático.

monstrar aos administradores que exigimos respeito porque alguns deles assumem que os médicos – pelos princípios que nos regem – continuarão sempre a trabalhar, por muito que lhes cortem salários e regalias". Uma das médicas internas presentes referiu a sua percepção de que os indicadores são na maior parte parâmetros burocráticos que não reflectem o trabalho realizado nem a qualidade assistencial. Abordada com preocupação a questão das avaliações do SIADAP, José Manuel Silva explicou que a OM não teve intervenção nesse processo e que só os sindicatos estiveram na negociação com o Ministério, embora o entendimento da Ordem fosse que deveria ter sido ouvida, pelo que todas as questões deverão ser dirigidas aos sindicatos.

Hospital de Macedo de Cavaleiros

A OM visitou em seguida a Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros e o serviço de urgência básica, que são parte integrante da ULSNE. O hospital tem carência de médicos em várias especialidades, por exemplo em anestesiologia e

oncologia médica, na qual existe apenas uma especialista, Fernanda Estevinho (que trata sobretudo patologia da mama e do cólon) e, uma vez por semana, tem o apoio de um colega, o especialista Moreira Pinto. Outro problema muito referenciado é a dificuldade do transporte de doentes nesta região em que os transportes públicos escasseiam.

Afonso Ruano, o mais antigo director de serviço da zona norte, especialista em ortopedia com a competência de gestão dos serviços de saúde, referiu a existência de alguns problemas logísticos como, por exemplo, o facto de se ter verificado uma situação em que não se conseguiu acionar uma garantia de um equipamento porque o mesmo ainda não estava pago... Em relação às poupanças em saúde, o ortopedista alerta que nem tudo o que parece poupança o será: "a aplicação de próteses mais baratas, por exemplo, implica revisões mais precoces e mais iatrogenias", realçando que "o risco de infecção numa revisão aumenta de 1 para 10" e que três intervenções de revisão correspondem ao preço de uma prótese... José Manuel Silva evidenciou o facto de não se poderem tomar decisões baseadas apenas no custo imediato mas

que, pelo contrário, se deve sempre equacionar o planeamento futuro. Relativamente aos indicadores, foram-nos explicadas diversas deficiências. Por exemplo, um doente que seja internado com um AVC e venha a ter alta se, num período de 30 dias, for internado novamente, seja qual for a razão, como por ter partido uma perna, será considerado em termos de indicadores como um reinternamento em consequência do AVC!...

A delegação da Ordem dos Médicos foi alertada para o facto de se introduzirem enviesamentos com sistemas de financiamento pouco adequados, nomeadamente no que se refere a unidades de convalescença, pois o pagamento é feito ao dia. Esta circunstância origina situações em que as camas estão cheias com doentes que já se encontram autónomos e poderá dar-se o caso de faltarem vagas para doentes traumatizados que realmente precisam de ficar internados.

A rede nacional de cuidados continuados trouxe diversas vantagens mas também trouxe um agravar de algumas situações, como os casos da referenciação para convalescença de AVCs. Há estudos que comprovam o aumento dos tempos de espera, como nos foi referido pelo internista Jorge Poço, um dos investigadores. Com tempos de espera na ordem dos 20 dias para uma unidade de longa duração, 12 dias para uma unidade de média duração e 7 para as unidades de convalescença, o que aconteceu foi um aumento dos tempos de internamento. Em relação a algumas especialidades cirúrgicas foram-nos relatadas algumas falhas, tendo os colegas transmitido a noção de que a crise tem-se sentido na falta de meios ideais, o que implica maiores riscos decorrentes do acto cirúrgico.

Afonso Ruano e Jorge Poço, Hospital Macedo de Cavaleiros



Jorge Poço, Marcelino Silva, António Andrade, Afonso Ruano e José Manuel Silva



Nem tudo o que parece poupança o será: “a aplicação de próteses mais baratas, por exemplo, implica revisões mais precoces e mais iatrogenias”, (...) “o risco de infecção numa revisão aumenta de 1 para 10” e três intervenções de revisão correspondem ao preço de uma prótese...



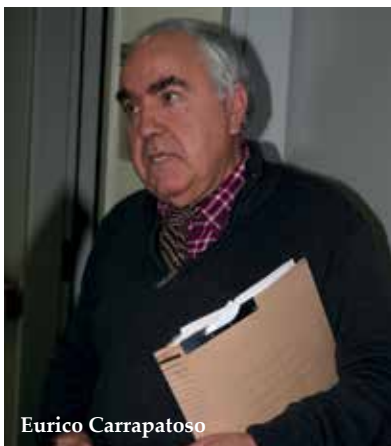
A retirada do helicóptero do INEM do heliporto de Macedo de Cavaleiros tem sido muito contestada pela população que sente que fica desprotegida

Centro de Saúde de Alfândega da Fé

O Centro de Saúde de Alfândega da Fé tem um quadro composto por 4 médicos mas um dos colegas está com baixa médica. O horário deste CS é das 8 da manhã às 22h, embora a directora considere que deviam encerrar às 20h pois o número de atendimentos que ocorre a partir dessa hora não é significativo: “Pagam-se horas extraordinárias e, muitas vezes, não são necessárias”.

As instalações têm uma qualidade excelente.

Nos três pisos que compõem o Centro de Saúde, há diversos gabinetes que não estão a ser utilizados e salas para as mais diversas funções: informática, gabinete de



Eurico Carrapatoso

planeamento, gabinete do director, etc. No CS de Alfândega não existem internos a fazer formação. Este CS tem consultas de saúde oral duas vezes por semana, imagiologia, raio x e tratamentos de fisioterapia. Além das dificuldades em cumprir o horário estabelecido, com menos um médico, algumas outras queixas que nos foram referidas prendem-se, por exemplo, com o facto de o quadro de profissionais de enfermagem fazer domicílios mas sem que haja controlo horário ou coordenação. Marceli-



José Manuel Silva e a directora CS de Alfândega da Fé, Fátima Carrapatoso



Reunião com a médica e presidente da Câmara, Berta Nunes

no Marques da Silva, presidente do Distrito Médico de Bragança da OM, referiu neste contexto que a organização própria das ULS retirou figura jurídica ao Centro de Saúde e ao seu Director, que passou a Coordenador. O centro de saúde passa a ser mais um serviço da ULS sendo o director equiparado a chefe de serviço esvaziando o conteúdo funcional do director do CS. Neste sentido as diversas carreiras profissionais tem hierarquias próprias dentro da ULS e não dependem necessariamente, e

muitas vezes nem funcionalmente, do Coordenador do Centro de Saúde, tal como acontecia nos ACES. José Manuel Silva lembrou que a lei estatui que nas equipas multidisciplinares quem coordena é o médico e que essa coordenação não corresponde a um poder mas antes a uma responsabilidade. Durante a visita ouvimos algumas queixas de utentes por faltarem médicos neste Centro de Saúde. Na recepção que se seguiu com a presidente da Câmara de Alfândega da Fé, a médica Berta Nunes



Os CS da região estão equipados com salas específicas para saúde oral

(ver entrevista nesta edição), falou-se do CS e das queixas dos utentes, uma situação que a autarca conhece bem porque acontece-lhe os munícipes pedirem conselhos médicos. Para a autarca, Alfândega da Fé tem o pior centro de saúde do distrito, embora, como já foi referido, possua muito boas instalações. Mas não foi sempre assim, e recorda como havia outros técnicos de apoio ao dispor da população (“podologistas, por exemplo, tínhamos três, agora temos um que vai de vez em quando”) mas que, com a crise, foram despedidos. Defensora de que tudo o que puder ser feito nos cuidados primários e em proximidade é assim que deve ser feito, Berta Nunes explicou-nos que não há quase medicina

privada, excepção feita a radiologia e análises clínicas, e referiu as mesmas preocupações com a acessibilidade geográfica como condicionante da saúde: “aqui a esperança de vida é menor. Algumas neoplasias só são detectadas mais tardiamente”. Outra questão é o tamanho excessivo das listas de utentes dos médicos de família. “Com uma lista de dois mil utentes é impossível dar uma resposta adequada”, afirmou a autarca. “As listas devem ser ponderadas porque, como não temos medicina privada, nem qualquer outro tipo alternativo de respostas, uma lista de utentes em Bragança implica uma sobrecarga de trabalho e cuidados muito maior do que uma lista semelhante em Lisboa”, se-



Miguel Guimarães ofereceu algumas edições de livros da OM à presidente da Câmara de Alfândega da Fé

cundou o representante do distrito médico, Marcelino Silva. As listas de utentes dos médicos de família devem ser ponderadas com critérios geográficos e deviam começar a efectuar-se contratações de médicos mais jovens que querem fixar-se no Distrito, permitindo uma melhor gestão dos ficheiros, mais medicina preventiva e melhor resposta aos horários alargados dos CS.

Além das dificuldades inerentes ao isolamento do distrito acresce o subfinanciamento. “Se fossemos capitalizados como Matosinhos, recebíamos mais 30 milhões de euros”, concordou António Andrade, presidente da mesa da assembleia do distrito médico de Bragança. Queremos um financiamento igual ao do Alentejo que é uma ULS idêntica à do nosso distrito; não aceitamos a degradação dos serviços”, concluiu a esse propósito, Berta Nunes.

**“Queremos um financiamento igual ao do Alentejo que é uma ULS idêntica à do nosso distrito; não aceitamos a degradação dos serviços”
- Berta Nunes**

Hospital de Bragança

Na tarde do dia 5 de Fevereiro realizou-se a visita à unidade hospitalar de Bragança, onde nos foram referidos alguns constrangimentos das estatísticas da interioridade: “o número de partos que temos ronda os 500 e o número de cesarianas é percentualmente superior ao que indicam como desejável”, números que “quando são vistos nos gabinetes das grandes cidades, sem pensar nas especificidades da



Reunião com o CA do Hospital de Bragança



Adelaide Esteves (internista)



Clara Jorge, interna do ano comum



Xavier Martins (ortopedista)



Manuela Ferreira (pediatra)

região, geram más interpretações”. Como seria expectável, a questão do subfinanciamento também foi referida no decorrer desta visita, e foram realçados os problemas decorrentes desse subfinanciamento num distrito de grande dispersão geográfica e com uma população de baixos rendimentos e muito envelhecida.

Miguel Guimarães quis saber como estava a decorrer a prestação de cuidados nesse contexto de falta de financiamento. O presidente do conselho de administração, António Alberto Coelho Marçôa, referiu que se tem mantido a oferta de cuidados de saúde porque, além dos cortes orçamentais,



Sala de partos, Hospital de Bragança

houve condições para reduzir os custos com medicamentos e com pessoal. Medicina interna, ginecologia e obstetrícia, pediatria, imagiologia, gastroenterologia, anestesiologia e medicina geral e familiar foram algumas especialidades referenciadas como sendo de grave carência no distrito ou a precisar de rejuvenescimento dos quadros. Apesar disso não têm aberto vagas em número suficiente para as necessidades.

Na área da pediatria, por exemplo, foi-nos relatado que a equipa de urgência é geralmente composta por um especialista de prevenção e apenas um pediatra em presença física pois para se poder fazer uma escala diferente são necessários mais dois médicos. O internamento de pediatria teve obras de melhoramento, mas são necessárias incubadoras novas. Na neonatologia, abaixo das 24 semanas os bebés seguem para o Porto.

Outra dificuldade que encontramos, já na consulta externa, foi a programação da consulta: “dependendo de onde venham,

alguns doentes só têm uma ou duas camionetas, portanto não há programação que resista porque os doentes chegam todos à mesma hora. Isto traduz-se em longas esperas porque os doentes vêm às 8 da manhã para uma consulta que só está marcada para o meio dia”. Por vezes, o único transporte são os transportes escolares...

No serviço de ortopedia trabalham 9 especialistas e há 5 internos em formação. “Aqui a organização tem que ser diferente”, explicam-nos, “não é só os meus doentes que me interessam: temos que saber de todos; só não fazemos serviço na unidade de cuidados intensivos”. Clara Jorge, interna do ano comum diz-nos “nem sequer ponderei o resto do país: é aqui que

quero dar o meu contributo à população e espero estar à altura de o fazer. Depois de um curso longo e trabalhoso, quero contribuir para a saúde desta população”, conclui. Se, acrescentamos nós, quando chegar a altura, abrir a necessária vaga, pois têm-se sucedido situações em que recém-especialistas desejam ficar na região, onde fizeram a sua formação, mas por falta de abertura de vagas esses jovens médicos, paradoxalmente, acabam por migrar para o litoral...

“Dependendo de onde venham, alguns doentes só têm uma ou duas camionetas, portanto não há programação que resista porque os utentes chegam todos à mesma hora. Isto traduz-se em longas esperas porque os doentes vêm às 8 da manhã para uma consulta que só está marcada para o meio dia...”

Centro de Saúde de Santa Maria

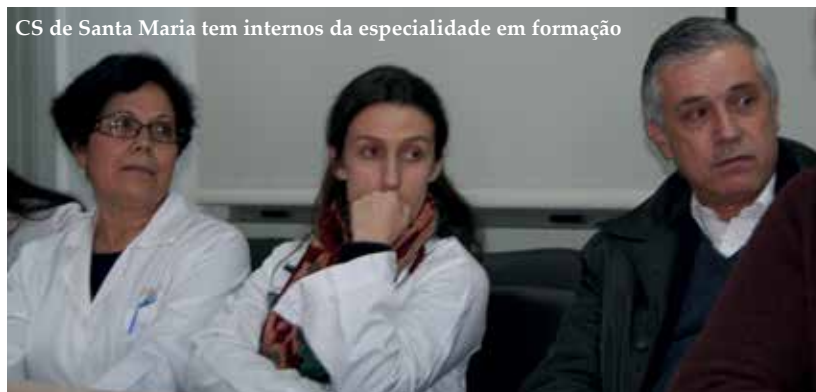
Sente-se neste CS algum cansaço, especialmente induzido pelas constantes exigências da informática e dos indicadores, no entanto, como foi referido pelos colegas: “os centros de saúde têm muita alma. Embora estejamos todos cansados de carregar nas teclas, não nos cansamos dos nossos doentes”.

Também dos doentes se ouvem queixas sobre os computadores. Miguel Guimarães comentou que essa é uma das preocupações que deve estar subjacente à análise das dificuldades e/ou exigências informáticas: “a desumanização crescente da relação médico-doente” e defendeu que é preciso reduzir as listas dos médicos de família para que estes tenham tempo para os seus doentes, apesar das imposições informáticas. Alguns médicos optam por adiar os relatórios e registo informático de dados para as horas com menor actividade assistencial para assim poderem dedicar maior atenção aos doentes. A directora do Centro de Saúde de Santa Maria, Sílvia Costa, referiu a necessidade de os cursos de medicina integrem disciplinas que incluam informática e gestão.

Foi discutida a questão da prescrição por DCI tendo Marcelino Marques da Silva sido peremptório no seu comentário: “Eu prescrevo sempre por DCI e na minha unidade sou o médico que tem os custos mais altos com medicamentos. A que se deverá este problema? Será que são sempre vendidos os medicamentos mais baratos aos meus doentes? Além dessas questões de custos, penso que deveria poder receitar sempre o mesmo genérico para a



No CS de Santa Maria, Miguel Guimarães defendeu a necessidade de reduzir as listas dos médicos de família para que estes tenham tempo para os seus doentes



CS de Santa Maria tem internos da especialidade em formação

mesma patologia senão corremos os riscos de duplicações e até triplicações da mesma medicação. Se receito um genérico e a patologia do doente está controlada, quero que seja sempre o mesmo genérico! (...) Mas o sistema está orientado para dificultar a prescrição por marca”. José Manuel Silva recordou a pergunta que a OM já fez diversas vezes à tutela mas para a qual ainda não obteve nenhuma resposta, o que é sin-

tomático: “quando um médico prescreve por DCI, qual o valor da despesa imputada ao colega: o valor mais baixo ou o valor do medicamento dispensado pela farmácia?”.

O presidente do Conselho Regional do Norte, Miguel Guimarães, sublinhou que “a prescrição por DCI falhou a todos os níveis: para as farmácias foi desastroso, para os doentes também e para o estado não aumentou a quo-

A reunião no CS de Santa Maria contou com a presença da maior parte dos profissionais que aí trabalham



À direita, directora do Centro de Saúde de Santa Maria, Sílvia Costa



Numa análise crítica, os próprios internos referem a sua estranheza em relação à recomendação de prescrição de cinco ou menos medicamentos em doentes com mais de 75 anos, mas na realidade estão a dar cumprimento a esse indicador... “Se os médicos consideram que os indicadores são desajustados então é preciso que sejam revistos”, frisou Miguel Guimarães.

ta de genéricos como pretendido...”, concluindo que a única forma de resultar teria sido ser o médico a prescrever um dos cinco medicamentos mais baratos, o que teria sido muito benéfico para os doentes pois deixava de haver substituições indevidas com todos os riscos inerentes,

e para o Estado ficava garantido um controlo sobre o que era prescrito e que estava entre os cinco mais baratos, sem que na farmácia houvesse possibilidade de alterações nos medicamentos a dispensar.

Neste CS há formação de internos da especialidade, três dos

quais estão a terminar o seu internato mas tudo indica que não vão ter vaga. As dificuldades sentidas por estes jovens médicos em formação prendem-se com a falta de gabinetes para eles e, apesar de considerarem os indicadores úteis, reconhecem que o seu registo informático dificulta a consulta, especialmente porque os sistemas informáticos não funcionam devidamente. Numa análise crítica, os próprios internos referem a sua estranheza em relação à recomendação de prescrição de cinco ou menos medicamentos em doentes com mais de 75 anos, mas na realidade estão a dar cumprimento a esse indicador... “Se os médicos consideram que os indicadores são desajustados então é preciso que sejam revistos”, frisou Miguel Guimarães.

Neste mesmo contexto, José Manuel Silva recordou os colegas que uma contratualização em que uma das partes não tem qualquer vantagem quando obtém o cumprimento dos indicadores não passa de uma imposição e que os médicos não têm nenhum dever específico de cumprir indicadores que são assumidos pela ULS ou pelo ACES e não pelo profissional. “O nosso dever é para com os doentes”, concluiu. A contratualização tem de ser bidirecional. Se os “contratualizadores” aparecerem cheios de indicadores mas vazios de contrapartidas, os médicos devem recusar liminarmente essa pseudo contratualização. Não é aceitável que aos médicos sejam colocadas cada vez mais exigências ao mesmo tempo que as remunerações são cada vez mais baixas! “Mandem os “contratualizadores” ir cavar batatas para a Nova Zelândia”, afirmou José Manuel Silva.

Marcelino Silva (director do CS de Vila Flor), Natália Pinto (médica neste CS) e Miguel Guimarães



Caldas Afonso, do CRN, e Ramos Pinto, médico do CS de Vila Flor

O CS de Vila Flor dispõe de excelentes equipamentos



Centro de Saúde de Vila Flor

No CS de Vila Flor trabalham cinco especialistas em Medicina Geral e Familiar, que servem uma população de cerca de 7 mil utentes. As instalações são boas e possuem diversas valências: sala de reabilitação, existindo contractualização com a Misericórdia, que fornece os técnicos, um ga-

binete polivalente, gabinete de saúde oral, esterilização e lavandaria, vestiários, arquivo, unidade de cuidados na comunidade, serviço social, psicologia, podologia (uma vez por mês), etc. Conforme nos referiu Marcelino Marques da Silva, presidente do distrito médico de Bragança e director deste centro de saúde, o modo de funcionamento é prático e facilita o trabalho em equipa,

“De instalações e equipamentos estamos bem, mas a informática deixa-nos completamente em stress. Tudo funciona mal e está sempre a falhar, a PEM é um caos!”

multidisciplinar, pois cada médico trabalha com a sua enfermeira de família, a qual se encontra localizada num gabinete de pré-consulta, em frente ao gabinete do médico. Um sistema que permite poupar tempo e organizar o trabalho de forma mais eficiente, explica-nos o director do CS de Vila Flor. Os tempos de consulta são geralmente 25 minutos se for a primeira, um pouco menos nas subsequentes. “De instalações e equipamentos estamos bem, mas a informática deixa-nos completamente em stress. Tudo funciona mal e está sempre a falhar, a PEM é um caos!”, desabafa o especialista Ramos Pinto, numa queixa que ouvimos repetidas vezes em todos os centros de saúde que visitámos. “Com tanto indicador e problema informático, já não somos médicos, somos administrativos”... A propósito dos indicadores, Caldas Afonso, do Conselho Regional do Norte, explicou como o modelo foi copiado da Holanda mas que, como é habitual, o “copiámos mal”: “na Holanda, ao fim de uma década da implementação do sistema, o cumprimento dos indicadores não ultrapassava os 80%. Em Portugal já é 100% porque o cumprimento dos nossos indicadores depende de um mero ‘clique’: se

peço uma consulta de oftalmologia por causa da retinopatia, a partir do momento em que faço esse pedido, o indicador está cumprido, mesmo que o doente nunca chegue a ter a consulta...” Foram-nos referidos alguns problemas com a bolsa de horas pois, dada a falta de médicos, os profissionais chegam a trabalhar 15 dias seguidos sem folgar e as folgas começaram a ser questionadas pela Administração e pela própria ACSS.

Hospital de Mirandela

A reunião com os médicos do Hospital de Mirandela decorreu no dia 6 de Fevereiro. Hermínia Oliveira, do Serviço de Cirurgia desta unidade, referiu as dificuldades relativas à formação de internos, apesar da existência de idoneidade total e de ter sido dada resposta às indicações do Colégio da Especialidade. Existem no distrito de Bragança 15 especialistas em cirurgia geral, dois internos de 2º ano, um do 3º, um do 4º e um do 6º ano, “mas este ano não nos deram nenhum interno!”.

José Manuel Silva explicou aos colegas que, para fazer face ao muito trabalho que os Colégios

da Especialidade têm, previu-se na revisão de estatutos que se aumentaria o número de elementos que compõem as direcções, para permitir uma resposta mais rápida às solicitações.

Também neste hospital foram referidos os problemas informáticos: “por exemplo, se passamos uma baixa à mão, a segurança social devolve para explicarmos o porquê de ter sido feito de forma manual. Mas ainda ontem estivemos com o sistema informático bloqueado durante uma hora! (...) o *hardware* não está actualizado e a largura de banda é insuficiente. Assim não conseguimos trabalhar”. O sistema é lento, bloqueia e tem falhas sis-

temáticas.

A falta de especialistas foi referida como um constrangimento que pode pôr em risco a saúde dos doentes, tendo sido salientadas as carências nas especialidades de urologia, cardiologia, radiologia e neurologia. Em relação a esta última, foi-nos explicado que, dada a prevalência de doenças degenerativas, apesar da produção clínica se manter, as listas de espera estão a aumentar. Esta falta de especialistas é particularmente sentida quando são abertos concursos e os mesmos ficam desertos. “O Estado paga melhor nos sistemas convencionados”, explicava-nos um colega. “Não existem estímulos para



Ilda Matos (neurologista), Hermínia Oliveira, Caldas Afonso, Óscar Vaz (pediatria) e Manuel Strecht Monteiro (ginecologia-obstetrícia)

Hermínia Oliveira (especialista em cirurgia geral e vice-presidente da Mesa da Assembleia Distrital)



Filipe Carreira (do Serviço de Medicina Interna), Dalila Veiga, Miguel Guimarães e Marcelino Marques da Silva

Óscar Martins Ferreira (radiologista)



Lúcia Valente (internista) e Diana Costa (interna do ano comum)



fixar os médicos". "Compete ao Ministério da Saúde garantir que há médicos em número suficiente em todas as regiões do país, o que implica implementar medidas de discriminação positiva do interior", concluiu José Manuel Silva.

Um exemplo das disfuncionalidades de gestão que estão a acontecer um pouco por todo o país, são os problemas com a TAC de Mirandela: era necessária uma ampola nova para a TAC. Em vez de ser comprada a ampola nova, o que sucedeu foi que se passaram a mandar os doentes fazer as TAC fora do hospital de Mirandela, com deslocações de várias horas, com transporte em ambulância, acompanhamento de um enfermeiro, por vezes também de um médico... Conclusão? No período de um ano, caso a Administração tivesse optado pela compra da ampola que era

necessária, o investimento teria sido recuperado.

Muitas decisões de gestão continuam a ser tomadas com base em análises imediatistas, em vez de se fazer um planeamento de custos e poupanças a médio/longo prazo. Enquanto em Bragança se substituiu o aparelho de TAC, que já estava obsoleto, em Mirandela a opção foi pelo recurso a prestadores privados. Mais grave ainda do que o esbanjar de recursos é a perda de qualidade e rigor, pois começaram a acontecer situações em que as TACs e as ecografias obstétricas não eram acompanhados do respectivo relatório e até situações em que nos relatórios de exames ecográficos não se en-

contra relatada a patologia mas apenas a referência ao "quistos de Naboth", que não requerem geralmente tratamento.

Os representantes da Ordem dos Médicos realçaram a necessidade de, para assegurar a segurança

"Se passamos uma baixa à mão, a segurança social devolve para explicarmos o porquê de ter sido feito de forma manual. Mas ainda ontem estivemos com o sistema informático bloqueado durante uma hora! (...) o hardware não está actualizado e a largura de banda é insuficiente. Assim não conseguimos trabalhar".

Em vez de ser comprada a ampola nova, o que sucedeu foi que se passaram a mandar os doentes fazer as TAC fora do hospital de Mirandela, com deslocações de várias horas, com transporte em ambulância, acompanhamento de um enfermeiro, por vezes também de um médico... Conclusão? No período de um ano, caso a Administração tivesse optado pela compra da ampola que era necessária, o investimento teria sido recuperado.

dos doentes, reportar todas essas situações, pois é inadmissível que se enviem esses exames sem o devido relatório ou com relatórios alegadamente mal feitos. Foi também realçada a necessidade de acautelar situações em que os exames são feitos por técnicos, tendo-se recordado que a responsabilidade não se transfere e será sempre do médico que assine o relatório, não devendo, portanto, nenhum colega assinar um exame que não fez efectivamente.

Sobre situações de fraude, José Manuel Silva foi peremptório: “a informatização veio ajudar no combate à fraude, por isso somos favoráveis a estes sistemas. A Ordem dos Médicos tem a intenção de expulsar qualquer colega que cometa fraude ou confunda o exercício ético da medicina com algum tipo de ‘negociata comercial’...”

A falta de idoneidade formativa em alguns serviços faz com que não se criem laços com os internos mas, mesmo nas situações em que essa idoneidade existe

e os internos desejam ficar, não são abertas as vagas necessárias à sua permanência. “Há limites para a exiguidade dos meios humanos”, ouvimos em tom de lamento, quando equipas de 5 médicos para um distrito como Bragança têm que assegurar 3 dias seguidos de urgência.

O sentimento generalizado dos colegas é que se está a tentar dismantlar uma estrutura que custou muito trabalho e dedicação a construir e que essa intenção existe há já vários anos, situação que tem levado alguns colegas a

Memória de outros tempos

Encontramo-nos com a médica Maria Olinda Barreira Lopes Montanha no Centro Arte Graça de Moraes, local onde gosta de tomar o seu chá. A médica, agora com uns joviais 84 anos, conta-nos como tirou o curso de medicina por puro gosto, escolha feita aos 17 anos. Fala-nos de tempos difíceis em que, se não fosse a dedicação dos médicos, as populações da periferia ficariam completamente desprotegidas: “Eu era muito jovem, o meu marido estava em África e não havia empresa de transportes que acudisse aos doentes da periferia. Muitas vezes, de madrugada, lá ia eu, sozinha, no meu carro, no meio da neve, tratar quem precisava”. E aconteceu-lhe mesmo ficar com o carro avariado e presa na neve. Nesse tempo não havia telemóveis, restou-lhe esperar que passasse alguém para a ajudar. Recorda com um sorriso “algumas gratificações”, que mesmo sem valor económico, representavam o reconhecimento do seu trabalho e a expressão da gratidão dos doentes. Num tempo em que não havia nem internet nem telemedicina, era preciso fazer tudo. Medicina interna, ginecologia, anestesia, fazia o que era necessário de acordo com os seus conhecimentos. Uma raspagem feita à luz de velas é uma das histórias que conta e que hoje seria impensável. Maria Olinda Barreira Lopes Montanha abriu a unidade de hemodiálise em Bragança, fez clínica privada, presidiu diversas juntas médicas, numa carreira profissional que terminou aos 60 anos: quando os filhos, também médicos, entraram para o quadro do hospital, era a directora clínica dessa instituição, mas escolheu reformar-se, porque não se sentiria bem nessa posição, explica, com um já raro sentido de honra que nos faz sorrir.



Maria Olinda B. Lopes Montanha

deixar o hospital, o que agrava a falta de recursos (foi-nos referida a saída de 3 cardiologistas, 3 obstetras, etc.). Uma das internas que conversou connosco exprimiu a sua surpresa por ter depurado com uma urgência em que não há cardiologia...

Uma outra situação que necessita de atenção imperiosa por parte da tutela é que a urgência do Hospital de Mirandela está definida como médico-cirúrgica e é por essa definição que são feitas as cobranças aos doentes mas, mas na realidade não é uma urgência com essas características e faltam-lhe valências para o ser! Está, portanto, a haver uma cobrança indevida quando a potencial prestação de cuidados não corresponde a uma urgência médico-cirúrgica. Um serviço de cirurgia para um hospital com urgência médico-cirúrgica precisa de 8 equipas com 3 elementos, ou seja: 24 especialistas. Mas, com equipas de 24 elementos, nenhum teria casuística suficiente. “A dificuldade da organização é encontrar o equilíbrio entre o ideal e o que é possível”.

Em cerca de 40% dos dias, especialidades como otorrinolaringologia, oftalmologia e urologia têm que ser direccionadas para o Hospital de São João, porque em Vila Real o atendimento nessas especialidades é só até às 20h. Ou seja, Vila Real não serve de tampão para as referências para o São João.

Em Mirandela há um anestesista das 8 às 24h mas esse colega não tem por função dar apoio à urgência. Os colegas anestesiológicos não se recusam, naturalmente, a ajudar as equipas que estão na urgência mas, como começa a ser habitual, é a solução de um problema com base

apenas na boa vontade e esforço acrescido dos profissionais. Em conclusão, a verdade é que esta urgência não tem um único anestesista escalado...

Além de os colegas estarem asoberbados de trabalho, ainda têm que gerir a forma como são tratados pelos doentes, os quais não compreendem as limitações dos serviços. Há situações de insultos e até de tentativas de agressão, como aconteceu, por exemplo, a um colega internista que, estando sozinho no seu serviço, foi chamado para dar apoio a outro serviço e que foi alvo da agressividade dos doentes que não compreenderam a sua ausência.

Na ULSNE, não obstante a grave carência de médicos e de horas de trabalho médico, existem 8 pedidos de médicos para passar ao regime horário das 40h mas apenas um foi deferido até ao momento desta visita!!!

Uma das razões que tem provocado mal-estar entre os profissionais de saúde, em geral, e entre os médicos, em particular, é a concentração de serviços baseada em critérios políticos ou administrativos: “levar os serviços para Bragança só porque é capital de distrito não é critério, pois Bragança está numa extremidade do distrito; Mirandela tinha um corpo clínico que, com a fusão, foi desmantelado com a deslocação de muitos recursos para o Hospital de Bragança”. Uma das queixas mais recorrentes nestes processos de fusão, em que os

hospitais do nordeste transmontano não são excepção, é o facto de a tutela não envolver os profissionais que estão no terreno no planeamento e organização. “Não fomos sequer ouvidos. Foi uma mudança imposta”, situação que é agravada quando o conselho de administração está fisicamente distante e o diálogo se torna mais difícil: “funcionamos e trabalhamos o melhor que sabemos e conseguimos, com as condições actuais. Mas isso é porque é a nossa postura; ninguém vem cá...”

Apesar de existir um Centro Hospitalar, e uma única direcção de serviço, muitos colegas sentem que, na prática, é como se existissem três serviços diferentes - “dos três hospitais, não fizeram um a funcionar devidamente...” - e há uma percepção de desorganização administrativa por parte dos profissionais.

A urgência do Hospital de Mirandela está definida como médico-cirúrgica e é por essa definição que são feitas as cobranças aos doentes mas... não é, na realidade, uma urgência com essas características e faltam-lhe valências para o ser! (...) Esta urgência não tem um único anestesista reanimador...

ALGARVE:

- Sobram faltas. Busquemos soluções! faltam Médicos, medicamentos, comunicação esoluções!

Os serviços de saúde do Ministério da Saúde, de todo o país, enfrentam problemas resultantes dos cortes impostos, primeiro pelo memorando da Troika e, numa segunda fase, muito além do preconizado por essa entidade, mesmo em áreas onde defendia a necessidade de se investir! O caso do Algarve parece ser um exemplo do acumular de todas as dificuldades: da falta de recursos humanos à falta de material, dos problemas informáticos às dificuldades na gestão dos recursos humanos existentes, tudo isto gerido num clima de desconfiança e medo.

O processo de agrupamento dos hospitais de Faro, Portimão e Lagos no Centro Hospitalar do Algarve mantém-se tudo menos pacífico e para cada problema denunciado procuram-se, alegadamente, soluções de curto prazo, como o recurso a ajustes directos, por exemplo, sem que, aparentemente, se esteja a conseguir que o aprovisionamento planeie e contratualize com a devida antecedência e aos melhores preços, sem que ocorram falhas sistemáticas em coisas básicas e simples, como os envelopes, mas também em produtos essenciais, como medicamentos. No Algarve parece faltar tudo: médicos, medicamentos, soluções, confiança e comunicação!... Só não faltam tensões e avolumar de problemas.

Numa visita organizada pela Ordem dos Médicos à região algarvia, nos dias 19 e 20 de Fevereiro, uma das áreas que originou maior preocupação foi a formação médica, onde se verificam diversas disfuncionalidades. O que a seguir se relata é o que fomos vendo e ouvindo.

Uma delegação da Ordem dos Médicos, composta pelo seu Bastonário, José Manuel Silva, pelo Secretário-adjunto do Conselho Regional do Sul, Sérgio Ribeiro da Silva e pelo Presidente do Conselho Distrital do Algarve da OM, Ulisses Brito, além de outros elementos desse conselho, visitou várias instituições de saúde do distrito algarvio

para conhecerem, no terreno, as condições em que está a funcionar o SNS na região. A visita começou às 9 horas de dia 19, com uma reunião informal na ARS, onde a delegação foi recebida por João Moura Reis, presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional do Algarve. Depois dos dois dias de visita, concluímos que há algo de po-

sitivo a assinalar: em termos organizacionais, o facto de se terem eliminado as macas dos corredores, em termos de recursos humanos, o facto de, mesmo desmotivados e com evidente carência de profissionais, haver ainda quem mantenha a determinação de prestar cuidados de saúde de qualidade à população algarvia.

Hospital de Faro



Pedro Nunes, presidente do CA

Reunião com o Conselho de Administração (CA) - A visita ao Hospital de Faro começou com uma reunião com o CA presidido pelo oftalmologista – e ex-bastonário da OM – Pedro Nunes, o qual refutou a maioria das acusações de que tem sido alvo a sua administração. Pedro Nunes começou por afirmar que não teriam ocorrido cancelamentos de cirurgias por falta de material, mas acabou por referir que terão ocorrido alguns constrangimentos, nomeadamente no mês de Janeiro, fruto da integração dos três hospitais, tendo, no entanto, alertado, logo em Dezembro, os directores de serviço para a provável situação de ocorrerem problemas de aprovisiona-

mento, nomeadamente porque os hospitais a integrar no CHA não usavam os mesmos programas informáticos. No universo cirúrgico deste centro hospitalar terão, segundo a administração, ocorrido apenas 5 situações de cancelamento por falta de material e todas elas em resultado de não terem sido cumpridas as normas internas de marcação de cirurgia programada. Pedro Nunes chegou mesmo a exemplificar com um caso de um cirurgião que teria colocado um doente num programa cirúrgico na véspera, para o qual se requeria a existência de uma prótese dispendiosa. “Temos que cumprir as normas de contratação pública”, explicou. Relativamente ao enfoque da sua gestão, percebemos uma preocupação principal: reduzir a dívida que encontrou de 79 milhões de euros. “Desde Janeiro de 2012 que não acumulamos mais dívida, recuperámos 6 milhões e, com a ajuda dos pagamentos do Ministério, o CHA já só tem 45 milhões em dívida. Além disso estamos a efectuar os nossos pagamentos rigorosamente a 90 dias”, explica. Relativamente às queixas de falhas no aprovisionamento, terá existido “uma percepção de faltas”, mas “não ocorreram falhas de facto” e “sempre que foi comunicado ao CA, tudo foi resolvido”. Especificamente quanto a falhas no *stock* de fraldas, o presidente

do CA negou que tal tivesse acontecido e quanto aos medicamentos afirmou que o que aconteceu foi momentâneo: “poderia não haver um medicamento em Faro e existir em Portimão; ou não haver determinado medicamento de manhã, mas já haver à tarde”. Sobre os medicamentos oncológicos que faltaram, com atrasos de vários dias nas terapêuticas, Pedro Nunes defende que tal só aconteceu em situações “em que os oncologistas nos disseram que esse atraso não traria problemas para os doentes”. “A percepção pública de faltas que foi criada é falsa”, conclui. Sobre o caso da falta de equipamento para cateterismos cardíacos, Pedro Nunes – que entretanto pediu desculpa à colega à qual se referiu de forma desleal e pouco correcta – explica que “estava apenas a tentar desvalorizar as palavras da colega” pois mantém a afirmação de que “havia material. Alguém faltou à verdade. (...) Provocou-se um alarme injustificado pois havia material para 30 dias e o novo material chegou no dia a seguir, pois já tínhamos concluído o concurso público para a respectiva aquisição”. Segundo Pedro Nunes, o CHA será a única instituição do país em que uma vez por mês a Administração reúne com todos os directores de serviço e outros responsáveis e no qual existe um sistema global de gestão clínica em



Reuniao na ARS



Reunião com o CA do CHA

“Um especialista, na urgência, tem a seu cargo a orientação de demasiados internos. Conclusão? Somos, por vezes, chamados à atenção porque estivemos de urgência e, supostamente, não fizemos nada. Na verdade, estivemos a orientar os colegas mais novos!”.

que os directores de serviço são totalmente responsáveis pelos seus serviços. Considerando que este tipo de alarme social apenas contribui para causar uma falsa imagem de que um hospital com médicos na administração será mais conflituoso, Pedro Nunes falou do que considera ser uma conquista da sua administração: “há décadas que este hospital chegava a ter 60 doentes nos corredores. Reorganizámos e alargámos o espaço da urgência, reconvertendo algumas salas, e conseguimos que o Hospital de Faro tenha agora lugar, por exemplo, para os doentes de pneumologia”. Já no que se refere a Portimão, “estamos a alargar para mais 27 camas. Por enquanto são macas mas pretende-se que venham a ser camas”.

Sobre as deficiências que têm sido apontadas ao nível da formação, Pedro Nunes defendeu que “se um IAC estiver sozinho é porque o especialista o abandonou o que é caso para processo disciplinar”. “Todo o hospital está mobilizado para a urgência. Há 8 equipas rotativas de urgência com um chefe de equipa – posição para a qual foram convidados todos os directores de serviço -, o qual, na ausência da Administração, assume a responsabilidade. Compete ao chefe de



Ao longo da visita constatámos que, em algumas enfermarias, o espaço entre camas é exíguo

equipa dividir os doentes, num sistema que funciona em *open space*”. Questionado sobre como se mantém a privacidade dos doentes nesse tipo de organização, o presidente do CA referiu que existe espaço suficiente quer entre as secretárias quer entre as macas, nas quais as cortinas permitem uma observação com manutenção da privacidade. Em Faro, segundo o CA, os doentes não permanecem mais do que 12 a 24 horas na urgência, podendo depois receber alta ou, em caso de necessidade, ser transferidos para uma das 10 camas de cuidados intermédios ou uma das 16 camas de cuidados intensivos.

Visita aos serviços – Seguiu-se uma visita aos vários serviços do Hospital de Faro, onde pudemos observar o modelo organizacional implantado e contactar com diversos profissionais, médicos e de outras áreas, e com os utentes. No Serviço de Cardiologia procurámos perceber a questão da falta de equipamento para cateterismos cardíacos. Apesar de ter sido referida “a boa vontade do aprovisionamento para resolver o

problema”, foi igualmente evidenciado que os *stocks* baixaram de tal forma que só se poderia proceder a cateterismos urgentes e que, de facto, havia sido adiada a intervenção num doente não urgente. José Manuel Silva evidenciou a necessidade de “em vez de se esconder a realidade, reconhecer-se as dificuldades e procurar formas de as resolver”.

Tal como nas restantes regiões do país, foram-nos referidas dificuldades a nível informático, nomeadamente nos sistemas referentes a certidões de óbito o que, no contexto de um serviço de urgência em que não se encontrem profissionais em número suficiente, não é uma situação viável. O Presidente da OM realçou a necessidade de, quando o Ministério manda implementar programas informáticos mais complexos e quando se

Ulisses de Brito e Ana Camacho, ambos do Conselho Distrital do Algarve da Ordem dos Médicos





Eunice Capela, directora do Serviço de Ginecologia



Maria José Castro (Pediatria)
e Olga Viseu (directora do Serviço de Obstetrícia)



Martins dos Santos, director do Serviço de Cirurgia



Luís Pereira, director do Serviço de Urgência,
acompanhou esta visita (à esquerda)



A disposição das secretárias, de costas, parece gerar
uma separação física

aumenta exponencialmente o número de utilizadores, ser essencial acautelar os requisitos e as necessidades técnicas para que esses programas funcionem bem.

Foi-nos explicado pelos colegas que o aumento da capacidade em 87 camas permitiu que em 2012 se retirassem as macas dos corredores; Os colegas classificaram essa mudança como “muito boa” e o Bastonário, elogiando a medida, referiu que este facto vem confirmar que Portugal tem camas hospitalares a menos e não a mais.

A criação na urgência de uma sala de decisão clínica, salientou Ulisses Brito, do conselho distrital da OM, foi um factor que contribuiu para essa ‘limpeza dos corredores’.

Não se fez, no entanto, sem perda de alguma qualidade de atendimento e os directores de serviço não concordaram com todas as medidas tomadas para alcançar esse desiderato. Em enfermarias onde antes havia 4 camas, encontramos agora 6, com um espaço exíguo entre elas (com aumento do risco de infecções hospitalares). Uma sala de tratamentos foi também transformada em enfermaria, deixando de existir esse espaço específico para o tratamento dos doentes. O serviço de Medicina Interna I dispõe de 44 camas mas 6 a 8 dos doentes aí internados aguardam vaga para os cuidados continuados, ocupando cerca de 15% do serviço. Questionámos em que sala se faziam as comunicações de óbito aos familiares e fomos informados que não existe nenhuma sala específica, sendo esse tipo de informação dada nos corredores, por exemplo. 15% dos médicos do CHA, num total de 63 profissionais, são especialistas em Medicina Interna e são estes colegas que prestam apoio à consulta de diabetologia, à unidade de insuficiência cardíaca, etc. Desses 63 profissio-

Numa primeira observação, as boxes oferecem pouca privacidade, mas as secretárias onde os médicos conversam com os doentes são bem piores: é impossível não ouvir a conversa que se passa a um metro de nós, violando completamente a privacidade e dignidade dos doentes!

nais apenas 58% estão afectos a serviços de medicina interna. O Serviço de Medicina II só dispõe de 38 camas, sendo a razão da diferença o facto de ter dois quartos de isolamento para pneumologia. Notámos outras diferenças: neste serviço já existe sala de estar e de visitas. O serviço de Medicina III, que é o novo e pelo qual não passámos apenas por falta de tempo, dispõe de 34 camas.

Entre os médicos há queixas generalizadas de falta de resposta a propostas de melhoria do sistema, como por exemplo uma proposta que prevê uma maior interligação com os cuidados de saúde primários. “Criar contacto com os CS evitaria deslocções e seria uma forma de poupar recursos pois, por vezes, despendemos verbas maiores em transporte de doentes do que a tratá-los”. Outra situação que causa desagrado é o facto de ter sido desmantelada a urgência interna nesta especialidade, a qual, segundo os profissionais, funcionava bem, com boa vontade e a custo zero porque era assegurada pelos especialistas que estavam de urgência externa; agora, um ano depois, reconhecido o erro, foi solicitado que se reponha essa escala o que, obviamente, não é fácil no

momento presente e será começar uma organização do zero. Ulisses Brito, cuja especialidade é pneumologia, explicou que, no seu serviço, e após muita insistência, foi possível ser ele a organizar a escala. “Neste momento não conseguimos nem diagnosticar nem tratar a tempo e nem sequer formar novos médicos em condições adequadas”, é-nos referido, especificando a questão da formação: “um especialista, na urgência, tem a seu cargo a orientação de demasiados internos. Conclusão? Somos, por vezes, chamados à atenção porque estivemos de urgência e, supostamente, não fizemos nada. Na verdade, estivemos a orientar os colegas mais novos!”. Num CH que tem 23 serviços, uma das queixas recorrentes dos profissionais é que 22 deles foram esquecidos, em benefício do serviço de urgência.

No Serviço de Pediatria – que para os três serviços recebeu apenas um novo interno – conversámos com alguns médicos internos que referem as circunstâncias que tornam difícil a sua fixação no Algarve: uma das jovens, natural do Porto, explica-nos como, por causa dos concursos fechados, não foi possível que o seu marido – também um jovem médico em formação – a acompanhasse. “Caso tivéssemos vindo os dois para o Algarve, era provável que nos fixássemos nesta região. Assim, há uma dinâmica familiar a gerir e constantes viagens entre o Porto e o Algarve”, explicou-nos, salientando o facto de conhecer diversos casais de jovens médicos que estão a viver a mesma situação. José Manuel Silva classificou os concursos fechados de “absurdos” e questionou como se pretenderá, com este tipo de regras, atrair e fixar os jovens médicos onde são necessários... No serviço de Ginecologia é-nos explicado que dos dois médicos

que terminaram recentemente o seu internato, um foi para o sector privado e outro para Aveiro. Os incentivos não existem e com a falta de médicos agrava-se o facto de ser uma urgência “pesada”, chegando a haver internos a fazer 48h de urgência semanal. Mas, conforme nos foi explicado, não tem sido o Conselho de Administração que tem barrado os contratos. Um caso recente em que o presidente do CA, Pedro Nunes, concordou com o contrato e enviou para a ARS foi o de uma obstetra, casada com um cardiologista, que desejavam ir para Portimão. A ARS diz que o contrato foi feito mas, muito tempo depois, as contratações continuam a não acontecer!!! Não nos podemos deixar de questionar: se há carências e especialistas interessados, porque razão não se fazem os contratos?!

O director do Serviço de Cirurgia, Martins dos Santos, explica-nos que foi retirada a idoneidade a esse serviço mas que considera que o processo não foi correcto pois todas as falhas apontadas foram corrigidas. “Havia duas vagas abertas, tivemos cinco internos que concorreram e retiraram-nos a idoneidade sem que tivéssemos sequer um prazo para colmatar as falhas”. Sobre os procedimentos de formação no seu serviço, Martins dos Santos explicou que “os internos de ano comum que estão na cirurgia acompanham todas as actividades: bloco, consulta e urgência e não permitimos que façam menos de dois meses para a valência”. Martins dos Santos afirmou confiar que o Colégio de Cirurgia Geral faça rapidamente uma nova visita de avaliação de idoneidades.

Terminámos a visita aos serviços com uma passagem demorada pelo Serviço de Urgência, começando pelo balcão com boxes de



A separação com cortinados traz alguns problemas de falta de privacidade



Não nos pareceu possível salvaguardar a privacidade dos doentes num espaço tão reduzido



Vitor Brandão e Jorge Mimoso



Antiga copa foi adaptada a biblioteca e sala de reuniões



José Duarte Santos (Pediatria) - à esquerda

observação, onde somos acompanhados por Luís Pereira, o médico que dirige a urgência, que afirma existir apoio constante aos internos. Afirmção contrariada quase em simultâneo pela representante da comissão de internos que nos acompanha, uma jovem e determinada interna de oncologia a frequentar o seu terceiro ano da especialidade, Rita Mestre. Numa primeira observação, as boxes oferecem pouca privacidade, mas as secretárias onde os médicos conversam com os doentes são bem piores: é impossível não ouvir a conversa que se passa a um metro de nós, violando completamente a privacidade e dignidade dos doentes! O balcão está dividido por uma parede e de cada lado há 3 secretárias. No dia da visita um dos lados

está desocupado e no outro vemos uma interna numa das secretárias e dois especialistas nas outras duas secretárias.

No balcão de macas acontece a mesma falta de privacidade: nem todas as boxes têm cortinas, nenhuma estava fechada e o espaço entre macas é tão exíguo, que não era possível perceber se a visita que se encontrava em pé, entre duas macas, pertencia ao doente da direita ou da esquerda. Não vimos nenhuma cadeira onde as visitas se pudessem sentar, nem espaço para elas.

A partir das 19h a equipa é composta por dois especialistas em medicina interna e três internos (incluindo um do 4º e outro do 5º ano), refere Luís Pereira. “Um dos internistas vai para o SO e o outro,

que vai aos pisos, dá apoio neste balcão”. Mas não é fácil para os três internos que estão escalados: “Há imensa falta de especialistas e sentimo-nos desamparados. Acumulam-se macas e sentimo-nos mal a fazer perguntas”... Questionado por José Manuel Silva se haveria recursos suficientes, o director da urgência concordou que o quadro médico é insuficiente e que são precisos mais especialistas.

Pelos vários serviços que visitámos sente-se o desânimo dos colegas. “Esta era a nossa casa. Agora, quando muito, é uma segunda casa. Além dos cortes orçamentais há um mal estar generalizado e um clima de opressão que, enquanto profissionais dedicados, não merecíamos”.



Porque o riso é um dos melhores remédios!

No CHA, a delegação da OM cruzou-se com a Associação Remédios do Riso e experimentou o seu efeito terapêutico, como se comprova pela fotografia que imortalizou esse momento.

A Remédios do Riso é uma organização sem fins lucrativos criada em Abril de 2008, constituída por Drs. Palhaços com trabalho desenvolvido desde o ano de 2005. Os Doutores Palhaços desta associação recebem formação específica contínua na área de saúde para exercer uma abordagem adequada às necessidades físicas e emocionais da criança internada, e trabalham sujeitos a um código deontológico internacional.

As intervenções dos Drs. Palhaços têm resultados práticos instantâneos, reflectidos na alegria, satisfação e prazer transmitidos pelo doente, que aumentam a sua autoconfiança, auto-estima e criatividade. Estes resultados afectam familiares e profissionais, e estabelecem uma relação que facilita a comunicação e desenvolve a humanização do espaço hospitalar.

Actualmente a Associação está presente em 4 hospitais (3 públicos e 1 privado). De realçar que as intervenções desta associação são disponibilizadas gratuitamente aos hospitais parceiros, sendo os custos de produção inerentes totalmente suportados pela Remédios do Riso graças aos apoios que obtém.

Mais informações:

Associação Remédios do Riso

www.remédiosdoriso.pt

geral@remédiosdoriso.pt

<http://www.youtube.com/remédiosdoriso>

+351 966569307

+351 915812454



Centro de Saúde de Faro e outras unidades de CSP algarvias



No CS de Faro, numa reunião alargada com médicos de várias instituições de cuidados primários e coordenadores de diferentes USFs, os temas foram recorrentes: a falta de recursos humanos, os constrangimentos decorrentes dos concursos fechados que dificultam a colocação de especialistas e a necessidade urgente de facilitar – em vez de dificultar – a colocação de médicos, imposições da contratualização, falta de medicamentos na região, etc.

Começando pela falta de medicamentos na região algarvia, João Camacho, delegado de saúde do ACES Central, explicou que durante um determinado período de tempo não havia vacina da febre amarela disponível e também há falhas nos anti-maláricos, o que causa, naturalmente, transtorno na consulta do viajante que faz pois muitos vistos não podem ser obtidos sem esse tipo de vacinação. “Nas farmácias algarvias não há vacinas para a hepatite A”, acrescentou ainda. Segundo este especialista, há uma clara falta de recursos humanos nesta área, existindo 3 especialistas no ACES Sotavento, 5 no ACES Central e 5 no ACES Barlavento.

Foi-nos referido que, no ACES Central (Olhão, Faro, Loulé, São Braz e Albufeira) uma das preocupações relevantes é o elevado número de utentes sem médico de família; Numa análise das estatísticas da região concluímos que,

em números, o ACES Barlavento (Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo) ainda consegue estar numa situação mais delicada pois a percentagem de utentes sem médico assistente ultrapassa mesmo os 50% dos inscritos. Outra questão recorrente é a dificuldade das USF modelo A passarem legitimamente a modelo B. Um exemplo disso é a USF Albufeira que, depois de parecer técnico positivo, continua arrastadamente e sem justificação sem passar a modelo B. Consequentemente, essa unidade já perdeu 4 médicos! Em 2013, o Algarve foi a única região que não teve acesso a nenhuma passagem para modelo B. “A região queixa-se que não capta médicos mas, a fazer discriminação negativa, como é que esperam consegui-lo? (...) Assim desmotivamos e não temos interesse em continuar a ser uma USF”. Neste ACES (central) no universo de 39 internos, 29 estão a completar a sua formação em Unidades de Saúde Familiar. “As USF assumiram um papel fundamental na formação”. Outro assunto incontornável, a contratação de médicos cubanos, mereceu o seguinte comentário por parte do bastonário da Ordem dos Médicos: “se o Estado português pagasse aos médicos portugueses o que pagou ao Estado cubano, haveria colegas disponíveis para colmatar a falta transitória de médicos de família. Acresce que esta situação é pouco digna para os colegas cubanos, a quem o respectivo país paga apenas um subsídio de sobrevivência ficando com o resto do dinheiro”, uma situação degradante para qualquer profissional mas que não se verifica, por exemplo, no caso dos médicos colombianos que recebem a totalidade do que é pago pelo Estado português.



Assunção Martínez (presidenta da mesa da Assembleia Distrital) e José Luís Nunes



José Manuel Silva e José Carlos Queimado (ACES Central)



Natália Correia



Carlos Sousa (USF Lauroé)

Da parte da ARS, segundo os relatos dos colegas, em vez do apoio e incentivo que os profissionais esperavam e mereciam, nem sequer respostas recebem. Os colegas dos cuidados de saúde primários referiram a falta de algumas especialidades hospitalares que os obrigam a, frequentemente, mandar doentes para Lisboa o que tem causado dificuldades pois, actualmente, “Lisboa chega a pedir-nos termos de responsabilidade para aceitarem os nossos doentes”... Há muitas dificuldades com o transporte e, também nesta área, temos relatos de decisões irracionais em termos económicos: “o veículo simples de transporte de doentes não foi implementado, além disso, havia um protocolo com a CP, quando as circunstâncias clínicas o permitiam, para mandar os doentes, com um acompanhante, de comboio para Lisboa. O protocolo acabou e, agora, mandamos os doentes de ambulância e é esse o tipo de transporte que pagamos em vez do bilhete de comboio... Naqueles a quem não são pagos os transportes de ambulância, verificam-se situações em que, por falta de dinheiro, as famílias não levam os seus doentes a Lisboa...”.

Cirurgia pediátrica, psiquiatria da infância e da adolescência, endocrinologia, estomatologia, dermatologia e oftalmologia são apenas alguns exemplos de total (ou qua-

se) ausência de especialistas em toda a região algarvia.

Para a especialidade de neurocirurgia (em que existem 4 especialistas) os tempos de espera que nos foram referidos ascendem a mais de 700 dias. “O problema principal é esse: mesmo nas especialidades que existem, a capacidade de resposta é muito deficitária, como é o caso da saúde mental do adulto”. “No que se refere à psiquiatria da infância e adolescência, havia um gabinete de apoio há mais de uma década, mas, a partir de Janeiro, a ARS não renovou o protocolo que tinha com a Estefânia – hospital que fazia a supervisão desse gabinete”, explicou José Carlos Queimado, economista e director executivo do ACES Central. “O pior é que nem sequer foi feito um agradecimento ao colega que, durante mais de dez anos, se deslocou ao Algarve para assegurar essa consulta. Tomam-se decisões sem falar, sem ouvir e sem pensar!”, desabafava um colega. Esta situação aconteceu em relação a outros protocolos, reduzindo a capacidade de resposta do SNS na região algarvia. “O Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul era um centro de excelência, o único do Algarve com urodinâmica, mas também não renovaram o contrato. É uma perda muito grande”. Também foram referidas falhas em serviços básicos como dois dias sem serviço de limpeza,

“Os erros começaram com anteriores administrações e continuam. Há erros de planeamento, de aquisição de materiais, de estratégia de fixação de profissionais, etc. Neste momento, está tudo a degradar-se. Mas, especificamente, os cuidados de saúde primários estão muito mal”.

faltas de papel higiénico ou de papel para as mãos. As falhas de *stock* são muito abrangentes e atingem os medicamentos: “quando, ao abrigo do plano nacional de vacinação, um utente faz duas doses de uma vacina mas, no final, não há a 3ª dose para lhe ser ministrada, isso torna ineficazes as doses que foram dadas anteriormente”. “Faltam testes de gravidez, implantes anti-concepcionais, etc.” Carlos Sousa, da USF Lauroé, falou-nos de como adora o seu grupo de trabalho e de que é nesse grupo que encontra incentivo para continuar a trabalhar. Mas a ausência de resposta, por parte da ARS, por exemplo, é algo desmotivante. Quanto aos problemas informáticos constantes, explicaram-nos que existem computadores presos



Helena Boavida, coordenadora do internato MGF (USF Farol)



João Camacho, médico de saúde pública

com solda e que as dificuldades são resolvidas de forma pontual, exemplificando com a avaria de uma impressora, situação que foi resolvida indo buscar outra impressora... à sala de enfermagem (!).

Situação caricata: com a passagem do Alert para o SAM/SAPE houve dificuldades com a actualização dos receituários e outras dificuldades porque o SAM estava agregado às UCSPs. Consequentemente, a prescrição que está a ser feita nos três Serviços de Urgência Básica (SUB) da região - que estão a ser assegurados por médicos contratados ao abrigo do acordo com o governo cubano ou através de empresas - está a recair nas estatísticas dos ACES, o que originou um aumento significativo em termos estatísticos, uma irregularidade que enviesa a contratualização das UCSPs por deturpar os números da despesa. Neste contexto foi-nos ainda relatado uma tentativa de resolver a situação, colocando os SUBs no âmbito dos hospitais, mas actualmente o protocolo que foi celebrado para resolver essa situação não está a ser reconhecido - e mui-

to menos aplicado - pelo Conselho de Administração do CHA. Com este sistema de contratação de horas, através de empresas ou por contratos com governos estrangeiros, o que sucede é que os Serviços de Urgência Básica têm muitas vezes deficiências no número de profissionais que estão a assegurar esses serviços, tendo já ocorrido situações em que: um colega de MGF ficou sozinho a assegurar um SUB, ou, em pleno Verão de 2012, os colegas cubanos 'desapareceram', ou seja foram embora sem qualquer aviso prévio, e, em Albufeira, entre Junho e Agosto faltavam recursos humanos, situação agravada pelo facto de, em Agosto, os novos colegas cubanos que chegaram terem tido de começar a trabalhar sem ser devidamente integrados.

"Os erros começaram com anteriores administrações e continuam. Há erros de planeamento, de aquisição de materiais, de estratégia de fixação de profissionais, etc. Neste momento, está tudo a degradar-se. Mas, especificamente, os cuidados de saúde primários estão muito mal", referia Assunção Martinez,

presidente da mesa da assembleia distrital do Algarve. Já o médico Carlos Sousa considera que o ACES Central e do Sotavento estão razoáveis em termos de cuidados primários mas, em contrapartida, o Barlavento não está a prestar os cuidados necessários à população, nem em termos de cuidados de saúde primários, nem quanto aos cuidados hospitalares...

Com a passagem do Alert para o SAM/SAPE houve dificuldades com a actualização dos receituários e outras dificuldades porque o SAM estava agregado às UCSPs. Consequentemente, a prescrição que está a ser feita nos três Serviços de Urgência Básica (SUB) da região está a recair nas estatísticas dos ACES...

Hospital de Portimão



Parte da visita ao Hospital de Portimão contou com o acompanhamento do médico Luís Pereira, que, no dia desta deslocação da OM a Portimão, estava de serviço nessa unidade, e que reconheceu

existir, por vezes, uma espécie de vazio em relação à orientação dos internos de ano comum, mas reafirmou estar sempre disponível para os atender e ajudar.

Em Portimão funciona uma unidade de convalescença/cuidados paliativos que, sendo independente do hospital, são os médicos desta instituição que aí prestam assistência. Apesar da situação poder não ser a ideal, até porque, como foi referido por alguns colegas, estas unidades deviam estar na dependência do hospital,

Pedro Quaresma, do conselho distrital médico algarvio, explica que esta unidade, inaugurada em 2009, foi positiva pois diminuiu os internamentos 'indevidos' no hospital. "Ainda assim, continuam a existir uma média de 25/30 doentes na urgência à espera de vaga no internamento, mas há obras a decorrer que, na prática, vão aumentar o número de camas", refere-nos a médica Luísa Dias, directora do Serviço de Medicina. Também nesta unidade hospitalar estão a ser

Luísa Dias, directora do Serviço de Medicina
João Pedro Quaresma (atrás)



Interna de Gastroenterologia



Fátima Rodrigues



Nuno Vieira



colocadas macas na medicina para que os doentes não fiquem espalhados pelos corredores e houve reconversões de espaços que levaram ao aproveitamento de áreas onde anteriormente estavam refeitórios, bibliotecas e casas de banho para visitas (sem que houvesse um diálogo com os médicos dos serviços afectados!), criando assim mais área útil para as novas camas, mas também dando origem a novos problemas. “Com estas remodelações, há doentes infectados que ficam ao lado de doentes com próteses sem complicações e o facto de terem eliminado o refeitório faz com que tenham também que comer todos juntos”, um comentário que demonstra que, apesar do mérito inerente à eliminação de macas dos corredores, nem todas as consequências destas remodelações foram positivas do ponto de vista dos doentes.

Serviços como a anestesiologia, vivem da “boa vontade e carolice dos colegas” o que explica que, na cirurgia, não se estejam a verificar problemas na urgência, mas para a cirurgia programada a carência de recursos humanos tem-se feito sentir. Apesar da criação do CHA, na área de cirurgia foi-nos referido que os serviços de Faro e Portimão têm muitas assimetrias e que se mantém a funcionar como dois serviços independentes, uma realidade que se percebe até nas diferenças em termos de tempos de espera. Em Portimão é-nos referida a falta de condições técnicas para a prática de algumas cirurgias – como era o caso de patologias do pâncreas e esófago que tinham mortalidades e morbilidades inaceitáveis – em que a opção foi por deixar de praticar essas cirurgias. 49% das cirurgias praticadas, segundo os colegas, são em ambulatório.

A principal dificuldade é a falta de tempos de anestesia para o bloco, na cirurgia programada. “São poucos colegas em anestesiologia. Se um vai de férias, por exemplo, faz logo muita diferença. Estamos a pedir 4 anestesistas há 4 anos...” Situação que se agrava com o facto de ter sido dispensada uma colega dessa especialidade. “Desde 2008 que não gozamos as folgas de domingo e só há pouco tempo começámos a gozar as de sábado”, isto num contexto em que os colegas não sentem qualquer reconhecimento do seu esforço e dedicação. Mas, independentemente de quaisquer considerações, “mesmo havendo falta de especialistas, não podemos anestesiolar à pressa e sem segurança do doente”; “o que o serviço faz, tem que fazer bem”, concluem. Naturalmente que, com quadros médicos exíguos em especialidades fundamentais, a gestão dos serviços torna-se um verdadeiro quebra-cabeças. “60% da nossa produção foi cortada e estamos carenciados em termos de material. (...) No tratamento de varizes falta complemento terapêutico, no tratamento do pé diabético faltam antibióticos, etc. Somos obrigados a usar tratamentos alternativos, numa espécie de imposição através da ausência, ou seja, por ruptura de stocks. (...) A ideia de progredir e melhorar o nosso trabalho é-nos retirada”. Isto é: quando os médicos não têm o medicamento X prescrevem Y, depois, quando falta Y, prescrevem Z e assim sucessivamente, mesmo em doentes cuja patologia estava controlada com o medicamento X... A falta de alguns equipamentos, como um ecógrafo, é apontada como elementos que podem estar a dificultar a fixação de médicos, pois alguns candidatos

Serviços como a anestesiologia, vivem da “boa vontade e carolice dos colegas” o que explica que, na cirurgia, não se estejam a verificar problemas na urgência, mas para a cirurgia programada a carência de recursos humanos tem-se feito sentir. “São poucos colegas em anestesiologia. Se um vai de férias faz logo muita diferença. Estamos a pedir 4 anestesistas há 4 anos...”

questionam sobre a sua existência. No entanto, por se tratar de um equipamento dispendioso, não obrigatório nos Serviços de Anestesiologia e exigindo grande diferenciação em ecografia e anatomia radiológica não será, provavelmente, uma razão determinante mas apenas coadjuvante. Numa especialidade com tantas carências como anestesiologia, não podemos deixar de nos questionar se se irão manter os erros e lamentar quando nos é referida a situação de um recém especialista que desejava ficar nesta região e acabou por ter que ir para Beja, em resultado das regras dos concursos fechados, este sim, um elemento determinante na possibilidade de colocação de especialistas em zonas do país que têm quadros médicos carenciados... “Os concursos fechados dificultam a mobilidade dos colegas para os hospitais periféricos”, frisou José Manuel Silva, presidente da OM.

Da parte humana, há várias situações positivas a assinalar. “Temos feito todas as horas necessárias para garantir a manutenção do Serviço, ultrapassando em muito as obrigações legais. Mas, se assim não fosse, não havia urgência”, é-nos dito a propósito dos colegas de anestesiologia. Trabalho igualmente muito elogiado, o da especialista Fernanda Martins, “o serviço orgulha-se da prestação da colega”, com o tra-

tamento de cerca de 120 cancro da mama/ano. Também há um sector de patologia do colo-rectal forte que funciona com o apoio do novo director de Almada e que tem números de intervenção idênticos. Reconhecendo o sacrifício da vida pessoal que os colegas se auto-impõem para poder dar resposta às necessidades dos seus doentes, “ainda somos uma geração que, independentemente da Administração que cá esteja, trabalha em prol do doente”, ouvimos.

Madalena Salles, directora do serviço de anestesiologia, salienta que, apesar de ser um hospital pequeno, Portimão tem bons serviços de radiologia e otorrinolaringologia, por exemplo, e refere alguma desmotivação desde a junção dos hospitais e a consequente saída de alguns colegas em várias especialidades. Cardiologia é uma das especialidades mais afectadas e uma daquelas em que há dificuldade em enviar os doentes para avaliação, pois há recusas por aplicação dos critérios de consulta (que são sete páginas!). No entanto, conforme nos foi explicado, trata-se de critérios para aplicação aos doentes referenciados a partir dos CSP mas estão a ser aplicados como fundamento de recusa de consulta em doentes em pré-operatório... “Se deixamos de tratar doentes, claro que conseguimos reduzir as dívidas”, conclui Sér-



Médicas internas



Manuela Amado e Sérgio Ribeiro da Silva



Diretor do Serviço de Cirurgia Geral, Mahomede Americano



João Paia (Urologia)

gio Ribeiro da Silva, que acompanhou esta visita ao Algarve em representação do Conselho Regional do Sul da OM.

Os mais jovens também sentem

Álvaro Botelho (Ortopedia) - à direita



Rita Jerónimo (interna)
e João Pedro Quaresma (do Conselho Distrital do Algarve)



Conceição Santos



Teresa Silva, Humberto Vassal
e o Nelson Gama (IAC) - Pediatria

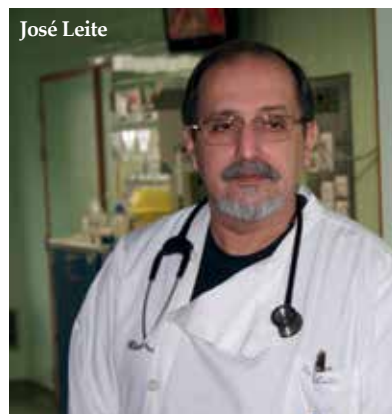


a falta de condições e referem: “algo que nos frustra é chegar ao trabalho e não poder trabalhar por falta de materiais básicos como nitrato de prata, drenos torácicos, betadine ou mesmo soro fisiológico”; Mas as situações de falhas são muitas e variadas e incluem até broncodilatadores que os médicos pedem aos acompanhantes que vão comprar à farmácia, faltas que, segundo nos foi

Madalena Salles



José Leite



referido, são reportadas superiormente... Para não falhar na prestação de cuidados, “estamos a gastar mais dinheiro porque acabamos a ter que adaptar o que vamos usar e não sai mais barato”. “A cada 48 horas os antibióticos são renovados e temos que começar novas terapêuticas”... Apesar de todos os condicionalismos, alguns colegas reconhecem que os cargos de gestão, hoje em dia, são extremamente difíceis, mas não podem deixar de lamentar a falta de diálogo: “É muito difícil gerir,

mas é fundamental saber dialogar com as pessoas. Não é a proibir que se fale que resolvemos os problemas. O caminho seria, nas reuniões, admitir que há falhas e trabalhar para as resolver”. Também o diálogo ARS-Conselho de Administração é apelidado de “nulo” ou “pouco eficaz”. A comunicação – ou a falta dela – é, aliás, apontada como “o principal problema”.

Sobre os problemas com as escalas, nomeadamente a situação de ser colocado um pediatra sozinho, à noite, José Manuel Silva esclareceu que a OM já pediu à IGAS que se pronunciasse e resolvesse aquilo que é uma ilegalidade, além de pôr em risco os doentes. Mas existem dificuldades em quase todos os serviços e ouvimos o relatos de situações em que, após terminar um turno de 24 horas de urgência, um colega foi ameaçado com processo disciplinar por não querer fazer mais 24 horas de seguida (!), ou escalas de serviços que nunca tinham falhado mas que foram desmanteladas e alteradas a ponto de começar a haver dificuldades, casos de colegas que, após terem obtido, com a devida antecedência de meses, autorizações para irem a congressos são confrontados com a impossibilidade de se ausentarem, situações, todas elas, só resolvidas graças à boa vontade dos profissionais em resolver essas falhas, nomeadamente do director da urgência, Luís Pereira, que se desloca muitas vezes entre hospitais para colmatar ora a falta de recursos humanos, ora as escalas desorganizadas, ora as falhas de médicos contratados através de empresas que não comparecem no serviço. “Estamos sempre a contar com a boa vontade e o improviso, mas não podemos viver constantemente assim”.



João Esteves



Jorge Salvador

A recuperação das listas de espera operatórias só é permitida fazer, em horário a partir das 20h e ao fim de semana, “com a justificação de que até às 20h o bloco operatório é um bem público”. Os colegas comentam, que, assim e com a falta de recursos humanos que se verifica, não haverá condições para recuperar a lista de espera. Quanto à Ordem dos Médicos, regista uma total perplexidade perante o facto de, por um lado, depois das 20h o bloco operatório deixar de ser um bem público e, por outro, por inferirmos dessa justificação - alegadamente dada pela administração

aos colegas – que os doentes que estão em lista de espera operatória não são considerados utentes de pleno direito do SNS não podendo, portanto, ser operados no horário em que o bloco é considerado “um bem público”. Mais parece que, da parte da Administração, não há efectiva vontade de operar mais doentes para não gerar mais despesa!

Mahomede Americano, director do Serviço de Cirurgia Geral salientou a necessidade das estruturas da Ordem dos Médicos estarem mais próximas dos médicos e de transmitirem as preocupações destes profissionais.

“60% da nossa produção foi cortada e estamos carenciados em termos de material. (...) No tratamento de varizes falta complemento terapêutico, no tratamento do pé diabético faltam antibióticos, etc. Somos obrigados a usar tratamentos alternativos, numa espécie de imposição através da ausência, ou seja, por ruptura de stocks. (...)”.



Isidoro Duarte (Medicina Interna)



Médicos contratados através de empresas de recursos humanos asseguram a urgência



José David Estevens, director do Serviço de Psiquiatria



Luís Pereira em conversa com Sérgio Ribeiro da Silva e João Pedro Quaresma



Internos do Ano Comum

O Serviço de Obstetrícia e Ginecologia em Portimão, que já teve 12 médicos, tem actualmente apenas 6, tendo o mais novo 46 anos. Como nos outros serviços, para assegurar a assistência, recorre-se à contratação de profissionais através de empresas e fazem-se escalas abaixo do recomendado pelo Colégio da Especialidade, até porque muitos colegas, dada a desmotivação, desvalorização do trabalho médico e falta de incentivo, como não são legalmente obrigados a fazer urgência, deixa-

ram de querer fazer horas extraordinárias.

Já no Serviço de Psiquiatria é-nos referido que muitos colegas dessa especialidade estão a emigrar. Passamos pela sala de formação, uma área ocupacional para os doentes, uma sala de psicoterapia e por um refeitório, que ainda se mantém com essa funcionalidade mas que, fora das horas das refeições, é reconvertido em sala de visitas. É um Serviço com áreas agradáveis e funcionais e onde encontramos várias enfermarias com espaços adequados, representando um total de 15 camas fixas. Mas, a partir de Maio, com o aumento dos pedidos de internamento de pirómanos e outros doentes, sente-se mais fortemente a falta de recursos humanos, num Serviço que tem 3 psiquiatras e 3 internos. Há algumas dificuldades na relação com os CSP, razão pela qual, José David Estevens, o director deste Serviço, defende que exista psiquiatria na

comunidade. A título de exemplo das dificuldades sentidas nessa relação entre níveis de cuidados, foram-nos relatados pedidos de consulta da especialidade em que o fundamento é: “insónia em bebé de seis meses”, “tristeza acentuada desde há dois dias com a morte de filho”, “quer ir ao psiquiatra”, etc. Outra dificuldade deste Serviço é na resposta à solicitação dos tribunais: “exigem-nos uma declaração de honra em como não conhecemos o doente. Ora, sendo nós apenas 3, é muito provável que já tenhamos tido contacto com todos os doentes”. Com a falta de medicamentos na farmácia hospitalar, surgem dificuldades no tratamento dos doentes compulsivos: “não podemos esperar que um doente tratado compulsivamente ainda vá comprar os medicamentos que tem que tomar. É pouco provável que isso aconteça”. A falta de especialistas em psiquiatria da infância e da adolescência é outro proble-



ma da região: “em todo o Algarve só existem dois colegas dessa área: um está quase a reformar-se e o outro só faz clínica privada”.

Quando passámos pela urgência, esta estava a ser assegurada por quatro colegas contratados através de empresas. “Já tivemos um corpo clínico próprio, mas com a carência de profissionais, esta é a única forma de manter a urgência”. Na maior enfermaria deste serviço há 30 macas e foi-nos referida a existência de 24 doentes à espera de vaga de internamento. Essa é uma situação complexa, que nos foi ilustrada por Luís Pereira, que como referimos anteriormente, neste dia estava a prestar serviço no Hospital de Portimão, com o exemplo de um doente de gastroenterologia que está há seis dias internado na urgência por falta de vaga na enfermaria.

Ficámos ainda a saber que o número de queixas de doentes tem aumentado, quer em resultado da

falta de medicamentos quer por falta de especialidades pois uma deslocação a Faro, num doente com limitações físicas, tem custos elevados. “Talvez alguns profissionais não estejam a investir o que deviam. A maior parte dos profissionais, no entanto, dá o melhor que pode, dentro das condições que existem. Não nos podemos esquecer que são os doentes que nos dão trabalho e nesta região não abunda o dinheiro para ir fazer tratamentos no privado”. Dos doentes ouvem-se queixas de falta de privacidade porque as conversas tidas com os médicos são ouvidas por todas as pessoas, dada a falta de espaço.

Em conclusão, se olharmos a administração e os profissionais como parte de uma entidade única, como seria desejável, somos levados a concluir que, no caso do Centro Hospitalar Algarvio, estamos na presença de uma situação de bipolaridade pois o que nos é

referido pelos primeiros parece ser consistentemente contrariado pelos profissionais ou pelas circunstâncias que um olhar mais atento detecta. “Nunca visitei um centro hospitalar onde ouvisse tantas queixas”, concluiria, no final da visita à região algarvia, o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, acrescentando que “a conflitualidade não ajuda a atrair médicos”.

“É muito difícil gerir, mas é fundamental saber dialogar com as pessoas. Não é a proibir que se fale que resolvemos os problemas. O caminho seria, nas reuniões, admitir que há falhas e trabalhar para as resolver”.

Formação em risco na Urgência

A área da formação é uma das que apresenta mais relatos de deficiências: internos da especialidade a fazer balcão na urgência sem orientador, IACs que fizeram a especialidade de medicina interna sempre a fazer apenas balcões, internos sem autonomia a tutorar outros internos sem autonomia, internos do ano comum sozinhos nas urgências, internos de cirurgia que não fazem balcão de cirurgia mas sim balcão geral, os internos para poderem ir a congressos têm que garantir a sua substituição por outros internos nas escalas e muitas vezes esses pedidos são recusados, “há muitos dias em que não há apoio nenhum” e, aparentemente, os IACs e os internos da especialidade de 1º ano são os que ficam mais desprotegidos, sendo obrigados a ver os ‘verdes’ e ‘azuis’, muitas vezes sem nenhum apoio de um especialista. Há internos do ano comum a prescrever e a dar altas sem supervisão. Quando questionamos a razão pela qual não se recusam a fazê-lo, a resposta é simples: “há pressões superiores”. É-nos relatado o caso de uma interna de fisioterapia que além de estar sozinha no balcão de cirurgia II ainda tinha “a seu cargo” orientar dois IACs (!). A interna ficou no balcão mas recusou-se a fazer urgência nessas condições e, como não encontrou e, consequentemente, não conseguiu falar com o especialista, o único que nesse dia estava a dar apoio a tudo, regressou depois ao seu serviço, tendo acabado por levar uma falta... “Quando entrei não senti as coisas assim”, desabafa um dos internos, “mas agora há um completo desrespeito pela formação e consequente degradação”. “Não sei tratar um edema pulmonar ou um AVC em urgência porque no balcão só vejo situações de vómitos, diarreias, e outras patologias semelhantes...” Segundo nos foi referido por colegas, por indicação da Administração, os internos do primeiro ano que estejam a fazer uma especialidade cirúrgica não fazem a urgência com a especialidade mas sim balcão geral. A única excepção a essa regra é cirurgia geral, em que os IACs que estão a fazer a valência de cirurgia fazem a urgência referente a essa especialidade.

No balcão de observações do Serviço de Urgência do Hospital de Faro, o que referimos atrás e que está dividido ao meio por uma parede, é hábito sentarem-se internos de um lado da parede e especialistas ou contratados do outro. “Os IACs dependem da boa vontade de quem está nos balcões; quando o interno ganha coragem para pedir ajuda, pode não ouvir um não, mas ouve muitas vezes um sim contrariado e que desmotiva novos pedidos de ajuda”. Uma interna do primeiro ano explicava-nos: “houve algumas vezes em que um especialista viu um doente comigo mas, a maior parte dos doentes são vistos só por mim”. Outros jovens colegas referem: “Não é possível estarmos na urgência, ver a lista de utentes em espera a crescer e não fazer nada. Em algum momento, mesmo sem tutela, acabamos por arriscar a ver os doentes”. Como os quadros de algumas especialidades estão envelhecidos, há tutores que já não fazem noites, portanto haverá internos que nunca estarão numa urgência nocturna com os seus tutores. Quando os internos estão no balcão apenas com médicos contratados através de empresas, estes não aceitam assumir a tutela dos colegas mais novos. É compreensível a sua recusa, por não existir nenhuma ligação à instituição, mas não é ética nem deontologicamente aceitável e muito menos compreensível e aceitável será que, segundo os mais novos, os colegas mais velhos não digam a verdade ao director do serviço de urgência, depois de terem ignorado os internos uma noite inteira. “Está-se a perder o bom senso, a noção de ética e até o respeito pelos colegas”...

Outra situação que nos foi relatada foi a aceitação de IACs para fazer curso de VMER, quando não podem depois ser escalados, enquanto foram preteridos internos da especialidade, como retaliação por se recusaram a desistir de estágios fora da região, que tinham sido previamente autorizados...

Com falta de especialistas em várias áreas, a urgência do CHA tem um ambiente pouco propício a uma formação de qualidade, pois os internos não se sentem à vontade para fazer perguntas ou pedir ajuda, nomeadamente quando vêm os colegas mais experientes com excesso de trabalho.

Nota da redacção: Também com interesse para estas matérias, sugerimos a leitura das informações das páginas 17, 24 e 25, que incluem tomadas de posição da OM, pedido de fiscalização à IGAS e uma informação relevante da Comissão Europeia sobre os direitos dos médicos internos.

Centro de Saúde de Portimão

Na área de influência do Centro de Saúde de Portimão, existem quase 28 mil utentes sem médico de família, o que representa uma percentagem de 48,7% da população sem assistência assegurada ao nível dos cuidados primários. São precisamente os profissionais desse CS os primeiros a reconhecer essa insuficiência, em resultado da carência de médicos. Os 22 médicos do CS asseguram listas que somam 26.465 utentes com médico de família, mas número semelhante permanece sem médico atribuído. É provavelmente por essa razão que, no ACES Barlavento, a contratação de horas para 2014, a serem usadas na consulta de recurso dos vários CS que engloba, ultrapassa as 28 mil horas, a serem asseguradas por médicos contratados através de empresas. “Abrem-se concursos mas ficam desertos. Faria sentido melhorar as condições para que se fixassem mais profissionais na região”. Dos sete concelhos do Barlavento, só em Monchique a cobertura por médico de família é de 100%. “Mesmo assim tentamos garantir a qualidade assistencial, mesmo aos utentes sem médico atribuído. Mas o nosso desejo é olhar para a qualidade e fazer medicina preventiva que é a chave dos CSP. Mas neste momento dificilmente o conseguimos fazer”. As queixas com a informática são as mesmas que ouvimos noutras

instituições de saúde: demasiados programas, falta de interação entre eles, desconexão entre os programas dos CSP e dos hospitais, custos acrescidos – em dinheiro e em tempo – em resultado dessas dificuldades, etc.. Tiago Botelho, licenciado em economia, director executivo do Agrupamento de Centros de Saúde Algarve II – Barlavento, refere que apesar de algumas mudanças positivas na saúde do Algarve, a evolução em termos de recursos humanos não foi a melhor e a informática apresenta deficiências, especialmente nas extensões. “Não queremos o médico mais tempo a olhar para um computador do que para a doente. O sistema informático não deve ser o centro do trabalho médico”, refere. O economista referiu igualmente os problemas de comunicação entre níveis de cuidados e o trabalho que – ainda – tem que ser feito para estabelecer um bom diálogo entre os vários especialistas. “Com a criação do CHA, a acessibilidade às consultas hospitalares piorou, especialmente em cardiologia, urologia e psiquiatria”. Relembrando que não existem reformas contra os profissionais, Tiago Botelho referiu que terão ocorrido desencontros entre quem manda e quem trabalha, porque não se sentiu incluído no projecto. “A criação do CHA supostamente deveria trazer mais resposta às necessidades da população porque em economia de escala $2+2=5$. Mas, neste caso, está a revelar-se que $2+2=3$ ou menos”... Considerando que todos procuram os melhores resultados, desde a administração aos médicos, ainda assim o director executivo deste ACES, conclui: “as coisas não estão a resultar...”. Mas nem todos os problemas terão origem na gestão, pois aqui as questões de aprovisionamento

Paulo Rosa



Ester Coelho

estão dependentes da ARS, é-nos explicado. Ester Coelho presidente do Conselho Clínico do ACES Barlavento é uma das especialistas em MGF que presta serviço na urgência e conta-nos que, por vezes, é a única médica portuguesa no serviço. “Não é uma decisão fácil: se faço urgência sinto que estou a alimentar um sistema que, na verdade, tem falta de médicos; se não vou, fico com um problema ético em relação às necessidades dos utentes”. Concordando com a visão de Tiago Botelho que defende que os médicos de MGF devem participar na urgência hospitalar, Ester Coelho tem tentado sensibilizar mais colegas para irem fa-



Sala de cirurgia polivalente

“Abrem-se concursos mas ficam desertos. Faria sentido melhorar as condições para que se fixassem mais profissionais na região”. Dos sete concelhos do Barlavento, só em Monchique a cobertura por médico de família é de 100%. “Mesmo assim tentamos garantir a qualidade assistencial, mesmo aos utentes sem médico atribuído. Mas o nosso desejo é olhar para a qualidade e fazer medicina preventiva que é a chave dos CSP. Mas neste momento dificilmente o conseguimos fazer”.

zer algum trabalho assistencial à urgência. Num universo já de si deficitário de médicos, prevê-se a aposentação de nove profissionais este ano... “É preciso um olhar diferente para esta zona do país. Têm que haver medidas de discriminação positiva”.

Da sua experiência na urgência, Ester Coelho refere que alguns colegas estrangeiros nem sequer sa-



João Alves da Silva



Tiago Botelho

bem usar o Alert. Somando a isso o necessário acompanhamento que faz dos IACs que estejam na urgência, bem como de enfermeiros novos, é fácil imaginar quão difícil e desgastante pode ser essa prestação de cuidados, para coordenar as equipas e tratar os doentes.

Este ACES, com 7 centros de saúde e 26 extensões, espalhados por uma grande área geográfica, apresenta assimetrias acentuadas. A falta de médicos só vem tornar mais sensível a dispersão geográfica. “Não queremos encerrar extensões, mas com a falta de profissionais que temos é difícil assegurar o funcionamento das extensões, cinco dias por semana”. Uma situação a ter em conta, especialmente na região serrana onde os utentes já fazem 20km para chegar às extensões. Todas as unidades, com excepção de Monchique, dependem de médicos contratados através de empresas, e esses colegas faltam muito o que torna difícil a gestão. “A estabilidade do vínculo contratual é muito importante, mas o ACES não tem autonomia para contratar médicos, tem que ser via ARS”. Independentemente das penalizações financeiras pelas faltas, a verdade é que o CS tem que dar explicação ao utente que fica sem consulta, além de ver afectados os indicadores de qualidade, sendo que os médicos do quadro não têm responsabilidade nem controlo possível quanto a

essas faltas. Sobre os indicadores e a contratualização, Ester Coelho é peremptória: “mesmo que não aconteça nada por não atingirmos os objectivos, profissionalmente é uma frustração quando não cumprimos os indicadores assistenciais”.

Como solução para a falta de especialistas em MGF, Tiago Botelho concorda com o bastonário da OM quanto à ideia de que os profissionais reformados, desde que pagos de forma razoável e, eventualmente, contratados a meio tempo, poderiam ser a solução. Quanto à formação dos novos colegas, não se verifica falta de internos: há cinco internos de MGF em Portimão e quatro em Monchique. O que falta são orientadores...

As condições do CS de Portimão são boas, mas há salas de consulta fechadas por não haver computador! O CS tem uma sala de pequena cirurgia polivalente. Em contrapartida, conforme nos foi referido, Vila do Bispo, Lagos e Silves são instalações em que não há elevador e os doentes têm que subir escadas. Em qualquer um desses três centros de saúde, a saúde pública e os exames realizam-se no andar superior. “Não é possível alguém pensar em tudo e nunca falhar ou errar, por isso é que é fundamental conversar previamente com os profissionais e envolvê-los nas decisões”, concluiu José Manuel Silva.

Diversas falhas relatadas no CHA

Durante esta visita recebemos informação a partir de diversas fontes com relatos de situações de falhas de *stock*:

- Falta de fraldas, com indicação por parte da farmácia de que não haveria ordem para comprar, tendo as fraldas sido substituídas por sacos a forrar toalhas;
- falta de aspirina em dosagem de 100 miligramas, com indicação para que os profissionais dividam a aspirina 1000 em dez aplicações;
- falta de blocos de papel, que foram substituídos por folhas agrafadas (em alguns casos, os profissionais optaram pela aquisição dos materiais de trabalho a custos próprios);
- falta de envelopes para envio das convocatórias para consulta externa;
- falta de alguns medicamentos, por exemplo, na área da esclerose múltipla, por vezes por períodos longos de tempo, sendo que alguns dos fármacos em ruptura de stock nem sequer custam muito dinheiro. Exemplos de medicamentos em falta: atorvastatina, budesonida, brometo de ipratrópio, risperidona, midazolam, etc.;
- falta de nitrato de prata, ácido fusídico, betadine, brometo de ipratrópio, enalapril, soro fisiológico, bronco-dilatadores, drenos torácicos, ansas para retirar pólipos...

Mas também nos foram referidas situações de dificuldades/avarias com equipamentos:

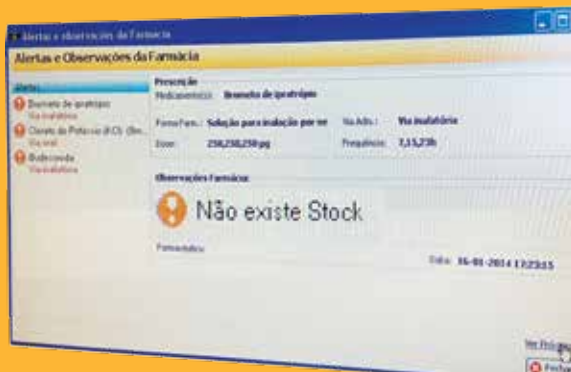
- impressora avariada; solução? Compra de papel térmico que é, provavelmente, muito mais caro do que arranjar a impressora;
- noutro local, outra impressora avariada; solução? Retirar uma impressora de outra sala;
- por faltarem pilhas para a UPS, trabalha-se com o som de um apito que toca ciclicamente;
- falta de toner nas impressoras.

E de diversas situações que dificultam o trabalho dos médicos:

- existe uma ordem de serviço que proíbe a requisição de exames ao exterior sem que haja uma prévia autorização da Administração e respectivo cabimento orçamental o que, em algumas situações, tem implicado atrasos de 12 a 15 dias no envio dos exames, prejudicando o diagnóstico e, consequentemente, os doentes;
- mudanças constantes das escalas, chegando a existir 6 versões da mesma escala;
- nomeações compulsivas para fazer banco em fins de semana em que os profissionais estavam de folga;
- criação de comissões “para que nada se resolva”;
- escolha de fornecedores com base em critérios inadequados; opção por apenas um fornecedor colocando o centro hospitalar na sua dependência, acontecendo por vezes ser um fornecedor que nem sequer possui a formulação certa;
- ameaças veladas e convites à auto-censura.



A falta de envelopes terá durado várias semanas e originou atraso nas convocatórias para consulta externa



Há registos do sistema informático a indicar sucessivas faltas de medicamentos





Berta Nunes

Presidente da Câmara de Alfândega da Fé

Autarquia comparticipa medicamentos e ajuda no transporte

Sem apoio muitos doentes desistiriam dos tratamentos

Alfândega da Fé é um dos concelhos mais desertificados e envelhecidos do país. Enquanto especialista em Medicina Geral e Familiar com uma proximidade muito grande à população, Berta Nunes, que preside a autarquia, está bem consciente dessa realidade e das suas implicações quanto às necessidades assistenciais dos seus munícipes. Num distrito em que faltam médicos e numa conjuntura económica extremamente desfavorável, já para não referir um poder central que define como desconhecedor do terreno, Berta Nunes explicou à ROM como a autarquia se tem vindo a substituir ao Ministério da Saúde no apoio aos doentes, nomeadamente na compra de medicamentos e no transporte para tratamentos.

Especialista em Medicina Geral e Familiar, condecorada pelo Presidente da República com a Ordem de Mérito pelo enorme contributo que deu ao desenvolvimento da Medicina Rural portuguesa e ao da Telemedicina, de que foi pioneira. Foi coordenadora da Sub-região de saúde de Bragança, directora executiva do agrupamento de centros de saúde do Nordeste e, em 2009, eleita presidente da Câmara Municipal de Alfândega da Fé, tornando-se, deste modo, na primeira mulher a presidir aos destinos de uma autarquia do distrito de Bragança. Em 2013 foi reeleita para essa mesma autarquia.

Revista da Ordem dos Médicos - Sente-se mais como uma médica que está na política ou como uma autarca que também é médica?

Berta Nunes - Sinto-me como autarca que também é médica e tem uma sensibilidade especial para a área da saúde, continuando a manter o interesse na actualização e seguimento dos assuntos da saúde em particular. Sou médica e continuarei a ser médica e a sentir-me médica, mas neste momento sou autarca.

ROM - Quais as principais dificuldades na Saúde nos municípios do interior?

BN - São as dificuldades de acessibilidade aos cuidados por causa das distâncias a percorrer para aceder a certo tipo de serviços.

Desde logo mesmo no acesso aos centros de saúde da parte das pessoas que vivem nas aldeias, porque temos redes muito frágeis de transportes públicos que não respondem às necessidades das pessoas, principalmente das mais idosas.

Por outro lado os cuidados mais diferenciados estão nas cidades do litoral, nos institutos de oncologia e nos hospitais centrais e aí as distâncias a percorrer são ainda maiores e os custos das mes-

mas, bem como a penosidade para pessoas doentes, dificultam o acesso e podem chegar mesmo a impedi-lo.

ROM - Acha que o poder central está sensível às dificuldades que a população enfrenta ou o distanciamento geográfico gera um alheamento da realidade?

BN - O poder central actual não conhece o terreno até porque nunca veio sequer reunir com os autarcas e tentar perceber os nossos problemas.

ROM - Alfândega é um dos concelhos mais desertificados e

envelhecidos do país. Essa realidade tem implicações em termos das necessidades assistenciais da população... Como está a saúde em Alfândega da Fé?

BN - O envelhecimento da população traduz-se em maiores necessidades em saúde, mas infelizmente no momento actual, e de acordo com o que nos relatam os doentes, o centro de saúde - principalmente na área médica - não responde cabalmente às necessidades.

Há vários problemas e todos eles já são do conhecimento dos responsáveis da ULS que se comprometeram a encontrar soluções o mais brevemente possível dentro dos constrangimentos existentes.

Temos também muitos problemas em consequência das restrições no apoio aos transportes da parte do ministério e a autarquia tem-se vindo a substituir ao Ministério da Saúde no apoio aos doentes que necessitam de tratamentos e consultas no IPO. Sem esse apoio muitos doentes desistiam dos tratamentos.

ROM - Como é que analisa, nesse contexto, decisões como a retirada de helicópteros do INEM de Macedo de Cavaleiros ou a alteração às comparticipações e o reflexo dessa redução da comparticipação na população do interior vs a população do litoral?

BN - No caso do helicóptero o problema passa pelas grandes distâncias em relação aos hospitais que existem nos concelhos mais periféricos do distrito e o heli é muitas vezes o meio mais rápido e mais adequado.

Temos apenas uma Vmer em Bragança e para apoiar um doente em Alfândega demoraria cerca de 45 minutos a 1 hora a

chegar! Mas há concelhos a distâncias ainda maiores. Daí a importância deste meio de emergência para salvar vidas!

A redução das comparticipações penso que afecta principalmente as pessoas com menos recursos tanto no litoral como no interior, embora as pessoas que vivem nos concelhos do interior tenham, em média, menos poder de compra do que as pessoas do litoral, mas todos são atingidos com estas medidas.

ROM - De que forma é que a autarquia tenta combater essas dificuldades?

BN - Nós apoiamos as pessoas com dificuldades económicas de acordo com o regulamento de apoio às famílias carenciadas e aos seniores, apoiando por exemplo na compra de medicamentos.

Apoiamos também nos transportes principalmente aos institutos de oncologia e por vezes a outros hospitais centrais do Porto.

Acompanhamos o funcionamento do serviço de saúde local e reportamos superiormente os problemas para serem resolvidos.

Temos um protocolo para o funcionamento de uma unidade móvel em que a autarquia paga o motorista e o combustível. Esta unidade móvel percorre todas as aldeias do concelho com uma enfermeira, uma dietista e um fisioterapeuta para prestar cuidados de proximidade.

Vamos brevemente assinar um protocolo para apoiar os cuidados primários em relação a alguns técnicos em falta e que a autarquia possa colocar no centro de saúde. Está prevista, nomeadamente, a colocação de uma psicóloga.

ROM - Quando, em 2011, encerraram os Serviços de Atendimento Permanente (SAP) no concelho de Alfândega da Fé e deixaram de existir urgências entre as 22 e as oito horas, teve uma atitude pro-activa e procurou uma alternativa tendo equacionado como a solução, para minimizar a consequência desse encerramento, a contratação de enfermeiros para ficarem de prevenção no quartel dos bombeiros à noite, a efectuar a triagem dos doentes. Porque razão não contratou médicos?

BN - Os médicos são escassos no distrito e também acabámos por não colocar os enfermeiros porque verificámos que não resolveriam todos os problemas e assim seria melhor activar os serviços de emergência quando necessário, ou usar a linha da Saúde 24.

Neste momento é assim que funciona, como acontece noutros concelhos, tendo sido reforçado o serviço dos bombeiros locais na área da emergência pelo INEM, melhorando assim o apoio a situações urgentes.

ROM - Considera que o facto de ser médica, e mais especificamente especialista em MGF, a torna mais sensível às questões de saúde que assolam a sua autarquia?

BN - Sim, sem dúvida porque conheço as pessoas e o impacto das doenças nas suas vidas e por isso sou muito sensível às questões da saúde.

ROM - Tem alguns indicadores que demonstrem o efeito da crise na população da sua autarquia?

BN - Não tenho dados objectivos mas conheço muitas situações de dificuldades económicas

com impacto no acesso aos tratamentos e consultas e mesmo na compra de medicamentos.

Como referi, após análise pelos serviços de acção social do município, a autarquia tem participado em muitas situações medicamentos e ajuda no transporte.

Também o desemprego e as dificuldades financeiras das pessoas aumentam os sintomas de *stress* e depressão e conheço várias situações destas.

Toda esta situação de dificuldades económicas e mais dificuldades no acesso têm impacto na saúde, disso não tenho dúvidas.

ROM - Como Presidente da Câmara tenta envolver outras instituições na procura de soluções para a autarquia, nomeadamente na área da saúde?

BN - Sim, o protocolo da unidade móvel tem como parceiros a Misericórdia e a Liga de Amigos do centro de saúde, bem como o próprio centro de saúde local. Os bombeiros são também um parceiro importante em muitas situações.

ROM - Surgiram, recentemente, notícias sobre uma certa descoordenação entre instituições da sociedade civil e as autarquias que com elas colaboram. Sente alguma dificuldade na comunicação com as instituições do vosso concelho?

BN - Nós trabalhamos

para aumentar e melhorar essa articulação e estamos muito conscientes da importância do trabalho em rede.

Tentamos que todos sintam que são importantes e estamos sempre disponíveis para colaborar, estando atentos a todas as possi-

bilidades de ajuda em qualquer instituição do concelho para tornar as nossas respostas mais eficazes e abrangentes. De uma forma geral não temos tido problemas na articulação com as instituições da comunidade.

Marcelino Marques da Silva

Presidente do Distrito Médico de Bragança da Ordem dos Médicos



Novos cortes põem em causa necessidades básicas e serão inaceitáveis

Dispersão dos núcleos populacionais, quadros médicos envelhecidos, condicionalismos da interioridade como a distância até aos hospitais de referência, e, acima de tudo, um sub-financiamento que até à data parece ser crónico, são factores de o presidente do Distrito Médico de Bragança, Marcelino Marques da Silva, realçar como fortemente condicionantes da medicina na região. A situação só é colmatada pelo empenho, desempenho e dedicação dos profissionais, nomeadamente, os médicos. Mas Marcelino da Silva alerta: se houver mais cortes na saúde na região do nordeste transmontano, haverá necessidades básicas da população a que não se conseguirá dar resposta o que torna qualquer novo corte “inaceitável” no contexto da ULS que ocupa o 12º lugar na avaliação de desempenho entre congéneres, embora seja sistematicamente subfinanciada, com uma capitação por habitante significativamente menor quando comparada com outras ULS. Poderá ser precisamente esse o caso, com a deslocação do helicóptero do INEM, pois o Nordeste só dispõe de uma VMER para todo o distrito e o helicóptero é, nas suas palavras, “vital quer para o pré-hospitalar quer para o inter-hospitalar e retirá-lo será um erro e uma injustiça, potenciando ainda mais as desigualdades de acesso e tratamento em relação ao litoral”.

Revista da Ordem dos Médicos – **Quais as principais dificuldades na Saúde no Distrito Médico de Bragança?**

Marcelino Marques da Silva – Basicamente poderemos elencar as seguintes:

- A interioridade que condiciona todos os aspectos da vida das pessoas e a saúde também;
- As distâncias para acesso ao litoral;
- As distâncias entre concelhos e a dispersão dos núcleos populacionais;
- A dependência do litoral em múltiplas especialidades de ponta;
- Os quadros médicos envelhecidos;
- A muito menor capitação em relação com outras ULS.

A Interioridade tem tido influência na contratação de profissionais que muitas vezes deixam os concursos desertos e mostram uma débil capacidade de atracção da ULSNE mesmo para especialistas formados localmente nas nossas unidades com idoneidade e capacidade formativa.

O acesso ao litoral é agora facilitado pelas novas estradas A4/IP4, IC5 E IP2, mas as distâncias continuam a fazer-se sentir nos acessos ao IPO e ao Hospital Central de referência donde dependemos em especial da Oncologia.

As longas distâncias entre núcleos populacionais também condicionam de modo determinante o acesso a especialidades hospitalares. Dispõe a ULSNE de três hospitais colocados no Eixo da A4, colocando também aqui problemas de acesso a concelhos como Carrazeda de Ansiães, Freixo de espada a cinta, Torre de Moncorvo, Mogadouro e Miranda do Douro que ficam a 50, 60 e 100 km desses Hospitais, com a curiosidade de o acesso de Miranda do Douro a Bragança ser mais rápido e melhor... por Espanha.

A rede de transportes é deficiente e escassa tendo os doentes, sem transporte próprio, de perder um

dia para aceder a uma consulta. Como disse o nosso Bastonário este não é um Distrito, é um país. Os quadros médicos envelhecidos - principalmente ao nível dos CSP e nos hospitais nas especialidades de anestesia, ginecologia e psiquiatria – com a aproximação da idade de aposentação, pode representar rotura para algum nível destes cuidados.

Temos um quadro de cerca de 200 médicos especialistas repartidos praticamente 100/100 entre Hospitais e CSP e carências sérias em Anestesia, Ginecologia/Obstetrícia e Psiquiatria. Temos cerca de 2000 funcionários e colaboradores e serviços com idoneidade e capacidade formativa nas áreas de Medicina Interna, Ortopedia, Psiquiatria, Cirurgia Geral, MGF e Saúde Pública.

ROM – Referiu também a questão da capitação...

MMS – Sim, o financiamento é outro dos problemas graves: a capitação por habitante, em relação com as outras ULS, é significativamente menor quando comparada com Matosinhos, Guarda e Norte e Baixo Alentejo, agravando as disparidades e obrigando a uma gestão muito mais criteriosa e apertada, valorizando ainda mais o 12º lugar na avaliação de desempenho entre congéneres. Temos de fazer - e fazemos - mais e melhor com muito menos, tendo de suportar custos de contexto muito maiores (relacionados com transportes e acessos) comparativamente com ULS de maior população, mas com esses custos muito menores ou quase inexistentes. Nem a comparação com as ULS do Alentejo, com custos semelhantes, nos é favorável pois tem maior financiamento para problemas semelhantes em termos de população e distâncias, mas nem por isso em termos de clima e acidentes de terreno. Portanto se mais cortes vierem poderão ser postas em causa necessidades básicas e isso será inaceitável.

A interioridade só é sentida por quem vive longe do litoral e o centralismo endémico de Portugal tem aqui a sua expressão máxima. Somos o Plutão do sistema solar e o calor do Sol mal nos chega enquanto vai quase derretendo Mercúrio. Mesmo os naturais da região quando estão em centros de poder parecem esquecer-se dela, das suas origens e das suas dificuldades.

ROM – O fecho dos Serviços de Atendimento Permanente (SAP) nalguns concelhos do Distrito Médico de Bragança deixaram a população mais desprotegida?

MMS – Teoricamente poder-se-á pensar assim, mas na prática a perda de horários de SAP foi colmatada com a abertura de Serviço de Urgência Básica (SUB) em Macedo de Cavaleiros, Mogadouro, e Vila Nova de Foz Côa, que dá cobertura ao total do território e tempos de acesso aceitáveis e com a abertura de Consultas Abertas (CA) nos concelhos sem hospital, das 8 as 22 para dar resposta a casos agudos, não urgentes nem emergentes. Ou seja, salvo casos pontuais de exiguidade de quadros médicos, os Centros de Saúde dão cobertura a essas exigências, tendo a população acesso a uma CA e um melhor serviço de SUB em detrimento do SAP, embora com perda de alguma proximidade.

ROM – Como é que se está a processar a assistência em emergência pré-hospitalar e a transferência inter-hospitais?

MMS – A emergência pré-hospitalar é assegurada por postos de INEM em todas as corporações de bombeiros nas sedes dos concelhos, praticamente todos com desfibrilhador e suporte básico de vida (SBV), por ambulâncias SIV junto do SU de Mirandela e dos SUB de Mogadouro e Vila Nova de Foz Côa, por uma VMER junto do Serviço de Urgência de Bragança e por um He-

licóptero em Macedo Cavaleiros. A transferência inter-hospitalar é assegurada por ambulâncias medicalizadas e muitas vezes pelas ambulâncias SIV ou Helicóptero em casos emergentes com necessidades especiais de colocação em unidades especializadas em curto espaço de tempo.

Um problema ainda não sentido mas já encarado é a potencial transferência do Helicóptero para o Hospital de Vila Real. Esta transferência deixará sem apoio as zonas mais periféricas da ULS, concretamente Vimioso, Miranda do Douro e Freixo de Espada à Cinta, contrariando os protocolos anteriormente assumidos com as Câmaras Municipais do Distrito que garantiam a manutenção do helicóptero em troca do encerramento dos SAP, em respeito pelo direito absoluto de socorro e igualdade de tratamento entre cidadãos nacionais.

O litoral com uma rede de VMERS em todos os hospitais e com tempos de resposta mínimos não necessita de um meio aéreo como o Nordeste que só dispõe de uma VMER para todo o distrito. Aqui sim, será de considerar vital este meio quer para o pré-hospitalar quer para o inter-hospitalar e retirá-lo será a nosso ver um erro e uma injustiça potenciando ainda mais as desigualdades de acesso e tratamento em relação ao litoral. Somos cidadãos de iguais direitos e a pagar os mesmos impostos.

ROM – Que reflexo teve a redução das participações na população do Distrito?

MMS – Como é do conhecimento geral, e já foi referido, o interior tem populações envelhecidas, descapitalizadas e muitas vezes sem apoio de familiares, que emigraram para o litoral e para o estrangeiro. Se ao nível do acesso o aumento das taxas moderadoras não foi um problema agudo porque a maior parte das popula-

ções já estavam isentas, a falta, a redução e um critério muito mais apertado de participação nos transportes para tratamentos e/ou consultas tem sido uma causa perturbadora do acesso aos cuidados de saúde.

De referir ainda que a falta de transporte para o domicílio, após um atendimento num SU, tem sido um problema sensível no Distrito, onde não há transportes públicos ou só se efectuam muitas vezes uma vez por dia, deixam nestes casos pessoas carenciadas a 30, 60 ou mais km de casa e a ter de utilizar um transporte de aluguer lhes pode levar parte considerável da sua pensão de reforma.

ROM – Tem sentido alguns indicadores que demonstrem o efeito da crise na população do Distrito Médico?

MMS – A crise actual tem tido efeito em todos os sectores da sociedade, em todos os escalões etários e em todos os estratos socioeconómicos e a saúde não é excepção. Os cortes orçamentais no distrito, até agora, parecem ter incidido ao nível da contenção do desperdício e racionalização de meios, mas já houve perda de técnicos em algumas especialidades de apoio aos CSP, como nutricionistas, psicólogos, higienistas orais, terapeutas da fala, cardiopneumologistas e podologistas.

A resposta da ULS em termos de desempenho tem sido 91,6% de doentes com atendimento em tempo adequado nas especialidades não cirúrgicas e de 97,8% de doentes atendidos em tempo adequado nas especialidades cirúrgicas (isto nas especialidades hospitalares disponíveis, naturalmente) e o desempenho geral *versus* contratualização comparado com as outras ULS, ACES e Hospitais coloca a ULSNE em 12ª lugar no total de 49 instituições avaliadas.

Contudo, se houver fecho de SUB, retirada de Helicóptero, as distâncias e os tempos de acesso vão aumentar, o nível de prontidão vai diminuir e os sinais visíveis da crise aparecerão de imediato.

O Governo, e mais especificamente o Ministério da Saúde, têm que ter maior atenção para com o interior já desfavorecido e promover discriminação positiva porque não se pode pedir poupança e sacrifício a quem pode perder o essencial.

ROM – As distâncias geográficas no Distrito são grandes. A qualidade das acessibilidades compensa essas longas distâncias no que se refere às necessidades assistenciais?

MMS – Falando de distâncias, será bom lembrar que a ULSNE cobre 40% do território da ARS Norte, 6.608 Km² mais o Concelho de Vila Nova de Foz Côa, para uma população de somente 144 700 habitantes e com distâncias impenáveis em termos de litoral e só comparáveis com o Alentejo. Cerca de 140/145 Km de distância entre os pontos mais distantes N/S e E/O ou ainda, se preferirem para melhor comparação, os dois concelhos de Bragança e Vinhais, têm a extensão do Distrito de Viana do Castelo, sendo a ULS constituída por mais 11.

Por tudo isto as novas acessibilidades, a A4, IC5 e IP2 vieram trazer uma melhoria absoluta em termos de mobilidade e acesso a cuidados de saúde embora com 30 anos de atraso em relação ao resto do país.

ROM – Como está o sector da medicina privada? Será esse o caminho para compensar as deficiências do sector público nos distritos do interior?

MMS – A abertura de uma Unidade Hospitalar privada em Miranda há muito pouco tempo, veio colmatar algumas deficiências em bastantes especialidades, contu-

do mesmo assim só acessíveis a baixo custo aos beneficiários de Subsistemas e Seguros de Saúde e aos serviços que eventualmente tenham convenção como o SNS. Mas também não serão de prever novas ofertas, se tivermos em conta a população residente.

ROM – E a capacidade de resposta dos cuidados primários é suficiente para as necessidades da população? Têm profissionais de saúde em número suficiente?

MMS – A capacidade de resposta dos CSP tem sido suficiente para as necessidades, podendo reportar-se somente casos pontuais de rotura em situações de doença ou transferência de efectivos médicos. Desde há muitos anos que não há praticamente cidadãos sem médico de família atribuído, mas, pelas razões atrás expostas, o quadro médico está envelhecido e disperso, com UCSP de muito pequena dimensão e por isso com pouca capacidade de resposta em situações de ausência de profissionais. Não há USFs na ULSNE.

Vejamos as UCSP de Vimioso com 3 médicos, Freixo de Espada à Cinta com 3 médicos, Carrazeda de Ansiães com 4 médicos e Alfândega da Fé com 4 médicos, são exemplos de quadros médicos adequados para o ratio populacional que servem, mas completamente desadequados devido a idade dos profissionais, em casos de doença, férias ou outras ausências para a cobertura em todos os dias de semana das 8 as 22 e aos fins-de-semana das 9 as 22 horas. Não pode haver demissão de cuidados em certas horas do dia e mesmo aos fins de semana. Quem já pouco tem com menos ficaria.

Os ratio médico/utente numa população dispersa, envelhecida, em regiões do interior têm necessariamente de ser pensados e alterados para níveis de razoabilidade, facto que, por vezes, o Ministério da Saúde e as organizações do litoral parecem não entender.



O que nós não entendemos é a situação do litoral: com centros de saúde sem médicos, utentes sem médico de família aos milhares, urgências hospitalares congestionadas, utentes desesperados, dirigentes sem saber o que fazer e unidades privadas cheias de clientes. Todo esse panorama aqui é-nos desconhecido. Damos resposta nos CS e nas SUB aos nossos utentes em primeira instância antes de recorrerem aos SU Hospitalares e em contrapartida somos por vezes questionados por não termos o número de utentes em lista preconizado pela DGS.

A simples presença em regiões inóspitas, periféricas, empobrecidas e completamente esquecidas deveria, só por si, ser tido em conta como um factor de correcção em termos de trabalho médico nestas condições pois constitui para os profissionais um índice de penosidade inegável.

ROM – Tem tido conhecimento de algum tipo de falha em termos

dos materiais necessários para o bom funcionamento dos CS e hospitais?

MMS – Neste momento e tal como atrás foi dito, não foi ainda sentida qualquer situação aguda de falta de material essencial ou mesmo de conforto para o funcionamento dos CS e Hospitais. A falta que sentimos refere-se a uma peça importante do trabalho em saúde que é o técnico de saúde e, nesse aspecto, a crise já levou alguns profissionais que fazem falta ao correcto funcionamento dos serviços e apoio as populações. Aqui não há acesso como no litoral a esses técnicos mesmo em cuidados privados e as populações ficam sem essas valências essenciais.

Nota da redacção: A ROM entrevistou o presidente do Distrito Médico de Bragança dias antes da decisão quanto à providência cautelar que se destinava a evitar a deslocação do helicóptero do INEM de Macedo de Cavaleiros para Vila Real.



www.ordemdosmedicos.pt
O portal oficial da OM



Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Encontrar nas nossas diferenças aquilo que nos une

Publicamos em seguida o artigo de opinião da autoria de Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, o qual faz uma reflexão sobre o afastamento dos profissionais da sua Ordem. O autor apresenta estratégias que visam desencadear a aproximação dos médicos, especialmente numa conjuntura em que “o papel do médico enquanto profissional qualificado e provido de capacidade crítica já não se pode limitar apenas à prestação de cuidados de Saúde”. Este texto foi previamente publicado no *Jornal O Médico* de dia 12 de Fevereiro.

Uma análise mais distante ao último acto eleitoral da Ordem dos Médicos permite concluir que o proverbial afastamento entre os profissionais e a instituição que os representa – não obstante significativas melhorias registadas nas últimas eleições – continua a ser uma realidade. Realidade essa que deve merecer, da parte de todos médicos e de todos os dirigentes da Ordem, uma significativa reflexão, ainda que as razões que justificam este divórcio sejam nuns casos objectivas e justificáveis e noutros casos mais complexas e provavelmente difíceis de entender.

Vivemos um período particularmente exigente no nosso país, decorrente dos compromissos firmados no acordo de assistência financeira. Por imposição externa, e em alguns casos por opção política própria, assistimos a uma fortíssima retracção do investimento público no chamado sector social do Estado, sendo que o Serviço

Nacional de Saúde (SNS) tem sido particularmente penalizado neste domínio com cortes profundos nas despesas de funcionamento. Acto contínuo, assistimos, hoje, aos resultados deste modelo político “custe o que custar” aplicado ao sector assistencial: casos insólitos e graves deficiências no acesso dos doentes ao SNS, comprometimento da qualidade dos cuidados de saúde e um crescente clima de crispação entre a tutela e os profissionais de saúde, da responsabilidade de quem tem a missão de governar a Saúde em Portugal. Não desmerecendo as restantes profissões do sector da Saúde, detenho-me sobre os médicos e a forma como têm sido particularmente acoitados neste contexto, através de um conjunto de decisões políticas que visam diminuir o seu papel no sistema e proletariar a sua actividade. Todos nos recordamos do inaceitável concurso de prestação de trabalho médico através de empresas que esteve na

génese da Greve Nacional de Médicos de 2012. A este episódio têm sido acrescentadas muitas outras iniciativas: o intermitente debate sobre a separação entre o sector público e privado, sem serem ponderadas todas as consequências de tal opção; a prescrição por DCI e consequente violação do acto médico e da relação de confiança médico-doente; o racionamento terapêutico, que tem limitado a disponibilidade de medicamentos inovadores e outras terapêuticas em algumas unidades de saúde; os cortes brutais e cegos em horas extraordinárias, sem o devido equilíbrio; as regras inaceitáveis para o licenciamento de unidades privadas de saúde, na tentativa de extinguir os pequenos consultórios e clínicas médicas, a Medicina de proximidade e a liberdade de escolha dos doentes; a desumanização progressiva da relação médico-doente através da imposição de várias medidas burocráticas e da excessiva e complexa informa-

tização de todo o sistema; e muitas outras.

Há ainda um lado b nesta matéria: alguns meios de comunicação social têm fomentado a desqualificação pública dos médicos à boleia do mito dos “conflitos de interesse” - algo que existe em muitos outros sectores de actividade, alguns dos quais com excepcional preponderância económica e política -, ou a condenação sumária de casos reportados como de ‘erro médico’. Independentemente das más-práticas pontuais que existem na nossa, como em todas as profissões, ninguém pode contestar a insistência neste tipo de notícias, que parecem nalguns casos servir outros interesses desacreditando o importantíssimo papel que os médicos desempenham na comunidade.

Esta é uma realidade reconhecida pela maior parte dos colegas. Basta consultar as redes sociais e alguns fóruns especializados na nossa profissão para se conseguir perceber o inconformismo generalizado na classe, agastada com um permanente clima de desconfiança e estigmatização na opinião pública. Formal e informalmente, também vamos tomando conhecimento deste descontentamento.

Em abstracto, este ambiente tenso que envolve o exercício da Medicina seria o contexto ideal para desencadear uma inequívoca e consequente aproximação dos médicos. Desde logo através de uma nova atitude, mais presente e colaborante, perante as instituições que representam a classe, encontrando soluções colectivas para problemas que dizem respeito a todos. Uma mobilização que rompesse a fronteira do mundo virtual.

A participação eleitoral registada a 12 de Dezembro último obrigamos a reflectir sobre esta realidade

e, muito possivelmente, a ter de alterar alguns aspectos no nosso modelo de actuação por forma a tornar a instituição mais representativa e mais próxima daqueles a quem, no essencial, se dirige. Para isso, é necessário que a Ordem seja mais aberta às diferentes solicitações dos médicos e que seja cada vez mais uma entidade credível, confiável e eficiente.

Para estimular esta conciliação é essencial que os órgãos de proximidade da Ordem, distritos médicos e órgãos regionais, promovam visitas regulares aos colegas no respectivo local de trabalho, independentemente de se tratar de um serviço público ou privado. É fundamental conhecer a realidade no terreno e ajudar a resolver os problemas que são recorrentemente abordados pelos colegas.

A Ordem dos Médicos deve também estar disponível para acolher as informações, críticas e sugestões dos seus associados. Nesse sentido, é crucial que exista um gabinete de atendimento personalizado, tendencialmente realizado por médicos, que permita aos colegas ter um contacto directo e privilegiado com a instituição e, ao mesmo tempo, ter um interlocutor capaz de encaminhar correctamente qualquer opinião, sugestão ou crítica.

A Ordem e, no caso particular, a Secção Regional do Norte, está disponível e preparada para estimular uma maior participação dos médicos no dia-a-dia da instituição e transmitir o apoio necessário para que continuem a exercer a sua profissão de acordo

com as boas práticas e a melhor evidência científica, no respeito absoluto pela Ética e Deontologia. Nesta medida, é essencial que os médicos vejam nesta ponte um percurso com dois sentidos: se a instituição tem por missão estar mais próxima de todos os médicos, os médicos também devem estar mais próximos da instituição.

Na actual conjuntura, o papel do médico enquanto profissional qualificado e provido de capacidade crítica já não se pode limitar apenas à prestação de cuidados de Saúde. Tem de estar disponível para ir mais além e reivindicar um papel activo na preservação das conquistas sociais da nossa Democracia. Só dessa forma, será possível continuar a defender de forma justa e equilibrada a dignidade das pessoas e o direito ao acesso a cuidados de saúde qualificados. A Ordem saberá cumprir a sua missão e estar à altura das exigências que lhe forem colocadas.

Encontrar nas nossas diferenças aquilo que nos une

Abbott cardiovascular. Juntos podemos fazer mais à melhor na...



Mário José Faria Martins Gomes

Aluno do 6º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

A comunicação e relação médico-doente como benefício para o doente e para a decisão médica

Publicamos em seguida um artigo-resumo de uma revisão elaborada no âmbito da tese de Mestrado Integrado em Medicina do autor. No texto analisa-se a relevância da comunicação no processo terapêutico, refletindo, nomeadamente, sobre a empatia na relação médico-doente.

A comunicação é o componente mais importante da interação com os doentes, ou seja, é o núcleo da habilidade clínica para a prática de medicina.¹ Do mesmo modo que o século XX foi a era da tecnologia, tudo leva a crer que o século XXI seja a era da comunicação. Um bom médico não se define somente pelo nível dos seus conhecimentos, mas também pela sua capacidade de se relacionar com os outros. Esta não é uma qualidade inata com a qual se nasce ou não, podendo sempre ser melhorada.²

Fazer perguntas abertas, ouvir atentamente, dar conselhos adequados, fornecer informações suficientes e verificar o seu entendimento por parte do doente constituem as principais áreas de comunicação durante a entrevista médica. Apesar destas competências se-



rem consideradas componentes fundamentais da Educação Médica são frequentemente difíceis de integrar nos currículos de Medicina.³

Hoje em dia, o papel crucial da relação médico-doente e a comunicação eficaz que lhe está subjacente têm tido destaque,

bem como os conceitos de autonomia do paciente, a toma de decisão partilhada, o cuidado centrado no doente e ainda a empatia do médico. Este foco recente surgiu devido à ampla disponibilidade de informações através da internet, ao aumento da complexidade da tecnologia nos cuidados de saúde e ao aumento do consumismo na área da saúde.⁴

A empatia é uma habilidade cognitiva, passível de ser ensinada e aprendida e que envolve a compreensão dos sentimentos e emoções do paciente. A empatia correlaciona-se positivamente com a qualidade do atendimento na consulta e com a confiança depositada no médico.⁸ A sensação que o doente tem quando é compreendido é, em si, intrinsecamente terapêutica quebrando as barreiras de isolamento da doença e encontrando soluções mais efetivas para a resolução dos seus problemas.²



O estudo realizado por Magee M. que comparou as perspectivas de médicos e doentes sobre os cuidados de saúde nos Estados Unidos, no Reino Unido, na Alemanha, na África do Sul e no Japão, demonstrou que os médicos são a principal e mais confiável fonte de informação sobre a saúde, bem como a fonte mais provável para estimular a mudança positiva de comportamento. Os cidadãos destes países classificaram a relação médico-doente como a segunda mais importante a seguir à relação familiar, excedendo a importância das relações espirituais, financeiras e com os cole-

gas de trabalho. Este estudo revelou que o desempenho médico ideal engloba a compaixão, a confiança, a compreensão, a paciência, a parceria e o ouvir atentamente. Curiosamente, os médicos de todos os países estudados taxam o seu desempenho acima do que os doentes consideram.¹²

Lee e Lin no seu estudo sobre a autonomia do paciente evidenciaram que os doentes com elevado poder de decisão revelaram mais confiança e satisfação do que aqueles com baixo poder de decisão. Além disso, os doentes que receberam maior nível de informações tiveram

um maior nível de satisfação, bem como uma melhoria da saúde física e mental.¹¹

Dibbelt et al., no seu estudo sobre a interação médico-doente durante a reabilitação provaram que a alta qualidade de interação dos doentes com os seus médicos estava relacionada com a redução da depressão, da ansiedade e da dor durante a reabilitação.¹⁴

O médico deve utilizar o cuidado de saúde centrado no doente que se baseia na toma de decisão partilhada, tendo em conta as preferências e o contexto social do doente (história de vida, personalidade, grau de formação, família e profissão).² Assim, o médico deve adotar um estilo de comunicação que envolva a participação ativa do doente, tendo em conta as suas preocupações e preferências.¹¹ Uma relação mais centrada no doente apresenta resultados mais favoráveis para o doente (diminuição do tempo de internamento hospitalar e redução do tempo de recuperação da doença) e também aumenta a satisfação do médico com o seu trabalho (diminuição da ansiedade, da tensão e do esgotamento profissional).^{1,10}

A maioria das queixas dos doentes sobre os médicos está relacionada com problemas de comunicação e não com as competências clínicas.¹⁰ A queixa mais comum dos doentes, é que os médicos não sabem ouvi-los. Ouvir o doente é uma arte e como tal pode sempre ser aperfeiçoada. Dar ouvidos ao doente é a peça fundamental na construção de uma boa relação. Deve-se ouvi-lo com cuidado, estando atento aos mínimos detalhes da sua situação.⁷

Os médicos devem privilegiar

os sentimentos e valores dos doentes e dos seus familiares, estimulando-os para a toma de decisões em conjunto. O médico deve fazer a promoção da saúde e a prevenção da doença, considerando o doente na sua integridade física, psíquica e social e não somente do ponto de vista biológico.¹⁵

No século XXI, as doenças infecciosas estão a dar lugar às doenças crónicas e degenerativas. Neste contexto, a comunicação é um fator fundamental, pois os tratamentos de longa duração dependem de uma participação mais intensa do doente. A autogestão de saúde pelo doente é muito importante nas doenças crónicas, melhorando significativamente a sua qualidade de vida.⁷

Uma relação médico-doente eficaz possibilita a construção de um ambiente de empatia e confiança, conduzindo o doente a uma maior adesão ao tratamento, ao aumento da sua satisfação e a melhores resultados. O médico deve encorajar o doente a gerir o seu estado de saúde. Um doente motivado para a sua saúde tem maior probabilidade de prevenir comportamentos de risco e de adotar um estilo de vida saudável. Cabe ao médico tentar estabelecer a melhor relação possível para elevar a autoestima do paciente e despertar nele a vontade de melhorar, sentimento imprescindível na luta contra qualquer doença.⁷ Hoje em dia, os doentes mostram uma elevada necessidade de obter informação e um desejo crescente de se envolverem na toma de decisões acerca do seu tratamento. Os doentes mais instruídos recebem mais informações do seu médico e

participam mais na toma de decisão sobre a sua saúde do que aqueles que possuem um nível educacional inferior. Estes também tendem a fazer mais perguntas e a serem mais críticos em relação ao seu tratamento.⁹

Uma boa colaboração dos vários profissionais de saúde e o trabalho multidisciplinar em equipa é essencial para um serviço de saúde eficiente. A interação em equipa está associada a uma melhoria nos resultados do tratamento, a uma diminuição da morbilidade e a uma redução dos custos económicos da saúde.⁵

A confiança no médico, a satisfação do doente e o sucesso da terapêutica dependem de uma boa comunicação entre o profissional de saúde e o doente, que inclui a comunicação verbal e a comunicação não verbal. A comunicação é uma arte que pode ser aprendida pela prática, permitindo a humanização da relação médico-paciente.¹⁰

Ao longo do curso de medicina é dada pouca atenção ao desenvolvimento das habilidades da comunicação, logo os médicos necessitam de melhorá-las. Uma boa comunicação requer treino para garantir a eficácia.^{6,10} Concluindo, o ensino das habilidades de comunicação deve ser incluído em todos os níveis da educação médica, sendo fundamental no currículo de qualquer médico.

Referências bibliográficas

- 1- Markides M. The importance of good communication between patient and health professionals. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2011; 33:123-125.
- 2- Nunes JMM. Comunicação em contexto clínico. 2010. Available from: mgfamiliar.net
- 3- Carvalho IP, Silva RR, Pais VG, Braga MF, Vale IC, Teles A, et al. O ensino da comunicação na relação médico-doente – uma proposta em prática. *Acta Med Port*. 2010; 23(3):527-532.
- 4- Schattner A. Patient-physician distance. *European Journal of Internal Medicine*. 2013; 24(6):69-70.
- 5- Quaschnig K, Korner M, Wirtz M. Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Education and Counseling*. 2013; 91:167-175.
- 6- Carrapiço E, Ramos V. A comunicação na consulta - uma proposta prática para o seu aperfeiçoamento contínuo. *Rev Port Med Geral Fam*. 2012; 28:212-22.
- 7- Jagosh J, Boudreau JD, Steinert Y, MacDonald ME, Ingram L. The importance of physician listening from the patients' perspective: enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*. 2011; 85:369-374.
- 8- Ogle J, Bushnell JA, Caputi P. Empathy is related to clinical competence in medical care. *Medical Education*. 2013; 47: 824-831.
- 9- Verlinde E, Laender N, Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*. 2012; 11(12): 1-14.
- 10- Ha JF, Anat DS, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*. 2010; 10:38-43.
- 11- Lee YY, Lin JL. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. *Social Science & Medicine*. 2010; 71:1811-1818.
- 12- Magee M. Relationship-based health care in the United States, United Kingdom, Canada, Germany, South Africa and Japan - a comparative study of patient and physician perceptions worldwide. *Patient Safety in Care and Research*. 2003; 1-14.
- 13- Schattner A, Bronstein A, Jellin N. Information and shared decision-making are top patients' priorities. *BMC Health Services Research*. 2006; 21(6):1-6.
- 14- Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitemann B. Patient-doctor interaction in rehabilitation: the relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education and Counseling*. 2009; 76:328-335.
- 15- Ribeiro C. Família, Saúde e Doença: O que diz a investigação. *Revista Portuguesa Clínica Geral* 2007; 23:299-306.



J. Silva Henriques

Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

Internato Médico – que futuro

Artigo elaborado a partir da palestra efetuada no Debate Plenário “Internato Médico – que futuro” do 31º Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

O Programa de Formação do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar

A evolução e a inovação, desde que não descaracterize a essência das coisas, são fundamentais para o progresso. Tendo em conta estes pressupostos, o Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF), elaborou um programa de formação específica para o Internato de MGF (IMGF), que foi aprovado e publicado na Portaria n.º 300/2009 de 24 de março, com a duração de 48 meses de formação centrada na MGF. O programa resultou de um consenso entre o Colégio e as Coordenações do Internato. *É considerado um dos Internatos melhor organizados e estruturados, reconhecido a nível internacional¹*, que já vai no seu 5º ano de existência. Atendendo ao seu tempo de existência, ao número sempre crescente de internos a formar, com a consequente interferência nas condições de formação dos serviços, especialmente hospitalares, começa a estar na altura de se discutir um novo programa de formação para a MGF. O Regulamento Geral dos Colégios da Ordem dos Médicos, no Art.º 18.º, refere que os programas

curriculares serão ordinariamente revistos de seis em seis anos e extraordinariamente sempre que as alterações relevantes do conhecimento ou da prática médica assim o justifiquem.

A Avaliação Final do Processo Formativo de MGF

A avaliação é um tema pertinente e normalmente gerador de grande controvérsia. É um processo importante, pois através dele é reconhecido ao interno se tem ou não competências, saberes e aptidões para o exercício de qualidade da MGF.

O atual processo avaliativo do final do internato tem sido, ultimamente, objeto de críticas. Tendo em conta essas críticas, o Colégio elaborou uma proposta de alteração à avaliação das provas finais do Internato, enviada em junho de 2012 para a tutela, e que aguarda a sua decisão. A proposta não sugere alteração à atual Prova de Discussão Curricular; a Prova Prática poderá ser efetuada de três formas: nos moldes da portaria 300/2009 de 24 de março, **discussão de casos clínicos** ou **observação de consulta videogravada**; a Prova Teórica poderá ser efetuada

nos moldes da portaria ou através de um **teste de escolha múltipla**. Não se pode deixar de salientar o atraso na avaliação deste documento (cerca de 2 anos!) por parte da tutela, e do seu muito provável desajuste na eventualidade de ser tido em consideração.

O Orientador de Formação de MGF

O OF é uma peça fundamental no processo formativo do IMGF, pois o Interno deve ter um responsável pelo seu percurso formativo.

A função do OF não se esgota, apenas, no exercício da prática clínica, pois exerce, também, atividade pedagógica e de investigação. *“A investigação é uma estratégia para o desenvolvimento da atividade profissional do MF, pois permite identificar e solucionar problemas, enriquece a prática profissional, dando resposta à rápida evolução de conhecimentos, e é geradora de satisfação profissional. A investigação cria o hábito de refletir e de avaliar de uma forma crítica a própria prática clínica²”*. Assim, é necessária uma verdadeira e concreta política de investigação para a MGF.

O Colégio elaborou um parecer so-

bre a carga horária semanal que o OF deve ter para a orientação dos Internos, no qual está explícito que devem ser atribuídas 5 horas ao OF que tiver a seu cargo um interno, e seis horas ao OF que tenha mais de um interno, baseado no princípio da “discriminação positiva”. Esta carga horária deve estar explícita no seu horário de trabalho, independentemente da estrutura organizativa onde trabalhe. O documento aguarda parecer do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos.

O Colégio defende que a função de OF deve ter uma apreciável valorização curricular e, porque não, ser remunerada, independentemente do modelo organizacional em que esteja a exercer a sua função assistencial e até valorizada em termos de unidades ponderadas.

Locais de Formação

Devido ao aumento, sempre crescente, das capacidades formativas em MGF, num esforço para colmatar as necessidades do País em especialistas de MGF, o Colégio tem colaborado nesse esforço. No entanto, desengane-se o Poder político se pensa atropelar a qualidade da formação, forçando o aumento desmedido de capacidades forma-

tivas, pois o Colégio nunca permitirá que se abram capacidades formativas em locais que não lhes estão atribuídas ou nos quais a qualidade formativa, por variadas razões, está posta em causa, quer em serviços de MGF, quer em serviços Hospitalares. Não permitiremos a degradação da qualidade da formação e ensino no Internato de MGF, pois não cabe à Ordem dos Médicos a responsabilidade a que chegou a plethora de licenciados em Medicina.

Relativamente aos estágios em serviços hospitalares pensamos que é importante o treino do Interno de MGF em ambiente hospitalar. No entanto, é imperioso resolver o problema da diminuição/falta da qualidade formativa que se pode vir a constatar em alguns serviços hospitalares. A solução poderá ter de passar pela criação de locais de excelência nos Serviços de MGF, com a aprovação do Colégio, para o treino de competências nas áreas curriculares que até agora são desenvolvidas em meio hospitalar. Esta solução só poderá ser posta em prática com uma alteração ao programa de formação específica de MGF que proponha resolver o problema.

Referências Bibliográficas

1. Gaspar, D – INTERNATO MÉDICO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR – QUEM SOMOS? O perfil do Médico Interno de Medicina Geral e Familiar, em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 23 (2010) 39-50.
2. Sousa, J.C., *et al.* - Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2 (2001) 63-74.



Francisco Pavão

Médico; Ex-Presidente da ANEME

Jovens Médicos

“Não planeávamos, desenrascávamos! Continuamos assim, gostamos de resolver catástrofes!”



A frase é da autoria do professor Manuel Sobrinho Simões, médico portuense, investigador prestigiado, um nome respeitado pelos seus pares e acarinhado pelos médicos mais jovens e que assim procurava com graça caracterizar a sua geração.

Vem isto a propósito dos acontecimentos noticiados nos últimos dias entre os quais merecem destaque os que dizem respeito aos médicos internos e finalistas do curso de medicina e que em con-

creto são o projecto de decreto-lei apresentado pelo Ministério da Saúde definindo o regime jurídico da formação médica especializada. Do mesmo modo também as declarações do Bastonário da Ordem dos Médicos que em dia de carnaval foi recebido pelo Senhor Presidente da República merecem a nossa atenção e comentários.

De facto, estes dois acontecimentos testemunham a importância e actualidade da frase proferida

por Sobrinho Simões, não fossem elas já do conhecimento de muitos de nós e desde há vários anos.

Por um lado o Bastonário da Ordem dos Médicos ao transmitir a sua preocupação quanto à crescente emigração de médicos e ainda do progressivo agravamento dos cortes na área da saúde resultantes da crise que assola o nosso país, deu a conhecer ao mais alto magistrado da nação as consequências desastrosas

que daqui podem resultar, nomeadamente no acesso à saúde e na carência de quadros dos nossos hospitais. Bem sabemos que a livre circulação de pessoas no espaço europeu e a legítima procura de melhores condições de trabalho são hoje opções de muitos dos nossos médicos que vindo a perder muito do seu estatuto social e submetidos a cargas excessivas de trabalho com claro prejuízo da sua formação e estabilidade da vida familiar, procuram justificadamente outras oportunidades.

De resto, já em 2010, quando o Senhor Presidente da República realizou uma visita de Estado à cidade de Praga, na República Checa, na qualidade então de presidente da associação de estudantes tivemos oportunidade de lhe dar a conhecer as nossas preocupações enquanto estudantes portugueses de medicina no estrangeiro. Alertamos então para as incompreensíveis contratações de médicos sul-americanos para colmatar a carência nas regiões do interior de Portugal, com critérios de contratação nunca conhecidos, bem como a criação de novas faculdades de medicina cujo período de licenciatura era apenas 4 anos ao invés do que se passava nas outras faculdades, gerando padrões de um estatuto que no futuro podem resultar alguns mal entendidos.

Já nessa altura se dava como certo que caso não houvesse um planeamento do futuro e uma boa gestão do existente, o temido monstro do desemprego médico deixaria de ser um mito para passar a ser uma realidade inconveniente e que traria gravíssimos prejuízos, não apenas para os cofres do Estado mas também para a saúde de muitos portugueses.

Ao fim e ao cabo, estas nossas breves considerações reflectem-se no atrás referido projecto de decreto-lei que vem sustentar muitas medidas já defendidas há alguns anos por vários especialistas e responsáveis da tutela. A nota mínima de acesso à especialidade é uma delas, facilmente se concluindo que esta poderá resolver até certo ponto a procura dos cerca de dois mil recém-licenciados ou médicos ao acesso a uma formação especializada. Todavia, convém não esquecer que todos os candidatos que não atingirem os pontos percentuais exigidos também têm direito a ver garantida a sua autonomia para exercer a sua profissão, uma vez que estão inscritos na sua ordem profissional, facto que não acontecia até agora. A não ser assim, Portugal pode correr o risco de ter médicos de grande qualidade a servir no balcão do café do bairro, na caixa do centro comercial ou a conduzir táxis na sua cidade. Hipótese esta que desejamos nunca venha a ser realidade.



Carlos Pinto de Abreu

Advogado

Deuses e demónios da medicina

Publicamos em seguida um artigo que reflecte sobre conceitos de saúde e doença, justo e injusto, lei, ética e deontologia, num artigo resultante da introdução a uma conferência sobre erro e negligência médicos.

O direito médico, e sobretudo o direito penal médico, já se disse, não é um “espaço vazio de valores e reivindicações dissonantes e, como tal, asséptico de conflitualidade”. Efectivamente, o concreto e diário exercício da actividade médica, na medida em que envolve riscos reconhecidos e toca em direitos fundamentais de cidadania e de personalidade, pela sua própria natureza e pelos meios que utiliza, revela-se adequado a salvar vidas e a curar ou suavizar doenças, mas também a causar danos directos ou colaterais na vida e na integridade física e moral das pessoas. E infelizmente nestes domínios grassa a ignorância e o interesse; a ignorância de quem normalmente trata e distrata estas matérias e o interesse de quem as suscita ou acompanha.

Essencial neste domínio é referir que a actividade médica é uma obrigação de meios, não respondendo o médico pelos resultados danosos de natureza imprevisível ou inevitável e que, por isso, somente poderá ser responsabilizado por factos que lhe sejam imputáveis a título de dolo ou de

negligência. A este propósito, a jurisprudência portuguesa destaca que “a responsabilidade médica [só] supõe a culpa por [e na estrita medida de] não ter sido usado o instrumental de conhecimentos e o esforço técnico que se pode esperar de qualquer médico numa certa época e lugar”. Fazer tudo quanto é possível e exigível para tentar sal-

Fazer tudo quanto é possível e exigível para tentar salvar um doente ou para conseguir curar a sua maleita e ainda assim ser processado é a suprema das ironias e injustiças.

var um doente ou para conseguir curar a sua maleita e ainda assim ser processado é a suprema das ironias e injustiças.

A acção médica (diagnóstico/terapia) deve ser ditada pelas especificidades do caso concreto (do doente e da doença), pela necessidade de se ajustar à individualidade e especificidade do caso clínico (características e sintomatologia), e caracteriza-se “por visar, em primeira linha, um fim terapêutico concreto: a cura ou atenuação do sofrimento de um doente determinado”. Só que este bondoso desiderato nem sempre é atingido, não

sendo tal, *ipso facto*, um mal causado pelo médico ou sequer fruto de uma sua omissão, irresponsabilidade ou asneira.

O acto médico pode ser entendido quer num prisma individual, como o conjunto de intervenções feitas por um profissional de saúde sobre uma pessoa a pedido dela e para a obtenção de determinado objectivo, quer numa matriz institucional, inserida numa estrutura hospitalar ou afim, onde coexistem diversos profissionais cujo objectivo é garantir uma racional e eficiente

utilização de meios destinados à protecção do utente. São, na normalidade, diferentes os modos de organização da actividade e, na patologia, as regras de imputação pessoal ou colectiva – a culpa individual não se confunde com a culpa da organização.

Importa ter presente que “se o doente tem direito de ser tratado por um médico a quem o direito se não coíba de pedir inteira responsabilidade, é também do próprio interesse do médico – ou, para dizer como Hegel, do ‘seu direito’ – que a ordem jurídica não lhe tolha, mas antes estimule, o afinamento

do seu sentimento de responsabilidade". E a responsabilidade nem sempre é individual, mas deriva, ou pode derivar, de uma co-responsabilização de equipas ou, até, de uma responsabilidade mais difusa de quem não permite a reunião dos meios técnicos ou humanos necessários a responder às crescentes exigências da sociedade contemporânea e do homem moderno.

O médico precisa assim de normas de conduta claras, independentemente do campo jurídico onde se situam. Precisa de uma atitude de organização e de suporte, onde ela é escassa ou inexistente. O erro, admissível em muitas circunstâncias, por exemplo, não se confunde com a negligência, apesar dessas mesmas circunstâncias, essa sim, censurável.

Importa assim fazer a síntese construtiva entre uma visão paternalista ou quase mágica do médico, que assentava no privilégio terapêutico indecifrável para o cidadão médio e na incapacidade de censura social relativamente a tratamentos claramente errados, insuficientes ou exacerbados ou em que fossem omitidas ou infringidas as *leges artis* na actuação clínica, e uma hodierna valorização da liberdade do paciente, que se apoia no direito da saúde enquanto compêndio normativo de regulação e de protecção do utente dos serviços de saúde (singular ou colectivamente determinados) e na dessacralização da figura do profissional de saúde (um entre muitos a quem se exige muitas vezes o impossível), a qual é, conjuntamente com os abusos e as incompreensões, causa do aumento de número de acções de responsabilidade médica.

É neste percurso evolutivo entre o

mito da infalibilidade e a tomada de consciência individual e social da existência do erro clínico e da negligência médica - ou seja, da falência ou do incumprimento da obrigação de meios - que se deve apreciar, em torno da lei, face a tipos legais pré-determinados, a actividade de um sujeito especialmente qualificado e académica e praticamente habilitado a cuidar e a gerir os valores supremos da vida e da saúde física e psicológica de qualquer paciente.

A sindicabilidade jurídica da actuação dos médicos é agora alcançável, mas a análise não pode ser agora comandada pelo preconcei-

Difícil é destrinçar, caso a caso, os actos, as intervenções e os tratamentos que, segundo o estado do conhecimento e da experiência da medicina, se mostram indicados e devem ser levados a cabo, de acordo com as mais recentes *leges artis*, por um médico (...), com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença (...), e que não se consideram ofensa à vida, à saúde, enfim, à integridade física.

to de sentido inverso: o da culpabilização social ou judiciária imediata e o da afirmação ou hiper-valorização da inexistente obrigação de resultado, como se não houvesse risco ou eventos naturalísticos não reversíveis.

Os critérios concretizadores do cuidado objectivamente devido e exigível buscam-se em normas jurídicas de comportamento, em regras técnicas de actuação, ou seja em regras de tráfego e em modelos padrão. As normas de tráfego, entre as quais se incluem as *leges artis*, reconduzem-se a normas escritas ou bem conhecidas (normalmente não jurídicas) de comportamento, fixadas ou aceites por certos círculos profissionais e análogos (permanentemente actualizadas)

e destinadas a conformar as actividades respectivas dentro de padrões mínimos de qualidade, tendentes, designadamente, a evitar o desenvolvimento de perigos ou a ocorrência de danos que tais ofícios, se não prosseguidos com cuidado, são naturalmente hábeis a produzir ou a potenciar.

A lei nem sempre é clara, o direito é muito mais que a lei; a deontologia exige um compromisso ético e a justiça é algo que não prescinde de certeza e segurança razoáveis. Impõe-se pois estabelecer e dar a conhecer as regras mínimas que têm de estar presentes no desen-

rolar da actividade e analisar à luz do direito civil, do direito administrativo, do direito penal, do direito profissional e da ética e deontologia médica se o acto médico desenvolvido ou omitido se inscreve na esfera dogmática, metodológica e prática da intervenção diagnóstica ou curativa.

Difícil é destrinçar, caso a caso, os actos, as intervenções e os tratamentos que,

segundo o estado do conhecimento e da experiência da medicina, se mostram indicados e devem ser levados a cabo, de acordo com as mais recentes *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, e que não se consideram ofensa à vida, à saúde, enfim, à integridade física.

Difícil, sim, mas não impossível, sobretudo com uma adequada, empenhada e inteligente colaboração entre médicos e juristas, ainda que, como Fernando Namora, se tenham, por vezes, que invocar ou exorcizar os "Deuses e Demónios da Medicina"...



João Rodrigues ¹

FNAM

Oportunidade perdida de fomentar a gestão participada?

Publicamos em seguida um artigo sobre avaliação do desempenho (ACT nº12/2011) e carreira médica.

A temática da avaliação de desempenho, tem sido acompanhado pelos Sindicatos Médicos (FNAM e SIM), no seio das comissões paritárias nacionais (SPA e EPE).

Após se constatar, em Setembro de 2013, o total incumprimento do cronograma de 2013, correndo-se o risco de continuarmos a ouvir que “os médicos não querem ser avaliados”, constituiu-se um grupo de trabalho entre os Sindicatos Médicos e a ACSS com o objectivo de se poder ainda contratualizar objectivos e competência para o ano de 2014, podendo assim, dar-se início à cascata da avaliação: diagnóstico da situação de cada serviço/unidade funcional ou relatório de actividades de 2013, planeamento e planificação com divulgação dos contratos-programas dos hospitais/ACES, plano de actividades dos serviços/unidades funcionais com definição de objectivos baseados em indicadores dos resultados a obter pelos mesmos e finalmente, aprovação pelos médicos do serviço/unidade fun-

cional, quais serão os objectivos seleccionados do plano de actividades para o processo de avaliação de desempenho médico.

Foram então produzidos, **três documentos essenciais**, disponíveis no sítio da ACSS:

1. Cronograma da “Avaliação do Desempenho Médico – 2013/14”, datado de 18.12.13.
2. FAQs, “Sistema de Avaliação do Desempenho das Carreiras Médicas”, versão nº1, 23.12.13.
3. Manual de Apoio: “Adaptação do SIADAP 3 aos Médicos”, versão nº1 de 29.12.13.

Além disso, foram publicadas duas deliberações da Comissão Paritária a esclarecer o conceito de superior hierárquico directo nas USF e UCSP, de equipa reduzida e da constituição obrigatória dos Conselhos Coordenadores de Avaliação (CCA) a nível dos ACES e não das ARS. Em Janeiro deste ano, os Sindicatos Médicos e a ACSS, fizeram **reuniões em cada região de saúde** com todos os membros dos CCA dos Hospitais e dos ACES para analisar os três

documentos anteriores e fazer o ponto da situação da implementação da “cascata”. Constatou-se, a enorme dificuldade dos CCA em coordenar todo o processo, nomeadamente na constituição das diversas equipas de avaliação, incluindo as equipas de avaliação dos avaliadores, eleição dos colegas para essas equipas e a pouca dinamização das chefias na elaboração dos seus relatórios de actividades de 2013, propostas de planos de actividades para 2014 e no envolvimento dos médicos na discussão obrigatória dos planos de acção de cada serviços/unidade funcional.

Pelo cronograma citado e só agora publicado em DR, 2ª. Série, Nº53 de 17 de Março (*Despacho nº4085-A/2014*), entramos agora na **fase da contratualização**, fase complexa e difícil, quase impossível de iniciar na maioria dos serviços, visto que as etapas anteriores, obrigatórias de serem cumpridas, ainda não foram executadas. Senão vejamos:

1. Diagnóstico da situação ou

histórico ou relatório de actividades: mantém-se o problema da não avaliação dos serviços/departamentos/unidades funcionais e consequente participação de todos os intervenientes nessa avaliação para se iniciar o processo de avaliação em cascata, numa perspectiva integrada da avaliação. **Onde estão os relatórios de actividades de 2013?**

2. Criação de condições para a participação activa de todos os médicos: a legislação é clara, Cláusula 10ª, “3.d) *Os objectivos devem enquadrar-se nos objectivos da respectiva unidade orgânica e da equipa médica em que o avaliado se integre, os quais devem ser previamente analisados em reunião com todos os avaliados que integram essa unidade orgânica ou equipa*”.

Contudo, sabemos que em termos práticos, pouca participação tem existido. *Onde estão os contratos-programa, incluindo objectivos anuais e planos de actividades para 2014 dos hospitais/ULS e dos ACES, baseados em indicadores dos resultados a obter pelos mesmos?* Recorda-se, que também aqui, o enquadramento legal é claro: os critérios para se considerar o objectivo “atingido” ou “superado” devem ser definidos em função das metas da própria unidade e do contributo individual necessário para os mesmos.

3. Definir e negociar objectivos e metas implica criar condições estruturais com as seguintes características:

- **Mensuráveis:** devem ser definidos de tal forma que a sua realização possa ser medida através de mecanismos de monitorização (quantificados) e permita uma apreciação objetiva da sua realização. Escolher indicadores validados no sistema de informação.

- **Viáveis e pertinentes:** devem ser realizáveis/realistas, considerando as condições e os recursos existentes para a sua prossecução. Devem estar alinhados com a missão, a estratégia da gestão e os objectivos anuais da UF.

- **Histórico:** para o estabelecimento das metas é necessário ter referência histórica (conhecer o ponto de partida).

- **Evidência:** existência de cultura de evidência, assegurado pelo registo e auditorias internas internas.

- **Temporização:** deve ser associado a um período temporal concreto, que só se inicia após a contratualização de objectivos e metas (Abril a fins de Dezembro de 2014).

4. A obrigatoriedade de existir um sistema informático de suporte para o processo de negociação, fixação de objectivos e metas, e monitorização informática, incluindo o processo de autoavaliação e de validação de resultados. Por pressão sindical, a ACSS e os SPMS, contrataram à Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, IP (ESPAP) a adaptação da aplicação GeADAP que supostamente deverá estar disponível, o mais tardar a 30.03.14!

Em resumo: a avaliação de desempenho em “cascata” constitui um processo fundamental para motivar e estimular os médicos a participarem na gestão da sua unidade de saúde, devendo para isso constituir um processo que visa aumentar a eficácia dos serviços de saúde com a participação de todos:

- **Mobilizar os médicos** em torno da missão do serviço (Unidade Funcional como Centro de Responsabilidade e de Custos), orientando a sua actividade em função

de objectivos claros e critérios de avaliação transparentes.

- Desenvolver uma **cultura de gestão** orientada para resultados com base em objectivos previamente negociados:

- **Orientação para a melhoria contínua da qualidade** da prestação de cuidados de saúde;

- **Contratualização interna;**

- **Discriminação positiva.**

Olhando para a aplicação do **cronograma oficial**, constatamos que o processo tem sido praticado de **forma incompleta e deficiente**, visto que se tem falhado na aplicação da cascata do ciclo avaliativo, nomeadamente na fase do “Planeamento e Planificação”.

Em conclusão: com ausência sistemática de avaliação das unidades de saúde (excepto as USF), ausência de avaliação das chefias, progressões bloqueadas há 8 anos e com a enorme dificuldade das nossas chefias praticarem a gestão participada, corremos o risco de alimentar em flecha a conflitualidade entre médicos, utilizando a avaliação de desempenho como instrumento burocrático-punitivo e desmotivador do desempenho médico, em vez, de a utilizar para melhorar a gestão clínica de proximidade e o envolvimento de todos.

Um alerta final a todos os colegas: sem o cumprimento de todas as etapas da cascata do planeamento, não há condições para ocorrer contratualização individual, devendo responsabilizar-se quem de direito pela não existência em 2014 da avaliação de desempenho dos médicos.

1 - Conflito de Interesses: membro da Comissão Paritária do ACT para a Avaliação de Desempenho e defensor da gestão de proximidade com contratualização interna, monitorização, avaliação e sistema de incentivos baseado na discriminação positiva e na partilha do risco pela equipa médica.



Francisco Crespo

Médico

Os médicos e a ausência de estratégia europeia/nacional

Penso que o grande drama internacional (em particular europeu) e nacional é a ausência de estratégia futura, na economia, ensino... baseada numa simbiose entre a cultura de séculos e o resultado de um amplo debate a iniciar com urgência, aberto a todas as comunidades, face à globalização. Falta pensamento e debate. Falta democracia nos partidos que se burocratizaram e vivem de funcionários. Ninguém tem soluções revistas. Quem se pode excluir e não lutar?

Mas o centro dos objectivos são as "matrizes renovadas para a recreação da democracia social". A tecnologia, grande ganho no conhecimento veio sempre excluir do trabalho os excedentes humanos. O que precisamos é de criar uma sociedade de homens felizes e não de economias sem os homens...

Para tal, também, cada cidadão tem que, na sua esfera de competência, forçar o cumprimento das boas práticas.

Nós como médicos, não podemos ceder que os burocratas dêem orientações técnicas... os políticos não operam, não tratam doentes... essa é a força insubstituível das profissões. Uma coisa é colaborarmos todos na economia da saúde, no nosso caso fazermos o melhor dentro das disponibilidades orçamentais, outra é a demissão, a cobardia cívica.

Nenhum democrata pode deixar de lutar pela acessibilidade à educação, saúde, liberdade e cultura. Nunca esqueçamos que os primeiros na globalização foram os portugueses que em todos os continentes deixaram marcas e uma língua.

Porque somos tão débeis em rever a força de um Padre António Vieira? Um país nunca é pequeno quando beija o mar...