

Revista **Ordem Médicos**

ano 29 n.º 141 Junho | 2013 Mensal | 2€

ORDEM DOS MÉDICOS
75
anos a defender
a Qualidade da Medicina
Portuguesa

Actualidade
Hospital de Braga:
entre os números e a prática
clínica...

pág. 24

Actualidade
Prescrição por DCI:
a grande desonestidade

pág. 33

Entrevista:
Francisco Ferreira
da Silva

O prejudicado é
sempre o doente

pág. 40



Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 29
N.º 141
Junho 2013

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

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

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

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

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



05 **Código Deontológico** *editorial*

06 **O Cisma Sarnadas** *informação*

- 10 Contratação médica
– ‘Aonde fomos parar?’
- 11 Procedimentos da prescrição
do medicamento em unidose
no Serviço de Urgência
- 12 Avaliação do protocolo celebrado
entre OM e DGS
- 13 Estatuto do Medicamento
– Declaração de Apoios
- 15 Apoio aos doentes internados
nos Serviços de Nefrologia
e Pneumologia
- 16 Colocação de vinhetas em exames
complementares de diagnóstico
e/ou declarações
- 18 Licenciamento de UPSS
- 19 Precauções que não violam
o segredo médico
- 20 MNSRM de venda exclusiva
em farmácias
- 22 Ordem dos Médicos reúne com
os vários grupos parlamentares

actualidade

- 24 Hospital de Braga:
entre os números
e a prática clínica...
- 31 Assembleia geral do Colégio
de MGF
- 33 Prescrição por DCI:
a grande desonestidade
- 36 Segurança dos medicamentos
genéricos continua a ser posta
em causa
- 38 A ROM errou

entrevista

- 40 O prejudicado é sempre o doente
- 45 Uma análise ao sector da Saúde



opinião

- 49 A alta precoce
não tem justificação
- 52 Mudança, progresso, felicidade?
- 55 Uma perspectiva pessoal
- 57 O SNS é necessário
e sustentável!
- 59 O CV na avaliação final
da formação específica em MGF
- 60 Carta aberta pela seriedade...
- 62 Ressaca
- 65 **relatório de contas**

cultura

- 54 Livros:
*Ortopedia - realidade e prática
no Serviço de Urgência*
Ecocardiografia – o estado da arte
- 56 Livros:
*A Real Escola e a Escola Médico-
Cirúrgica do Porto*
Manual de Psicopatologia
- 64 Concurso de fotografia
digital na OM
- 82 Livros:
*Ser Espiritual -
Da Evidência à Ciência*
*Espírito dos Hospitais
Cívicos de Lisboa*

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

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

ANATOMIA PATOLÓGICA: Pedro Oliveira
 ANESTESIOLOGIA: Paulo Ferreira de Lemos
 ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR: José Fernandes e Fernandes
 CARDIOLOGIA: Mariano Pego
 CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: José Monterroso
 CIRURGIA CARDIOTORÁCICA: Manuel Antunes
 CIRURGIA GERAL: Pedro Coito
 CIRURGIA MAXILO - FACIAL: Paulo Coelho
 CIRURGIA PEDIÁTRICA: Paolo Casella
 CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA: Vítor Fernandes
 DERMATO - VENEREOLOGIA: Manuela Selores
 DOENÇAS INFECCIOSAS: Fernando Maltez
 ENDOCRINOLOGIA - NUTRIÇÃO: Mário Rui Guerreiro Mascarenhas
 ESTOMATOLOGIA: Rosário Malheiro
 FARMACOLOGIA CLÍNICA: Henrique Luz Rodrigues
 GASTROENTEROLOGIA: José de Almeida Berkeley Cotter
 GENÉTICA MÉDICA: Jorge M. Saraiva
 GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA: João Silva Carvalho
 HEMATOLOGIA CLÍNICA: Alexandra Mota
 IMUNOALERGOLOGIA: Elza Tomás
 IMUNOHEMOTERAPIA: Maria Helena Alves
 MEDICINA DESPORTIVA: Paulo Beckert Rodrigues
 MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO: Cecília Vaz Pinto
 MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques
 MEDICINA INTERNA: António Martins Baptista
 MEDICINA LEGAL: Francisco Corte Real
 MEDICINA NUCLEAR: Maria do Rosário Vieira
 MEDICINA DO TRABALHO: António Lopes Pires
 MEDICINA TROPICAL: José Lopes Martins
 NEFROLOGIA: João Ribeiro Santos
 NEUROCIRURGIA: Nuno Maria Salema Pereira dos Reis
 NEUROLOGIA: José Fernando da Rocha Barros
 NEURORADIOLOGIA: João Abel Marques Xavier
 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



O Cisma Sarnadas

A fonte da palavra Sarnadas, nome toponímico, é controversa.

De água milagrosa que cura a sarna e doenças de pele, a terras bravias, ou a variante de Cernadas, com origem em seara, várias são as hipóteses.

Fico-me pela variante de Cernadas, aquela que mais se aplica ao caso presente.

Recentemente, a comunicação social, citando o vice-presidente da ARS Norte, que nomeou como Rui Sarnadas, referia que “Numa recomendação com carácter facultativo, o organismo recomenda que só uma minoria

– entre 25 a 40 por cento – das pessoas com mais de 75 anos de idade deve ser medicada com cinco ou mais fármacos.”

Trocaram o nome ao meu amigo Rui Cernadas. Um acaso que pode ser muito significativo...

O Rui Cernadas Médico é diferente do Rui Cernadas vice-Presidente da ARS Norte. Modificou-se. Está a deixar os seus Colegas e Amigos profundamente surpresos, até mesmo estupefactos, com algumas das suas posições. Se ele soubesse o que eu ouço as bases médicas dizerem dele...

Confirma uma velha teoria.

Haverá uma bactéria na administração, provavelmente um *staphylococcus sombrius administrativus*, multirresistente aos antibióticos, que afecta e transforma muitos dos que são nomeados politicamente para cargos públicos. Passam a fazer o contrário do que defendiam, perdendo a credibilidade aos olhos dos que os conhecem. Felizmente nem todos se deixam infectar. Estes últimos talvez porque lavem bem as mãos antes e depois de se sentarem à mesa do poder...

Certamente foi assim, insidiosamente infectado pelo SSA,

que o velho e respeitado médico Rui Cernadas se transformou na variante Rui Sarnadas, o mui controverso e algo cataclísmico vice-Presidente da ARS Norte.

Ao meu amigo e saudoso Rui Cernadas repito o conselho que já lhe dei pessoalmente: demitite e recupera o respeitado Rui Cernadas. Ou então faz um prolongado tratamento com vancomicina; mas talvez já só lá vá com linezolida...

Tudo isto vem a propósito porque o vice-Presidente da ARS Norte enviou um artigo crítico para publicação na ROM. Nele a Ordem é nomeada e desafiada. Apesar de já anteriormente divulgado num órgão de comunicação social médica, não podíamos deixar de o publicar, para evitar eventual acusação de receio do contraditório ou de falta de seriedade. Não tenho dúvidas que o seu autor foi mais o Rui Sarnadas do que o Rui Cernadas...

É ao Rui Sarnadas que me dirijo. O texto começa logo de forma infeliz e delirante, indiciando uma absurda teoria da cabala e que os críticos não seriam pessoas sérias. O Rui Cernadas nunca escreveria uma coisa destas, porque é inteligente, respeita os Colegas, tolera a crítica, não usaria adjectivações com efeito *boomerang* e perceberia com facilidade que se o reparo foi generalizado foi simplesmente porque tinha indiscutível substância.

Tem razão o Rui Sarnadas, se a Ordem quisesse estar sempre a criticar publicamente, teria motivos para várias intervenções diárias durante os próximos

anos, tantos e tão graves são os problemas da Saúde. Gerais e locais. Institucionais e pessoais. Do ar condicionado ao esmagamento das equipas das urgências, dos doentes em macas à falta de planeamento dos recursos humanos, das insuficiências financeiras dos hospitais às dificuldades de fornecimento de medicamentos de ambulatório hospitalar aos doentes, das trocas indevidas nas farmácias aos atrasos propositados na aprovação de terapêutica inovadora, dos problemas contratuais dos médicos aos obstáculos colocados às USFs, da plétora de administradores à ausência de uma Reforma dos CSP centrada na Qualidade. Etc., etc., etc...

Mas não pretendemos estar sempre a criticar e, por vezes, até elogiamos, como na descida do preço dos medicamentos, no combate à corrupção na Saúde e no avanço dos concursos de graduação. É certo que os elogios são poucos, mas a culpa não é nossa!

“Mas vamos ver a questão da polimedicação nos idosos”.

Infantilmente, Rui Sarnadas atira a culpa da paternidade do indicador para a ACSS. É evidente que a ACSS tem responsabilidades, mas a opção sobre este indicador foi feita unicamente pela ARS Norte e por nenhuma das outras ARS. Elucidativo.

Sublinhe-se que o Colégio de MGF da Ordem dos Médicos não aceitou este indicador, entre outros, e, que seja do nosso conhecimento, a ACSS não teve o cuidado de o validar. Elaborou-o claramente como critério de tentativa de controlo e pressão

administrativa sobre a medicação no idoso. Um cisma grisalho farmacológico... Lamentável. Mas da ACSS já pouco esperamos...

No documento da ACSS de Janeiro de 2013 “BILHETE DE IDENTIDADE DOS INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS”, o referido indicador é descrito como “Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos, com prescrição crónica inferior a cinco fármacos” e considerado como um “indicador de desempenho assistencial”.

Ou seja, sem qualquer ligação com a patologia do doente e com a realidade, prescrever 5 ou mais medicamentos a um idoso é implicitamente considerado como um indicador de mau desempenho clínico! Espantoso!

Para a ARS Norte, se mais de 40% dos utentes estivesse medicado com cinco ou mais fármacos, a USF/UCSP/Médico teria uma avaliação negativa e penalizadora de eventuais incentivos institucionais. Não encontrámos em lado nenhum qualquer validação desta percentagem de 40%. Não é assim que se defendem os Utentes e a Qualidade!

Se tivesse sido concretizado algum processo de validação deste indicador, já deveria ter sido tornado público, face à polémica que suscitou. Não tendo havido nenhuma divulgação, presumimos que, na realidade, não existe qualquer validação.

A bibliografia referida pelo Rui Sarnadas é confrangedora, limitada e básica. Mostra o evidente e por demais conhecido. Quanto

mais medicamentos os doentes fazem maior é o risco de efeitos adversos e de interações. Por cada medicamento que se adiciona, o risco cresce exponencialmente, como é óbvio. Independentemente das idades. Para impressionar os menos informados, Sarnadas até poderia ter afirmado que, na PubMed, cruzando as palavras-chave “elderly” e “polypharmacy”, aparecem 2575 referências. Mas nem sequer há *guidelines* específicas sobre esta matéria. Porque tal é demasiado complexo. A melhor *guideline* é o bom senso (que tanto falta à ARS Norte...). Para se perceber melhor a estolidez do indicador, aconselho a leitura do artigo “Polypharmacy in Older Adults with Cancer” (*The Oncologist* 2010;15:507-22). Nem existe consenso sobre a definição de polifarmácia! Mas o Rui Sarnadas já a definiu quantitativamente...

E o risco de um doente precisar de seis medicamentos mas vê-los reduzidos para quatro a fim de cumprir o “indicador” e combater o risco de efeitos adversos, foi avaliado? Os efeitos adversos tratam-se e corrigem-se, mas o “não tratamento” implica a ausência de benefício clínico.

Se não fossem os medicamentos, a população acima dos 75 anos diminuiria drasticamente! Será esse o objectivo dos Sarnadas racionadores deste país?

A utilização deste indicador traduz mais uma vez a ideia arreigada em muitos administradores tipo Sarnadas de que os médicos prescrevem deliberadamente a mais por um qualquer mecanismo retorcido do incons-

ciente!

O nobre e ético objectivo de evitar toda e qualquer medicação desnecessária, em qualquer escalão etário, faz-se pela Qualidade da formação pré e pós graduada, pelos processos de melhoria contínua da Qualidade, pelas Normas de Orientação Clínica e respectivas auditorias, pela Governação Clínica e análise inter pares, pela constituição de mais equipas de trabalho (como as USFs modelo B, de que Rui Sarnadas é opositor...). Estes são os caminhos da Ordem dos Médicos.

Rui Sarnadas deveria ler mais algumas NOCs, como a da “Abordagem terapêutica da Ansiedade e Insónia”, a da “Abordagem terapêutica das alterações Cognitivas”, ou a da “Utilização Clínica de Antipsicóticos”, por exemplo. Trabalho conjunto de Qualidade entre a DGS e a OM. Aliás, com a devida vénia às Dras Lúcia Torres e Joana Neiva, Internas de 4º ano de MGF na USF Viver Mais, Castelo da Maia, reproduzimos alguns excertos de um excelente artigo que publicaram no Jornal “Médico” e onde dão uma lição a Rui Sarnadas:

“- O limite instituído de 5 medicamentos, para além de parecer algo desajustado à realidade dos nossos utentes, que frequentemente fazem muitos mais, também não foi, até à presente data, sustentado por evidência científica. Naturalmente que devemos procurar controlar todos os nossos doentes com o menor número de fármacos possível, pelo risco de efeitos adversos e interações, e esta atitude é parti-



● JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Visita ao Faroeste

Fui aos hospitais do Oeste, Torres Vedras e Caldas da Rainha. ‘O Faroeste’, como se diz localmente. Sentem-se abandonados pelo poder central. Fiquei impressionado.

Pela positiva, encontrei profissionais empenhados e de grande qualidade e serviços excelentes. Pela negativa, confirmei a estranheza e os riscos da constituição do Centro Hospitalar do Oeste (CHO), sem qualquer estudo e com os dois principais núcleos a distar 50 km. A ordem é cortar!

O ministro deve enfrentar a realidade e visitar as Urgências apinhadas de macas e de doentes

O Ministro da Saúde deve enfrentar a realidade e visitar o CHO, assim como os respetivos Serviços de Urgência, apinhados de macas e de doentes, muitos a aguardar vaga no internamento. Como querem reduzir o número de camas?!

E experimente o calor insuportável do bloco operatório do Hospital das Caldas, que vai ter de encerrar pois tem o ar condicionado avariado há meses. Espantoso!

Que mágoa o abandono do Hospital Termal, que tem um imenso potencial museológico, histórico, clínico, científico, termal e turístico. Pobre País, que não valoriza nem aproveita o que tem!

cularmente importante nos indivíduos mais idosos. Contudo, se para cada patologia os objetivos de tratamento acima dos 75 anos ainda não são claros, com que base podemos inferir que um limite de 5 fármacos para todos estes doentes, independentemente das suas comorbilidades, se traduz em maior benefício?

- O controlo de certas patologias envolve necessariamente a prescrição de vários fármacos em simultâneo. A título de exemplo, um doente internado por enfarte agudo do miocárdio, tem atualmente alta do hospital medicado com dois antiagregantes plaquetários, hipolipemiante, protetor cardíaco e protetor gástrico. Apenas com uma patologia já atingimos os 5 fármacos.

- As prescrições medicamentosas realizadas em contexto hospitalar, acabam por ser renovadas pelo médico de família muitas vezes por uma questão de gestão de recursos (é muito mais fácil para o utente recorrer aos cuidados de saúde primários), pelo que não será justo que seja o médico de família a prestar contas relativamente a estes medicamentos.

De realçar, ainda, que estes doentes estão também mais limitados, no que toca a mudança dos seus hábitos de vida, de entre os quais de destacam a prática de exercício físico e as alterações dietéticas. Neste sentido, os fármacos desempenham um papel importante para a obtenção do controlo adequado das

suas doenças e para a redução de morbilidade associada."

Poderão perguntar, porquê tanta crítica concentrada neste indicador? É simples, pelo seu simbolismo.

Porque representa tudo o que de errado há na visão sobre os médicos, muito mais chocante quando vem de um médico. É mais um dos paradigmas do eterno desejo de controlo administrativo da actividade médica, independentemente das consequências, e traduz uma perspectiva mesquinha de poupança.

Quem não sabe o que é Qualidade e como se atinge, procura impor leis administrativas e sem ética, por mais absurdas que sejam. É o único caminho que conhecem, a imposição de objetivos e limites cegos e asininos. Depois admiram-se com as reacções e a falta de resultados...

Quem instituiu esta medida deveria assinar uma declaração antecipada de vontade a recusar mais de quatro medicamentos quando atingir, se atingir, os 75 anos.

Este indicador poderia ter sido utilizado como parâmetro de estudo e análise, mas nunca com a perversidade de um indicador de desempenho.

Termino com três apelos:

- Retire-se imediatamente este obscuro e ignaro indicador e substitua-se por algo inteligente.
- Sarnadas, demite-te!
- Cernadas, reencontra-te e volta.



● JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Caminhos do Faroeste

A constituição de Centros Hospitalares com unidades que distam dezenas de quilómetros (o mais recente é o do Algarve) sem cuidar das redes de referência, traz mais problemas do que soluções.

Serve para cortar e emagrecer o SNS, afastando recursos das populações, sem estudos prévios de como fazer e quais os resultados. Mas o mais grave são as consequências potenciais para os doentes. O vaivém de doentes entre as urgências de Torres Vedras e Caldas da Rainha, para

Algum dia morrerá alguém. A responsabilidade também morrerá, certamente solteira

trás e para a frente, afastando primeiro, para depois alguns terem de ser mesmo transferidos para Lisboa, aumenta perdas de tempo e quilómetros.

Dois exemplos destes tortuosos caminhos do "Centro Hospitalar do (Far)Oeste", com situações graves e de risco de vida: o doente JA, com hemorragia cerebral, e o doente FJ, com rutura do esófago. Algum dia morrerá alguém. A responsabilidade também morrerá, certamente solteira, sendo atribuída ao "sistema". Mas os responsáveis deste "sistema" têm nomes.

Pergunto-me se terão consciência.

In "Correio da Manhã" - 23 de Maio de 2013

Contratação médica – ‘Aonde fomos parar?’

Recebemos uma carta de um doente, devidamente identificado, que dá conta de uma situação de ‘mau acolhimento num Hospital público’ e de uma desresponsabilização inaceitável, em consequência das contratações de médicos através de empresas de recursos humanos. A Ordem dos Médicos tem alertado reiteradamente para os riscos e potenciais consequências negativas deste tipo de contratação que desestrutura as equipas e retira qualidade assistencial.

Passamos a transcrever a carta do doente, dando conta da sua sensação de ‘desamparo’ em face de um sistema que aparentemente não o protege por não responsabilizar profissionais nem instituições de saúde:

«Exm^o. Senhor Presidente da Ordem dos Médicos

Depois de, no mês de Fevereiro do ano passado, ter sido mal atendido no Serviço de Urgência do Hospital de ..., em ..., e tendo apresentado queixa junto da respetiva Administração, em 21 daquele mesmo mês, em resposta com a data de 21-01-2013 recebi, ontem, 5 de Março, a carta mal endereçada que, em anexo, envio a V^a. Ex^a. e cujo teor me deixou sentimentos de estupefação e de desamparo, tendo em conta a demora na resposta e o conteúdo da mesma, pois fiquei a saber que:

1. Num Hospital público, podem estão a trabalhar médicos que são contratados por agentes externos ao Hospital e sem a intervenção dos seus legítimos órgãos de gestão e
2. Não estão sujeitos à hierarquia, disciplina e regulamentos internos desse mesmo Hospital.

Aonde fomos parar?!

Agradeço o favor da atenção de V^a. Ex^a.

Com os melhores cumprimentos.»

A resposta do Centro Hospitalar em causa, enviada um ano depois do doente ter feito queixa do mau atendimento de que fora alvo, dizia, em resumo que: o médico do qual se apresentava queixa «não pertence ao quadro da instituição, sendo contratado através de uma empresa de prestação de serviços médicos», eximindo-se assim a instituição de qualquer responsabilidade e informando o doente que poderia contactar a empresa de prestação de serviços caso quisesse fazer queixa contra aquele médico.

A Ordem dos Médicos partilha do ponto de vista do doente, e, por isso mesmo, tem criticado intensivamente a contratação de médicos através de empresas fornecedoras de mão de obra, que eliminam as hierarquias e prejudicam a qualidade.

Não referimos nesta notícia qual o Centro Hospitalar em causa por ser irrelevante, visto tratar-se de um tipo de contratação em utilização em várias instituições públicas.



Procedimentos da prescrição do medicamento em unidose no Serviço de Urgência

Comunicado conjunto do Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira e do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos

Na sequência da Circular Normativa n.º 7 de 31 de Maio, do SESARAM, “Procedimentos da prescrição do medicamento em unidose no Serviço de Urgência”, que obriga à prescrição obrigatória no Serviço de Urgência para a Farmácia Hospitalar, o CNE e o CM da RAM manifestam a sua apreensão relativamente às potenciais consequências negativas desta medida na qualidade dos cuidados de saúde prestados e ao bem estar dos doentes do SESARAM. Mais informam que já deram conhecimento destas preocupações ao Sr. Secretário dos Assuntos Sociais, Dr. Francisco Jardim Ramos e à Sr.ª Diretora Clínica, Dr.ª Sidónia Nunes.

O formulário hospitalar limitado e a frequente rutura de *stocks*, denunciados pelos profissionais, põe em causa os próprios doentes, que, em algumas situações, podem ver dificultado o acesso às terapêuticas mais adequadas à sua situação clínica, existindo ainda o risco adicional

de repercussão na normal dispensa de medicação aos doentes internados.

Esta medida é ainda lesiva dos direitos dos doentes, na medida em que ficam impossibilitados de escolher livremente e de acordo com os seus hábitos, o local onde desejam adquirir a sua medicação. Conhecendo a actual conjuntura económica do país e as necessidades financeiras que muitos dos Madeirenses atravessam, não podemos deixar de salientar que grande parte dos doentes observados no Serviço de Urgência estão acostumados a ser servidos numa farmácia específica, com a qual têm uma relação de confiança que lhes permite a cedência da medicação com pagamentos posteriores e/ou repartidos.

Recordamos que, em declarações recentes, o Sr. Secretário afirmou: «Se o doente manifestar interesse em levar a receita em suporte papel, poderá fazê-lo. Pode aviar o medicamento onde quiser e entender».

Ora, tem sido relatado ao CM

da RAM que tal assim não se tem passado. Sabemos que na realidade foi praticamente proibida e tem sido recusada a colocação de vinhetas nas receitas passadas em formato papel aos doentes que assim o pretendem. Esta proibição só é ultrapassável quando a medicação prescrita está em ruptura na farmácia hospitalar.

Na convicção de que esta deliberação pode colocar em risco a saúde dos doentes do SESARAM e antes que situações nocivas e irreversíveis tomem lugar, solicitamos a sua imediata suspensão.

**CIRCULAR NORMATIVA N.º7
- Procedimentos da prescrição do medicamento em unidose no Serviço de Urgência**

Data: 2013.05.31

Considerando que têm surgido algumas dúvidas quanto ao procedimento da prescrição do medicamento em unidose no Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça, estabelece-

se a seguinte determinação normativa:

1. Sempre que haja necessidade de prescrição, os médicos no SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça terão de prescrever obrigatoriamente em unidose e exclusivamente de acordo com o formulário hospitalar aprovado e só para o episódio da urgência em causa.
2. Se na Farmácia hospitalar estiver em rotura o medicamento prescrito, deverá o farmacêutico de serviço reencaminhar

o utente, com informação escrita da situação, à secretaria de urgência, que por sua vez o reencaminhará para o médico prescritor. Este procederá a nova prescrição *online*, caso seja possível substituir o medicamento por outro, ou não sendo possível prescreverá em receita em suporte de papel para as farmácias comunitárias. Só nestes casos é autorizada a emissão de receituário em suporte de papel e a respectiva aposição de vinhetas do SESARAM.

3. Na eventualidade de existirem situações que não encontrem resposta no formulário hospitalar, a situação deverá ser reportada ao Director do Serviço para propor à Direcção Clínica a eventual introdução do medicamento em falta.

O Presidente do Conselho de Administração
Miguel Ferreira

Avaliação do protocolo celebrado entre OM e DGS

No âmbito do protocolo celebrado no dia 5 de Setembro de 2011, entre a Direcção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, cujo objectivo é assegurar a colaboração no âmbito da Qualidade no Sistema de Saúde, divulgamos em seguida alguns dados do relatório de avaliação do trabalho desenvolvido pelas duas entidades.

O relatório que aprecia o trabalho desenvolvido até dia 31 de Dezembro de 2012 no âmbito do protocolo celebrado entre a OM e a DGS para a produção de Normas de Orientação Clínica e defesa da qualidade do Sistema Nacional de Saúde, indica que foram publicadas 77 Normas de Orientação Clínica, 45 das quais em 2011 e 32 em 2012, as quais foram submetidas a testes de aplicabilidade que incluem 22 critérios de avaliação, processo que foi levado a cabo por 44 médicos avaliadores indicados pela OM, os quais analisaram a aplicabilidade de um total de 47 NOCs.

Perante a necessidade de proceder a auditorias clínicas,

e consequente necessidade de formar auditores qualificados, foram realizados 7 cursos de formação, dos quais resultou a qualificação de 179 médicos-auditores, oriundos de todas as regiões de saúde e de diferentes especialidades.

Sob proposta da OM/DGS foi publicado o primeiro Processo Assistencial Integrado dirigido, neste caso, ao cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2. Estes processos assistenciais integrados estão a ser desenvolvidos em outras áreas, encontrando-se em fase avançada de elaboração o processo relativo a risco cardiovascular e pré-obesidade.

Quanto às auditorias clínicas, num total de 52 acções em

2012, foram avaliadas 5 normas, tendo quase todas elas sido alvo de mais de uma dezena de auditorias. As auditorias foram realizadas de forma graciosa por 27 médicos auditores.

Toda a informação referida, nomeadamente Normas de Orientação Clínica, Protocolo celebrado e relatório completo de análise da actividade 2011/2012, pode ser consultada integralmente no site da OM, na área reservada à informação sobre «QUALIDADE: NOCs».



Estatuto do Medicamento – Declaração de Apoios

Divulgamos em seguida a carta que o Conselho Nacional das Ordens Profissionais enviou ao Ministro da Saúde sobre as alterações ao Estatuto do Medicamento nomeadamente no que se refere à declaração pública de apoios da indústria farmacêutica.

«O Decreto-Lei 20/2013 vem obrigar os profissionais de saúde a registar em página da internet livremente acessível ao público todos os apoios recebidos da indústria farmacêutica.

De acordo com o artigo 159.º, n.º 6 do Decreto-Lei n.º 176/2009, de 30 de Agosto, na redação introduzida pelo Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de Fevereiro, “Toda e qualquer associação, ou qualquer outro tipo de entidade, independentemente da sua natureza ou forma, representativa de determinado grupo de doentes, associação ou sociedade médica de cariz científico ou de estudos clínicos, ou ainda toda e qualquer entidade, pessoa coletiva ou singular, que receba subsídio, patrocínio, subvenção ou qualquer outro valor, bem ou direito avaliável em dinheiro, nos termos do número anterior, fica obrigada a comunicar esse facto, no prazo de 30 dias, ao INFARMED, I.P., em local apropriado da página eletrónica desta Autoridade Nacional, bem como a referenciar o facto em todo o documento destinado a divulgação pública que emita no âmbito da sua atividade”.

O n.º 5 do mesmo artigo tem a seguinte redação: “Qualquer

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

Da leitura conjugada destes dois preceitos ressalta o facto de os profissionais de saúde, independentemente de trabalharem para o sector público, privado, social ou cooperativo, estarem obrigados a comunicar o “subsídio, patrocínio, subvenção ou qualquer outro valor, bem ou direito avaliável em dinheiro” recebido e que, conforme o n.º 7 do artigo 159.º, “o INFARMED, I.P., disponibiliza na sua página eletrónica a informação prevista nos números anteriores”.

O CNOP compreende e não se posiciona em oposição a procedimentos

tendentes a preservar a transparência e os padrões éticos exigíveis a qualquer cidadão e, em particular, àqueles que exercem atividades profissionais de relevância.

Mas entende também que aquela obrigação de registo colide com o princípio constitucional da presunção de inocência, transmitindo a ideia do cometimento de um crime de receção indevida de vantagem ou de corrupção ativa ou passiva, quando tais patrocínios são absolutamente legais.

Por outro lado, a publicitação (ou a publicidade) do registo faz cair sobre o profissional de saúde a suspeita de que exerce a sua profissão condicionado pelos apoios que lhe são concedidos, criando assim reticências na relação profissional/doente, que se pretende e se exige que seja de plena e mútua confiança, constituindo um “ataque” à dignidade profissional e, portanto, uma violação do direito ao bom nome e reputação, constitucionalmente consagrado no artigo 26.º, n.º 1 da Constituição.

Por outro lado, não faz sentido que o escrutínio exigido aos profissionais de saúde seja superior

ao que é imposto aos representantes da Nação, que decidem sobre questões bem mais relevantes e de maior impacto nacional, ou aos detentores de cargos públicos e/ou políticos.

Note-se, ainda, que idêntica exigência não é feita aos membros dos órgãos do Infarmed, responsáveis por decisões de tremendo impacto financeiro e de amplitude nacional, que “apenas” estão obrigados a apresentar *“anualmente uma declaração sobre os seus interesses financeiros, da qual constem todos os interesses diretos ou indiretos que possam estar relacionados com entidades que estejam sujeitas a regulação ou supervisão do INFARMED, I.P.”*, assegurando este *“pelos meios mais adequados e no respeito pela legislação aplicável, tanto o registo como a consulta, por quaisquer terceiros, do registo de interesses previsto no número anterior”* – vide artigo 200.º do aqui analisado Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de Fevereiro.

Importa ainda referir que o tratamento de dados previsto no diploma impunha o parecer prévio

da Comissão Nacional de Proteção de Dados, face ao disposto no artigo 22.º, n.º 2 da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro (*“A CNPD deve ser consultada sobre quaisquer disposições legais (...) relativos ao tratamento de dados pessoais”*). Ora, o diploma não faz qualquer referência a essa audição nem a página da internet da Comissão refere a existência de um tal parecer no ano de 2013 ou 2012.

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

De notar, ainda, que da Circular Informativa n.º 24/CD/8.1.6, de 14-02-2013, do INFARMED resulta a exigência da comunicação de um conjunto de dados pessoais que nos parecem exces-

sivos e, consequentemente, não proporcionais ao fim em vista.

Em conclusão, o CNOP considera que o dever de comunicar que agora foi regulado poderá colidir com vários princípios constitucionais, pelo que a legislação deve ser revista, no sentido de evitar discricionariedades que atinjam apenas alguns profissionais, deixando de fora profissionais do Infarmed, administradores e detentores de cargos políticos e públicos, e que a vida privada dos profissionais deve ser respeitada, sem prejuízo do escrutínio e acesso aos dados pelas entidades com responsabilidades de auditoria e investigação.

Por conseguinte, o CNOP requer a revisão da legislação e disponibiliza-se para estabelecer um diálogo construtivo sobre esta matéria.

O Presidente do Conselho Geral
Orlando Monteiro da Silva



Apoio aos doentes internados nos Serviços de Nefrologia e Pneumologia

Divulgamos a carta que a Ordem dos Médicos enviou a propósito de uma nota informativa, de que a instituição teve conhecimento, sobre o apoio aos doentes internados nos Serviços de Nefrologia e Pneumologia no Centro Hospitalar do Médio Tejo, onde se determina que o médico de serviço na Cardiologia deverá prestar apoio aos doentes internados nesses Serviços da Unidade de Torres Novas fora do horário normal de trabalho. Esta nota informativa contraria indicações do Colégio de Cardiologia que, em reunião de 24 de Maio de 2013, considerou que não compete aos Cardiologistas assegurar a escala de urgência interna de outras especialidades.

«Exmo Director Clínico do CHMT
Um Colega do CHMT, preocupado com a situação criada, fez chegar à Ordem dos Médicos cópia da Nota Informativa da Direcção Clínica do CHMT sobre o assunto em epígrafe, solicitando um parecer formal sobre esta matéria.

Nessa Nota Informativa é referido que o médico de serviço na Cardiologia deverá prestar apoio aos doentes internados nos Serviços de Pneumologia e Nefrologia da Unidade de Torres Novas fora do horário normal de trabalho.

Ora, a Direcção do Colégio de Cardiologia, em reunião de 24 de Maio de 2013, considerou que não compete aos Cardiologistas assegurar a escala de urgência interna de outras especialidades.

Naturalmente, esta decisão faz todo o sentido. Por isso existem distintas especialidades, cada uma com as suas competências próprias, e por isso se mantem a importância eclética da Medicina

Interna.

A Ordem dos Médicos tem consciência dos problemas levantados pela pulverização das várias Unidades do CHMT. Mas a construção dessas três Unidades foi uma decisão política. Estando em funcionamento, não pode a respectiva gestão ser encarada como se de um hospital único se tratasse, porque, na realidade, são três hospitais.

Devem ser potenciadas as possibilidades de aproveitamento de sinergias e promover as concentrações possíveis entre as várias Unidades, mas não se pode ultrapassar a fronteira do razoável. A Ordem dos Médicos tem conhecimento dos draconianos limites financeiros impostos pelo Ministério da Saúde a todos os Hospitais. Mas não pode permitir que os doentes sejam prejudicados em benefício de injeção de centenas de milhões de euros em Bancos falidos e de outros desvarios de gestão incompetente

das empresas públicas feitas por nomeados políticos, etc., etc.

A Ordem dos Médicos e os Médicos deverão estar sempre ao lado dos Doentes.

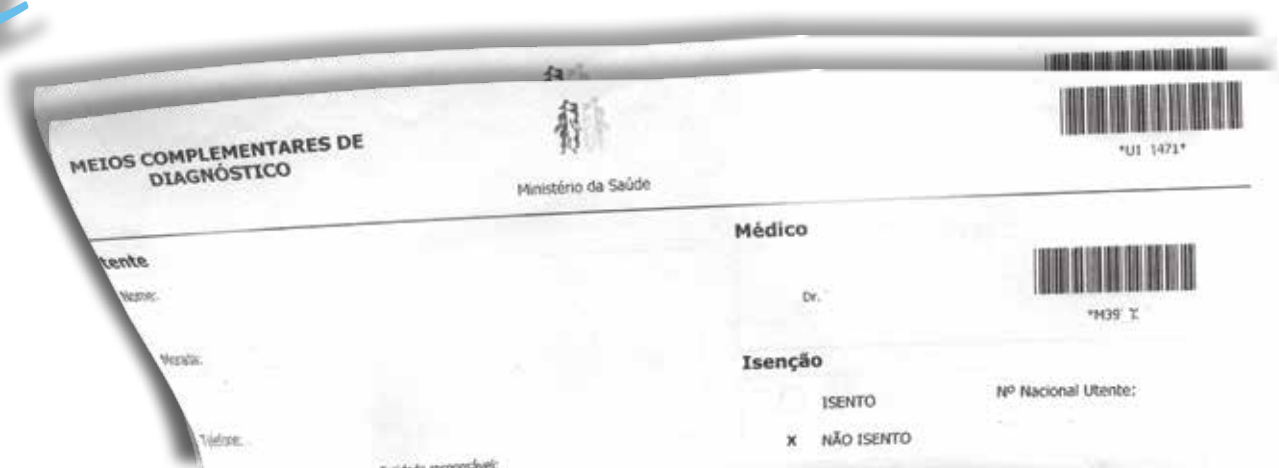
Assim, a Ordem dos Médicos vem solicitar ao Exmo Colega a correcção da referida situação, devendo a urgência interna ser assegurada por especialistas de cada especialidade ou, em alternativa, ser tal responsabilidade assumida globalmente pela Medicina Interna, em presença física.

A manter-se em vigor a decisão constante da Nota Informativa, será o Colega Director Clínico do CHMT a ser responsabilizado por qualquer intercorrência clínica que dela possa decorrer.

Com os mais cordiais cumprimentos,

José Manuel Silva

CC aos Directores dos Serviços de Cardiologia, Pneumologia, Nefrologia e Medicina Interna.



Colocação de vinhetas em exames complementares de diagnóstico e/ou declarações

Foi solicitado a este Departamento Jurídico a análise de duas questões: uma relativa à possibilidade de aposição de vinhetas novas (numeradas) em documentos de pedidos de exames ou declarações (por exemplo ADSE), visto que a legislação que entrou recentemente em vigor versa apenas sobre vinhetas utilizadas em receitas médicas; e outra sobre a possibilidade de se efectuar a requisição de mais vinhetas numeradas, caso as anteriormente utilizadas o tiverem sido, maioritariamente, em exames/declarações, e não em receituário.

Ora, a Lei n.º 11/2012, de 8 de Março, regulamentada pela Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio, estabelece as novas regras de prescrição e dispensa de medicamentos, instituindo um novo paradigma na prescrição, dispensa e monitorização da utilização de medicamentos no nosso país. No mesmo sentido, vem o Despacho n.º 15700/2012, de 10 de Dezembro, que tem como fim a incorporação, de imediato, dos elementos necessários à desmaterialização de todo o processo, o qual se pretende que se concretize em 2013.

No caso deste último Despacho, refere o ponto 5 que “nas receitas materializadas ou pré-impressas é obrigatória a aposição de vinheta médica”, sendo que a Portaria n.º 137-A/2012 já havia disposto, no seu art.º

5º nº 3, que a prescrição de medicamentos é feita por via eletrónica, sem prejuízo das situações excepcionais, previstas no artigo 8.º (tais como a *falência do sistema informático; a inadequação fundamentada do prescriptor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva Ordem profissional; a prescrição ao domicílio; e outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês*), casos esses em que a prescrição será feita por via manual.

Contudo, qualquer um destes diplomas versa, somente, sobre as regras respeitantes à prescrição de medicamentos, sendo totalmente omissos quanto aos demais documentos, tais como exames complementares de diagnóstico ou declarações, em que muitas vezes é exigida a colocação de vinhetas. No que

aos últimos documentos diz respeito, parece aplicar-se, ainda, a legislação anteriormente em vigor, designadamente o Despacho 9/89, de 17 de Março.

Assim, nos termos do n.º 2 do referido despacho, as etiquetas identificadoras do médico subscritor devem constar dos acima aludidos documentos. E, pelo que resulta do preâmbulo e do n.º 4 do mesmo despacho, a criação das vinhetas prende-se com a necessidade de controlo informático do receituário oficial do SNS e das requisições de elementos auxiliares de diagnóstico e terapêutica para efeitos de pagamento de serviços.

Contudo, actualmente, no que respeita aos exames complementares de diagnóstico, tal como refere a informação

da ACSS, que pode ser consultada no portal da internet (http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/FAQ%20-%20MCDT_2011-09-02.pdf), **só em caso de falha do sistema informático poderá ser efectuada a prescrição manual**, no modelo pré impresso, aprovado pelo Despacho nº. 3956/2010, de 23 de Fevereiro, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 44, de 4 de Março de 2010, e constante da Declaração de rectificação nº. 531/2010, pelo que, para este tipo de requisição, continua a ser obrigatória a utilização de vinhetas, mantendo-se estes procedimentos inalterados.

No caso da ADSE, a Portaria nº 172/2004, de 23 de Fevereiro, estende o regime das participações no âmbito do Serviço Nacional de Saúde aos beneficiários da Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE), bem como as formalidades a respeitar.

Deste modo, parecem ser, ainda, exigíveis, nalguns casos, vinhetas para leitura óptica digital nas requisições de exames complementares de diagnóstico e outras declarações, sendo que a não colocação das referidas vinhetas tem como con-

sequência que estes exames/documentos não poderão ser validados e não serão compar-ticipados pelo Serviço Nacional de Saúde ou pelos sistemas de saúde que exijam a dita aposição.

Note-se, por exemplo, o caso da ADSE, em que os actos constantes das tabelas de preços e regras dos regimes convencionados publicados no seu site oficial “*serão pagos quando prescritos*”, devendo a prescrição em causa “*identificar o médico prescriptor (nome, especialidade médica e inscrição na Ordem dos Médicos), sendo obrigatória a aposição de vinheta de identificação (à exceção das Regiões Autónomas onde a utilização não é obrigatória)*” – a título de exemplo, *vide* o caso da Medicina Física e de Reabilitação: <http://www.adse.pt/page.aspx?IdCat=386&IdMasterCat=377>. Quanto à segunda questão colocada, relativa à requisição de mais vinhetas numeradas, caso as anteriormente utilizadas o tiverem sido, maioritariamente, em exames/declarações, consideramos que, pelos motivos invocados, e visto que a colocação de vinhetas em exames complementares de diagnóstico e outras declarações ainda é exigível, em determinadas situações (designadamente para benefi-

ciários da ADSE), as mesmas podem ser requisitadas pelos médicos, com esse propósito.

Em conclusão:

- A criação das vinhetas prende-se com a necessidade de controlo informático do receituário oficial do SNS, bem como dos exames complementares de diagnóstico, apenas e só em casos excepcionais e legalmente previstos. Não obstante, em determinados subsistemas ou regimes específicos (como é o caso da ADSE), podem ser estabelecidos regimes especiais que tornem exigíveis as referidas vinhetas, designadamente para as requisições de exames complementares de diagnóstico e/ou outras declarações.

- Por esse motivo, os médicos poderão continuar a requisitar, como habitualmente, vinhetas com vista não só à sua aposição em receituário, como também à colocação das mesmas em exames complementares de diagnóstico e/ou declarações, visto que, em certas situações, aquelas ainda serem admissíveis.

A Consultora Jurídica
Diana Ferreira de Almeida
2013-04-29

Licenciamento de UPSS

Anexamos a carta que a Ordem dos Médicos enviou no dia 3 de Julho ao Ministro da Saúde, ao presidente da ACSS, ao presidente da ERS e aos presidentes das ARS's sobre a nova lei do licenciamento de Unidades Privadas de Serviços de Saúde. Desta carta foi dado conhecimento ao Presidente da República, ao Provedor de Justiça e o Presidente da Comissão de Saúde da AR.

«A Ordem dos Médicos sempre defendeu e defenderá a existência de um Sistema Nacional de Saúde que englobe sector público, sector privado e sector social, como distintos prestadores de cuidados de saúde que, atentas as especificidades de cada um, respeitem intransigentemente a regra básica da garantia da qualidade do serviço prestado ao Doente, no cumprimento das *leges artis*. A Ordem dos Médicos jamais pactuará com o não cumprimento do que são as obrigações Éticas e Deontológicas do Médico.

Por isso, foi com surpresa e enorme preocupação que assistimos ao surgimento de legislação impossível de cumprir sobre o licenciamento das Unidades Privadas de Serviços de Saúde (UPSS's). Legislação iníqua, porque geradora de incompreensíveis desigualdades entre sector público e sector privado e, dentro deste último, entre unidades de grande dimensão e as mais tradicionais unidades de pequena e média dimensão.

Recebemos, continuamente, exposições inquietadas de muitos Colegas e reunimos com uma Associação representativa das pequenas e médias UPSS. De todos os lados nos chegaram críticas quanto à exequibilidade do dispositivo legal a aplicar.

Por isso temos vindo, sucessivamente e desde há longos meses, a alertar as diferentes Instituições para a necessidade de alterar a legislação que regulamenta o licenciamento das UPSS. Sem qualquer sucesso, diga-se! Solicitámos duas audiências à ACSS, estranhamente ainda sem resposta. Aguardamos agora resposta a um pedido de audiência feito à ERS.

Preocupam-nos, sobretudo, o DL 163/2006, de 8 de Agosto (que respeita a acessibilidades e mobilidade para todos), bem como DL 279/2009 de 6 de Outubro (que regulamenta o Licenciamento de UPSS's) e ainda as Portarias subsequentemente publicadas, que aprovam os requisitos técnicos para cada área, muito

em particular a Portaria 291/2012, de 24 de Setembro (Unidades de cirurgia de ambulatório).

Recusamo-nos a acreditar que, subjacente a tal legislação e a tal ímpeto legislativo, esteja a vontade de aniquilar, por asfixia burocrática e financeira, as pequenas e médias UPSS. Queremos ser parte de uma solução que, tendo como primado a segurança e os direitos dos Doentes, não colida com o direito do Médico exercer a sua profissão e com a sobrevivência da pequena medicina privada independente e de proximidade.

Entendemos que, genericamente positiva, a legislação tem, contudo, pontos que são incompatíveis com o exercício da Medicina por muitos Médicos, alguns dos quais já exercem há décadas, sendo a sua prática profissional escrutinada positivamente pelos seus Doentes, além de conter aspectos que podem dar margem ao livre arbítrio, por não estarem devidamente acautelados e regulamentados.

Assim, e porque pretendemos uma solução justa e equilibrada,

propomos:

- A suspensão, por um tempo razoável, da aplicação da legislação supracitada.
- A constituição de um grupo de trabalho, composto por membros do MS, OM, AR (Comissão Parlamentar de Saúde), Associação Portuguesa de Hospitalização Privada e Representantes das

UPSS's de pequena e média dimensão, com a finalidade de introduzir na Lei alterações que a tornem praticável, uma vez que, estamos certos, todos pretendemos o melhor resultado final, que sirva os Doentes, os Médicos e a Saúde. Estamos, em consciência, dispostos a dar o nosso melhor

contributo para a defesa da Saúde e da economia do País e a preservação do leque de ofertas da medicina privada, em benefício dos Doentes.

Alertamos para a gravidade e urgência da situação e aguardamos resposta breve, positiva e construtiva às nossas, tão justas quanto simples, pretensões.»

Precauções que não violam o segredo médico

A propósito de uma situação em que uma doente adolescente, HIV positiva, contra todas as indicações do seu médico assistente, recusa-se a informar o namorado do seu estado clínico, aborda-se a necessidade de pedir ou não escusa do dever de sigilo para proteger a saúde do namorado.

A consulente, médica de família, expôs-nos a seguinte situação:

- Recentemente consultou uma adolescente de 17 anos de idade, HIV positiva por transmissão vertical que é seguida em consulta hospitalar e se encontra a fazer tratamento com anti retrovirais;
- Na consulta em causa foi diagnosticada uma gravidez que já foi orientada para consulta hospitalar;
- Não obstante a adolescente informou a médica que não relatou, nem pretende relatar, o seu estado clínico ao namorado e continua a manter relações sexuais desprotegidas sem que o mesmo tenha, obviamente, conhecimento dos riscos a que está exposto;
- Apesar da consulente ter, por diversas vezes, tentado persuadir a doente a relatar a situação ao dito namorado por forma a que este tenha os cuidados necessários, a verdade é que a adolescente se recusa a seguir este aconselhamento médico.

Perante estes factos suscita-nos

as seguintes questões:

- Qual a melhor forma de proteger o jovem sem prejuízo do segredo médico?
- Há necessidade de solicitar uma escusa de sigilo ao Sr. Bastonário da Ordem?

Cumpramos esclarecer:

Nos termos do art.º 89.º, nº 1 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM) "*a obrigação do segredo médico não impede que o médico tome as precauções necessárias, promova ou participe em medidas de defesa da saúde, indispensáveis à salvaguarda da vida e saúde de pessoas que possam contactar com o doente, nomeadamente dos membros da família e outros conviventes.*"

O nº2 do mesmo preceito deontológico refere, ainda, que "*sendo a preservação da vida o valor fundamental, deverá o médico, em circunstância em que um doente tenha um comportamento que traga um risco real e significativo para a vida de outra pessoa, tentar persuadi-lo a modificar este comportamento, nomeadamente declarando que irá revelar a sua situação às pessoas*

interessadas. Se o doente não modificar o seu comportamento, apesar de advertido, o médico deve informar as pessoas em risco, caso as conheça, após comunicar ao doente que o vai fazer."

O caso em apreço reúne, pois, todos os requisitos para que a consulente comunique à doente que irá informar o seu namorado da situação clínica em que aquela se encontra.

A consulente actuará, assim, de acordo com a lei e as normas deontológicas, não violando qualquer dever de segredo e não necessitando da autorização expressa do Sr. Bastonário para o fazer.

A escusa de segredo aplica-se às situações previstas no art.º 88º do CDOM sendo que o circunstancialismo exposto é uma situação excepcional que não exige tal procedimento.

É esta a minha opinião.

O Consultor Jurídico

Paulo Sancho

2013-07-02

MNSRM de venda exclusiva em farmácias

O Infarmed enviou, para conhecimento e análise por parte da Ordem dos Médicos, a lista de medicamentos classificados como Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) que seriam apenas dispensados em farmácia comunitária, de acordo com protocolos específicos relativos a esta dispensa, a qual foi alvo de análise por parte dos Colégios da Especialidade, os quais expressaram a sua apreensão relativamente a alguns dos fármacos incluídos na lista por considerarem que a sua dispensa sem acompanhamento médico pode pôr em causa a segurança dos doentes.

A listagem de MNSRM de venda exclusiva em farmácias é o resultado do consenso de um grupo de peritos, na área das ciências médicas e farmacêuticas, e da comparação com a realidade em outros países europeus. O grupo técnico que analisou a lista de substâncias activas que poderiam estar em condições de ser classificadas como medicamentos de dispensa exclusiva farmacêutica, foi composto por Serafim Guimarães, Walter Osswald, José Morais, Margarida Caramona, Tice Macedo e Clara Carneiro. A lista em causa foi enviada à Ordem dos Médicos para análise e remetida a todos os Colégios da Especialidades com contacto directo com doentes, ao Colégio de Farmacologia Clínica e ao de Medicina Farmacêutica, bem como ao Conselho Nacional da Política do Medicamento para que se pudessem pronunciar.

A lista de medicamentos pro-

posta pode ser consultada integralmente no site nacional da Ordem dos Médicos.

Encontram-se, portanto, a ser revistos os critérios atuais para a classificação quanto à dispensa ao público dos medicamentos, com a possibilidade de ser incluída a classificação 'MNSRM de dispensa exclusiva farmacêutica, com dispensa reservada as farmácias comunitárias', o que corresponde a uma exigência europeia com a Agência Europeia do Medicamento a classificar alguns MNSRM como "pharmacy only".

Com o objectivo de identificar a lista de substâncias activas (ou Designações Comuns Internacionais - DCI), que poderiam estar em condições de ser classificadas como medicamentos de dispensa exclusiva farmacêutica, foi constituído o referido grupo de peritos médicos e farmacêuticos, o qual analisou a lista de subs-

tâncias ativas passíveis de integrar a "lista de MNSRM – venda exclusiva em Farmácia" através da identificação das DCIs classificadas como MNSRM, em pelo menos 3 dos Estados Membros (Dinamarca, Suécia e Reino Unido). A lista de medicamentos resultantes dessa análise mereceu, até ao momento, os comentários que passamos a reproduzir pela sua relevância para a segurança dos doentes:

Parecer da Direção do Colégio de Imunoalergologia

«Em relação à lista recebida do Infarmed de novos medicamentos MNSRM para venda exclusiva em farmácia o Colégio de Imunoalergologia manifesta a sua total discordância com a inclusão da teofilina e da aminofilina, por se tratar de fármacos com uma margem terapêutica estreita e com potencial importante de toxicidade grave, por vezes resultando em morte.

A Presidente da Direcção do Colégio, Elza Maria Morgado Tomaz»

Parecer da Direcção do Colégio de Farmacologia Clínica

«...pelo menos em duas áreas está criado um perigoso precedente que pode colocar em risco a saúde dos doentes: a broncoconstrição associada à asma brônquica e à DPOC, e à hipertrofia benigna da próstata (HBP). Para além da necessidade de expertise médica necessária ao diagnóstico destas situações patológicas, não há dúvidas da obrigatoriedade do seguimento médico na evolução desta patologia ou na ocorrência de comorbilidades associadas.

Os medicamentos que constam desta lista para o tratamento da broncoconstrição (aminofilina e teofilina) não são opções terapêuticas de 1ª ou 2ª linha nas guidelines internacionais ou nas NOCs da DGS/OM. As características

farmacocinéticas e farmacodinâmicas destes fármacos justificam precauções particulares na sua administração. É necessário a monitorização dos níveis plasmáticos da teofilina para a determinação da dose eficaz e para a prevenção dos efeitos adversos associados a sobredosagem. As interações medicamentosas associadas à teofilina justificam a necessidade de ajustamentos posológicos, por exemplo, quando se administram macrolidos ou fluoroquinolonas. Estas precauções são particularmente importantes em idosos pelo aumento da probabilidade de comorbilidades e pelas diferenças farmacocinéticas associadas à idade.

Relativamente à tansulosina, indicada na HBP, a sua actividade vascular, bloqueador adrenérgica alfa, tem acção anti-hipertensora que não é desprezível. O grupo etário da HBP é o mesmo em que ocorre aumento da pre-

valência da HTA. A adição da tansulosina a doentes hipertensos já medicados pode precipitar hipotensões ortostáticas com consequente hipoperfusão de territórios relevantes, tal como, o coração ou o cérebro. Para além deste risco, que contribuirá para a afluência destes doentes aos serviços de urgência, a ocorrência de sintomas menos graves, como tonturas, pode levar à suspensão da terapêutica antihipertensora com os resultantes efeitos indesejáveis.

Face ao enunciado, não nos parece que a formação e a experiência dos licenciados em farmácia, nem dos ajudantes de farmácia, seja suficiente para diagnosticar situações de dispneia ou de HBP e, consequentemente, dispensar medicamentos sem a respectiva prescrição médica nas patologias referidas.

O Presidente da Direcção do Colégio, H. Luz Rodrigues»

Debates em Setembro

16/9 - 21h15

Tema:

**Licenciamento das UPSS:
- Quem pretende o fim da Pequena Medicina Privada**

Convidados: a anunciar

24/9 - 21h15

Tema:

Ser espiritual: Da evidência à ciência

Convidados:

Luís Portela, Pe Tolentino de Mendonça, Carlos Fiolhais, Mário Simões

Moderador: a anunciar

Local: Auditório da Ordem dos Médicos - Lisboa





Ordem dos Médicos reúne com os vários grupos parlamentares

Com vista à sensibilização dos decisores políticos para os problemas mais prementes da área da saúde em Portugal, a Ordem dos Médicos solicitou audiências aos principais grupos parlamentares com assento na Assembleia da República.

As audiências tiveram como temas principais questões que se prendem com a segurança, acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde que são prestados aos portugueses, nomeadamente:

- Lei do Acto Médico; Prescrição por DCI; Enfermeiro de Família / Comparticipação pela ADSE nos cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica e reabilitação / Circular Normativa da ACSS nº 19/2013, de 15 de Abril de 2013 – Uniformização dos Registos de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários; Regulamentação do regime de acesso e de exercício de podologista; Especialista e não especialista em Medicina Geral e Familiar, etc.

Outro assunto de grande relevância para os doentes que tem sido discutido nestes encontros é a recomendação de não prescrição de medicamentos feita pela ARS Norte e que a Ordem dos Médicos define como limites intoleráveis ao tratamento dos idosos, os quais foram apresentados sob a forma de «recomendação no

sentido de que a prescrição para doentes com mais de 75 anos não ultrapasse os cinco medicamentos».

Incontornáveis foram igualmente as questões que se referem aos critérios de contratação de médicos por ajuste directo no SNS; o Despacho 15630/2012, um despacho que ao limitar a abertura de vagas a médicos que tenham concluído a sua especialidade na segunda época de 2012, excluía todos os restantes profissionais que podiam aspirar legitimamente ao preenchimento de uma vaga no Serviço Nacional de Saúde, em relação ao qual a Ordem dos Médicos lamentou o incumprimento de preceitos constitucionais (violando o princípio de liberdade de acesso à função pública - artigo 47º da Constituição- e o princípio da igualdade - artigo 13º da Constituição) e a consequente introdução de injustiças e desigualdades de oportunidade no sistema de concursos; o DL 20/2013 de 14 de Fevereiro de 2013 que veio alterar o regime jurídico aplicável aos medicamentos de uso humano e

que determina a obrigatoriedade de declarar qualquer apoio concedido ou recebido no setor da saúde e os Estatutos da OM que em breve serão apresentados para aprovação da Assembleia da República.

As delegações da OM foram constituídas pelos seguintes membros do Conselho Nacional Executivo: José Manuel Silva, António Pereira Coelho, Nuno Diogo, Fernando Gomes e Lurdes Gandra e Miguel Guimarães tendo as audiências tido lugar nas seguintes datas:

- Grupo Parlamentar do PCP, dia 28 de Maio;
- Grupo Parlamentar do PS, dia 29 de Maio;
- Grupo Parlamentar do BE, dia 5 de Junho;
- Grupo Parlamentar do CDS/PP, dia 6 de Junho;
- Grupo Parlamentar do PSD, dia 9 de Junho.

A ROM tem dado conhecimento das posições oficiais da Ordem dos Médicos em relação a todas as questões que foram debatidas nestas reuniões.

SAVE THE DATE

22 e 23 Nov 2013



Simpósio

II Simpósio Acta Médica Portuguesa

Workshops

- C Gluud, D Nikolova: The Cochrane Collaboration
- Daniel Müller [NEJM]: Ilustração Médica

Auditório da Ordem dos Médicos, Lisboa

Inscrições: secretariado@actamedicaportuguesa.com
indicando Nome, profissão, instituição, e-mail, nº de cédula (Médicos) e evento em que se regista.



ACTA MÉDICA
PORTUGUESA





Hospital de Braga: entre os números e a prática clínica...

No dia 12 de Junho, o presidente da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, visitou o Hospital de Braga, a convite dos colegas e da administração dessa instituição. A acompanhá-lo, os médicos André Luís e Lurdes Gandra, do Conselho Regional do Norte da OM e Jaime Rocha, presidente do conselho distrital do Distrito Médico de Braga da OM.

O Hospital de Braga dispõe de instalações verdadeiramente impressionantes. Quem o visita sente-se quase noutra país... Sobre-dimensionado em muitas áreas, o espaço é regra geral agradável, muito luminoso, arquitetonicamente harmonioso e com uma zona comercial no rés do chão (cabeleireiro, óptica, cafetaria, papelaria, etc.). Mas as primeiras impressões não são assim tão agradáveis: um parque de estacionamento muito caro faz com que alguns utentes, ou acompanhantes, estacionem de forma irregular dificultando, por vezes gravemente, o acesso a viaturas do INEM e outras ambulâncias. A polícia está atenta e, de vez em quando, os prevaricadores são autuados. Mas, mesmo sem estacionamento irregulares, o acesso de carro é difícil. Basta uma avaria para a via - de sentido único (!) - ficar bloqueada. Ser-nos-ia explicado posteriormente que há outra entrada planeada. Mas, por enquanto, está apenas

planeada...

Os representantes da Ordem dos Médicos foram recebidos por Catarina Gouveia, na altura vogal da Comissão Executiva para a parte assistencial, direcção clínica e enfermagem (deixou de trabalhar no Hospital de Braga no início de Julho); Rui Raposo, Presidente do Conselho de Administração; José Luís Carvalho, vogal da Comissão Executiva e João Ferreira, presidente da Comissão Executiva. Na reunião estiveram também presentes os médicos João Cunha, Luís Manuel Basto e Fernando Pardal, director clínico do hospital. «O Hospital de Braga é uma parceria público-privada, sendo a mais escrutinada das instituições do SNS», referiu Rui Raposo que explicou em seguida os múltiplos indicadores estudados, nomeadamente em termos de «satisfação dos clientes e eficiência». Os pormenores foram todos estudados e o logotipo escolhido, por exemplo, tem como base a filigrana do Minho e inclui

elementos representativos de um coração, uma cruz, um trevo e do ser humano.

Em seguida, João Ferreira explicou os três pilares em que assenta a procura de um hospital de referência: «a qualidade em tudo: - em primeiro lugar na prática clínica, mas também nas instalações e equipamentos», salientando que um espaço físico adequado ajuda a uma boa prestação; «a satisfação dos utentes, colaboradores e de toda a comunidade envolvente» e «o equilíbrio económico e financeiro», sendo que relativamente a este último, Rui Raposo esclareceu que o objectivo pretendido é fazer face a todos os compromissos e que não é importante o lucro, mas sim o cumprimento dos compromissos.

Fernando Pardal explicou também a sua visão ao referir que «é importante a maximização da eficácia ao menor custo, com colaboração e satisfação de todos (...), fazendo bem à primei-



Delegação da OM em reunião com: João Ferreira, Rui Raposo, José Luís Carvalho e Fernando Pardal

ra, tendo em conta o estado da arte». Assumindo que esses sempre foram os seus objectivos ao longo da sua carreira de 32 anos, em relação ao Hospital de Braga frisou: «temos uma mais valia arquitectónica e somos certificados/acreditados» e lamentou que «os indicadores de qualidade não sejam transpostos e aplicados na prática das EPEs porque estes indicadores são um estímulo que nos alerta sistematicamente para o que é preciso melhorar». Ainda neste sentido, João Ferreira lamentou que seja impossível fazer comparações com outros hospitais de referência como o Hospital de Gaia, o São Francisco Xavier ou o Garcia de Orta porque «não há um registo auditado de indicadores», defendendo que deveria ser comparado e comparável, por recurso à aplicação dos mesmos indicadores.

Foram explicadas as contingências da mudança de instalações, que aconteceu em 2011, e como o ano de 2012 foi dedicado à implementação e organização de processos com vista à certificação. O dia 12 de Novembro de 2012 foi a data em que o hospital obteve a certificação global, nomeada-

mente com a certificação de todos os serviços de apoio. «O hospital não seria acreditado se não tivesse condições de segurança no bloco ou na enfermaria», frisou João Ferreira, acrescentando que «não há hospital que tenha mais entidades externas a olhar para ele: IGAS, IGF, ERS, gestor do contrato, etc.» o que, segundo referiu, «torna impossível que não tenhamos as melhores práticas». Referiu igualmente que a implementação de protocolos é uma mais valia por garantir um bom nível em todas as áreas e que se fazem «auditorias clínicas internas frequentes para garantir essa qualidade».

Em termos de valências o Hospital tem «tudo menos queimados, transplantes e cardiotorácia» e se um doente se deslocar ao Hospital de Braga e for transferido por falta de espaço «a instituição paga uma penalização e os actos/tratamentos que forem feitos ao doente nos outros hospitais». Reconhecendo que, apesar disso, em algumas patologias são feitas transferências, «umas dez por mês», foi explicado que a área de maxilo-facial tem «algumas fragilidades». André Luís

referiu que, em alguns hospitais, nomeadamente o de São João, os médicos estão proibidos de atender doentes de fora da sua área geográfica, mesmo pondo em risco a saúde de quem os procura, e que «há coisas que se perdem entre os números e a prática clínica».

Muito crítico da comunicação social, o Director Clínico do Hospital de Braga, defendeu que o que colocou este Hospital sob a atenção dos Media foi o facto de ser o primeiro grande hospital deste modelo. «Só se morre em Braga; talvez devêssemos transferir os doentes para as regiões e instituições onde não se morre», ironizou, lamentando a atitude da imprensa. «Este hospital foi o que contratou mais médicos jovens em 2012 e absorvemos a totalidade dos médicos que formámos – com excepção de um que não quis – e continuamos além disso a contratar médicos fora». «Mas há áreas em que é difícil porque faltam especialistas», admitiu, referindo genética médica, maxilo-facial, anestesiologia, neurocirurgia e anatomia patológica como as áreas mais carenciadas. José Manuel Silva



Este acesso faz-se por uma via de sentido único, onde é comum as ambulâncias terem dificuldades em passar devido a carros mal estacionados

defendeu que existem especialidades em que deveria ser feita uma discriminação positiva, nomeadamente em termos de pagamento, como forma de incentivo e referiu anatomia patológica como um dos casos em que essa situação poderia ajudar a resolver os problemas de falta de recursos humanos. Fernando Pardal, que é precisamente especialista em anatomia patológica, explicou que foi feita uma proposta ao Ministro da Saúde nesse sentido mas sem resposta, sublinhando ser, de facto, difícil atrair esses especialistas para o sector público.

Sobre o enfoque na qualidade, José Manuel Silva referiu o esforço nacional que está a fazer-se, nomeadamente com o desenvolvimento das Normas de Orientação Clínica, mas explicou que nas auditorias foram detectados desvios muito significativos com prejuízo para o SNS - e sem qualquer vantagem para os doentes - mas que não parece haver empe-

nho do Ministério na correcção dos desvios. O bastonário da OM incitou os colegas do Hospital de Braga a partilharem o seu trabalho, enviando as *guidelines* implementadas nos seus Serviços à OM pois «com a aprovação dos Colégios podem ser transformadas em NOCs de aplicação nacional».

Sobre os indicadores, Rui Raposo explicou que a instituição tem «uma política de total abertura» e que «o que lança dúvidas sobre a credibilidade é que os sistemas são 'respondidos como se quer'», enquanto que João Ferreira acrescentava que «no SINAS há situações pouco verosímeis e não há auditoria dos indicadores»; Mesmo assim, e não sendo obrigados contratualmente a fazer as análises e auditorias internas, defendem-nas como «alavancas de qualidade».

Fernando Pardal também quis destacar a existência de um sistema de registo de incidentes que tem a opção de anonimato,

acessível a todos e que «a evolução do número de registos é boa e está cada vez mais a ser feita de forma mais objectiva e preocupada». Foram ainda referidos dados relativos à demora média total de internamento («com espaço para melhoria»), importância da qualidade dos registos dos doentes (sendo dado o exemplo de 'morte inesperada' de um doente por faringite porque foi essa a inscrição na nota de alta, quando o doente veio a morrer de AVC...), e sobre o tipo de contratualização praticada («não temos médicos contratados através de empresas», foi-nos referido pelos representantes da administração).

A formação mereceu algumas perguntas por parte dos representantes da OM e foi explicado que, recebendo anualmente dezenas de internos, nomeadamente em parceria com a Universidade do Minho, «nenhum interno exerce medicina não tutelada no Hospital de Braga» e



Svetlana Mikhailovna Akulich, José Manuel Silva, Lurdes Gandra e Jorge Teixeira

que «só houve alguns problemas na fase de mudança de instalações». Houve inclusivamente uma visita do Colégio de Medicina Interna para averiguar as condições de formação. A maior dificuldade, segundo a administração do Hospital, é que não estão a ser pagos em termos de contratualização pela formação dos internos do ano comum. «Temos neste momento 58 internos do ano comum».

Outra actividade que foi referida como sendo efectuada mesmo à margem da contratualização e dos pagamentos é a neurorradiologia de intervenção, conforme explicou o Director Clínico: «não temos que fazer neurorradiologia de intervenção, contudo temos bons neurorradiologistas de intervenção; Esta actividade, sem financiamento, é insustentável. Mas, quando tentámos fazer como indicava o gestor do contrato, transferindo os doentes para o São João, percebemos que esse hospital também não tem capacidade de resposta, porque sendo uma área dispendiosa não tem interesse. O que fizemos foi assumir localmente essas situações, aceitando que, até que a ARS decida, teremos prejuízo



Luís Manuel Basto e Jaime Rocha, presidente do Distrito Médico de Braga



Adelino Costa Correia



Francisco José Gonçalves

Lurdes Gandra e Maria Celeste Brito, directora do Serviço de Dermatologia



André Luís do CR Norte

mas trataremos os doentes». André Luís evidenciou a importância da prestação local de serviços em neurorradiologia de intervenção, em que a janela terapêutica é de 6 horas.

Sobre as redes de referência foram evidenciadas muitas fragilidades, segundo Fernando Pardal porque «quando foram desenhadas não tiveram em conta a questão do financiamento»; «Há coisas que têm que ser revistas, recebemos os doentes de Guimarães... menos os de Fafe. E quando recebemos de fora da nossa área somos penalizados», explicou João Ferreira, afirmando que «a liberdade de escolha do doente não tem o mesmo significado em Braga que tem no resto do país porque o hospital é público mas a consequência financeira é do accionista»...

Os dados relativamente aos indicadores estão muito actualizados. A visita decorreu a meio de Junho e os dados que nos foram mostrados reportavam ao final do mês de Abril.

Visita aos Serviços

O Director Clínico, Fernando Pardal, acompanhou a visita, pormenorizada, das instalações

do Hospital de Braga, a qual começou pela biblioteca principal, com instalações dignas e atraentes.

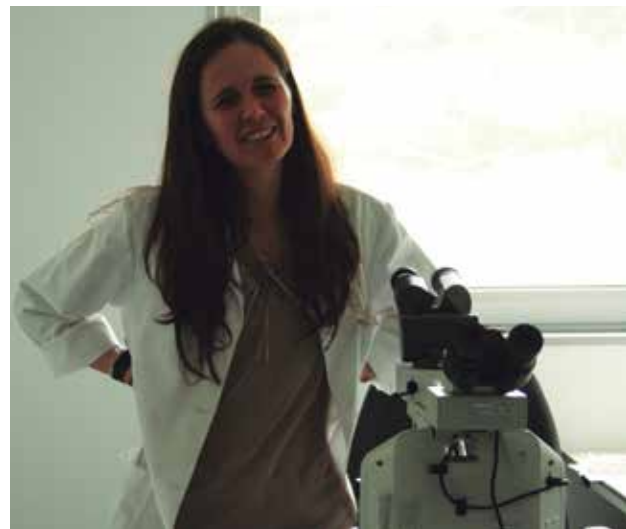
O primeiro Serviço visitado foi de Anestesiologia onde os representantes da OM conversaram com os colegas presentes sobre diversos problemas que foram relatados recentemente, nomeadamente a necessidade de respeito pelas carreiras médicas na selecção das direcções de serviço. André Luís questionou sobre as dificuldades do serviço, nomeadamente quanto a equipamentos. Rui Guimarães, anestesiolista responsável pela formação de internos da especialidade no Hospital de Braga, falou de falta de alguns equipamentos importantes e de problemas organizacionais. A título de exemplo referiu a inexistência de fibroscópio no Serviço de Anestesiologia; este equipamento existia no anterior hospital de S. Marcos, mas encontra-se avariado e não foi reparado nem substituído. Referiu ainda que «perante o volume de trabalho do Serviço de Anestesiologia, esta situação não faz sentido e acarreta risco para os doentes, nomeadamente tendo em conta a circunstância de que nem sempre é possível prever

a sua necessidade, ou seja: nem sempre se pode prever uma intubação difícil antes de iniciar uma anestesia. Há equipamentos de abordagem de via aérea difícil cuja existência é obrigatória». «Neste hospital os médicos são muito pouco ouvidos em matérias em que só eles têm competências técnicas para se pronunciarem», concluiu.

Apesar da análise do Director Clínico, que considerou que alguns equipamentos não serão necessidades de primeira linha, foi explicado que os equipamentos necessários já teriam sido discutidos no plano de acção e a sua aquisição aprovada. Rui Guimarães contrapôs explicando que a sua existência justifica-se até por uma questão preventiva, «mesmo que não sejam utilizados, a sua existência no Serviço é mandatória». Conforme nos foi explicado, alguns desses equipamentos em falta foram solicitados, várias vezes, pelo serviço e, já em Novembro de 2011, a administração e o director clínico se tinham comprometido, por escrito, com a sua aquisição. Apesar da aprovação de aquisição de equipamento que nos foi referida, até ao momento, não temos qualquer indicação de que



Rui Guimarães e Fernando Pardal. À direita: Ana Isabel Silva



esta situação tenha, de facto, sido resolvida.

Uma das dificuldades que nos apercebemos neste serviço – tal como já tinha sido referido na reunião com a administração – é a falta de recursos humanos, apesar de estarem a fazer contratualização ‘acrescida’, pois existem apenas 35 anestesistas no quadro do Hospital de Braga, enquanto que, por exemplo, no Hospital de Santo António, hospital com número de doentes operados equivalente, são mais do dobro...

Foram ainda referidas disfunções no planeamento e agendamento dos doentes do bloco operatório, recurso a médicos tarefeiros (!) não integrados que alteram o horário e dinâmica aos médicos do serviço e falha de registo e seguimento de complicações que envolvem estes colegas ‘tarefeiros’. Apesar da falta de anestesiológicos, na visita aos restantes serviços, ouvimos vários médicos elogiarem «o empenho e a boa vontade dos colegas» dessa especialidade.

A visita ao serviço de urgência, acompanhada por Jorge Teixeira, director desse serviço, foi uma experiência reveladora da dimensão, em termos de espaço físico, do hospital: começámos

pela urgência pediátrica e visitámos uma unidade de cuidados intermédios com 9 camas, num espaço muito amplo, envolto num ambiente calmo, pouco comum nos serviços de urgência. Contudo, e independentemente da designação atribuída, esta unidade (de vigilância/observação) não possui um quadro próprio, o que seria de esperar numa unidade de cuidados intermédios.

André Luís, do Conselho Regional do Norte da OM, referiu que «a arquitectura do Hospital de Braga proporciona e permite uma boa divisão dos doentes», evitando o ‘amontoar’ de macas em corredores sobrelotados, como vemos noutras instituições. A UDC 2, onde estão os doentes que precisam de maior vigilância, tem 16 boxes, igualmente amplas. A outra ‘Unidade de Decisão Clínica’ (UDC), tem 22 boxes e todas as camas estavam ocupadas no dia da visita, aliás, nesse espaço estavam 27 doentes. Ainda assim, o ambiente mantinha-se sereno e o espaço era tão amplo que não se notava a ‘sobrelotação’. José Manuel Silva não resistiu à comparação com o esporádico caos que se instala nas urgências dos HUC,

comparação da qual o Hospital de Braga sai a ganhar. Mas foi o próprio Director Clínico, Fernando Pardal, que nos explicou que, se com o internamento não há qualquer problema e os espaços foram sobredimensionados, no que se refere à componente de ambulatório aconteceu o contrário. «O ambulatório é que, às vezes, é difícil de gerir, não o internamento».

A visita prosseguiu pelo serviço de Medicina Interna, que tem 17 especialistas e 24 internos em formação e em que também nos apercebemos que o quadro de internistas é pequeno para as necessidades assistenciais; serviço de Dermatologia, um serviço premiado internacionalmente onde também existe uma pequena biblioteca que estava a ser usada pelos médicos em formação, onde nos foi referida a dificuldade dos oito especialistas do quadro conseguirem conciliar a orientação de estágios com a actividade normal, e onde confirmámos novamente a existência de várias salas de reunião e espaços amplos; Visitámos ainda a área de laboratório, o serviço de Radiologia, o serviço de Cardiologia, etc.

Relativamente a situações de



Jorge Marques, serviço de Cardiologia

desrespeito pelas carreiras médicas no Serviço Nacional de Saúde, na nomeação de directores e chefes de serviço que aconteceram no Hospital de Braga, o que se verificou, por exemplo, com o Serviço de Anestesiologia, e com a consequente não atribuição de capacidades formativas (embora não tenha sido retirada a idoneidade), José Manuel Silva explicou que, se os erros foram corrigidos, tal situação deve ser formalmente comunicada à Ordem dos Médicos para que se possa reavaliar a situação. Outra situação complexa é a de neurorradiologia de intervenção

em que acabámos por nos aperceber que, afinal, desde os últimos meses de 2012 que, neste hospital do Serviço Nacional de Saúde, há uma proibição de efectuar qualquer tipo de intervenção nessa área, seja programada, seja urgente, o que deixa os doentes desprotegidos caso cheguem ao Hospital de Braga, por exemplo, com um AVC isquémico. Existiram propostas da Administração, consideradas inaceitáveis, e existem propostas dos especialistas de forma a poder possibilitar a prática de neurorradiologia de intervenção na instituição, mas, até ao momento da visita dos re-

presentantes da OM, não havia nenhum acordo que salvaguarde os interesses dos doentes.

Sobre a gestão de recursos humanos, foi-nos referido que, no início do processo, «os médicos foram ostracizados» o que ainda tem reflexos na relação com a administração. Outra dificuldade relatada foi o desfasamento entre a gestão do edifício e a gestão clínica o que origina dificuldades em actos de gestão simples.

Ao longo da visita foi possível apercebermo-nos que a verdadeira dificuldade do Hospital de Braga é a falta de recursos humanos em algumas especialidades. O que explica a análise do presidente da Ordem dos Médicos: «o Hospital de Braga tem excelentes instalações, muito boa gente mas... muito pouca gente».

Acabada a visita, somos forçados a lembrar as palavras proferidas por André Luís, do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, umas horas antes: «há coisas que se perdem entre os números e a prática clínica»...

AR aprovou inspecção ao Hospital de Braga

Apesar de diversas distinções - renovação da acreditação global, certificação ISO 9001:2008 dos serviços de Anatomia Patológica, Patologia Clínica, Imagiologia, Imunohemoterapia, Farmácia e Esterilização, da Caspe Healthcare Knowledge System, classificação como «o mais eficiente» na gestão das cirurgias programadas, com uma posição relativa média de 84 por cento no relatório da actividade cirúrgica programada, relativo a 2012, divulgado pela Administração Central dos Sistemas de Saúde, etc. - o Hospital de Braga vai ser alvo de uma inspecção global. A proposta foi apresentada pelo Bloco de Esquerda e aprovada, no dia 11 de Julho, pela Assembleia da República, com os votos favoráveis do BE, PCP, PS e Verdes e as abstenções do PSD e CDS. O objectivo será verificar as condições em que a instituição está a prestar cuidados de saúde. O Bloco de Esquerda tem vindo a defender, há vários meses, que é necessário inspecionar as condições em que o hospital está a prestar cuidados de saúde com vista a esclarecer as diversas irregularidades de que o Hospital tem sido acusado.



Assembleia geral do Colégio de MGF

Realizou-se no dia 25 de Maio de 2013 a Assembleia Geral do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar na qual foram apresentadas as actividades desenvolvidas pelo Colégio e discutidas algumas temáticas actuais nomeadamente no âmbito da formação pós-graduada, tendo sempre presente o objectivo principal de valorização da Especialidade.

O Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar levou a efeito a sua Assembleia Geral, no dia 25 de Maio de 2013, no Salão Nobre do Centro de Cultura e Congressos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (OM), no Porto.

Além dos membros do Colégio, estiveram presentes Maria dos Prazeres Francisco, membro do Conselho Regional do Centro da OM, e Alberto Costa, em representação do Conselho Regional do Norte.

Além da aprovação por maioria da acta da última Assembleia, a Direcção do Colégio de MGF aproveitou a ocasião para prestar homenagem a quatro grandes personalidades da Medicina Geral e Familiar portuguesa: Carlos Mendes Leal e José Guilherme Jordão (ambos a título póstumo), Luís Filipe Gomes e Alexandre Sousa Pinto.

Neste encontro foram apresentadas as actividades realizadas

pela Direcção do Colégio desde a última Assembleia, algumas já divulgadas no *site* e na revista da Ordem os Médicos, entre as quais:

- Programa de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar (publicado pela Portaria 300/2009 de 24 de Março);
- Alteração à Prova Prática e Prova de Discussão Curricular, da Avaliação Final do Internato de MGF (aprovada em CNE em 30 de setembro de 2011);
- Atualização dos critérios e grelhas de Avaliação Final do Internato Médico (aprovado em CNE em 14 de setembro de 2012, estando para homologação pelo Ministério da Saúde);
- Elaboração e atualização de Normas Orientadoras para a elaboração de um *Curriculum Vitae* (aprovado em CNE de 15 de março de 2013);
- Atualização dos critérios para a atribuição das Idoneidades Formativas utilizadas pelas

Comissões de Verificação (aprovadas em CNE 27.7.2010) bem como atribuição das Capacidades Formativas para o Internato Médico de MGF;

- Elaboração do Programa de Formação Específica para médicos indiferenciados a exercer nos Centros de Saúde/Unidades de Saúde (que se encontra no Ministério da Saúde para apreciação);
- Memorando relativamente à emissão dos atestados para a prática desportiva emitido conjuntamente com o Colégio de Medicina Desportiva;
- Realização de Exames à Ordem, por candidatura dos requerentes, para a obtenção do título de especialista;
- Cooperação com os vários órgãos da OM, Faculdades de Medicina, Coordenações do Internato Médico, ADSO, APMGF, EURACT e outros;
- Participação de forma institucional em diversos grupos de trabalho nomeadamente, na DGS

(Transporte do Doente Crítico, Saúde Mental, Cuidados Paliativos);

- Emissão de comunicados, resoluções e pareceres, dos mais diversos tipos para Ministério da Saúde, DGS, Bastonário, outros Colégios, colegas, outras entidades, nomeadamente tribunais, como por ex: parecer sobre a colocação de médicos indiferenciados nos Centros de Saúde, consulta de enfermagem em saúde materna feita pelo enfermeiro de família, atestados para cartas de condução, atribuição de Competência em Cuidados Paliativos, consultas de Diabetes nos Cuidados de Saúde Primários, colaboração na elaboração das NOC's;
 - Realização, através de um Júri legalmente constituído, da Admissão de Colegas ao Colégio de Especialidade, ao abrigo do art.º 92 dos Estatutos da OM.
- Nesta assembleia houve ainda lugar à discussão de duas temáticas de grande relevância: De-

envolvimento Profissional Contínuo e Certificação pela Ordem dos Médicos e Formação Específica em MGF - Perfil e Idoneidade do Formador e da Unidade de Saúde.

No tema **Desenvolvimento Profissional Contínuo - Certificação pela Ordem dos Médicos**, os presentes na reunião consideraram que a certificação deve ser um processo simples e que é preciso definir de forma clara o que se vai certificar. É ainda essencial que se obedeça a 3 princípios: ser um processo transparente, robusto e justo; com auditorias inter-pares, numa perspetiva de melhoria contínua; e com métodos de avaliação validados. Foi igualmente sublinhado que a Direcção do Colégio defende que competirá à Ordem dos Médicos estar preparada para proporcionar formação a quem não atingir determinados conhecimentos e aptidões.

Já quanto à **Formação Específica em MGF - Perfil e Idoneidade do Formador e da Unidade de Saúde**, foi lembrado que os orientadores de formação devem estar todos inscritos no Colégio e que pelo menos dois terços dos médicos da Unidade de Saúde, a quem é atribuída capacidade formativa para a Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, devem estar igualmente inscritos no Colégio. Segundo foi referido, estas exigências visam salvaguardar a possibilidade (e qualidade) da formação, em casos de ausência ou indisponibilidade do Orientador. Foi sugerido que seja possível o preenchimento *online* da Matriz para a Verificação de Idoneidades e Capacidades Formativas para a Formação Específica em Medicina Geral e Familiar (ainda sem preenchimento *online*, mas já disponível no *site* da OM).

Médicos moçambicanos em greve em defesa do seu SNS

A Ordem dos Médicos de Moçambique e a outras instituições moçambicanas repudiam a detenção do Presidente da AMM (Associação Médica de Moçambique), Jorge Arroz. Os Colegas moçambicanos estão em greve há várias semanas em defesa do seu Serviço Nacional de Saúde, «conquista do povo moçambicano». Mais informação aqui:

<http://www.lusomonitor.net/?p=842>

<http://www.verdade.co.mz/saude-e-bem-estar/37515-19o-dia-da-greve-governo-tenta-fintar-os-profissionais-de-saude>

II Jornadas da USF Descobertas

Realizam-se nos dias 24 e 25 de Outubro as II Jornadas da USF Descobertas no Hotel Vila Galé Ópera em Lisboa. Serão debatidos quatro temas dominantes em comunicações orais e posters:

1. Boas Práticas em Cuidados de Saúde Primários;
2. Interfaces em Cuidados de Saúde;
3. Prevenção e Vigilância em CSP;
4. Investigação aplicada em CSP.

Estas Jornadas foram autorizadas pela Administração Regional de Saúde e contam com o patrocínio científico da Ordem dos Médicos, APMGF, USF AN SPH.

Mais informações: Secretariado Fernanda Oliveira (fo.usfdescobertas@csalcantara.min-saude.pt |

Tel: 213039090/1/2 | Fax: 213039093)



Prescrição por DCI: a grande desonestidade

Após tentativas infrutíferas de junto do Ministério da Saúde resolver as incorreções da prescrição electrónica de genéricos, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos resolveu convocar, no dia 19 de Junho, uma conferência de imprensa onde alertou os jornalistas para várias situações que demonstram que a prescrição por DCI é um processo envolvido em desonestidade e que, da forma como está feita nos programas de prescrição electrónica, não só confunde como prejudica os doentes ao induzi-los em erro quanto ao custo efectivo dos medicamentos que adquirem.

Atenta à defesa dos interesses e direitos dos doentes, a Ordem dos Médicos convocou no dia 19 de Junho uma conferência de imprensa com o intuito de «chamar a atenção para os gravíssimos problemas existentes com a prescrição por DCI e os novos modelos de receita informática, que não contribuíram para o aumento da taxa de genéricos em Portugal, aumento esse que apenas se deve ao aumento voluntário da prescrição de genéricos pelos médicos e à entrada de novas moléculas de genéricos». No comunicado, que pode ser consultado integralmente em www.ordemdosmedicos.pt, a OM faz diversas recomendações com o objectivo de promover a seriedade, clareza e transparência no que toca à prescrição de medicamentos.

«Desde sempre que a Ordem dos Médicos alertou para as falhas e desvios da prescrição por DCI, que deixam os doentes completamente desprotegidos nas farmácias, com graves riscos e prejuízos clínicos e financeiros», situação que foi comunicada oficialmente ao Ministério da Saúde, sem que houvesse resposta, e, agora, claramente demonstrada durante a conferência de imprensa com exemplos inequívocos por recurso ao receituário electrónico onde a lógica diria que devia surgir indicado o preço mais barato para informação do doente mas acontece exactamente o oposto... Recorrendo aos sistemas de prescrição electrónica mais usa-dos, José Manuel Silva, presidente do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, mostrou vá-

rias receitas impressas demonstrando erros graves como, por exemplo, o facto de na guia estar indicado o PVP máximo (preço de venda ao público máximo), sendo que esse valor nunca será pago pelos doentes nos casos de comparticipação. Ou seja, a inclusão do valor de PVP máximo tudo o que faz é induzir os doentes na falsa sensação de que nas farmácias lhes dispensam sempre medicamentos mais baratos do que os prescritos pelo médico. No comunicado da Ordem dos Médicos podia ler-se que esta «é uma forma deliberada de enganar o doente, imprimir na receita não o preço mais barato possível mas sim o preço mais caro possível! Desta forma, sem o doente se aperceber, pode ser-lhe dispensado na farmácia um

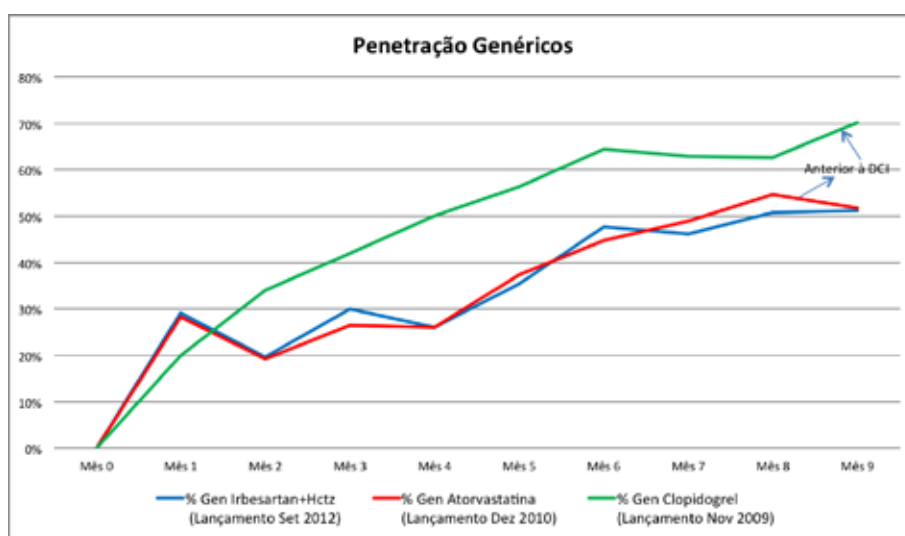


qualquer medicamento da marca mais barata à marca mais cara, incluindo a marca original!». Quando, por outro lado, o médico escolhe prescrever um dos fármacos mais baratos disponíveis, na receita não surge qualquer indicação quanto a qual será o custo para o doente, o que pode ser entendido como uma forma de permitir que o doente possa «ser enganado na farmácia facilmente, sem se perceber que lhe trocam a marca de genérico por outra marca (muito) mais cara. Assim, a farmácia não é obrigada a ter o medicamento mais barato!» Recordemos que as farmácias afirmavam querer substituir as prescrições médicas

por marcas mais baratas... A Ordem dos Médicos afirma ainda que «com a prescrição por DCI, sem marca de genérico, o preço de referência que deve aparecer na guia de tratamento deve ser o custo real para o doente se lhe for dispensada a marca mais barata e não qualquer outro. Só assim o doente saberá como optar, estando honesta e verdadeiramente informado». O comunicado analisava igualmente a evolução da taxa de genéricos no nosso país, concluindo que «a nova legislação da Prescrição por DCI, que correspondeu aos interesses comerciais da ANF, afinal não aumentou a taxa de genéricos em Portugal para além

da curva de crescimento que já vinha a verificar-se (...)». «As conclusões são muito fáceis de retirar, só a prescrição médica e a entrada de novas moléculas de genéricos permite aumentar a respectiva taxa».

Outras conclusões apresentadas por José Manuel Silva, presidente da OM, indicam que «a anarquia e enviesamento das mensagens para o doente (...) repetem-se com todos os medicamentos que têm genéricos», que «as várias opções que o doente pode ter ao balcão da farmácia para optar e assinar não são todas presentes ao doente» o que implica que a escolha que é feita não seja informada porque o doente não chega a ter conhecimento de todas as opções, o que abre caminho para que «possa ser maliciosamente enganado e financeiramente prejudicado»; Conclui ainda a Ordem dos Médicos que «para além dos doentes, as USFs e todos os médicos estão a ser prejudicados, pois é imputado à sua prescrição um custo PVP desnecessariamente elevado, pelo qual é a farmácia que é responsável, o que é de uma intolerável perversidade e compromete os objetivos impostos pelas ARSs nas suas pseudocontratualizações»; Conclui-se ainda, mediante diversos relatos que «as farmácias deixaram de ter os medicamentos mais baratos, não porque estejam esgotados, como muitas afirmam à laia de desculpa, mas porque não os querem ter disponíveis para os doentes» precisamente por serem baratos. José Manuel Silva defendeu durante a conferência de imprensa que se deviam



Fonte Irbesartan+Hctz: IMS Maio 2013 (Mês 0 = Agosto 2012)
 Fonte Clopidogrel: IMS Maio 2012 (Mês 0 = Outubro 2009)
 Fonte Atorvastatina: IMS Maio 2012 (Mês 0 = Novembro 2010)

fazer auditorias ao balcão da farmácia e lamentou que se constataste que, em Dezembro de 2012 já toda a parte informática da prescrição deveria estar plenamente funcional, tenhamos chegado a Junho de 2013 numa situação de «imensa confusão» nessa área, situação recentemente denunciada pela FNAM e que torna impossível manter a normalidade numa consulta ou sequer prescrever sem dificuldades um medicamento pois os sistemas informáticos estão constantemente a falhar. Ainda assim, o presidente da OM, explicou que a instituição é a favor da prescrição electrónica nomeadamente por permitir o combate à fraude e facilitar auditorias mas alertou que, além das falhas de sistema, a variedade excessiva de programas instalados dificulta a normalidade das comunicações. Já Fernando Gomes, presidente do Conselho Regional do Centro da OM, não hesitou em afirmar que «parece haver no meio de tudo isto um certo amorismo dos serviços do Ministério da Saúde» e exemplificou com o caso do Hospital de Santo André, em Leiria, que não possui o modelo actualizado de receita tendo que fazer uma declaração

em como enviará posteriormente à farmácia a receita normalizada. São situações de desperdício que foram evidenciadas por Fernando Gomes, nomeadamente em questões tão simples como a mudança do logotipo nas receitas que anteriormente era do Serviço Nacional de Saúde e agora passou a ser o do Governo. «Sucedem que, cada vez que muda o Governo, muda o logotipo do Governo» logo, quando houver eleições teremos que deitar fora as receitas e fazer novas com o novo logotipo...

Para evitar que os doentes continuem a ser despidoradamente prejudicados ao balcão da farmácia, a Ordem dos Médicos fez cinco recomendações que passamos a transcrever:

1) que o Governo actue para proteger os doentes e a boa medicina e reveja rapidamente a legislação da prescrição por DCI, que apenas veio introduzir graves confusões para os doentes.

2) que o Governo, por uma questão de seriedade, clareza e transparência, troque a 'assinatura do prescriptor' por 'assinatura do médico' ou 'assinatura do médico dentista'.

3) que as empresas responsáveis

corrijam os programas informáticos de prescrição e reduzam as deliberadas dificuldades informáticas colocadas aos médicos para seleccionar uma marca de genérico (ainda que seja a mais barata!) durante a prescrição.

4) que todos os médicos que prescrevam os genéricos com marca justifiquem a não substituição da marca e expliquem aos doentes que o objectivo é protegê-los das trocas comerciais ao balcão da farmácia, garantindo o tratamento mais adequado.

5) que todos os médicos, na terapêutica de curta duração, que não pode ser justificada pelos 28 dias, escrevam manualmente na guia de tratamento a marca do genérico que pretendem e expliquem ao doente que não deve permitir que a farmácia troque essa marca, para não serem prejudicados.

Esta reunião contou ainda com a participação do presidente do Conselho Regional do Sul da OM, Pereira Coelho, e do presidente do Conselho Regional do Norte, Miguel Guimarães.

Segurança dos medicamentos genéricos continua a ser posta em causa

Na sequência do artigo publicado na última edição da ROM (nº 140 de Maio de 2013) sobre a discussão em tribunal da segurança dos medicamentos genéricos, já foi tornada pública a decisão do recurso que a empresa produtora do genérico interpôs para o supremo tribunal. A decisão foi surpreendente e levanta várias questões ao deixar desprotegidos os doentes: o supremo tribunal considerou que dado que a Mutual Pharmaceutical Company apenas se tinha 'limitado' a fazer uma cópia do medicamento de marca, não era possível considerar a empresa produtora do genérico responsável pela insegurança do fármaco que comercializa. . .

Tal como relatámos na anterior edição da ROM, em 2010 um tribunal americano havia atribuído uma indemnização de 21 milhões de dólares a uma mulher que desenvolveu uma doença de pele depois de ter tomado um genérico do analgésico/anti-inflamatório sulindac. Sucede que essa decisão foi contestada pela empresa que produz e comercializa o genérico, tendo o supremo tribunal dado razão à empresa e eximindo-a de indemnizar a doente, por não ser seu o 'desenho original' do medicamento de marca.

Um dos juízes do processo reconheceu as 'terríveis ofensas à integridade física' sofridas por Karen Bartlett, que perdeu quase dois terços da pele, foi colocada num coma induzido e ficou cega na sequência da reacção ao me-

dicamento genérico que tomou, mas salientou que essa consciência não se pode sobrepor ao dever de cumprir a lei e que a lei não permite condenar a empresa que comercializou o genérico.

Esta decisão do supremo tribunal vai no mesmo sentido que uma sentença de 2011 no caso Pliva vs Mensing, que concluiu que os produtores de medicamentos genéricos não podiam ser responsabilizados por não avisar de determinados perigos de um fármaco, ou determinados efeitos potenciais, porque a empresa produtora da cópia é obrigada a usar, no 'resumo das características do medicamento', os mesmos avisos de interações medicamentosas e potenciais efeitos secundários que constam do RCM do medicamento original que foi copiado.

Dado que também não é possível processar a empresa produtora do medicamento de marca, visto que o dano foi provocado por um fármaco genérico que não é produzido por si, os doentes ficam completamente desprotegidos no caso da ocorrência de efeitos adversos graves. Está a ser equacionada a mudança da lei para permitir a responsabilização das empresas produtoras de genéricos, não apenas quanto a defeitos de fabrico mas também quanto a defeitos do medicamento de marca que é copiado. Ou seja: perante um efeito adverso provocado por um genérico em consequência das suas características originais, se fosse vendido pelo laboratório produtor do original este poderia ser processado, mas sendo um genérico, ou seja, uma cópia, vendida por outra empre-

sa, naturalmente que não se pode processar a empresa produtora do medicamento original. O que já não parece lógico, nem natural, é a desresponsabilização da empresa produtora do genérico, que, por não ser a responsável pelo desenvolvimento do fármaco original, não pode ser processada por reacções adversas que sejam imputáveis ao original copiado, porque se limitaram a vender um fármaco feito com base na fórmula criada por outro. O doente é assim colocado numa situação em que não existe ninguém que possa ser responsabilizado em caso de dano grave para a sua saúde.

Mantém-se, portanto, a apreensão quanto à segurança dos medicamentos genéricos e as formas de proteger a segurança dos doentes. Em consequência dessa situação de total desprotecção dos doentes, a FDA já admitiu que poderá vir a mudar as regras permitindo a responsabilização da empresa que produz o fármaco,

seja ou não um genérico.

Actualmente a indústria farmacêutica produtora de genéricos apenas tem que copiar os avisos de segurança do medicamento de marca e, em caso de ter conhecimento de efeitos adversos novos, comunicar à FDA. Será esta entidade quem decide se é ou não necessário alterar o respectivo RCM.

No entanto, começam a surgir muitas vozes críticas que acusam este sistema de ser demasiado lento e de não acautelar as situações em que os problemas surgem, por exemplo, depois de o produtor do medicamento original ter deixado de existir. Quem se manifesta contra esta impunidade, defende que o facto de a FDA aprovar a comercialização de um medicamento não pode eximir a empresa que o comercializa da responsabilidade de vender um fármaco seguro.

O Congresso americano e a FDA já receberam vários pedidos para que as empresas de genéricos

passem a poder alterar os RCMs sempre que tenham conhecimento de novas reacções adversas aos medicamentos que comercializam. Essa alteração à legislação já permitiria que, em caso de efeitos adversos graves, os doentes pudessem processar a empresa. Como seria expectável, os fabricantes de genéricos opõem-se a essa possibilidade, pois passariam a ser responsabilizados pelos efeitos dos fármacos que comercializam.

Fonte:

New York Times de 25 de Junho de 2013
Também disponível numa versão online em: [http://www.nytimes.com/2013/06/25/business/justices-rule-generic-makers-not-liable-for-drugs-design.html?partner=rss&emc=rss&_r=1&#h\[\]](http://www.nytimes.com/2013/06/25/business/justices-rule-generic-makers-not-liable-for-drugs-design.html?partner=rss&emc=rss&_r=1&#h[])

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos

Conferência

17 de Setembro, terça-feira, 21h

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

Sessão temática

19 de Outubro, sábado, 15h

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

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

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

Pedro Hispano Português: da eleição papal às vicissitudes da tumulação — José Paiva Boleo Tomé

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

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

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

Informações e inscrições:

D.ª Manuela Oliveira
manuela.oliveira@omcne.pt

História da
Medicina

A ROM errou

As palavras que (nunca) te direi?... Ou uma errata em narrativa.

Foi com bastante agrado que observei que na Revista da Ordem dos Médicos (nº140 de Maio de 2013) foi publicado um artigo intitulado “Em defesa da Medicina e dos Médicos”, nas páginas 24 e 25.

Com muito orgulho, fiz parte do grupo de Médicos que redigiu o manifesto, que posteriormente deu origem a uma conferência de imprensa na sede da Ordem dos Médicos em Lisboa, na qual se baseou este artigo.

Tal não é o meu espanto ao aperceber-me que, tal como uma “entidade divina”, tornei-me omnipresente!

Passo a explicar, **no dia em questão não tive a possibilidade de estar na conferência de imprensa** (por mais que o desejasse). Mas aparentemente estive, pois na linha 19 do referido artigo é dito que até “conduzi a conferência de imprensa”.

Após contacto com a direcção executiva da revista percebi que se tratou de um erro dos organizadores da mesa, que não explicaram aos presentes na conferência que tinham sido feitas alterações de última

hora à constituição da mesa (o que é lamentável). Mais, a direcção executiva prontamente e de forma muito gentil disponibilizou-se a “realizar uma errata ao artigo, corrigindo os nomes e com um pedido de desculpas a ambos”. Mesmo assim sinto que este assunto (e a utilização do meu nome) merece algo mais, razão pela qual decidi redigir este texto.

Desde já agradeço ao Dr. Nuno Fradinho, que foi quem realmente esteve na mesa e que foi erroneamente trocado pela minha pessoa, o facto de tão brilhantemente expor assuntos tão importantes para os Médicos nos dias de hoje.

O texto apresenta bastantes citações atribuídas ao Dr. Diogo Frasquilho Guerreiro (eu próprio), algo que acabei por achar interessante e por isso surgiu a ideia deste texto, com este título, para que a cada frase em que sou citado (erroneamente) possa dizer quais as “palavras que diria ou nunca diria”. Vamos a isso:

1) **“a responsabilidade de lutar para que o SNS não perca quali-**

dade, não numa visão redutora a curto prazo (...), para isso precisamos quer dos que têm mais experiência quer dos Médicos mais jovens” – poderia eventualmente ter dito isto, mas diria certamente que o SNS já perdeu qualidade, fruto da nossa inépcia e incapacidade de nos unirmos (Médicos de todas as gerações, de todos os géneros, de todos os ramos da Medicina – inclusive Medicina Privada, Investigação, Carreira Académica, etc.). Em segundo lugar, não acredito na dicotomia Médico jovem/ Médico velho, pelo que nunca falaria de “Médicos jovens” (só se fosse em espírito e em inovação).

2) **“a propósito da emigração médica (...) questionou se o Portugal que vamos escolher é o país com más condições e maus ordenados, pois com o mercado único quanto melhores forem os profissionais mais facilmente serão aliciados para sair do país”** – confesso que penso nisto frequentemente, razão pela qual poderia dizer estas palavras, mas nunca diria “aliciados”. Os colegas que conheço que emigraram (e já são alguns) demoraram

Diogo Frasquilho Guerreiro



Nota da redacção: Pedimos desculpa aos Doutores Nuno Fradinho e Diogo Frasquilho Guerreiro pela troca de identidade na reportagem «Em defesa da Medicina e dos Médicos». O erro nasceu do facto de o nome do Dr. Diogo Guerreiro constar da convocatória para a conferência. Todas as citações que lhe foram atribuídas na reportagem das páginas 24 e 25 da ROM de Maio são, na verdade, resumos da intervenção do Dr. Nuno Fradinho. Aos dois visados, apresentamos mais uma vez as nossas desculpas.



Na conferência:
Clara Azevedo, Nuno Fradinho, Manuel Brito, Jaime Mendes e Paulo Sintra

muito tempo a decidir, pensaram muito racionalmente nos prós e nos contras, foram visitar os sítios, falaram com colegas, etc. Não foram “aliciados”, simplesmente escolheram por várias razões (entre as quais uma muito apontada é “a frustração com não conseguirem maximizar o seu potencial nos serviços em que estão do SNS”).

3) “**não queremos que a profissão fique a soldo do valor mais baixo**” – esta nunca diria. A palavra soldo faz-me lembrar uma novela medieval e neste caso surge a associação entre os grandes senhores feudais e os pobres camponeses. Infelizmente acho que cada vez mais estamos “camponeses”, não nos valorizamos como profissionais altamente

te diferenciados e de importância primordial para a sociedade. Espero que um dia esta visão do “ser Médico é uma profissão como outra qualquer” mude.

Felizmente não tenho mais citações, pelo que posso dar término a esta “errata”, mas antes disso quero afirmar o meu total e incondicional apoio relativo aos pontos do manifesto em questão. Agradeço também ao Dr. Nuno Fradinho a sua presença e espero que este não leve a mal esta minha “errata em narrativa”. Muito obrigado.

Lisboa, 2 de Julho de 2013

Diogo Frasquilho Guerreiro
Médico Psiquiatra
Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa



Em defesa da Medicina e dos Médicos

Uma das principais razões para a saída de muitos médicos do SNS é a falta de valorização da profissão. Este documento defende a importância da Medicina e dos Médicos para a sociedade e o SNS.

O trabalho médico é uma das atividades mais importantes da sociedade. Os médicos são responsáveis pela saúde e bem-estar da população. No entanto, a profissão médica enfrenta muitos desafios, incluindo a falta de valorização social e económica. Este documento defende a importância da Medicina e dos Médicos para a sociedade e o SNS.

...o conflito de gerações foi agudizado pelo facto de serem os jovens a assumir a responsabilidade de manter o SNS a funcionar, enquanto os antigos médicos se retiram para a vida privada. Este documento defende a importância da Medicina e dos Médicos para a sociedade e o SNS.

Francisco Ferreira da Silva

Especialista em Medicina Interna



O prejudicado é sempre o doente

Quer seja pelos riscos para a sua saúde quer pelas deslocações desnecessárias, o prejudicado é sempre o doente: trocas de medicamentos em doentes crónicos, troca de moléculas ou de dosagens no momento da dispensa, doentes que regressam à consulta pedindo novas receitas para o medicamento que efectivamente foi vendido, quando tinham obviamente a receita para aquele que foi prescrito, receitas que não estão válidas porque não cumprem «algumas das inúmeras regras que tornaram o acto da prescrição mais complicado que o preenchimento da declaração de IRS», estas são apenas algumas das situações relatadas pelo médico Francisco Ferreira da Silva, em entrevista à ROM, ao descrever o dia-a-dia da prescrição médica no percurso labiríntico criado pela tutela. Preocupado com a segurança dos seus doentes, o especialista em Medicina Interna tenta educá-los a exigir os seus direitos, nomeadamente, o direito a adquirir o medicamento que lhes é prescrito pelo seu médico assistente. De qualquer das formas, consciente de que isso pode não chegar, nomeadamente quando a desculpa mais comum que é dada aos doentes, ao balcão das farmácias, é que o fármaco prescrito está esgotado, o especialista afirma peremptoriamente que há outras maneiras de garantir a segurança dos doentes, sendo uma delas, além de todo o controlo a que se assiste no acto de prescrição, desenvolver controlo idêntico no acto de dispensa na farmácia. . .

Revista da Ordem dos Médicos
- **Que constrangimentos sente desde que foi implementada a prescrição electrónica?**

Francisco Ferreira da Silva - Os constrangimentos não estão apenas ao nível da prescrição

electrónica mas em torno de todo o acto de prescrição. O conjunto de normas, directivas, regras, obrigаторiedades e imposições legais tornaram o acto médico da prescrição num verdadeiro acto burocrático. Este deixou de ter

como finalidade principal o garantir da passagem de informação para que o farmacêutico possa dispensar o medicamento necessário ao tratamento e o doente saber como o tomar para passar a ser um papel, cheio de códigos

de barras, números que ninguém entende, excepções, artigos e portarias que visa garantir ao estado o menor gasto possível com medicamentos, ao farmacêutico a liberdade quase total de venda pelo preço que mais lhe convier e ao doente uma comparticipação estatal para o seu tratamento.

A prescrição electrónica para além das dificuldades técnicas inerentes, para além das sucessivas instabilidades a nível da SPMS que têm impedido o correcto funcionamento dos programas de prescrição, tornou-se ao mesmo tempo um processo oneroso em tempo e em dinheiro e que nada veio facilitar o processo de prescrição, parecendo servir essencialmente como base de dados para que os médicos possam ser mais controlados na sua actividade. Até dão origem a relatórios trimestrais onde somos comparados com a média nacional!!

ROM - Mas referiu que o problema não está apenas na prescrição electrónica...

FFS - Sim, não é apenas a prescrição electrónica, mas sim todo o acto de prescrição. No século passado ainda existiam os chamados "recados à botica", papelinhos onde se escreviam coisas como "15 centigramas de sulfato de quinino numa hóstia nº3" ou "2 ampolas Synergistin" ou até "Sr José, avie por favor 3 comprimidos de 2\$50. Já deve saber para quê" (neste caso eram para vir a menstruação) e competia depois ao farmacêutico dispensá-los com um rigor milimétrico. Agora escrevemos coisas como duloxetine, cymbalta, 60mg, cápsulas - 1 caixa de 28 unidades, 1 comprimido de por dia ao pequeno almoço, Excepção c) do nº3 do art.6º - continuidade de tratamento superior a 28 dias - Desp.

11387-A/2003, de 23/5 - Excepção - Portaria nº 137-A/2012 de 11 de maio alínea a) do artigo 8º. E quanta desta informação foi realmente o acto médico? E se não houver duloxetine na farmácia?

ROM - Quais as situações mais comuns, no que se refere a problemas na dispensa dos medicamentos que prescreve?

FFS - Há os problemas inerentes ao próprio acto de prescrição e os relatados pelos doentes em relação ao acto de dispensa. Não raramente tenho doentes

da declaração de IRS, principalmente quando são manuais.

Por outro lado, já fora do nosso controlo, os problemas a nível das farmácias em relação a informações enganosas sobre a inexistência de medicamentos, por exemplo os de dosagens mais baixas ou embalagens mais pequenas, muitas vezes utilizados por nós em início de tratamento para ensaiar a tolerabilidade do fármaco. Ou então, informações também ilegítimas sobre determinado medicamento estar esgotado e demorar muito tempo a encomendá-lo. Em casos mais



que referem que a receita não foi considerada válida. Não me admira, com tantas alterações e tantas regras impostas nestes últimos meses, é natural que haja uma ou outra receita que não cumpra algumas das inúmeras regras que tornaram o acto da prescrição mais complicado que o preenchimento

gravosos relatos de proposta de troca de medicamento, entenda-se molécula e, nalguns casos, a realização da mesma.

ROM - Tem tido relato de situações de troca de medicamentos mesmo nos casos de doentes crónicos?

FFS - Sim.



ROM - Tem casos de troca por fármacos mais dispendiosos?

FFS - Por medicamentos mais dispendiosos desconheço, mas é impossível sabê-lo, com tantos genéricos actualmente existentes, não temos como memorizar o preço de todos. Até porque a informação para o doente sobre o custo possível para a prescrição me parece enganosa.

ROM - E por moléculas diferentes? Que justificação foi dada ao doente, nos casos de troca?

FFS - Trocas por moléculas diferentes infelizmente tenho. A justificação geralmente é a de inexistência ou encontrar-se esgotado o medicamento prescrito e a solução é a de que a opção alternativa apresentada pela farmácia é semelhante ao outro e trata a mesma coisa. Com a agravante de que é, muitas vezes, dito ao doente para voltar ao médico para pedir a receita, da alternativa medicamentosa vendida, para que aquele possa ter direito à comparticipação. A isto ficaram reduzidas as receitas médicas!

ROM - E quando o doente remarca consulta para pedir a dita

“nova” receita o que faz?

FFS - Quando isso acontece, que atitude podemos tomar? A punitiva? Negando a receita ao doente, acusando-o a ele e à farmácia de não cumprirem com o que foi prescrito e prejudicando, provavelmente, a relação médico-doente?

A complacente? Passando a receita, cientes de que não está correcto mas que o doente precisa de reaver o dinheiro mal gasto, compactuando, mesmo que contrariados, com o mau desempenho do farmacêutico, servindo assim os seus interesses económicos?

Provavelmente nem uma nem outra atitude serão as correctas. Provavelmente a postura educativa será a mais correcta, com bom esclarecimento do doente face aos seus direitos no que concerne à dispensa de medicamentos e o reportar da situação às instâncias competentes.

ROM - Já teve situações de reacções adversas?

FFS - Tive um caso preocupante de troca de um antidiabético oral, de marca, do qual o doente tomava 2 comprimidos de determina-

da dosagem. Quando foi aviar nova receita do mesmo medicamento foi-lhe vendido realmente o medicamento da mesma marca, mas com o dobro da dosagem, introduzido na altura há pouco tempo no mercado. O doente foi mal informado pelo farmacêutico, as caixas são semelhantes, diferindo em pouco mais do que a dosagem, e o doente passou a tomar 2 comprimidos do novo comprimido o que correspondeu ao dobro da dose prescrita. Resultado... hipoglicemia.

ROM - Tem relatos idênticos de colegas?

FFS - Tenho. Alguns exemplos recentes. Uma farmácia que informou um doente que determinado anticoagulante prescrito estava esgotado, o que, a ser verdade, seria estar esgotado na farmácia em causa, embora me pareça que atitude seria de efectuar todas as diligências para o encomendar e entregar ao doente no período de 12h que é o considerado aceitável principalmente em terapêuticas como a apresentada, das quais pode depender a vida do doente. Outro caso uma troca de um

broncodilatador de acção prolongada budesonido/formoterol por um de fluticasona/formoterol, tendo sido alegado pelo técnico ou farmacêutico que ambos serviam o mesmo efeito. Tal afirmação até poderá ter fundamento nalguns casos mas não cumpre ao profissional que trabalha no local de dispensa decidi-lo e confundir mais o doente que muitas vezes acaba por acatar a troca. Ora isto não é informação médica por parte do farmacêutico, é sim, a meu ver, uma gestão de “stocks” fundamentada na ignorância científica.

Um último caso, prescrição de um antibiótico e um broncodilatador, nesse caso beclometasona. Na consulta seguinte o doente informa que na farmácia só lhe venderam os comprimidos (antibiótico) alegando que o outro medicamento (beclometasona) era a mesma coisa. Penso que pouco há a comentar neste caso, talvez apenas reflectirmos sobre o facto do médico ter efectuado a prescrição por DCI, como mandam as regras, mas que provavelmente o farmacêutico ainda não aprendeu a dispensar por DCI.

ROM - Receia pela segurança dos seus doentes?

FFS - Enquanto médicos, e quando verdadeiramente conscientes pelo que os nossos actos podem trazer de proveitoso para a saúde dos doentes sabemos também que os mesmos actos acarretam riscos, e no caso da farmacoterapia, efeitos secundários. Assim, o recear pela segurança dos doentes começa no nosso próprio acto de prescrição. Se perco o controlo do que se passa a nível da dispensa do medicamento mais motivos tenho para temer pela segurança dos meus doentes.

ROM - Que tipo de educação para a saúde tenta fazer com os doentes da sua lista para evitar que a venda abusiva com troca de medicamentos possa originar problemas na continuidade da terapêutica?

FFS - Cada vez mais me sinto impotente a esse nível. Informo sempre o doente, quando me é relatada alguma dificuldade de dispensa de medicamento, que é um direito seu que lhe sejam fornecidos os medicamentos prescritos.

Reforço que as farmácias devem ter em *stock* os medicamentos actualmente comercializados e publicados pelo INFARMED e que quando se esgotam têm uma obrigação legal e considero que também moral de fazer tudo o que estiver ao seu alcance para os obter.

ROM - Concorda que a substituição de medicamentos pelo farmacêutico é uma questão comercial e de *stock* mais do que um efectivo interesse pelo doente e a sua saúde?

FFS - Naturalmente. Como pode um farmacêutico avaliar se o que eu prescrevi após uma observação clínica ou guiado por resultados de exames complementares é mais ou menos indicado para a saúde do doente? Até há bem pouco tempo era a troca pelo genérico que economicamente se tornava mais vantajosa para o farmacêutico, agora é já a troca de molécula para gestão de *stock* e escoamento de medicamentos ou o evitar novas encomendas. Assim mais vale voltarmos a ter os “recadinhos à botica”. Pouparamos na tinta das impressoras e no tamanho do papel. O prejudicado é sempre o doente!



ROM - Parece que o único caminho para defender a segurança dos doentes é reactivar a relação de confiança efectiva médico/doente. Concorda?

FFS - Penso que a confiança não está de todo perdida. A verdade é que muitos doentes ainda se aconselham com o seu médico assistente antes de iniciar um novo tratamento, ou quando lhe é recomendada uma alteração terapêutica, mesmo em caso de fármacos com indicações terapêuticas semelhantes.

Contudo considero que a confiança médico/doente é sim essencial, tanto na garantia da segurança, como na prevenção ou identificação precoce de efeitos secundários, monitorização de resposta terapêutica e aumento da adesão. É também essencial para o sucesso no resultado.

Mas há outras maneiras de garantir segurança e uma, que não me parecia descabida de todo, já que há tanto controlo no acto de prescrição deveria haver tanto ou maior controlo no acto de dispensa, e o médico prescritor deveria ter acesso a uma base de dados onde pudesse confirmar, para

cada prescrição que efectuou, o que é que foi realmente dispensado na farmácia. Não temos função de polícias, mas já que somos sujeitos a tantas regras e verificações também deveríamos ter o direito a saber como, onde e por que é que foi alterada determinada receita, resultado último de uma consulta/observação médica e acto médico por excelência, que trará o impacto sobre o problema que levou o doente à sua consulta.

ROM - Como é que se pode recuperar esse equilíbrio?

FFS - Em primeiro lugar os médicos devem munir-se da informação necessária, nomeadamente da através da legislação, sobre a dispensa de medicamentos e posteriormente transmitir esta informação aos seus doentes. E se necessário, entregá-la para que os doentes saibam que a lei os protege quando se dirigem a uma farmácia para adquirir um tratamento médico. Nestes casos a **DELIBERAÇÃO N.º 021/CD/2011** e as **Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde**. Associações de doentes, ordens profissionais,

associações de farmácias e até o governo deveriam preocupar-se na divulgação destas normas, visando uma maior protecção dos utentes, cada vez mais confundidos e mais desprotegidos. Por outro lado não devemos deixar que estas falhas graves na dispensa de medicamentos minem a relação de confiança entre médico/doente. Reagir impulsivamente ou repulsivamente deixará o doente apenas numa situação de maior fragilidade e desconfiança. Se o doente nos relatar uma situação de troca de medicamento devemos reportá-la pelas vias próprias, inclusive no portal da Ordem dos Médicos e tentar mitigar os efeitos da alteração realizada contra a nossa prescrição.

Por fim, o médico deve manter-se fiel aos seus princípios e à luz do conhecimento actual e prescrever o medicamento, genérico ou de marca, barato ou caro, mas o medicamento que mais servirá os interesses do doente face à patologia que apresenta.

Denúncia de substituição indevida de medicamentos

Na sequência de várias situações relatadas ao Infarmed relativas a potenciais trocas e dispensas irregulares de medicamentos em algumas farmácias, nas quais são realizadas substituições por medicamentos, por exemplo, com diferentes substâncias activas, e perante a interpelação da Ordem dos Médicos, o Infarmed disponibiliza, desde o dia 27 de Junho de 2013, um email específico e direccionado (dispensairregular@infarmed.pt) para que sejam relatadas estas situações com informação concreta. Segundo a informação prestada pelo presidente do Conselho Directivo do Infarmed, Eurico Castro Alves, em comunicação à OM, «as situações remetidas para o email acima identificado serão analisadas em conformidade e despoletarão as respectivas acções de inspecção».

A Ordem dos Médicos reforça que é fundamental que os médicos registem objectivamente e com cópias, todas as situações de incumprimento por parte das farmácias, para que elas sejam objecto do competente processo judicial.

Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Uma análise ao sector da Saúde

Em entrevista ao 'Qualidade&Inovação', Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos respondeu a várias perguntas sobre o sector da Saúde em Portugal em temas que merecem maior atenção por parte da tutela. Com a devida autorização divulgamos em seguida o conteúdo integral dessa entrevista.

«Sendo a última profissão romântica, a Medicina será sempre de melhor qualidade quando praticada por homens de cultura». A afirmação é da autoria de João Cid dos Santos, médico, cirurgião e professor português e transmite o pensamento de uma classe que pugna pelo exercício de uma Medicina humanizada, que respeite o direito à saúde de todos os cidadãos. Em entrevista ao 'Qualidade&Inovação', Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM), reflete sobre alguns temas atuais na área da saúde que afetam a nossa sociedade.

Um dos temas diz respeito à avaliação de desempenho dos profissionais, que será colocada em prática este ano, mediante a ponderação de indicadores como a eficácia, eficiência e qualidade dos atos médicos praticados. O sistema de avaliação, que aguardava regulamentação desde 2011, determina que a classificação destes profissionais seja esca-

lonada de acordo com a atividade assistencial, produtividade e atitude profissional. No entanto, apesar destes critérios já terem sido anunciados publicamente pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), “até ao momento, não chegou à Ordem dos Médicos nenhuma proposta de avaliação de desempenho dos médicos”, afirma Miguel Guimarães. “Na minha opinião a Ordem tem que ser ouvida nesta matéria. A avaliação de desempenho deve também refletir a qualidade e complexidade da atividade médica. E isto só é possível através da colaboração dos Colégios de Especialidade na definição da complexidade relativa dos atos médicos e de indicadores de qualidade validados que possam ser aplicados às diferentes unidades de saúde e respetivos serviços. Claro que, na avaliação de desempenho, o grau de satisfação dos doentes, o envolvimento na formação e atualização e o número de atos médicos acordados e praticados, terá seguramente um

papel relevante”, esclarece o presidente do CRNOM.

Miguel Guimarães considera, ainda, que “Este processo tem de ser definido, gerido e aplicado com profunda cautela, para evitar situações em que o tratamento correto da saúde dos doentes possa ser ultrapassado por critérios administrativos de eficiência e em nome da avaliação do desempenho. A avaliação do desempenho tem que refletir aquilo que é a atividade médica e fomentar uma relação muito estreita com a qualidade daquilo que é desenvolvido”.

Recentemente, a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte recomendou aos médicos que não prescrevessem mais do que cinco medicamentos a doentes com mais de 75 anos. Por intermédio do seu Conselho Diretivo, a ARS Norte apresentou a medida como um indicador de saúde validado cientificamente, e cuja aplicação seria facultativa. Esta medida causou um impacto negativo na opinião pública e

teve uma resposta rápida e contundente da Ordem dos Médicos e, em especial, do Conselho Regional a que preside. O que pensa exatamente sobre esta matéria?

“Ainda bem que me faz essa pergunta” retorquiu Miguel Guimarães, “O que a ARS Norte propõe nesta recomendação não é um indicador de saúde mas sim um indicador meramente economicista, que reduz a evidência científica a um número máximo abstrato de cinco medicamentos por doente, sem avaliar as especificidades de cada caso e o impacto que a ausência de medicação poderia ter num doente com patologia crónica. De resto, não existem estudos científicos que comparem doentes poli-medicados para doenças crónicas com o não tratamento puro e simples das mesmas doenças crónicas”. E acrescenta “Entendemos que esta recomendação constitui uma nova tentativa de racionar em Saúde e é contrária à evolução da própria Medicina e à investigação e inovação terapêutica, que tem progredido no sentido de tornar as patologias crónicas mais debilitantes em patologias controladas, com impacto evidente na qualidade de vida dos doentes. Para além disso, algumas doenças tradicionalmente tratadas cirurgicamente são hoje controladas com o recurso a medicamentos. Um bom exemplo na minha área de especialidade é o caso dos sintomas provocados por hiperplasia benigna da próstata”. Mas, pensa que medidas como esta podem limitar o acesso dos doentes à medicação prescrita pelo seu médico? “O objetivo parece ser esse mesmo” refere o presidente do CRNOM, “e significa ainda uma inaceitável intromissão na ativi-

dade dos médicos, colocando em causa a sua autonomia no tratamento dos seus doentes ao impor uma pressão absolutamente lamentável sugerindo que a não aplicação da recomendação terá efeitos diretos na avaliação de desempenho dos médicos. E acrescenta “A real avaliação dos riscos da poli-medicação só poderá ser feita por quem conhece a história clínica dos doentes. O médico de família é quem tem as qualificações necessárias para gerir, em colaboração com os médicos de outras especialidades, as várias prescrições dos doentes e atenuar as morbilidades resultantes das interações medicamentosas. De resto, a Ordem dos Médicos, aquando da discussão da legislação da ‘prescrição por DCI’, alertou para as consequências negativas subjacentes à troca indiscriminada nas farmácias de medicamentos genéricos por outros genéricos com a consequente dificuldade na sua correta identificação pelos doentes”. E remata “Por tudo o que lhe acabei de transmitir o CRNOM não só repudiou a intenção subjacente a esta recomendação da ARS Norte como exigiu publicamente a sua imediata suspensão”. E para finalizar este tema, o que recomenda o presidente do CRNOM aos médicos? “A minha recomendação e conselho é que os médicos continuem a cumprir o seu Código Deontológico atuando de acordo com a melhor evidência científica que dispõem, assegurando desta forma o melhor tratamento possível aos seus doentes”, conclui Miguel Guimarães.

O Ministério da Saúde emitiu um despacho em que obriga os médicos a declarar todos os apoios recebidos pela indústria farma-

cêutica. Parece-lhe uma medida razoável? A relação entre a classe médica e a indústria não estava já devidamente regulamentada? “Em primeiro lugar a relação entre a classe médica e a indústria farmacêutica já estava devidamente regulamentada. Em segundo lugar, os médicos não têm nada a esconder relativamente ao apoio fornecido pela indústria à sua formação médica. Em terceiro lugar, os médicos já há muito tempo declaram nas unidades de saúde pública onde trabalham os apoios recebidos pela indústria farmacêutica. Em quarto lugar, os médicos como todos os cidadãos portugueses têm direito à proteção dos seus dados pessoais tal como decorre da Constituição Portuguesa. A exposição pública dos apoios recebidos no site do Infarmed viola, na minha opinião, as regras definidas pela Comissão Nacional de Proteção de Dados, e por isso deve ser suspensa de imediato. Em quinto lugar, os médicos que trabalham no sector público deveriam ter exatamente os mesmos direitos e deveres dos outros funcionários públicos. Por isso, todas as declarações de conflitos de interesses e todos os apoios recebidos, a serem públicos, têm que ser aplicáveis a todos os funcionários públicos, a começar por quem governa o nosso País. É uma questão de justiça social, e os médicos já estão ‘cansados’ de serem sistematicamente perseguidos” responde Miguel Guimarães.

Avaliar os médicos (os profissionais que mais vezes prestam provas públicas), obrigar a declarar apoios, colocar barreiras à prescrição, assumir posições públicas contra a sua alegada falta de produtividade. São várias as notícias que colocam em causa

a idoneidade dos profissionais. Acredita que há uma tentativa de questionar a seriedade da classe médica? “Tudo parece indicar que sim. A tentativa de desqualificação pública dos médicos não é uma boa notícia para os portugueses nem serve os interesses dos doentes nem do País. Introduzir uma ideia negativa dos médicos para, de seguida, procurar implementar medidas altamente penalizadoras para o SNS e para os doentes, é uma estratégia que não podemos aceitar. Os médicos, em geral, têm sido os primeiros e principais defensores dos direitos dos doentes, da qualidade da Medicina e dos cuidados de saúde. Por isso, para continuar a implementação de políticas que conduzem ao

desmantelamento do património do SNS, têm sido levado a cabo várias tentativas para enfraquecer os primeiros defensores da Saúde dos portugueses, os médicos. Sem qualquer respeito pela verdade e pela dignidade daqueles que, diariamente, dão o seu melhor contributo em prol da saúde dos doentes. De resto, se existem médicos que transgridem, devem ser julgados e condenados, se for caso disso”. No ano passado, a aplicação prática das carreiras médicas e a polémica decorrente da contratação de profissionais a baixo custo para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) desencadearam a convocação de uma greve nacional da classe médica. A paralisação precipitou um acordo entre o Mi-

nistério da Saúde e as estruturas sindicais, em que ficou definida a abertura de duas mil vagas nas unidades de saúde do SNS até ao final de 2013 e a respetiva integração dos profissionais na carreira médica.

Todavia, segundo Miguel Guimarães, “o Ministro da Saúde não está a cumprir o acordo que assinou com os Sindicatos Médicos, desde logo porque não está a aplicar na prática o diploma das carreiras”. “Comprometeu-se a abrir cerca de duas mil vagas até ao final de 2013, no entanto, essas vagas são, em muitos casos, fechadas pelos hospitais, argumentando que não precisam de contratar novos profissionais. Além disso, é feito um concurso restritivo, pelo que apenas alguns mé-

Em entrevista ao “Qualidade&Inovação”, Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos responde às nossas perguntas sobre o setor da Saúde em Portugal em temas que merecem maior atenção por parte do leitor.

Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, analisa o setor da Saúde em Portugal

Quando a última profissão romântica, a Medicina será sempre de melhor qualidade quando praticada por homens de cultura. A afirmação é da autoria de João Cid dos Santos, médico, cirurgião e professor português e transmite o pensamento de uma classe que pugna pelo exercício de uma Medicina humanizada, que respeite o direito à saúde de todos os cidadãos. Em entrevista ao “Qualidade&Inovação”, Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM), reflete sobre alguns temas atuais na área da saúde que afetam a nossa sociedade.

Um dos temas diz respeito à avaliação de desempenho dos profissionais, que será colocada em prática este ano, mediante a ponderação de indicadores como a eficácia, eficiência e qualidade dos atos médicos praticados. O sistema de avaliação, que aguardava regulamentação desde 2011, determina que a classificação destes profissionais seja escalonada de acordo com a atividade assistencial, produtividade e atitude profissional. No entanto, apesar destes critérios já terem sido anunciados publicamente pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), “até ao momento, não chegou a Ordem dos Médicos nenhuma proposta de avaliação de desempenho dos médicos”, afirma Miguel Guimarães. “Na minha opinião a Ordem tem que ser ouvida nesta matéria. A avaliação de desempenho deve também refletir a qualidade e complexidade da atividade médica. E isto só é possível através da colaboração dos Colégios de Especialidade na definição da complexidade relativa dos atos médicos e de indicadores de qualidade válidos que possam ser aplicados às diferentes unidades de saúde e respetivos serviços. Claro que, na avaliação de desempenho, o grau de satisfação dos doentes, o envolvimento na formação e atualização e o número de atos médicos acordados e praticados, terá seguramente um papel relevante”, esclarece o presidente do CRNOM.

Miguel Guimarães considera, ainda, que “este processo tem de ser definido, gerido e aplicado com profunda cautela, para evitar situações

“A minha recomendação e conselho é que os médicos continuem a cumprir o seu Código Deontológico atuando de acordo com a melhor evidência científica que dispõem, assegurando desta forma o melhor tratamento possível aos seus doentes”

Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

em que o tratamento correto da saúde dos doentes possa ser ultrapassado por critérios meramente económicos e em nome da avaliação do desempenho. A avaliação do desempenho tem que refletir aquilo que é a atividade médica e fomentar uma relação muito estreita com a qualidade daquilo que é desenvolvido”.

Recentemente, a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte recomendou aos médicos que não prescrevessem mais do que cinco medicamentos a doentes com mais de 75 anos. Por intermédio do seu Conselho Diretivo, a ARS Norte apresentou a medida como um indicador de saúde validado cientificamente, e cuja aplicação seria facultativa. Esta medida causou um impacto negativo na opinião pública e teve uma resposta rápida e contundente da Ordem dos Médicos e, em especial, do Conselho Regional a que preside.

O que pensa exatamente sobre esta matéria?

“Ainda bem que me faz esta pergunta” retorquiu Miguel Guimarães, “O que a ARS

Norte propõe nesta recomendação não é um indicador de saúde mas sim um indicador meramente económico, que reduz a evidência científica a um número máximo abstrato de cinco medicamentos por doente, sem avaliar as especificidades de cada caso e o impacto que a ausência de medicação poderia ter num doente com patologia crónica. De resto, não existem estudos científicos que comparem doentes poli-medicados para doenças crónicas com o não tratamento puro e simples das mesmas doenças crónicas”. E acrescenta: “Entendemos que esta recomendação constitui uma nova tentativa de raciocinar em Saúde e é contrária à evolução da própria Medicina e à investigação e inovação terapêutica, que tem progredido no sentido de tornar as patologias crónicas mais debilitantes em patologias controladas, com impacto evidente na qualidade de vida dos doentes. Para além disso, algumas doenças tradicionalmente tratadas cirurgicamente são hoje controladas com o recurso a medicamentos. Um bom exemplo na minha área de especialidade [Urologia] é o caso dos sintomas

provocados por hiperplasia benigna da próstata”.

Mas, pensa que medidas como esta podem limitar o acesso dos doentes à medicação prescrita pelo seu médico?

“O objetivo parece ser esse mesmo” refere o presidente do CRNOM, “e significa ainda uma inaceitável intromissão na atividade dos médicos, colocando em causa a sua autonomia no tratamento dos seus doentes ao impor uma pressão absolutamente lamentável sugerindo que a não aplicação da recomendação terá efeitos diretos na avaliação de desempenho dos médicos. A real a avaliação dos físicos da poli-medicação só poderá ser feita por quem conhece a história clínica dos doentes. O médico de família é quem tem as qualificações necessárias para gerir, em colaboração com os médicos de outras especialidades, as várias prescrições dos doentes e atenuar as mobilidades resultantes das interações medicamentosas. De resto, a Ordem dos Médicos, aquando da discussão da legislação da “prescrição por DCI”, alertou para as consequências

39 **qualidade**
Maio de 2013

na seriedade da classe médica? “Tudo parece indicar que sim. A tentativa de desqualificação pública dos médicos não é uma boa notícia para os portugueses nem serve os interesses dos doentes nem do País. Introduzir uma ideia negativa dos médicos para, de seguida, procurar implementar medidas altamente penalizadoras para o SNS e para os doentes, é uma estratégia que não podemos aceitar. Os médicos, em geral, têm sido os primeiros e principais defensores dos direitos dos doentes, da qualidade da Medicina e dos cuidados de saúde. Por isso, para continuar a implementação de políticas que conduzem ao desmantelamento do património do SNS, têm sido levado a cabo várias tentativas para enfraquecer os primeiros defensores da Saúde dos portugueses, os médicos. Sem qualquer respeito pela verdade e pela dignidade daqueles que, diariamente, dão o seu melhor contributo em prol da saúde dos doentes. De resto, se existem médicos que transgridem, devem ser julgados e condenados, se for caso disso”.

CRNOM. Na ótica da Ordem dos Médicos, os concursos que deveriam ser abertos e não fechados, têm limitado a integração de alguns profissionais. “Não é aceitável que os concursos se dirijam apenas para grupos restritos de médicos mais novos e que fiquem sem poder concorrer alguns especialistas. Os concursos têm que ser abertos e dirigidos para todos os potenciais concorrentes. Além disso, e na base do acordo celebrado, não faz qualquer sentido que os hospitais continuem a contratar diretamente médicos sem abertura de qualquer concurso”, defende Miguel Guimarães em prol da igualdade no acesso à carreira.

Estando o país sob intervenção externa, Portugal vê-se mergulhado num clima de recessão, com indicadores preocupantes para o progresso na carreira. Este cenário tem motivado inúmeros diplomados a abandonar o país. Algo que Miguel Guimarães diz já estar a acontecer na classe médica, sobretudo nos profissionais mais jovens: “Vamos assistir, cada vez mais, à saída de médicos do país por falta de colocação. Para um jovem médico, as oportunidades de emprego e evolução na carreira são cada vez mais escassas e as condições de trabalho, ao nível da carga horária e da remuneração, estão a deteriorar-se de forma alarmante, sobretudo quando comparadas com os restantes países europeus”.

Com o intuito de contrariar esta realidade, o Conselho Regional Norte da Ordem dos Médicos tem pagado para que as capacidades formativas das escolas médicas sejam respeitadas. Esta é “uma medida premente que deve ser implementada já este ano porque as Faculdades estão sobrelotadas, ultrapassando largamente o seu limite. A Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, por exemplo, tem pagado para que cerca de 190 alunos por ano e, neste momento, está a ser obrigada a aceitar cerca de 300. Tem de existir uma equivalência entre as capacidades formativas das Faculdades de Medicina e as capacidades para formar especialistas nas diversas unidades de saúde, sob pena de haver médicos que não consigam completar a sua formação específica e obterem a qualificação de especialistas. É a formação específica e um fator imperativo, essencial no panorama atual da Medicina. Caso contrário, a qualidade do exercício da Medicina pode ficar seriamente comprometida, com consequência negativa na qualidade dos cuidados de saúde. Para além disso, os 15% de vagas exclusivas para Medicina deveriam ser imediatamente suspensas. Não é razoável que um país continue a promover e a oferecer a possibilidade de duas licenciaturas a alguns cidadãos”, conclui Miguel Guimarães.

dicos podem concorrer”, revela o presidente da CRNOM. Na ótica da Ordem dos Médicos, os concursos que deveriam ser abertos e não fechados, têm limitado a integração de alguns profissionais. “Não é aceitável que os concursos se dirijam apenas para grupos restritos de médicos mais novos e que fiquem sem poder concorrer alguns especialistas. Os concursos têm que ser abertos e dirigidos para todos os potenciais concorrentes. Além disso, e na base do acordo celebrado, não faz qualquer sentido que os hospitais continuem a contratar diretamente médicos sem abertura de qualquer concurso”, defende Miguel Guimarães em prol da igualdade no acesso à carreira.

Estando o país sob intervenção externa, Portugal vê-se mergulhado num clima de recessão, com indicadores preocupantes de desemprego e escassez de oportunidades para progressão na carreira. Este cenário tem motivado inúmeros diplomados

a abandonar o país, algo que Miguel Guimarães diz já estar a acontecer na classe médica, sobretudo nos profissionais mais jovens: “Vamos assistir, cada vez mais, à saída de médicos do país por falta de colocação. Para um jovem médico, as oportunidades de emprego e evolução na carreira são cada vez mais escassas e as condições de trabalho, ao nível da carga horária e da remuneração, estão a deteriorar-se de forma alarmante, sobretudo quando comparadas com os restantes países europeus”.

Com o intuito de contornar esta realidade, o Conselho Regional Norte da Ordem dos Médicos tem pugnado para que as capacidades formativas das escolas médicas sejam respeitadas. Esta é “uma medida premente que deve ser implementada já este ano porque as Faculdades estão sobrelotadas, ultrapassando largamente o seu limite. A Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, por exemplo, tem capacidade para cerca de 190 alunos

por ano e, neste momento, está a ser obrigada a aceitar cerca de 300. Tem de existir uma equivalência entre as capacidades formativas das faculdades de medicina e as capacidades para formar especialistas nas diversas unidades de saúde, sob pena de haver médicos que não consigam completar a sua formação específica e obterem a qualificação de especialista. E a formação específica é um fator imperativo e essencial no panorama atual da Medicina. Caso contrário, a qualidade do exercício da medicina pode ficar seriamente comprometida, com consequência negativas na qualidade dos cuidados de saúde. Para além disso, os 15% de vagas exclusivas para licenciados para acesso aos cursos de Medicina deveriam ser imediatamente suspensas. Não é razoável que um País com recursos muito limitados como o nosso continue a promover e a oferecer a possibilidade de duas licenciaturas a alguns cidadãos” conclui Miguel Guimarães.



M. M. Camilo Sequeira

Chefe de Serviço de Medicina Interna

A alta precoce não tem justificação

Escolher como profissão o ser-se Médico implica o assumir com a sociedade um compromisso sem alternativa: oferecer a quem sofre o que de melhor o saber e a arte assistencial possuem nesse momento, para que esse sofrimento seja anulado se isso for possível ou muito aliviado se apenas esta possibilidade for a alcançável.

Questionar este princípio era, até há pouco, um absurdo. Estava tão naturalmente integrado no nosso agir profissional que a sua discussão não tinha sentido. Era, talvez, a única regra que se tinha como dogmática: “era assim, e pronto!”

Mas no tempo de mudança que é o de hoje reflectir sobre este dogma parece um imperativo de consciência a que todos os Médicos estão obrigados.

Porque, entre outros valores que estão a mudar, o prestar o melhor serviço assistencial ao doente, embora ainda presente como objectivo, é subalternizado por outros que se vão introduzindo nos critérios do decidir clínico contaminando o exercício e, tendo como resultado final, a negação (pelo menos potencial) daquele normativo.

O custo da cama hospitalar

O factor basilar desta perturbação é a necessidade de rentabilizar a cama hospitalar numa visão diferente, até conflitual, do que foi norma noutra realidade

social.

Sendo-nos referenciado que este objectivo só se alcança com a redução do tempo de cada internamento. O doente hoje tem uns dias para se curar. Se o não fizer terá de ir curar-se para outro local com camas mais baratas. Porque as médias de internamento dos Serviços são o critério primeiro da sua valorização relativa como qualificados.

E os Médicos, alienando-se das suas responsabilidades e do compromisso que a escolha profissional implica, vão, pouco a pouco, aceitando como suas e normais, tais disposições.

Abandonando a função de defensores dos doentes para serem antes executores de normas de gestão construídas, objectivamente, à margem do interesse de quem sofre. À margem de quem os procurou, e não aos gestores, por acreditar que são os Médicos quem possui a mágica que alivia os seus sofrimentos.

E assim, capciosamente, se vai construindo um novo compromisso da prática assistencial que

tem como característica essencial o ter deixado de considerar o doente como seu determinante *major*. Por mais razoável que se queira reconhecer um modelo de organização assistencial adequado à capacidade económica do país, a mudança do paradigma que retira ao doente o lugar cimeiro no processo que por direito lhe pertence é uma aberração.

É um retrocesso civilizacional porque é uma agressão ao específico mais específico da profissão “Médico”. Que tem de ser assumido como tal por todos nós: quer pelos que o questionam quer pelos que o consideram uma inevitabilidade para que ainda seja possível tratar “alguns” doentes.

E que tem de ser reflectido agora e constantemente para que se não vá insinuando na nossa passividade crítica de tal forma que, num futuro próximo, vivamos uma circunstância social em que já ninguém se recorde do que foi o dever fundamental do ser-se Médico durante séculos.

Novos modelos assistenciais

Este risco é acrescido pela “invenção” de novos modelos assistenciais que, embora criados para oferecerem alternativas a situações clínicas e sociais complexas, podem ser vistos (eu acredito que já o são demasiadas vezes) como um recurso que se pode utilizar como potencial compensação das fraquezas que os normativos não clínicos impõem. O que é grave. Porque o entregar a outrem a nossa responsabilidade, quiçá ignorando a capacidade desse outrem, é uma maneira de fingir que se está a fazer bem.

Esta questão tem que ver com as cada vez mais denunciadas “altas precoces” e o cada vez maior recurso aos serviços de rectaguarda, de convalescença, de cuidados continuados ou paliativos. E também com a desejada implementação da hospitalização domiciliária.

Sem querer questionar a utilidade destas iniciativas e a sua necessidade em contextos particulares o que me preocupa é o “sentir” que o desejo da sua implementação é, mormente no meio hospitalar, a convicção de com eles melhor se conseguir cumprir os normativos limitativos do tempo de internamento que o doente, de facto, justifica: “o doente não está estabilizado mas como há quem o receba... pode ter alta porque a pressão para se fazerem outros internamentos é muito grande”.

Julgando-se que assim se justifica o injustificável. Assumindo-se um inequívoco erro médico porque há outros doentes a necessitar das camas de internamento. Acreditando-se que se fica “menos culpado por fazer mal” porque existe uma competência que dará continuidade

aos cuidados assistenciais que o serviço pressionado recusa. Pressionado para alcançar a média de internamento definida como correcta; para poder internar os doentes que estão a aguardar cama na Urgência ou no corredor do serviço; para disponibilizar os meios de investigação e tratamento a um maior número de doentes; para que o uso racional das camas hospitalares permita que o seu custo seja adequadamente ajustado à necessidade dos doentes; para, enfim, que o doente que não necessita no imediato de uma cama tão cara seja tratado noutra menos custosa.

Aparentemente todos estes argumentos são defensáveis. Mas só aparentemente.

Porque o tratar um doente obriga naturalmente a que se considere a patologia e a forma como esta se exprime semiologicamente. E exige competência na definição de um plano de estudo e tratamento. Mas tudo isto sem ignorar a circunstância do local onde se faz esse tratamento e do próprio doente no tempo particular em que tem de ser internado.

O que cria problemas de articulação, de interacção e de organização institucional, bem como de estruturas de apoio às famílias que nós não temos a funcionar. Que nós não vamos ter a funcionar nos tempos mais próximos. Pelo que não se pode raciocinar como se eles existissem.

Riscos profissionais de hoje

Claro que tenho consciência que com a cada vez mais acentuada insegurança laboral a tendência auto-protectora do Médico será corresponder às imposições (não escritas mas muito faladas) dos aparelhos gestores e das

suas regras funcionais.

E que quem não se adaptar será dispensado na primeira oportunidade. E também sei que uma dispensa deste tipo implicará enormíssima dificuldade em obter trabalho noutra instituição pois em breve todas se regularão pelos mesmos princípios. E é óbvio que a proletarização dos Médicos que o acriticismo político está a promover será um factor que facilitará o recurso à construção de conflitos artificiais de Médicos contra Médicos. Porque “se tu não queres outro haverá que queira até por menos dinheiro”.

Tudo isto faz parte do quotidiano actual e perverte muito do essencial das relações complexas e nem sempre pacíficas entre Médicos-doentes-instituições.

Mas reconhecê-lo não significa aceitá-lo.

Ainda há (ainda tem de haver) a solidariedade inter-pares; a possibilidade de reagir em conjunto a uma agressão dirigida cirurgicamente contra um deles (principalmente porque todos temos de ter presente que se hoje é o meu Colega amanhã serei eu); e há a Ordem como entidade promotora e defensora da equidade assistencial, em relação aos doentes, da dignidade profissional, em relação aos Médicos, do respeito ético a que todos, como sociedade, estamos obrigados; e ainda os Sindicatos como forças que temos de valorizar.

Decerto já todos os Médicos perceberam que há tempos que nos obrigam a ignorar o que nos separa e a valorizar o muito que temos em comum. Este tempo que vivemos é, seguramente, um desses tempos.

Em que nem sequer “temos tempo” para avaliar “atempadamente” as consequências da ac-

tual postura passiva dominante. Porque ela se irá insinuando, mesmo que nos julguemos atentos e vigilantes, como paradigma normal.

E será esta falsa normalidade que retirará “tempo” e “espaço” a qualquer iniciativa correctora que, no futuro, pareça inequivocamente necessária.

Anedota?

Como anedota ainda gostaria de escrever o seguinte: temos de estar preparados para, quando, num amanhã qualquer, tivermos como doente um dos gestores que agora “saudavelmente” acham normal retirar direitos aos que sofrem, lhe dizermos que “embora de acordo com os seus normativos de gestão devesse ter alta naquele momento *com o nosso voto de melhoras se deus quiser* **nós decidimos que irá continuar internado até estar bem** porque o critério que os Médicos defendem é sempre o do bem-estar dos doentes”. Mesmo contra (mas será que nesta altura, enquanto doentes, serão mesmo contra?) a vontade desses doentes quando eram gestores da saúde.



Nuno Sanches de Almeida Machado

licenciado em Medicina

Mudança, progresso, felicidade?

Pretende-se com esta reflexão aprofundar, explicitar e desenvolver algumas das ideias apresentadas em artigo publicado em 2010 na Revista da Ordem dos Médicos, da mesma autoria do presente trabalho. O presente texto terá a forma de perguntas e respostas por uma questão de economia de espaço.

- A felicidade tem vindo a aumentar no mundo desenvolvido?

Apesar de tremendos avanços a nível económico com grandes reduções no nível de pobreza absoluta, de avanços científicos fantásticos, capazes de reduzir a morto-morbilidade enormemente (p. ex. avanços em termos da ciência médica), apesar de tudo isto, a felicidade não tem aumentado nos últimos 50 anos no mundo desenvolvido (inquéritos realizados em diferentes países)¹ (McMahon 2009, p. 458,459). Pelo contrário vemos indícios e evidência de que o sofrimento tem vindo a aumentar. Vemos esta tendência no aumento da Depressão Unipolar e das doenças psiquiátricas em geral², no aumento do alcoolismo e do crime¹ (McMahon 2009, p. 458,459).

- A mente humana é uma tábua rasa?

Apesar de ter sido a hipótese dominante no passado, a acumulação de evidência aponta no sentido contrário, ou seja, que a mente humana não é uma tábua rasa. De facto, a componente ge-

nética influencia grandemente a nossa mente, a nossa psicologia e o nosso comportamento. Aliás é nesta base que emerge a Psicologia Evolutiva, significativamente influenciada pela Sociobiologia.

- O meio, o ambiente, a educação, a cultura podem reverter e anular toda a influência genética que actua sobre a nossa mente?

As influências genéticas que actua sobre a nossa mente e psicologia são mais ou menos poderosas ou rígidas, conforme a característica mental em apreço. Algumas destas características são facilmente reversíveis pelo ambiente, a educação, a cultura, enquanto outros aspectos são virtualmente impossíveis de reverter e anular totalmente.

Vejamos a título de exemplo o que diz Noam Chomsky sobre a linguagem: *"Comparably, the fact that there are many imaginable languages that we could not develop through the exercise of the language faculty is a consequence of the innate endowment that made it possible for us to attain our knowledge of English or some other human language"* (Gregory 1998,

p. 420). É também este cientista que vê no fenómeno moral uma mecânica em tudo semelhante à descoberta na linguagem, nomeadamente na inter-acção genética e cultural/educacional e na complementaridade entre a componente genética e a componente cultural (Dennett 1996, p. 468).

- O que nos dizem as Teorias de Evolução Geno-Cultural?

Falando especificamente da *Teoria da Hereditariedade Dupla* (do inglês *Dual Inheritance Theory*) e tomando apenas nota de certos aspectos, esta diz-nos que a evolução genética e a evolução cultural ocorrem simultaneamente e de forma inter-ligada — co-evolução. Existe uma complementaridade entre a parte genética e a parte cultural, as duas tendem a corresponder-se e a funcionar harmoniosamente em conjunto, no sentido da adaptação ao ambiente (Boyd and Richerson 2005). Postula, tal como para a Evolução Genética, e entre outras forças, a existência de mutações aleatórias na Evolução Cultural (Boyd and Richerson 2005, p. 53-

54, 69). Existe assim, uma correspondência tipo chave-fechadura, entre a componente genética e a componente cultural, embora não exista uma correspondência tão perfeita como a imagem sugere, em que apenas uma chave abre uma fechadura, ou de forma análoga, apenas uma cultura se adapta e funciona com o nosso genoma.

- Existem influências genéticas na avaliação emocional de um objecto / estímulo?

Como nos outros aspectos da mente humana, também na avaliação emocional de determinados objectos/estímulos entram em acção componentes genéticos e de aprendizagem individual. Também aqui a influência genética varia em intensidade e reversibilidade (Morris 2007). Vejamos alguns exemplos: “*Some aspects of a value system are inborn, and some are acquired through experience... For example, seeking proximity to a caregiver and attaining face-to-face communication with eye gaze contact is hard-wired into the brain from birth. It is not learned*” (Siegel 1999, p. 138). Também a predisposição genética para o medo em relação às cobras parece ser uma componente da nossa Natureza Humana (genética), com vantagens evolutivas óbvias para a espécie humana (Siegel 1999, p. 138, 139).

- Existem exemplos da influência genética sobre o julgamento moral?

Um dos exemplos mais estudados na espécie humana é o chamado efeito de Westermarck. Defende que a aversão e condenação moral do incesto resulta de um instinto (genético) presente na espécie humana, que parece favorecer a capacidade de reprodução e sobrevivência (característica adaptativa da mente

humana) (Lieberman, Tooby and Cosmides 2003, 2007 and Ridley 2011, p.171-174).

Significativamente E. O. Wilson afirma: “*There is a biologically based human nature, and it is relevant to ethics and religion. The evidence shows that because of its influence, people can be readily educated to only a narrow range of ethical precepts. They flourish within certain belief systems and wither under others. We need to know exactly why*” (Wilson 1999, p. 289).

- A cultura, a sociedade, a vida no mundo desenvolvido será sustentável?

A resposta parece ser não de acordo com Jared Diamond: “Mesmo que não existissem populações humanas no Terceiro Mundo, seria impossível para os países desenvolvidos manterem o seu curso actual, porque não estão numa fase estacionária, mas continuam, pelo contrário, a esgotar não só os seus próprios recursos, mas também aqueles que importam desse Terceiro Mundo” (Diamond 2008, p.573).

- A cultura moderna dos países desenvolvidos aumenta o fitness biológico dos indivíduos desses países?

No mundo desenvolvido moderno assiste-se a um fenómeno que dá pelo nome de transição demográfica, que consiste entre outros factores, na queda da fertilidade, traduzido na diminuição do número de filhos por casal (este fenómeno ocorre também noutras partes do mundo embora a sua intensidade seja muito menor). Devido a este fenómeno espera-se já a contracção da população de alguns países desenvolvidos. É por esta via que se assiste a uma diminuição do *fitness* biológico dos habitantes destes países, ou seja, uma diminuição da capacidade de reprodução e sobre-

Bibliografia

- Boyd, R.; Richerson, P. J. (2005): *Not by genes alone: how culture transformed human evolution*. Chicago / London: The University of Chicago Press.
- Dennett, D. (1996): *Darwin's dangerous idea*. USA: Simon and Schuster.
- Diamond, J. (2008): *Colapso — Ascensão e Queda das Sociedades Humanas*. 1ª Edição. Lisboa: Gradiva.
- Gregory, R. L. (Ed.) (1998): *The Oxford Companion to the Mind*. Oxford/ New York: Oxford University Press.
- Lieberman, D., Tooby, J. & Cosmides, L. “Does morality have a biological basis? An empirical test of the factors governing moral sentiments regarding incest”. *Proc. R. Soc. Lond. B* 270, 819–826 (2003).
- Lieberman, D., Tooby, J. & Cosmides, L. “The architecture of human kin detection”. *Nature* 445, 727-731 (2007).
- McMahon, D. M. (2009): *Uma História da Felicidade*. Lisboa: Edições 70.
- Morris, D. (2007): *A natureza da felicidade*. Lisboa: Sinais de Fogo.
- Ridley, M. (2011): *Nature via Nurture: Genes, experience and what make us human*. London: Fourth Estate.
- Siegel, D. (1999): *The developing Mind. How relationships and the brain interact to shape who we are*. USA: The Guilford Press.
- Wilson, E. O. (1999): *Consilience: the unity of knowledge*. 1st Edition. New York: Vintage Books.

Referências

1. “Happiness: has social science a clue?” in Lionel Robbins Memorial Lectures by Professor Richard Layard (2003). Disponível em: <http://www.lse.ac.uk/collections/LSEPublicLecturesAndEvents/events/2003/20030106t1439z001.htm>
2. Palestra “A Humanidade estará psiquiatricamente mais doente?” por Prof. Doutor Rui Coelho, no ciclo “Do Médico para os Médicos” da SRNOM (27/04/2012). Disponível em: <http://www.nortemedico.pt/publicacoes/?imr=2&imc=22n&fmo=pa&publicacao=41&edicao=779>

vivência, segundo o esquema geral da Teoria da Evolução (Boyd and Richerson 2005, p. 173, 174).

- Conhecemos bem a Natureza Humana, ou seja, os determinantes genéticos que moldam e condicionam a nossa psicologia e a nossa mente?

Ao longo deste artigo tem-se vindo a referir alguns exemplos conhecidos de alguns aspectos da nossa natureza mental geneticamente condicionada. Porém a nossa ignorância é bem mais vasta. Como refere E. O. Wilson: *"Human nature is still an elusive concept because our understanding*

of the epigenetic rules composing it is rudimentary" (Wilson 1999, p. 178).

Conclusão

Respondendo à pergunta que dá título ao presente artigo e tendo em conta os vários aspectos discutidos, parece lícito concluir, que a febre de mudança que acompanha as sociedades contemporâneas desenvolvidas, não corresponde a progresso nem a felicidade, mas muitas vezes ao seu contrário.

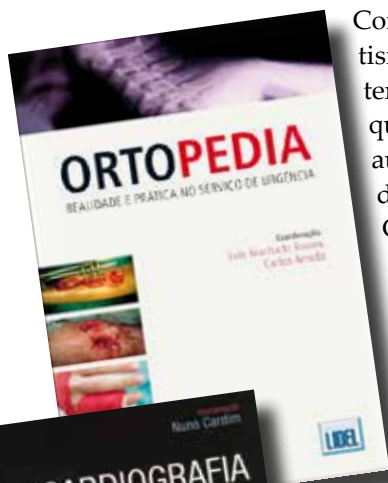
Utilizando a analogia do programador informático, que desen-

volve um determinado *software*, podemos concluir que não nos podemos arvorar em programadores culturais quando não conhecemos o *hardware*, neste caso, quando não conhecemos a natureza humana mental geneticamente condicionada.

Demasiadas utopias se transformaram em distopias, demasiado sofrimento foi causado, é tempo do optimismo irreflectido dar lugar a um realismo cauteloso e prudente. É tempo de reduzir a velocidade de mudança cultural. A nossa ignorância é realmente vasta!

livros

Ortopedia - realidade e prática no Serviço de Urgência



Com o intuito de transmitir conhecimentos na abordagem e tratamento dos traumatismos dos membros e coluna vertebral, os autores elaboraram este livro que pretende ser um guia de referência – fácil de ler e útil no dia a dia – para todos aqueles que têm de prestar assistência a estes problemas na sua vida profissional. Obra da autoria de: Luís Machado Soares (Assistente Hospitalar do Serviço de Ortopedia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE. Responsável pela Cirurgia de Ambulatório, pela Formação Internato Médico e pelo Curso Básico de Ortopedia do Serviço de Ortopedia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE) e Carlos Arruda (fundador da Unidade “Joelho e Artroscopia” e Chefe de Serviço aposentado do Serviço de Ortopedia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE., Responsável pela Consulta Externa de Ortopedia e pela Unidade de Gessos Funcionais durante seis anos). A obra editada pela Lidel contém informação sobre: fraturas pélvicas, vertebromedulares, pediátricas, do membro superior, membro inferior; luxações e entorses; tipos de imobilização; gessos e erros na confecção de gessos.



Ecocardiografia – o estado da arte

Esta obra colectiva, coordenada pelo cardiologista Nuno Cardim, aborda as seguintes técnicas: ecocardiografia transesofágica, ecocardiografia tridimensional, ecocardiografia intracardíaca, ecocardiografia doppler tecidual e técnicas derivadas, ecocardiografia de sobrecarga, ecocardiografia por speckle tracking e ecocardiografia de contraste. Todas estas técnicas são profusamente ilustradas por figuras que ajudam à compreensão das mesmas e que demonstram as suas aplicações. Uma edição Lidel.



José Esteves

Consultor de Cirurgia Geral

Uma perspectiva pessoal

A desqualificação e dignidade dos médicos está a tornar-se num lugar comum e isso, como bem afirmou o Dr. Miguel Guimarães, “não serve os interesses dos doentes nem do País”¹.

Tenho escrito algumas reflexões sobre aspectos da minha actividade operatória² que, na minha opinião, são um pequeno contributo para a responder àqueles que, dos seus lugares de pequenos poderes, aproveitam para minimizar e desprezar o que fazemos.

A escolha da Revista da Ordem para tal reflexão é, para mim, óbvia: entre nós é mais fácil compreender o significado do que fazemos e, por outro lado, julgo que tal reflexão deveria ser feita de modo amplo e facilmente acessível pois, nos dias que correm, parece que o trabalho de todos os dias não tem valor e só o excepcional e, de preferência caro, merece a atenção da comunicação.

“Os médicos pertencem a um mundo à parte – um mundo de hemorragias e testes de laboratório e gente aberta ao meio. Somos, por enquanto, os poucos são que vivem entre os doentes. E é fácil ficar alheio às experiências e às vezes aos valores do resto da civilização. O nosso é um mundo que nem as nossas famílias conse-

guem compreender”³.

“Os cirurgiões vivem e praticam uma forma intensa de ética aplicada. Dão más notícias; guiam doentes e seus familiares através de decisões complicadas: vivem um código de confiança com colegas, doentes e internos; e, frequentemente, verificam o fim de vida. Além disso os cirurgiões devem ir para a cama à noite sabendo que de manhã passarão horas com a vida de alguém literalmente nas suas mãos”⁴.

Depois, “na medida em que somos humanos, o que fazemos tem de ser ou mau ou bom; na medida em que fazemos mal ou bem, somos humanos; e é melhor, paradoxalmente, fazer mal do que não fazer nada; pelo menos existimos”⁵.

Os números, as técnicas, os erros transparecem com mais evidência nesses trabalhos mas eles traduzem milhares de decisões, numa parte significativa com consequências pesadas mas, como dizia Sir Bertrand Russel, “nada é tão fatigante como a indecisão e nada é tão fútil”⁶.

E muitas dessas decisões revelaram-se erradas e é a preocupação em aprender com o erro que nos obriga a rever o que fizemos.

“Os doentes sabem muito bem

Notas:

1- Miguel Guimarães, Desqualificação e Dignidade dos Médicos, Revista da Ordem dos Médicos nº 139, pág. 139 – Abril de 2013;

2- José Esteves, Colecistectomia clássica, Revista da Ordem, Dezembro de 2011; Hérnia inguinal, Revista da Ordem, Maio de 2012;

3- Atul Gawande, a Mão que nos Opera, pág.109 - Lua de Papel, Alfragide 2011- 3ª edição;

4- Anji Wall, MD, PhD, Peter Angelos, MD, PhD, FACS, Douglas Brown, PhD, Ira J. Kodner, MD, Jason D. Keune, MD, MBA in Ethics in Surgery, Current Problems in Surgery, March 2013;

5- T.S.Eliot, Ensaios Escolhidos, Beaudelaire, pág. 61/2 - Edições Cotovia, Lisboa 1992;

6- Sir Bertrand Russel, A Conquista da Felicidade, pág. 62 – Guimarães Editores, Lisboa 1991;

7- Sir Karl R. Popper, Konrad Lorenz, O futuro está aberto, pág.101 – Editorial Fragmentos – Lisboa

8- Jack Welch com Suzy Welch, Vencer, pág. 149 – Actual Editora, Lisboa 2006 9ª edição;

9- Lawrence Durrell, Quarteto de Alexandria, Moutolive, pág. 24– Ulisseia - 1991;

10- Bruno Bettelheim, Viena de Freud e outros ensaios, pág. 67 – Bertrand Editora, Venda Nova 1991;

11- T.S.Eliot Obra citada, O que é um clássico?, pág. 144;

12- Lord Kenneth Clark, in Civilization, BBC DVD – BBC Worldwide Ltd 2005.

que os médicos cometem erros e terão mais confiança se os médicos o admitirem abertamente” dizia Sir Karl Popper⁷.

Todo o trabalho que realizei só foi possível devido à existência do Hospital e, dentro dessa grande organização, tenho procurado que a minha actividade contribua para “uma cultura de integridade, que significa honestidade, transparência, justiça e uma rigorosa adesão às regras e aos regulamentos”⁸.

Desde muito cedo senti que, como dizia Durrel, “a doença suscita o desprezo. Um doente não

ignora esse facto”⁹. Então, como actuar com humanidade? Um dia li, reflecti e fiz meu um juízo de Bettleim: “que ser verdadeiramente humano significa não nos deixarmos perturbar por nada de humano”¹⁰. Tal juízo tem-me acompanhado e tem-me proporcionado, também, muita paz de espírito.

Não resisto a mais uma reflexão de Eliot: “na nossa época, quando os homens parecem mais do que nunca propensos a confundir sabedoria com conhecimento e conhecimento com informação, e a tentar resolver os problemas

da vida em termos técnicos, está a nascer uma espécie nova de provincianismo que talvez mereça um novo nome. É um provincianismo não de espaço mas de tempo; ...”¹¹.

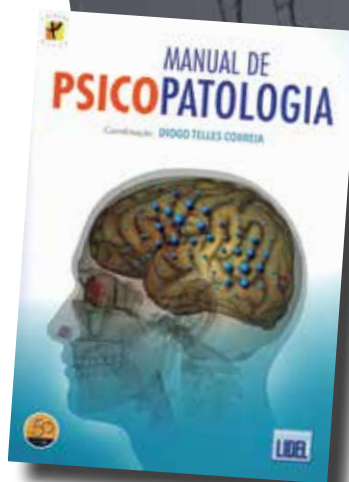
Termino com palavras de Lord Kenneth Clark¹² que não me atrevo a traduzir: “I believe that order is better than chaos; creation better than destruction. I prefer gentleness to violence, forgiveness to vendetta. On the whole, I think that knowledge is preferable to ignorance, and I am sure that human sympathy is more valuable than ideology”.

livros

A Real Escola e a Escola Médico-Cirúrgica do Porto



O livro *A Real Escola e a Escola Médico-Cirúrgica do Porto - Contributo para a História da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*, da autoria da médica ginecologista Amélia Ricon Ferraz, apresenta um relato histórico dos primórdios do estudo médico-cirúrgico nessa cidade, por referência ao percurso as duas Escolas que antecederam a atual Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. A obra é enriquecida com uma seleção de imagens de instrumentos anatómicos, cirúrgicos, laboratoriais e de diagnóstico médico que testemunham o progresso científico, tecnológico e técnico nas duas escolas do Porto e integram, na sua maioria, o espólio do Museu de História da Medicina Maximiano Lemos da FMUP, cuja organização é da responsabilidade da autora. O livro foi editado pela U.Porto editorial e integra-se nas edições comemorativas do Centenário da U. Porto. A obra pode ser adquirida na Loja da Universidade do Porto e na livraria online Wook.



Manual de Psicopatologia

Esta obra editada pela Lidel foi elaborada por um grupo de médicos psiquiatras ligados às faculdades de medicina das universidades de Lisboa, Porto e Coimbra e aos serviços de psiquiatria do Hospital de Santa Maria em Lisboa, Hospital de São João no Porto e Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, sob coordenação do psiquiatra Diogo Telles Correia. O conteúdo é abrangente e vai desde a história da psicopatologia, a uma revisão da semiologia psiquiátrica, uma metodologia médica para a construção de uma história clínica psiquiátrica, principais síndromes psico-orgânicas, etc. Todos os capítulos incluem perguntas de revisão, sendo as respectivas soluções disponibilizadas no fim do livro.



José Manuel Silva

Bastonário da Ordem dos Médicos

O SNS é necessário e sustentável!

Com a devida autorização, divulgamos em seguida um artigo de opinião, publicado originalmente no jornal Expresso de 15 de Junho, no qual o bastonário da Ordem dos Médicos reafirma que o sistema de saúde português é dos melhores do mundo.

Por desconhecimento da realidade ou por estratégia política, algumas pessoas dizem que o SNS é despesista e insustentável. É exactamente o contrário!

Falemos de números, com base nos mais recentes dados da OCDE, referentes a 2010.

Em termos de percentagem do PIB, Portugal gastou 10,7% na Saúde (despesa pública e privada), a França e a Alemanha 11,6% e a média da OCDE foi de 9,5%. Mas, *per capita*, a comparação que é justa e honesta, Portugal gastou apenas 2728 dólares, contra 3974 da França, 4338 da Alemanha e 3268 da média dos países da OCDE.

Todavia, para o montante anterior, o Estado português apenas contribui com 65,8%. Contra 77,0% em França, 76,8% na Alemanha e 72,2% na média dos países da OCDE. Ou seja, Portugal tem um sistema globalmente barato e, sobretudo, barato para o Estado. Recorde-se que, entretanto, de

2010 para 2012, o Governo reduziu a contribuição pública para o SNS em 20% e que para 2013 o Orçamento do Estado prevê que a despesa pública em Saúde seja apenas de 5,1% do PIB.

E a qualidade?

Portugal tem 3,4 camas hospitalares por 1000 habitantes, enquanto a França tem 6,4, a Alemanha 8,3 e a média da OCDE é de 4,9. Não é possível reduzir mais camas hospitalares sem prejudicar os doentes! O tempo médio de internamento hospitalar, em dias, foi de 5,9 em Portugal, 5,7 em França, 9,5 na Alemanha, 7,1 na média da OCDE. Os especialistas hospitalares portugueses trabalham bem! Esperança de vida das mulheres aos 65 anos: 20,6, 22,6, 20,9 e 20,7 anos, respectivamente em Portugal, França, Alemanha e média da OCDE. Estamos muito bem, mas



podemos melhorar, o que passa sobretudo por combater os factores de risco, prevenir e tratar melhor as doenças crónicas.

Mortalidade infantil em 2010 (mortes no primeiro ano por cada 1000 nascimentos vivos): 2,5 em Portugal, 3,6 em França, 3,4 na Alemanha e 4,3 na OCDE. É um dos melhores parâmetros de análise global da qualidade de um sistema de saúde. Portugal foi o melhor em 2010!

Apenas na despesa *per capita* relativa ao consumo de medicamentos não comparávamos tão bem. Nesse ano gastámos 508,1 dólares, versus 634,5 em França, 640,0 da Alemanha e 495,4 da média da

OCDE. Porém, entretanto, de 2010 para 2012, o valor do mercado do medicamento em ambulatório e o custo médio por embalagem decaíram cerca de 20%, fruto das medidas implementadas pelo Governo. O que significa que actualmente já estamos abaixo da média da OCDE e que há folga para introduzir medicação inovadora.

Como demonstra a frieza dos números da OCDE, o SNS é de grande qualidade e barato.

Tal como afirmei recentemente em Bruxelas, numa reunião promovida pela European Public Health Alliance (EPHA), o sistema de saúde português é dos melhores do mundo, não exclui ninguém, é

sustentável e deve ser preservado. Quem pretender afirmar o contrário, terá de mostrar em que se baseia!

Se algum Governo quiser ter legitimidade democrática para destruir o SNS, os partidos que o suportarem terão de candidatar-se a eleições com esse programa explícito, ou então submeter a opção para a Saúde em Portugal a um referendo nacional.

Não foram os 10% do PIB gastos em Saúde que levaram Portugal à bancarrota. Foi a forma medíocre, despesista e corrupta como “os outros 90%” são gastos por sucessivos Governos.

notícias

FDA trava indústria tabaqueira

Numa decisão histórica, pela primeira vez desde o aparecimento da indústria tabaqueira, uma decisão de uma agência estatal travou a introdução no mercado de 4 novos produtos de tabaco.

A *Food and Drug Administration* anunciou recentemente que, pela primeira vez exerceu o seu poder regulatório em relação a cigarros e outros produtos derivados como tabaco de enrolar ou mascar, etc., poder esse que lhe foi atribuído em 2009 por uma lei com o apoio do presidente Obama. No exercício do seu poder regulatório a FDA aprovou a introdução no mercado de dois novos produtos da Newport cigarettes produzidos pela Lorillard Tobacco Company, mas rejeitou a introdução no mercado de outros quatro produtos.

«Esta é a primeira vez na história que uma agência federal disse à indústria tabaqueira que não podia pôr à venda um novo, ou modificado, cigarro, por causa dos problemas de saúde pública que os mesmos causam», explicou Matthew L. Myers, presidente da campanha pró crianças livres de tabaco. É esse precisamente o fundamento da recusa desses novos quatro produtos da indústria tabaqueira: provocarem riscos acrescidos para a saúde pública, por, por exemplo, incluírem na sua composição mais produtos químicos, quando comparados com os produtos que já estão disponíveis no mercado. Antes da existência dessa lei, os cigarros eram produzidos sem qualquer regulação estatal. As autoridades de cada Estado americano apenas podiam determinar onde e como se vendiam os produtos derivados de tabaco, sem ter qualquer intervenção ou controlo no que se refere aos ingredientes que os mesmos continham.

Vários comentadores definiram esta decisão como «um marco histórico».

Fonte: The New York Times de 26 de Junho de 2013; uma versão desta notícia pode ser consultada aqui: <http://nyti.ms/1aKQ7eV>



José Silva Henriques

Presidente do Colégio da Especialidade de MGF

O CV na avaliação final da formação específica em MGF

O tamanho excessivo do Curriculum Vitae na avaliação final da formação específica em Medicina Geral e Familiar implica dispêndio desnecessário de tempo para internos e avaliadores e deverá ser evitado pugnando pela simplicidade, clareza e concisão

Na sessão de encerramento das V Jornadas do Internato de Medicina Geral e Familiar do Centro, que decorreram de 17 a 20 de Abril do corrente ano, no Biocant em Cantanhede, tomei a primeira parte do lema das Jornadas, 'Despertar Sentidos', como ponto de partida para falar um problema, muito atual, o excessivo índice de massa corporal dos curricula vitae que os Internos de Medicina Geral e Familiar (MGF) apresentam na Avaliação Final do Internato Médico. Até ao presente, aquilo que se tem verificado, numa significativa maioria dos casos, é a apresentação de curricula vitae compostos por vários tomos, cuja produção faz o desespero dos internos que os têm de elaborar para serem avaliados e o pesadelo dos membros dos júris que os vão avaliar.

Para os internos é mau e desesperante, porque como não têm orientações claras para selecionarem o que é importante a colocar no documento, não sabem de que modo hão-de elaborar o seu Curriculum Vitae (CV), preferindo pecar por excesso, sujeitando-

-se a um trabalho e a um esforço financeiro consideráveis.

É um suplício para os membros dos júris, porque os sujeita a leitura de "resmas" de informação, já previamente avaliada, ainda por cima de vários candidatos a avaliar. Para compor o ramalhete, esta tarefa é normalmente feita em muitas horas fora do seu horário normal de trabalho, porque, cada vez mais, as tarefas a desenvolver nas Unidades de Saúde sujeita-os a um forte stress de desempenho assistencial, de cumprimento de indicadores e metas impostas, criando uma situação ainda mais demolidora.

Todos sabemos que os internos de MGF fazem avaliações anuais do seu trajeto formativo, mediante a apresentação de um relatório das atividades desenvolvidas nesse período. Porquê incluir os mesmos relatórios no CV a apresentar à Avaliação Final do Internato?

O documento elaborado pelo Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar "ORIENTAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DE CURRICULUM VITAE

EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR", que se encontra publicado no site da Ordem dos Médicos, aconselha que o CV "não deve ultrapassar 120 páginas" pois é um documento que "destina-se a servir de suporte à prova curricular". Entende o Colégio que, o que deve ser apreciado na prova curricular é a trajetória formativa e profissional do candidato e não o documento que serve de suporte à sua avaliação. Logo, a avaliação formal do CV não deve sobrepor-se à avaliação do processo formativo do interno que está a ser avaliado.

É tempo de todos os intervenientes no processo formativo pós-graduado da MGF discutirem seriamente este problema e apresentarem uma solução de consenso, no sentido dos Curricula Vitae a elaborar no final do Internato Médico, serem mais simples, claros, concisos, terem menor volume, com consequente menor dispêndio de tempo para os internos e para os avaliadores, precioso para outras atividades.



Rui Cernadas

Vice Presidente do CD da ARSN

Carta aberta pela seriedade...

Há circunstâncias em que por muito falar não se adquire mais razão e outras em que, estranhamente, se assiste a coincidências que o tempo se encarrega de provar não o terem sido... A controvérsia em torno de alguns indicadores validados e definidos pela ACSS e depois escolhidos pela ARS do Norte, é um desses exemplos.

A “Metodologia para os Cuidados de Saúde Primários 2013”, orientação para a contratualização das USF e das UCSP, por decisão da Tutela seguiu os critérios de 2012.

Num cenário em que muita gente dos CSP gostaria de ter avançado com novos modelos, entendeu a ARS do Norte e bem, em nossa opinião, proceder ao “alargamento” a outras vertentes de desenvolvimento contínuo da qualidade assistencial e chamada de atenção e sensibilização para outras realidades e áreas de aquisição de conhecimento. No fundo, num processo de acompanhamento às próprias equipas e no desejo, partilhado por centenas de profissionais, de quererem avançar numa eventual linha de validação, evidência e eficiência essencialmente clínicas e ligadas à temática da governação clínica.

E aqui começaram as coincidências que, poderão não ter sido: em meados de abril, pelo menos um sindicato médico “alerta as equipas” por comunicado, em meados de maio, a Ordem dos Médicos vem na mes-

ma linha.

Com a particularidade de ter pedido a demissão da ARS, nesta situação, mas calando ou silenciando, outros factos bem mais relevantes que, em outros tempos e outros locais, poderiam ter merecido algum reparo, pelo menos.

Ainda assim esta visão afuniladora e redutora sobre a contratualização, limitando-a aos indicadores ligados aos incentivos e às remunerações, é minimalista e não caminha de encontro às preocupações e necessidades dos cidadãos!

Não creio que a Reforma dos CSP se possa confinar a uma carta de compromisso ou a um contrato para incentivos financeiros ou/e institucionais...

E se for essa a vontade das organizações corporativas, paciência, o país que as avalie.

Mas vamos ver a questão da polimedicação nos idosos!

Com efeito, só a ignorância facultava o direito de afirmar que se tratou de uma “recomendação da ARS do Norte”, ou duma “imposição economicista”, entre outras barbaridades.

Ficou já claro que nunca se tratou de nada disso, por dois simples argumentos:

- Primeiro, porque se trata de um indicador definido pela ACSS e que releva uma questão importantíssima para a segurança dos doentes;

- Depois, porque a simples definição dum tecto em valor, por receita ou por utente, é que obteria o efeito invocado; só por estupidez se pode achar que uma receita de 4 ou duas receitas de 8 medicamentos pode custar mais do que uma outra, com apenas 2 medicamentos, dependendo dos grupos terapêuticos, marcas ou genéricos... O que é curioso é que estudando, a gente aprende.

A Ordem dos Médicos tem uma das mais conceituadas revistas científicas nacionais, a “Acta Médica Portuguesa”.

Por “coincidência”, basta rever os seus números de 2011, onde transversalmente em quase todos se publicaram artigos sobre a temática da polimedicação no idoso e nos efeitos adversos dos medicamentos, em especial entre os idosos:

- Por exemplo, Liliana Castanheira et al, (2011; 24(6): 893-898), a respeito dos problemas colocados pela “Medicação crónica no período pós-operatório”;

- Ou, Daniel Coutinho et al, (2011; 24(3): 431-438), sobre a “Condução sob influência de benzodiazepinas e antidepressivos”, o qual escreve “nem todos os medicamentos afectam a condução do mesmo modo ou com a mesma intensidade (...). O modo como a prescrição médica é essencial para garantir a segurança rodoviária. Infelizmente, a prescrição médica de benzodiazepinas

é muito comum na prática clínica nacional.”;

- Ou Joana Damásio et al. (2011; 24(S4): 915-922), a respeito de “Doenças do movimento induzidas por fármacos”, onde se pode ler que, “são múltiplos os fármacos que podem induzir o aparecimento destas doenças” e que se sabe que “as doenças do movimento induzidas por fármacos são subestimadas na prática clínica, levando a gastos desnecessários com exames complementares e tratamentos”. Com prejuízo, a todos os títulos, dos nossos doentes, acrescentaria!

- E Maria A. Soares et al. (2011; 24: 775-784), com uma revisão excelente sobre “Critérios de avaliação de prescrição de medicamentos”;

- Enfim, Miguel Julião (2011; 24 (2): 327-330), em “Para além da prescrição – Para além de nós mesmos”, da qual cito: “Há mais prescrição para além da farmacológica. (...) Em diversos momentos da nossa vida o sofrimento dos outros surge-nos de forma quase gratuita e sofre-se por excesso ou por defeito, sofre-se na carne e na alma e não são só os doentes que sofrem assim.”

A segurança do doente idoso deve ser vista como uma prioridade

ética.

E ética no sentido rigoroso do entendimento clínico e não económico...

Basta rever alguns dos artigos científicos mais recentes da literatura médica internacional de referência:

- “A agitação iatrogénica é frequente nos idosos. A gestão desta questão baseia-se na análise detalhada das medicações prescritas, na suspensão dos fármacos não essenciais e na prescrição nas menores dose-efectivas possível. É preciso atenção especial na prescrição de doentes com deterioração cognitiva” (Press Med 2013 Fev; 4(2): 181-186);

- Necessidade de “modelo de minimização de medicações inapropriadas no idoso” (Am J Med 2012 Jun; 125(6):529-37 e Am J Med 2013 Feb; 126(2));

- Ou os dados de utilização de entre 0 e 11 medicamentos por doente idoso, com uma média de 2,85 por indivíduo e com 16,5% de casos de admissão hospitalar urgente ligados a efeitos secundários medicamentosos (Tanis Med 2013 Mar; 91(3):200-204);

- Ou os números relativos a uma média de fármacos de 3,64 por indivíduo, com uma polimedicação

definida como igual ou superior a 5 medicamentos, em 30% dos casos, num estudo retrospectivo de mais de 700 notificações em pacientes com 65 ou mais anos de idade... (Therapie 2012 Sep-Oct; 67(5): 471-6);

- E que, “a prevenção do problema relacionado com a medicação em indivíduos idosos, admitidos em urgência hospitalar, deve ser uma prioridade focada na melhoria da monitorização dos fármacos com maior risco iatrogénico” (J Am Geriatr Soc 2013 Jan; 61(1): 113-21.

Sob o ponto de vista económico, nunca ouvi falar no interesse dos doentes ou utentes, mas apenas nas eventuais repercussões dos indicadores no pagamento de incentivos aos profissionais?!

Podemos sempre tapar o sol com a peneira ou tentar encontrar um falso argumento para negar uma evidência.

Ou seja, o risco e a segurança do doente devem ser prioritários, ética e profissionalmente, para os médicos portugueses.

Ainda que não o sejam para os políticos.

Doentes não têm lugar na CNFT

notícias

A FEDRA – Federação das Doenças Raras de Portugal solicitou ao Ministro da Saúde, Paulo Macedo, a possibilidade de integrar a CNFT - Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica. Por diversas ocasiões o Ministério da Saúde manifestou a intenção de promover a participação dos doentes nos processos de decisão, nomeadamente através das suas associações – essa era, aliás, uma referência que a Ordem dos Médicos considerou interessante e claramente positiva no Parecer 64 do CNECV. Apesar disso, não foi entendimento do Ministério que «uma Federação cujos objectivos são, estatutariamente, a defesa das associações de doentes no que se refere à aquisição/comparticipação de medicamentos órfãos, fosse capaz de discutir assuntos ‘técnicos’ que, na realidade, dizem directamente respeito a todos os doentes deste país», explica a FEDRA no seu site. «Limitar a participação de parceiros do sector de saúde, numa área especialmente controversa, parece-nos uma forma de encapotamento de decisões que, insistimos, são do interesse de todos aqueles que defendemos», afirma a Federação. A justificação do Ministério para essa recusa refere que a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica tem um carácter eminentemente técnico e voltado para a eficiência do Serviço Nacional de Saúde e que «não é prevista uma representação mais alargada de outros parceiros do sector, como é o caso da indústria farmacêutica, dos distribuidores ou dos doentes» para não pôr «em causa o funcionamento da Comissão». Fonte: <http://www.fedra.pt>



Jorge Manuel de Castro Pereira

Interno de ano comum no Hpp de Cascais

Ressaca



>90% dos casos de Policitemia Vera possuem JAK2 V617F.

Acordo. Olho para aquele tecto cheio de estrelas e revejo o filme do ano anterior. 20% das mielodisplasias cursam com esplenomegalia. Há qualquer coisa que não me deixa esquecer aquele filme. Seria do sabor amargo das pipocas? No fim de tudo reduz-se a um número. Ao número. Seis anos de curso tornam-se um número. FR/VC <105 EX-TUBAR.

Acordei. Os apontamentos já estão prontos na mochila dos sonhos, junto com as bolachas maria e o termo de café. O António chega aos 5 por dia... Vantagem da biblioteca de Oeiras: café a 30 centimos. Uma máquina. Tornámo-nos máquinas. Um piloto automá-

tico. Um sem viver constante que dura há cerca de um ano. Um cólon irritável que varia na proporção inversa dos dias do fim. 5% dos enxertos renais HLA-idênticos são rejeitados. A Silvinha vai a correr para ficarmos na sala mais silenciosa da biblioteca.

Que especialidade gostavas? A pergunta do costume. Medicina geral e familiar, a resposta dos prudentes ou medrosos. Dermatologia, a resposta dos tios patinhas. A especialidade que me tire a respiração, a resposta dos ingênuos, talvez genuínos, sonhadores. A minha. Hepatite alcoólica é POTENCIALMENTE reversível!

Vale a pena sonhar? Acreditei que sim. Parti para a batalha naquele dia montado no melhor cavalo que arranjei, carregado de uma serenidade propanolada, inconsciente dos meus limites, com aquela réstia de brilho nos olhos de quem está a acabar um castelo de cartas. Caiu. Ostium secundum: CIA mais comum, desvio do eixo para a direita.

Caiu? Talvez. Nunca tive jeito para cartas. Haverá forma de

categorizar um sonho? São os sonhos ordenados por nota? Podia haver um polígrafo da vocação...

Adormeço.

Entro no hospital de Cascais. Dr. Jorge, aqui tem a sua bata. Gene APOL-1 aumenta o risco de algumas formas de DRC em afroamericanos e hispânicos. Dr? Eu nem sequer tenho doutoramento, mas "tasse bem".



A cagufina (hormona da cagufa, descoberta pelo prémio nobel da estupidez, Dr. Jorge, em 2012) aperta no primeiro banco enquanto IAC em Cirurgia. Nunca suturou? Venha daí, diz a chefe a caminho da mágica sala da pequena cirurgia. No TEP mais comumente observa-se inversão da onda T de V1-V4. Será que um banco de 12h, voando num sorriso de orelha a orelha conta para a nota? Para o número? Não. Só para o polígrafo do meu coração.

A Luzinha do Mar liga-me desde Interna à rasca com as do-



ses de amiodarona. A Marta escraviza-se na enfermaria. A Pips às 15h ainda não tinha saído do bloco. Por momentos deambulo dentro do sonho. Somos médicos de verdade!

RNM é o *gold-standard* para a determinação da massa e volume do ventrículo esquerdo.

Decidi por isso não acordar. Neste momento sou o médico. Não sou o 50, o 40, ou o 90. Vivo a ressaca. Ainda embriagado com o 51. Cachaça 51? Ou 71? Clopidogrel tem benefícios semelhantes a AAS na angina instável. A tequila não me deixa pensar correctamente. Sou o limão mordido por um mar de álcool.

Adormeço. E assim esqueço. Sou um número? Institucionalmente sim.

Não! Sou um mar dentro de mim. Sou um Egas Moniz a leucotomizar pré-frontalmente a ressaca.

O meu maior potencial é o humano, e esse, não tem nota.



Concurso de fotografia digital na OM

Já se conhecem os resultados do 3.º Concurso de Fotografia Digital da Ordem dos Médicos, edição 2013, organizado pelo Distrito Médico de Setúbal. Foi no dia 21 de Junho que, durante a inauguração da exposição de fotografia na Biblioteca Municipal de Setúbal da qual constam 20 fotografias seleccionadas a concurso e 23 trabalhos da autoria do vencedor do ano transacto que se anunciaram os galardoados desta edição:

1º PRÉMIO - "Nascer do Sol no Porto" de José Paulo A. V. Andrade

2º PRÉMIO - "Ancoradouro" de Carlos Frazão Figueiredo

3º PRÉMIO - "Vidas" de Carlos Frazão Figueiredo

MENÇÕES HONROSAS atribuídas a "Barcos rabelos na madrugada" de José Paulo A. V. Andrade e "Elevação" de Liliana Constantino

A exposição esteve patente ao público até dia 5 de Julho.

1º Prémio



2º Prémio



3º Prémio



Menção honrosa



Menção honrosa



Conselho Nacional Executivo

Relatório de Contas

2012

ÍNDICE

A -	Situação económica e financeira	3
	Execução orçamental 2012.....	7
	Balanço.....	8
	Demonstração dos resultados por naturezas.....	9
	Demonstração dos fluxos de caixa.....	10
	Demonstração das alterações no Fundo Social.....	11
B -	Anexos às demonstrações financeira.....	12
1 -	Identificação da entidade.....	12
2 -	Referencial contabilístico de preparação das demonstrações financeiras...	12
3 -	Principais políticas contabilísticas.....	13
4 -	Fluxos de caixa.....	16
5 -	Ativos fixos tangíveis.....	16
6 -	Participações financeiras.....	17
7 -	Inventários - mercadorias.....	17
8 -	Réditos.....	18
9 -	Acontecimentos após a data de balanço.....	19
10 -	Instrumentos financeiros.....	19
11 -	Benefícios dos empregados.....	21
12 -	Outras Informações.....	21

Situação económica e financeira

Introdução

Dando cumprimento ao estabelecido, na alínea g) do artigo 44º do Estatuto da Ordem dos Médicos (EOM), apresentamos as contas relativas ao ano de 2012.

De referir que os gastos do CNE são suportados pelas comparticipações/transferências monetárias das secções regionais, mediante previa aprovação dos orçamentos.

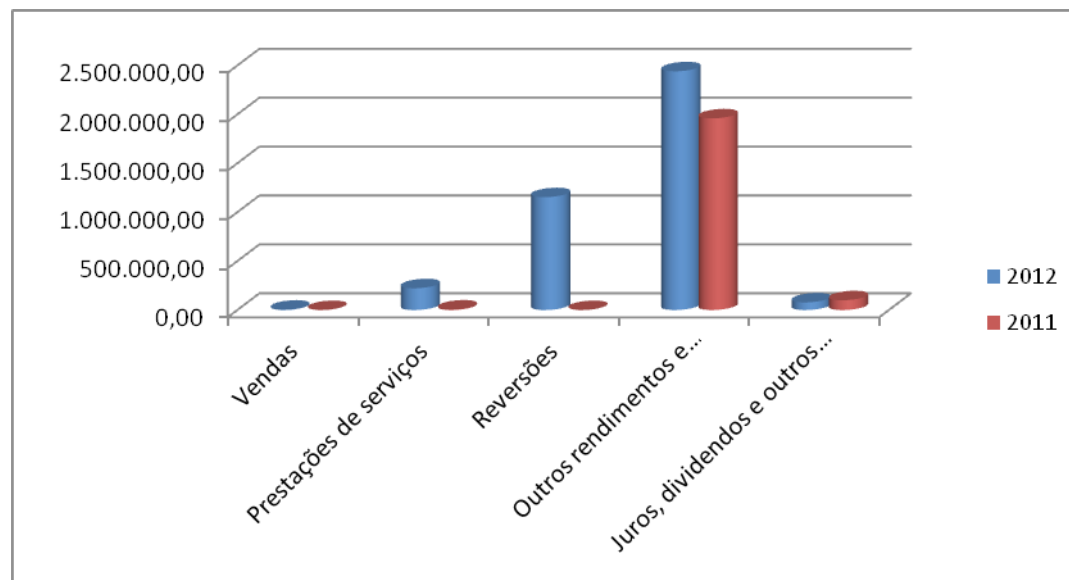
Rendimentos

A principal fonte de rendimento do CNE é a comparticipação das secções regionais que estão incluídas na rubrica “Outros rendimentos e ganhos. Em 2012 destaca-se também como fonte de rendimento a revista da Ordem dos Médicos, cujo rendimento está incluído na rubrica “Prestações de serviços”.

No mapa abaixo são apresentadas as rubricas que constituem os rendimentos do Conselho Nacional executivo.

Rubricas	2012	2011	Variação
Vendas	3.775,80	306,54	1131,75%
Prestações de serviços	222.824,40	5.121,95	4250,38%
Reversões	1.153.894,68	235,55	
Outros rendimentos e ganhos	2.440.994,79	1.960.064,47	24,54%
Juros, dividendos e outros rendimentos	78.042,70	100.000,00	-21,96%
Total	3.899.532,37	2.065.728,51	88,77%

No gráfico abaixo é ilustrada o peso de cada rubrica em comparação com o ano transato.



A rubrica reversões diz respeito ao desconhecimento da dívida do Celom por se considerar incobrável (foi levado a incobrável e reconhecido na respetiva conta de outros gastos e perdas.

A rubrica Prestações de serviços e Outros rendimentos e ganhos são as rubricas mais relevantes para o rendimento do CNE, conforme se pode visualizar no gráfico acima apresentado, e por esse facto, para melhor análise apresentamos abaixo o detalhe.

	2012	2011	Variação
Prestações de serviços			
Patrocínio AXA	45.451,40	5.121,95	787,38%
Congressos	4.095,00	0,00	100,00%
Publicação da Ordem	173.278,00	0,00	100,00%
Total	222.824,40	5.121,95	4250,38%
Outros rendimentos e ganhos			
Diplomas	1.690,00	2.820,00	-40,07%
Recuperação de despesas	7.419,51	37.297,97	-80,11%
Ganhos em inventários	83.637,50	37.297,97	124,24%
Comparticipação Secções regionais	2.327.639,99	1.886.500,00	23,38%
Cartão America express	6.859,93	8.446,71	-18,79%
Hertz	280,08	264,39	5,93%
Barcklays	0,00	9.444,60	-100,00%
Outros	13.467,78	15.290,80	-11,92%
Total	2.440.994,79	1.997.362,44	22,21%

A comparticipação das Secções Regionais representou em 2012, 85% dos rendimentos totais (excluindo a Reversão), enquanto em 2011, representava 91%, para esta redução contribuiu a publicação da Revista da Ordem e o Patrocínio da AXA ao abrigo do protocolo existente entre a Ordem dos Médicos e a AXA.

O acréscimo verificado relativo ao patrocínio ficou a dever-se ao Congresso nacional de Medicina.

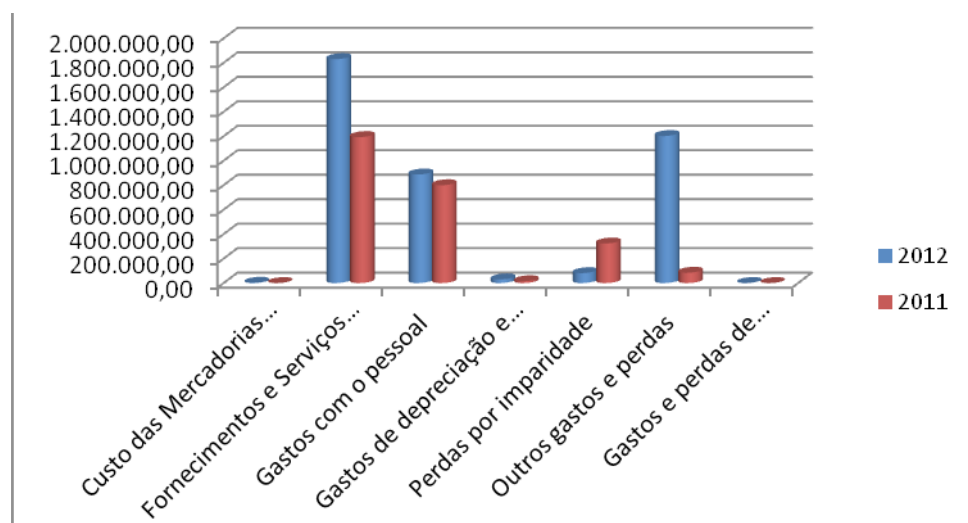
Gastos e perdas

É difícil a comparação entre estes dos exercícios, pois com o encerramento do CELOM a atividade principal exercida por esta passou a ser exercida pela Ordem, nomeadamente a revista da Ordem dos Médicos com todos os gastos inerentes. O pessoal do Celom também passou para a Ordem o que explica o aumento verificado na rubrica “gastos com o pessoal”.

Abaixo apresentamos o mapa comparativo dos Gastos e perdas.

Rubricas	2012	2011	Variação
Gastos e Perdas			
Custo das Mercadorias Vendidas	2.961,67	141,18	1997,80%
Fornecimentos e Serviços Externos	1.830.601,50	1.193.369,66	53,40%
Gastos com o pessoal	887.450,65	799.589,89	10,99%
Gastos de depreciação e de amortização	29.903,56	15.074,17	98,38%
Perdas por imparidade	81.265,00	323.310,74	-74,86%
Outros gastos e perdas	1.202.183,27	84.299,78	1326,08%
Gastos e perdas de financiamento	311,92	0,00	100,00%
Subtotal	4.034.677,57	2.415.785,42	67,01%

De seguida apresentamos o gráfico das diversas rubricas de gastos incorridos nos anos de 2012 e 2011.



Fornecimentos e serviços externos é a rubrica com maior peso na estrutura de custos, apresentamos para melhor entendimento o detalhe abaixo:

Rubricas	2012	2011	Variação
Fornecimentos e serviços externos			
Subcontratos	114.186,66	0,00	100,00%
Serviços especializados	599.288,90	293.889,99	103,92%
Deslocações e Estadias	316.472,27	445.100,49	-28,90%
Rendas e alugueres	52.222,86	36.392,55	43,50%
Comunicação	356.878,54	53.568,61	566,21%
Seguros	242.594,90	231.056,42	4,99%
Outros serviços	148.957,37	133.361,60	11,69%
Subtotal	1.830.601,50	1.193.369,66	53,40%

Do mapa acima destacamos as rubricas que contribuíram de forma mais decisiva para o aumento dos gastos. Este acréscimo é explicado pelos gastos com a revista da Ordem dos Médicos de cerca de 290.000,00 euros, com o aumento dos gastos com auditorias no montante de 35.615,00 euros, a Acta Médica também representou um acréscimo de 25.000,00 relativamente ao ano anterior e por fim o Congresso em 2012 que representou um acréscimo de gastos de 85.000,00 euros.

O gasto com comunicações está associado ao envio por correio da revista da Ordem dos Médicos.

Resultado

No confronto entre os rendimentos e gastos acima mencionados, obtêm-se um resultado negativo conforme mapa abaixo.

Rubricas	2012	2011	Variação
Rendimentos	3.899.532,37	2.065.492,96	88,79%
Gastos	-4.034.677,57	-2.415.784,42	67,01%
Subtotal	-135.145,20	-350.291,46	-61,42%

Apresentamos a execução orçamental.

RUBRICAS		EXECUÇÃO ORÇAMENTAL 2012			EXECUÇÃO ORÇAMENTAL 2011		
GASTOS		REALIZADO	DESVIO	ORÇAMENTO	REALIZADO	DESVIO	ORÇAMENTO
1	Plenário dos Conselhos Regionais	18.355,22	2.355,22	16.000,00	19.949,42	13.949,42	6.000,00
2	Conselho Fiscal Nacional	197,36	-302,64	500,00	35,28	-964,72	1.000,00
3	Presidente da Ordem dos Médicos	82.213,28	-2.786,72	85.000,00	72.651,57	12.651,57	60.000,00
4	Gabinete do Presidente	178.293,94	-4.706,06	183.000,00	189.067,41	69.067,41	120.000,00
5	Serviços (auxiliares) do Presidente	34.331,32	1.331,32	33.000,00	33.000,63	-6.999,37	40.000,00
6	Conselho Nacional de Disciplina	17.642,31	-7.357,69	25.000,00	9.959,77	5.959,77	4.000,00
7	Conselhos Nacionais Consultivos	37.564,28	564,28	37.000,00	20.118,02	14.118,02	6.000,00
8	Colégios de Especialidades	396.726,54	-13.273,46	410.000,00	379.160,62	79.160,62	300.000,00
9	Conselho Nacional das Ordens Profissionais	2.573,10	73,10	2.500,00	2.500,00	-1.500,00	4.000,00
10	Contabilidade e Tesouraria	107.895,54	2.895,54	105.000,00	110.473,47	-39.526,53	150.000,00
11	Serviços Administrativos	328.882,77	38.882,77	290.000,00	469.067,66	69.067,66	400.000,00
12	Seguros	248.576,84	8.576,84	240.000,00	235.540,37	-14.459,63	250.000,00
13	Departamento Internacional	181.407,00	-38.593,00	220.000,00	222.459,14	-17.540,86	240.000,00
14	Arquivo	72.627,35	-2.372,65	75.000,00	61.217,26	11.217,26	50.000,00
15	Eventos	28.944,90	-1.055,10	30.000,00	32.188,70	2.188,70	30.000,00
16	Congresso Nac.Medicina, Congresso Nac.Médico Interno e Assoc.	82.221,15	-17.778,85	100.000,00	995,34	995,34	0,00
17	Eleições				66.472,66	6.472,66	60.000,00
18	CMLP- Comunidade Médica Língua Portuguesa	0,00	-5.000,00	5.000,00	48.384,33	8.384,33	40.000,00
19	Auditorias Externas	53.525,07	14.025,07	39.500,00	17.906,05	-42.093,95	60.000,00
20	Conselho Nacional Médico Interno	2.845,02	-154,98	3.000,00	2.509,69	-3.490,31	6.000,00
21	Prova de Comunicação	23,95	-976,05	1.000,00	153,40	-846,60	1.000,00
22	Complicação para o Fundo de Solidariedade	0,00	-70.000,00	70.000,00	26.986,02	-7.013,98	34.000,00
23	Acta Médica Portuguesa Formato digital	73.665,62	3.665,62	70.000,00	30.542,16	5.542,16	25.000,00
24	Reuniões de CNE	30.404,08	-1.595,92	32.000,00	29.820,27	9.820,27	20.000,00
25	Revista da Ordem dos Médicos	489.461,55	-60.538,45	550.000,00			
26	Reuniões de diversas Comissões	4.565,04	-434,96	5.000,00			
27	Departamento Informático	109.100,50	39.100,50	70.000,00	14.195,82	-25.804,18	40.000,00
28	Departamento Jurídico	68.513,08	3.513,08	65.000,00			
29	Consultadoria de Comunicação	29.657,60	7.517,60	22.140,00			
30	Demografia Médica : Estudo	41.389,15	-610,85	42.000,00			
31	Congresso do Ano Comum	3.004,33	4,33	3.000,00			
32	TOKEN	74.239,82	74.239,82	0,00			
33	Estudo - Segurança Social Médicos	20.865,14	20.865,14	0,00			
34	Contribuição UEMO				10.062,68	10.062,68	0,00
35	Contribuição PWG				1.244,15	1.244,15	0,00
36	Empréstimo Celom/Imparidade				323.310,74	293.310,74	30.000,00
37	Património					-5.000,00	5.000,00
38	Penalidade autoridade da concorrência					-117.000,00	117.000,00
39	Biopatologia				8,61	-491,39	500,00
TOTAL		2.819.712,85	-9.927,15	2.829.640,00	2.429.981,24 €	330.481,24 €	2.099.500,00 €
RENDIMENTOS		REALIZADO	DESVIO	ORÇAMENTO	REALIZADO	DESVIO	ORÇAMENTO
40	Complicações Secções Regionais	2.327.640,00	0,00	2.327.640,00	1.886.500,00	0,00	1.886.500,00
41	Protocolos	7.140,01	7.859,99	15.000,00	22.827,65	-12.172,35	35.000,00
42	Venda de Diplomas	1.690,00	1.310,00	3.000,00	2.820,00	820,00	2.000,00
43	Venda de Livros, Medalhas	5.072,32	-72,32	5.000,00	306,54	-693,46	1.000,00
44	Distribuição resultados Sanoseguros	65.694,02	34.305,98	100.000,00	100.000,00	0,00	100.000,00
45	Congressos - CNM, CNMI	49.546,40	100.453,60	150.000,00			
46	Fundo de Solidariedade	0,00	29.000,00	29.000,00	25.449,29	-4.550,71	30.000,00
47	Acta Médica Portuguesa	26.100,00	-11.100,00	15.000,00	11.848,68	-13.151,32	25.000,00
48	Outros Rendimentos	16.299,25	-11.299,25	5.000,00	15.740,80	-4.259,20	20.000,00
49	Revista da Ordem dos Médicos	147.178,00	32.822,00	180.000,00			
TOTAL		2.646.360,00	183.280,00	2.829.640,00	2.065.492,96	-34.007,04	2.099.500,00

BALANÇO			
Rubricas	Notas	2012	2011
Ativo			
Ativo não corrente			
Ativos fixos Tangíveis	3,1; 5	700.516,77	1.237.115,25
Participações Financeiras	9.3; 6	111.389,70	6.667,00
Subtotal		811.906,47	1.243.782,25
Ativo corrente			
Inventários	3,1; 7	14.725,04	16.409,21
Clientes		577.155,78	518.009,23
Estado e outros entes públicos	11.1	1.100,07	1.100,07
Associados/Empresas associadas	10.5	0,00	276.697,19
Outras contas a receber	10.1	166.117,48	185.384,06
Diferimentos	11.2	62.229,74	88.170,94
Caixa e depósitos bancários	4.1	125.776,54	349.214,41
Subtotal		947.104,65	1.434.985,11
Total do ativo		1.759.011,12	2.678.767,36
Fundo social e passivo			
Fundo social			
Fundo Social	13	2.620.733,56	2.620.733,56
Resultados Transitados	13	-1.428.409,63	-202.798,93
Outras variações do Fundo Social	13	27.000,00	27.000,00
Subtotal		1.219.323,93	2.444.934,63
Resultado líquido do período		-135.145,20	-350.292,46
Total do fundo social		1.084.178,73	2.094.642,17
Passivo			
Passivo corrente			
Fornecedores		130.089,22	7.639,31
Estado e outros entes públicos	11.1	81.495,10	89.802,13
Associados/Empresas associadas	10.5	336.075,58	258.018,20
Outras contas a pagar	10.1	127.172,49	228.665,55
Subtotal		674.832,39	584.125,19
Total do passivo		674.832,39	584.125,19
Total do fundo social e do passivo		1.759.011,12	2.678.767,36

Demonstração dos resultados por naturezas do período findo em 31 de Dezembro de 2012			
Rendimentos e Gastos	Notas	2012	2011
Vendas e serviços prestados	8	226.600,20	5.428,49
Ganhos/perdas imputados de subsidiárias, associadas e empreendimentos conjuntos	8	78.042,70	100.000,00
Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	7	-2.961,67	-141,18
Fornecimentos e serviços externos		-1.830.601,50	-1.193.369,66
Gastos com pessoal	8 ; 11	-887.450,65	-799.589,89
Imparidade de inventários		-81.265,00	0,00
Imparidade de dívidas a receber (perdas/reversões)	8; 10.2	1.153.894,68	-323.310,74
Outros rendimentos e ganhos	8	2.440.994,79	1.959.828,92
Outros gastos e perdas		-1.202.183,27	-84.299,78
Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos		-104.929,72	-335.453,84
Gastos/ reversões de depreciação e de amortização	5	-29.903,56	-14.838,62
Resultado operacional (antes de gastos de financiamento e impostos)		-134.833,28	-350.292,46
Juros e rendimentos similares obtidos			
Juros e gastos similares suportados		-311,92	0,00
Resultado antes de impostos		-135.145,20	-350.292,46
Imposto sobre o rendimento do período		0,00	0,00
Resultado líquido do período		-135.145,20	-350.292,46

DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA

Rubricas	Notas	2012	2011
Fluxos de Caixa das Atividades Operacionais			
Recebimentos de Clientes		185.183,63	127.275,78
Pagamento a Fornecedores		-1.138.129,43	-827.431,57
Pagamentos ao Pessoal		-472.416,02	-395.866,87
Caixa gerada pelas operações		-1.425.361,82	-1.096.022,66
Pagamento / Recebimento do imposto sobre o rendimento			57.492,44
Outros recebimentos / pagamentos		1.101.289,58	431.025,01
Fluxos de Caixa das Atividades Operacionais (1)		-324.072,24	-607.505,21
Fluxos de Caixa das Atividades Investimento			
Pagamentos de:			
Ativos Fixos Tangíveis		0,00	-15.472,66
Recebimentos de:			
Dividendos		100.634,37	88.211,68
Fluxos de Caixa das Atividades Investimento (2)		100.634,37	72.739,02
Fluxos de Caixa das Atividades Financiamento			
Fluxos de Caixa das Atividades Financiamento (3)		0,00	0,00
Variação de caixa e seus equivalentes (1+2+3)		-223.437,87	-534.766,19
Efeitos das diferenças de câmbio		0,00	0,00
Caixa e seus equivalentes no início do período		349.214,41	883.980,60
Caixa e seus equivalentes no fim do período	4.2	125.776,54	349.214,41

Demonstração das alterações nos fundo Social no período de 2012					
Conciliação do fundo social	Fundo social	Resultados transitados	Outras variações no fundos	Resultado líquido do período	Total
Posição em 31 de Dezembro de 2011	2.620.733,56		27.000,00	-553.091,39	2.094.642,17
Correções de erros por efeitos retrospectivos					
Posição a 01 de Janeiro de 2012 (ESNL)	2.620.733,56	0,00	27.000,00	-553.091,39	2.094.642,17
Resultado líquido do período de 2011		-553.091,39		553.091,39	0,00
Correcções		-875.318,24			-875.318,24
Resultado líquido de 2012				-135.145,20	-135.145,20
Posição em 31 de Dezembro de 2012 (ESNL)	2.620.733,56	-1.428.409,63	27.000,00	-135.145,20	1.084.178,73

ANEXO

1 – IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

- 1.1 – **Designação da Entidade:** Ordem dos médicos – Conselho Nacional Executivo
- 1.2 – **NIPC:**500984492
- 1.3 – **Sede:** Av. Almirante Gago Coutinho, nº 151 em Lisboa
- 1.4 – **Natureza da atividade:** A Ordem dos Médicos é uma pessoa colectiva de direito público de natureza associativa, criada pelo Decreto-Lei nº 29.171 de 24 de Novembro de 1938, a quem compete representar mediante inscrição obrigatória, os interesses profissionais dos Médicos e superintender os aspectos relacionados com o exercício da profissão.

1.5 – Sempre que não exista outra referência os montantes encontram-se expressos em unidade de euro.

2 – REFERENCIAL CONTABILÍSTICO DE PREPARAÇÃO DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS

2.1 – Referencial contabilístico de preparação das demonstrações financeiras

As presentes demonstrações financeiras foram preparadas de acordo com o Sistema de Normalização Contabilística para as entidades sem fins lucrativos, aprovado pelo decreto-lei nº36-A/2011 de 9 de março de 2011.

Instrumentos legais da NCRF-ESNL:

- Portaria n.º 105/2011, de 14 de março – Modelos de demonstrações financeira;
- Portaria 106/2011, 14 de março – Código de Contas;
- Aviso nº 6726-B/2011-14 de março – NCRF-ESNL;
- Decreto-lei n.º 158/2009, de 13 de julho – SNC.

2.2 – Indicação e justificação das disposições do SNC que, em casos excepcionais, tenham sido derogadas e dos respectivos efeitos nas demonstrações financeiras, tendo em vista a necessidade de estas darem uma imagem verdadeira e apropriada do activo, do passivo e dos resultados da entidade.

No presente exercício não foram derogadas quaisquer disposições do SNC.

2.3 – Indicação e comentários das contas do balanço e da demonstração dos resultados cujos conteúdos não sejam comparáveis com o exercício anterior.

Em 31 de Dezembro de 2012 são comparáveis em todos os aspetos significativos com as quantias do período de 2011.

2.4 – Adoção pela primeira vez das NCRF-ESNL – divulgação transitória

Em 31 de Dezembro de 2011, a preparação das demonstrações financeiras foram preparadas de acordo com o novo Sistema de Normalização contabilística (SNC).

Com a normalização contabilística para as ESNL advém do Sistema de normalização contabilística, o período de 2011 foi reexpresso relativo às especificidades inerentes, para efeitos comparativos e de forma a estar de acordo com a NCRF-ESNL, não existindo ajustamentos de transição.

3 – PRINCIPAIS POLÍTICAS CONTABILÍSTICAS:

3.1 – Bases de mensuração usadas na preparação das demonstrações financeiras:

As demonstrações financeiras anexas foram preparadas a partir dos livros e registos contabilísticos da Ordem dos Médicos de acordo com a normalização contabilística para as entidades do sector não lucrativo (ESNL).

Os ativos fixos tangíveis encontram-se registados ao custo de aquisição, deduzido das correspondentes depreciações.

As depreciações são calculadas, após a data em que os bens estejam disponíveis para serem utilizados, pelo método da linha recta, em conformidade com o período de vida útil estimado para cada grupo de bens, segundo o método das quotas constantes.

As taxas de depreciações utilizadas correspondem aos seguintes períodos de vida útil estimada:

Edifícios e outras construções	50 anos
Equipamento de transporte	4 anos
Equipamento administrativo	Entre 2 e 10 anos
Outros activos fixos tangíveis	Entre 2 e 10 anos

As despesas de conservação e reparação que não aumentem a vida útil dos activos nem resultem em benfeitorias ou melhorias significativas nos elementos dos activos fixos tangíveis foram registados como gastos do exercício em que ocorrem.

O desreconhecimento dos ativos fixos tangíveis, resultantes de venda ou abate são determinados pela diferença entre o preço de venda e o valor líquido contabilístico na data da alienação ou abate, sendo registados na demonstração dos resultados por naturezas na rubrica “Outros rendimentos e ganhos” ou “Outros gastos e perdas”.

IMPARIDADES DE ACTIVOS

Em cada data de relato é efectuada uma revisão das quantias escrituradas com vista a determinar se existe algum indicador de imparidade.

LOCAÇÕES

A classificação das locações financeiras ou operacionais é realizada em função da substância dos contratos.

Assim, os contratos de locação são classificados como locações financeiras se através deles forem transferidos substancialmente todos os riscos e vantagens inerentes à posse ou como locações operacionais se através deles não forem transferidos substancialmente todos os riscos e vantagens inerentes à posse.

INVENTÁRIOS - Mercadorias

As mercadorias encontram-se valorizadas ao custo de aquisição. Utiliza-se o FIFO, fórmula de custeio, em sistema de inventário intermitente,

RÉDITO

O rédito é mensurado pelo justo valor da contraprestação recebida ou a receber.

O rédito proveniente da venda de bens é reconhecido quando todas as seguintes condições são satisfeitas:

- Todos os riscos e vantagens da propriedade dos bens foram transferidos para o comprador;
- A entidade não mantém qualquer controlo sobre os bens vendidos;
- O montante do rédito pode ser mensurado com fiabilidade;
- É provável que benefícios económicos futuros associados à transacção fluam para a Entidade;
- Os gastos suportados ou a suportar com a transacção podem ser mensurados com fiabilidade.

O rédito proveniente das prestações de serviços é reconhecido líquido de impostos, pelo justo valor do montante a receber.

O rédito proveniente da prestação de serviços é reconhecido com referência à fase de acabamento da transacção à data de relato, desde que todas as seguintes condições sejam satisfeitas:

- O montante do rédito pode ser mensurado com fiabilidade;
- É provável que benefícios económicos futuros associados à transacção fluam para a entidade;
- Os gastos suportados ou a suportar com a transacção podem ser mensurados com fiabilidade;
- A fase de acabamento da transacção à data de relato pode ser valorizada com fiabilidade.

O rédito de juros é reconhecido utilizando o método do juro efectivo, desde que seja provável que benefícios económicos fluam para a entidade e o seu montante possa ser valorizado com fiabilidade.

IMPOSTOS SOBRE O RENDIMENTO

Relativamente ao cálculo da estimativa do imposto sobre o rendimento do exercício, é apurado de acordo com a matéria colectável estimada, tendo em conta os rendimentos comerciais sujeitos (rendas, juros bancários).

INSTRUMENTOS FINANCEIROS

Os instrumentos financeiros encontram-se valorizados de acordo com os seguintes critérios:

Associados e outras dívidas de terceiros

As dívidas dos Associados estão mensuradas ao custo menos qualquer perda de imparidade e as dívidas de «outros terceiros» ao custo.

As dívidas de Associados ou de «outros terceiros» são registadas pelo seu valor nominal dado que não vencem juros e o efeito do desconto é considerado imaterial

Fornecedores e outras dívidas de terceiros

As dívidas de fornecedores e de outros terceiros encontram-se mensurados pelo método do custo.

As dívidas a fornecedores e a outras entidades são registadas pelo seu valor nominal dado que não vencem juros e o efeito do desconto é considerado imaterial.

Periodizações

As transacções são contabilisticamente reconhecidas quando são geradas, independentemente do momento em que são recebidas ou pagas. As diferenças entre os montantes recebidos ou pagos e os correspondentes rendimentos e gastos são registados nas rubricas «Outras contas a receber e a pagar» e «Diferimentos».

Caixas e depósitos bancários

Os montantes incluídos na rubrica caixa e seus equivalentes correspondem aos valores em caixa e depósitos bancários, ambos realizáveis.

Benefícios de empregados

Os benefícios de curto prazo de empregados incluem salários, ordenados, retribuições eventuais por trabalho extraordinário, prémios, subsídio de alimentação, subsídio de férias e de Natal e quaisquer outras retribuições adicionais decididas pontualmente pelo Conselho Nacional Executivo

As obrigações decorrentes dos benefícios de curto prazo são reconhecidas como gastos do período em que os serviços são prestados, numa base não descontada por contrapartida do reconhecimento de um passivo que se extingue com o pagamento respetivo.

De acordo com a legislação laboral aplicável, o direito a férias e subsídios de férias relativo ao período, por este coincidir com o ano civil, vence-se em 31 de Dezembro de cada ano, sendo somente pago durante o período seguinte, pelo que os gastos correspondentes encontram-se reconhecidos como benefícios de curto prazo e tratados de acordo com o anteriormente referido.

Eventos subsequentes

Não existem eventos subsequentes susceptíveis de divulgação.

3.2 – Juízos de valor críticos e principais fontes de incerteza associadas a estimativas.

Na preparação das demonstrações financeiras anexas foram efetuados juízos de valor, estimativas pressupostos diversos que afetam as quantias relatadas de ativos e passivos, assim como as quantias relatadas de rendimentos e gastos do período.

3.3 – Principais pressupostos relativos ao futuro

As demonstrações financeiras anexas foram preparadas no pressuposto da continuidade das operações, a partir dos registos contabilísticos da Ordem dos Médicos – Conselho Nacional Executivo.

4 - FLUXOS DE CAIXA:

4.1– Desagregação dos valores inscritos na rubrica de caixa e em depósitos bancários

Descrição	31-12-2012
Caixa e depósitos bancários	
Caixa	2.500,00
Depósitos à ordem	123.276,54
TOTAL	125.776,54

Na divulgação dos fluxos de caixa, foi utilizado o método direto, o qual nos dá informação acerca dos componentes principais de recebimentos e pagamentos brutos.

5 - ACTIVOS FIXOS TANGÍVEIS:

Os activos fixos tangíveis adquiridos encontram-se registados ao custo de aquisição, deduzido das correspondentes depreciações e das perdas por imparidade acumuladas.

As depreciações foram efetuadas, em regra pela, pelo método das quotas constantes.

A quantia escriturada bruta, as depreciações acumuladas, reconciliação da quantia escriturada no início e no fim do período mostrando as adições, os abates, as amortizações, as perdas de imparidade e suas reversões e outras alterações, foram desenvolvidas de acordo com o seguinte quadro:

Descrição	31-12-2011	Adições	Diminuições	31-12-2012
Edifícios e outras construções	1.182.754,88	0	233.238,07	949.516,81
Equipamento básico	92.589,36	0	0	92.589,36
Equipamento administrativo	355.332,18	11.398,15	0	366.730,33
Outras activos tangíveis	39.416,54	0	0	39.416,54
Activo tangível bruto	1.670.092,96	11.398,15	233.238,07	1.448.253,04
Depreciações acumuladas	432.977,71	314.758,56	0,00	747.736,27
Depreciações acumuladas	432.977,71	314.758,56	0,00	747.736,27
Activo tangível líquido	1.237.115,25	-303.360,41	233.238,07	700.516,77

O valor mencionado nas diminuições refere-se à regularização do valor inicial do edifício (14.665,67 euros) e à regularização das obras das instalações da Secção Regional do Centro (218.572,40 euros)

6 – PARTICIPAÇÕES FINANCEIRAS

O movimento ocorrido nesta rubrica foi o seguinte:

	Saldo a 01-01-2011	Correções / acertos	Ganhos/perdas pelo resultado líquido da participada	Saldo a 31-12-2012
Método da equivalência patrimonial				
Sano-Seguro - Sociedade Mediadora de Seguros S.A.	6.667,00	26.680,00	78.042,70	111.389,70
TOTAL	6.667,00	26.680,00	78.042,70	111.389,70

7 – INVENTÁRIOS - Mercadorias

As mercadorias encontram-se valorizadas ao custo de aquisição.

Em 31 de Dezembro de 2012 e 2011, os inventários da entidade detalham-se conforme segue:

Rubricas	31/12/2012			31/12/2011		
	Quantia Bruta	Perdas por Imparidade	Quantia líquida	Quantia Bruta	Perdas por Imparidade	Quantia líquida
Mercadorias	110.990,04	96.265,00	14.725,04	31.409,21	15.000,00	16.409,21
TOTAL	110.990,04	96.265,00	14.725,04	31.409,21	15.000,00	16.409,21

Quantia de inventários reconhecida como gastos durante os períodos findos em 31 de Dezembro de 2012 e 2011 detalha-se conforme segue:

	2012	2011
Saldo inicial	31.409,21	27.551,36
Compras		
Regularizações	82.542,50	3.999,03
Saldo final	110.990,04	31.409,21
Gastos do período	2.961,67	141,18

Foi efetuada a revisão das quantias escrituradas tendo sido determinada a imparidade conforme mostrada no mapa abaixo:

31/12/2012			
Descrição	Perdas por Imparidade do período	Reversões de perdas por imparidade	Total
Inventários	96.265,00		96.265,00
	96.265,00	-	96.265,00

8 – RÉDITOS

Quantia de cada categoria significativa de rédito reconhecida durante o período incluindo o redito proveniente de:

Rubricas	2012	2011	Variação
Vendas			
Livros	3.775,80	306,54	1131,75%
Subtotal	3.775,80	306,54	1131,75%
Prestações de serviços			
Patrocinio AXA	45.451,40	5.121,95	787,38%
Congressos	4.095,00	0,00	100,00%
Publicação da Ordem	173.278,00	0,00	100,00%
Subtotal	222.824,40	5.121,95	4250,38%
total vendas e prestações de serviços	226.600,20	5.428,49	4074,28%
Imparidade de dívidas a receber reversões			
Dívidas a receber de outros devedores	1.153.894,68	0,00	100,00%
Subtotal	1.153.894,68	0,00	100,00%
Outros rendimentos e ganhos			
Diplomas	1.690,00	2.820,00	-40,07%
Recuperação de despesas	7.419,51	37.297,97	-80,11%
Ganhos em inventários	83.637,50	0,00	100,00%
Comparticipação Secções regionais	2.327.639,99	1.886.500,00	23,38%
Cartão America express	6.859,93	8.446,71	-18,79%
Hertz	280,08	264,39	5,93%
Barcklays	0,00	9.444,60	-100,00%
Outros	13.467,78	15.290,80	-11,92%
Subtotal	2.440.994,79	1.960.064,47	24,54%
Ganhos em empresas associadas			
De associadas e empreendimentos conjuntos	78.042,70	100.000,00	-21,96%
Subtotal	78.042,70	100.000,00	100,00%
Total	3.899.532,37	1.965.492,96	98,40%

9 – ACONTECIMENTOS APÓS A DATA DO BALANÇO

Após a data do Balanço não houve conhecimento de eventos ocorridos que afectem o valor dos activos e passivos das demonstrações financeiras do período.

10 – INSTRUMENTOS FINANCEIROS

Políticas contabilísticas

Bases de mensuração utilizadas para os instrumentos financeiros e outras políticas contabilísticas utilizadas, para a contabilização de instrumentos financeiros relevantes para a compreensão das demonstrações financeiras.

10.1 - Outras contas receber e a pagar

Em 31 de Dezembro de 2012 e 2011, as rubricas «Outras contas a receber e a pagar» apresentava a seguinte composição:

Descrição	31/12/2012			31/12/2011		
	Quantia Bruta	Perdas por Imparidade	Total	Quantia Bruta	Perdas por Imparidade	Quantia líquida
Activos						
Pessoal	3.973,80	0,00	3.973,80	2.132,46	0,00	2.212,58
Outras contas a receber	162.143,68		162.143,68	1.337.066,16	1.153.894,68	183.171,48
Total	166.117,48	0,00	166.117,48	1.339.198,62	1.153.894,68	185.384,06
Passivos						
Membros	3.961,96	0,00	3.961,96	463,62	0,00	463,62
Outras contas a pagar	123.210,53	0,00	123.210,53	228.201,96	0,00	228.201,96
Total	127.172,49	0,00	127.172,49	228.665,58	0,00	228.665,58
Total líquido	38.944,99	0,00	38.944,99	1.110.533,04	1.153.894,68	-43.281,52

10.2 – Reconhecimento das perdas por imparidade de dívidas a receber.

31-12-2012			
Descrição	Perdas por Imparidade do período	Reversões de perdas por imparidade	Total
Outras contas a receber		1.153.894,68	1.153.894,68
		1.153.894,68	1.153.894,68

10.3 - Caixa e depósitos bancários

Em 31 de Dezembro de 2011 e 2010, a rubrica de «Caixa» e «Depósitos bancários» apresentava a seguinte decomposição:

Descrição	31-12-2012	31-12-2011
Caixa e depósitos bancários		
Caixa	2.500,00	2.000,00
Depósitos à ordem	123.276,54	347.214,41
TOTAL	125.776,54	349.214,41

10.4 - Outros ativos financeiros

Trata-se de uma participação maioritária numa sociedade por quotas relacionada com a actividade seguradora (mediadora).

10.5 – Contas a receber e a pagar de Associadas/empresas associadas

Nesta rubrica estão registados os montantes a receber e a pagar entre o Conselho Nacional Executivo e as Secções Regionais conforme mapa a baixo:

	31-12-2012	31-12-2011
Associados / empresas associadas		
Ativos		
Fundo de Solidariedade		6.054,01
Secção Regional Norte		145.981,21
Secção Regional Centro		124.661,97
Total	0,00	276.697,19
Passivos		
Fundo de Solidariedade	11.321,72	
Secção Regional Norte	156.785,43	
Secção Regional Centro	22.365,78	
Secção Regional Sul	145.602,65	258.018,20
Total	336.075,58	258.018,20
Total líquido	336.075,58	-18.678,99

11 – BENEFÍCIOS DOS EMPREGADOS

Os gastos com o pessoal foram os seguintes:

Gastos com Pessoal	2012	2011
Remunerações do Pessoal	736.390,39	646.950,16
Encargos sobre remunerações	125.359,10	111.035,42
Outros Gastos	25.701,16	41.604,31
TOTAL	887.450,65	799.589,89

A rubrica “outros gastos”, inclui gastos com medicina no trabalho, formação, seguro de saúde e seguro de acidentes de trabalho.

12 – OUTRAS INFORMAÇÕES

12.1 - Estado e outros entes públicos

Em 31 de Dezembro de 2012 e 2011, a rubrica de «Estado e outros entes públicos» apresentava a seguinte decomposição:

	31-12-2012	31-12-2011
Estado e outros entes públicos		
Ativos		
Imposto sobre o rendimento	1.100,07	1.100,07
Total	1.100,07	1.100,07
Passivos		
Retenção de impostos sobre rendimento	9.771,94	7.172,89
Imposto sobre o valor acrescentado	56.747,92	69.337,39
Contribuições para a segurança social	14.975,24	13.291,85
Total	81.495,10	89.802,13
Total líquido	80.395,03	88.702,06

12.2 – Diferimentos

Em 31 de Dezembro de 2012 e 2011, a rubrica de «Diferimentos» apresentava a seguinte composição:

Diferimentos	31-12-2012		31-12-2011	
	Corrente	Total	Corrente	Total
Ativos				
Gastos a reconhecer				
Manutenção Software			7.972,51	7.972,51
Diversos	1.028,59	1.028,59		
Seguros	61.201,15	61.201,15	80.198,43	80.198,43
Total	62.229,74	62.229,74	88.170,94	88.170,94
Passivos				
Rendimentos a reconhecer	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	0,00	0,00	0,00
Total líquido	62.229,74	62.229,74	88.170,94	88.170,94

13 – FUNDO SOCIAL

Em 31 de Dezembro de 2012 e 2011, a rubrica de fundo social apresentava a seguinte composição:

Fundo Social	31-12-2012	21-12-2011
Fundo Social	2.620.733,56	2.620.733,56
Reservas fundo social	27.000,00	27.000,00
Resultados transitados	-1.428.409,63	-202.798,93
Resultado líquido do período	-135.145,20	-350.292,46
TOTAL	1.084.178,73	2.094.642,17

Lisboa, 21 de maio de 2013

Técnico Oficial de Contas
Nº 89583

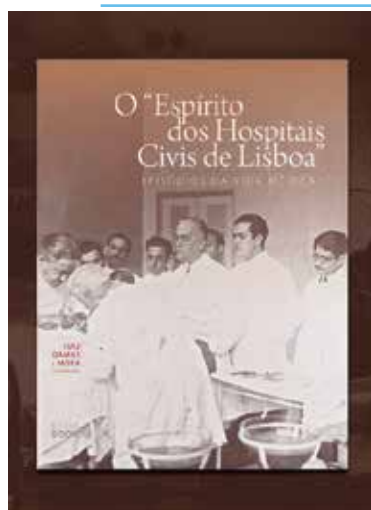
Conselho Nacional Executivo



Ser Espiritual - Da Evidência à Ciência

O novo livro de Luís Portela, presidente da companhia farmacêutica Bial, intitula-se 'Ser Espiritual - Da Evidência à Ciência', uma edição Gradiva, foi lançado no dia 26 de Junho. Esta é a primeira obra em que o autor revela de forma mais aprofundada um dos interesses que sempre esteve presente na sua vida – a compreensão da dimensão integral do Homem, tanto sob os aspectos físicos como sob o ponto de vista espiritual. Cruzando saberes tradicionais com os resultados da mais recente investigação científica na área, Luís Portela reflecte sobre o indivíduo no seu todo, questionando o seu lugar no rumo que a Humanidade segue actualmente, alvo de um assinalável progresso tecnológico mas cada vez mais alheada do desenvolvimento da sua dimensão espiritual. Num momento em que observa com particular acutilância que, no indivíduo, o Ter se sobrepõe cada vez mais ao Ser e em que parece chegar-se ao limite de já nem fazer falta Ter, bastando apenas Parecer, afigurou-se ao autor oportuno procurar recentrar o Homem no âmago do seu ser espiritual através de um conjunto de linhas orientadoras que partilha com o leitor nesta sua obra. Explorando temas, como a harmonia, a consciência, as vidas passadas, a sensibilidade, o sexto sentido, a intuição, o livre-arbítrio, os valores universais ou a reencarnação, Luís Portela sugere ao leitor um prévio despojamento

de conceitos e preconceitos, uma grande abertura a uma perspectiva diferente dos conhecimentos aceites pela cultura vigente, de modo a que a leitura desta obra o permita perspectivar o Universo a partir do seu eu espiritual de uma forma harmoniosa, consistente e útil para vida futura. Neste livro pode ler-se «Aparentemente, a Humanidade tem feito uma grande progressão no domínio tecnológico, mas, mantendo-se embriagada com a exploração material e distraída com um mar de futilidades, tem deixado para segundo plano a descoberta do espiritual. O ter tem-se sobreposto ao ser. E, recentemente, parece que já nem faz falta ter, basta parecer. Tendo assumido a ilusão tal dimensão, afigura-se oportuno lembrar a essência das mensagens dos Mestres, procurando recentrar o Homem no âmago do ser. Foi o que procurei fazer nas páginas seguintes, cruzando os saberes tradicionais com os resultados de investigação científica recente; também sintetizando ideias e alguns textos já por mim apresentados noutras alturas. Desejo que o leitor tenha muito prazer na sua leitura e que dela resulte algo útil para si. Nesse sentido, sugiro um prévio despojamento de conceitos e preconceitos, uma grande abertura a uma perspectiva diferente dos conhecimentos tradicionalmente aceites pela cultura vigente. Ou seja, uma real abertura do leitor a perspectivar o Universo a partir do seu eu espiritual».



Espírito dos Hospitais Cívicos de Lisboa

'Espírito dos Hospitais Cívicos de Lisboa - Episódios da Vida Médica' é o título da obra coordenada por Luiz Damas Mora e editada pela By the Book, que foi apresentada no dia 30 de Maio, na Sacristia do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital de São José. Este livro reúne cerca de meia centena de histórias escritas por médicos sobejamente conhecidos: Adolfo Coelho, Alves Pereira, Andrade da Fonseca, António Alvelos, António da Cruz Pinho, Aragão Moraes, Armindo Pinto, Ary catarino, Barros Veloso, Borges D'Almeida, Canas Ferreira, Canellas da Silva, Carlos de Sousa, Celestino da Costa, Costa Quinta, Coutinho de Miranda, Damas Mora, Delgado Martins, Dinis da Fonseca, Fernanda Sampayo, Fernando Afonso, Fernando calais, Fernando Xavier, Ferreira D'Almeida, Francisco George, Fonseca Ferreira, Gentil Martins, Gomes Rosa, Guimarães da Rocha, Jardim Simões, João Eurico Lisboa, João Rodrigues Pena, José Cabral Beirão, José Pratas, José Prates, Karin Dias, Leonor Faro, Machado Luciano, Marieta Soveral Rodrigues, Marques da Costa, Mateus Marques, Mendes de Almeida, Ribeiro Rosa, Rosa Dias, Rosado Pinto, Rui Bento, Sá Marques, Salette Silva, Samuel Ruah, Santos Bessa, Schiappa de Carvalho, Sousa Sampaio, Teixeira Diniz, Teresa Sustelo, Vasco Trancoso e Vital Calado. As

histórias contadas, umas alegres outras trágicas, são todas envolvidas num espírito humanista que começa a rarear. A coordenação de Luiz Damas Mora - e as notas de enquadramento histórico que acrescentou ao longo deste documento de importante valor histórico - oferece sentido aos textos e fotografias de época. O trabalho demorou cerca de cinco anos entre os primeiros convites e o prelo. O resultado final prova que valeu a pena o empenho de todos os que se envolveram nesta edição.