

Revista **Ordem** **Médicos**

ano 30 n.º 147 Jan-Fev | 2014 Mensal | 2€

Visita à MAC

pág. 52

Tomada de posse dos órgãos dirigentes

Novo CNE em funções

pág. 36



Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 30
N.º 147
Janeiro - Fevereiro 2014

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

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

Impressão:
**Lidergraf - Sustainable Printing,
Artes Gráficas, SA**
Rua do Galhano, 15
4480-089 Vila do Conde

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

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



S *umário*

05 cultura

editorial

06 Unidade e coesão da Ordem dos Médicos

informação

13 Requisitos mínimos no serviço de urgência

16 Não há falta de especialistas de Gastroenterologia

17 Medidas de abordagem integrada das doenças hepáticas

18 Atendimentos suplementares em Medicina Geral e Familiar

19 Transparência e Publicidade

20 Urgência do Hospital de Aveiro

23 Carta aberta ao INEM

24 Em defesa da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e do SNS

24 Competência em Medicina do Sono

25 Porque se repetem os mesmos problemas?!

26 Rastreo de *Helicobacter Pylori* em Farmácias

27 Segurança Social dos médicos portugueses

actualidade

32 Procriação medicamente assistida: uma história de sucesso?

34 Visita ao Museu Nacional de Arqueologia

36 Tomada de posse dos órgãos dirigentes da OM



52 Visita à Maternidade Alfredo da Costa

56 Diagnosticar para ajudar

entrevista

58 Transparência, honestidade e muito trabalho na defesa da medicina e dos doentes

61 União e transparência para um trabalho consistente e responsável

65 Uma OM mais interventiva e mais próxima de todos os médicos e dos doentes

opinião

68 Que cultura organizacional para o Serviço Nacional de Saúde português?

70 A satisfação e a motivação

72 Mais disciplina, melhor Medicina!

73 Albino Aroso – um Homem para a vida

74 Cortar na Saúde mata

75 Medicamentos *off label* em oftalmologia

80 Um certo conceito da Psiquiatria da Infância (Sobre o que captei ao longo da vida profissional)

Errata:

Por lapso na última edição da ROM (nº 146), no artigo do Conselho Disciplinar (página 24 e seguintes) omitiu-se o devido agradecimento ao Dr. Diogo Bártolo, Consultor Jurídico do Conselho Disciplinar Regional do Sul, por toda a colaboração prestada.

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

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

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: Vasco Ribeiro
 CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: José Filipe Fabela 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



Ser ou não ser (perfeito)?

O psiquiatra António Ferreira de Macedo é o responsável pela coordenação da obra 'Ser ou não ser (perfeito)?', um livro que nos fala de perfeccionismo e psicopatologia. A ligação entre o perfeccionismo e os problemas psicológicos foi evidenciada por múltiplos autores, desde há várias décadas, em descrições de casos clínicos e, mais recentemente, por vários estudos empíricos que estabelecem uma associação entre algumas facetas do perfeccionismo e diversos sintomas/estados psicopatológicos. Na obra podemos explorar o conceito de perfeccionismo e os seus instrumentos de avaliação, os aspectos cognitivos do perfeccionismo, as suas ligações com o stress e a depressão ou as perturbações de ansiedade ou alimentares, com o comportamento suicida, com outros traços de personalidade, etc. Uma edição da Lidel.



O Admirável Placebo

Obra da autoria da cardiologista Teresa Gomes Mota, 'O Admirável Placebo' reúne, de uma forma clara e resumida, um conjunto alargado de informação sobre um dos mais enigmáticos temas das ciências médicas: o efeito placebo. Refletindo um longo trabalho clínico e de pesquisa científica, uma particular valorização da relação médico-doente e uma sensibilidade especial da autora para as formas de medicina não convencionais, esta obra contém uma revisão atualizada e acrescenta pontos de vista originais. A cardiologista investigou durante dois anos o impacto do efeito placebo na prática clínica e afirma no seu livro que a relação entre o profissional de saúde e o doente, cada vez mais ameaçada por factores como o aumento das tecnologias e a diminuição do tempo de consulta, é o verdadeiro efeito placebo e ainda o tratamento mais barato e poten-

cialmente mais eficaz no tratamento das doenças. Para a autora, «com a utilização de placebos na intenção de demonstrar os efeitos dos medicamentos, acabou também por se comprovar cientificamente a importância do apoio social e da interação entre o profissional de saúde e o doente, o chamado contexto terapêutico, para o tratamento das doenças». «Do meu ponto de vista, o efeito placebo traz esta mensagem importante: a sofisticação das tecnologias pode complementar, mas não substitui o valor do encontro terapêutico. Para mais, julgo que as pessoas não se devem situar como vítimas passivas das doenças, uma vez que contêm em si simultaneamente os problemas e as soluções. E como médicos temos por missão ajudar as pessoas a tomar consciência deles. Acredito que com a ajuda da nossa presença atenta, simples, verdadeira, compassiva, pouco a pouco, o nosso doente acaba por abrir a porta e um admirável efeito placebo acontece», conclui Teresa Gomes Mota. O seu livro, ainda que com o principal foco na medicina convencional, apresenta uma visão que procura ser inclusiva de outros paradigmas médicos e holísticos.



Futurar em positivo - Satisfação no trabalho

O lançamento do livro 'Futurar em positivo – satisfação no trabalho' da autoria de André Biscaia, realizou-se no passado dia 14 de Novembro. André Biscaia é médico de família a exercer na USF Marginal, no Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais, onde coordena o Núcleo de Investigação e Qualidade. É investigador e formador no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, ISCTE Business School, Faculdade de Medicina de Lisboa e Faculdade de Motricidade Humana. O livro agora apresentado é baseado na tese de doutoramento do autor – subordinada ao tema 'Satisfação no Trabalho dos Médicos de Família dos Centros de Saúde Portugueses' - e tem como finalidade desenvolver uma estratégia de abordagem integrada de satisfação no trabalho dos médicos de família que seja de aplicação viável e capaz de disponibilizar resultados úteis para os vários níveis de decisão – individual, organizacional e sistémicos.



Unidade e coesão da Ordem dos Médicos

Algumas pessoas perguntaram-me porque é que decidi tomar posse no Porto e não em Lisboa. A minha resposta foi simples, o Porto também é Portugal e a Ordem dos Médicos vai de Bragança ao Funchal, passando por Sta Cruz das Flores.

Mas pretendi, simultaneamente, transmitir uma mensagem de unidade e coesão da Ordem dos Médicos, com o Bastonário a tomar posse em conjunto com uma Secção Regional.

Neste clima, e estando no Norte, não posso deixar de, na pessoa do Dr. Miguel Guimarães, a quem dou os parabéns pela sua merecida reeleição, reconhecer e agradecer o trabalho excepcional

desenvolvido pela Secção Regional do Norte durante o mandato que hoje se conclui e que foi essencial para o desempenho positivo alcançado pela Ordem dos Médicos, permitindo-lhe afirmar-se activa e genuinamente como Provedora dos Médicos, dos Doentes e da Saúde, não obstante a ecologia interna e o ambiente externo particularmente adversos, atravessando um dos mais graves períodos da história recente de Portugal, com uma profunda crise política, económica e financeira, mas sobretudo dos valores éticos e morais e da solidariedade social.

Estou convicto que os objectivos essenciais da nossa missão foram

conseguidos e que Ordem dos Médicos reconstruiu a sua imagem de unidade, alicerçada na diversidade, recuperou o reconhecimento público e dos doentes, readquiriu a sua dignidade e prestígio, conquistou o respeito dos parceiros da Saúde e dos responsáveis políticos, mesmo daqueles que de nós discordam, fortaleceu a sua capacidade de influência e intervenção na política da Saúde e, com os bons resultados de todos conhecidos, soube respeitar e trabalhar em conjunto com as outras organizações representativas dos médicos.

Acredito que foi isso mesmo que os médicos reconheceram ao apoiarem de forma enérgi-

ca a minha reeleição para mais um triénio como Bastonário da Ordem dos Médicos, concedendo-me mais de 91% dos votos expressos, no ano em que, com grande significado, a Ordem dos Médicos completou 75 anos de vida.

Esta votação positiva e eloquente, que ultrapassou em número absoluto o número daqueles que em mim votaram na segunda volta das últimas eleições, excedeu as minhas melhores expectativas e certamente expressa um elevado nível de aprovação, legitimando e reforçando a Ordem e o seu Bastonário para os difíceis tempos que vamos enfrentar.

Evoco o Dr. Fernando Gomes e o Prof. Pereira Coelho para reconhecer e agradecer a qualidade do trabalho dos Colegas pertencentes aos corpos sociais que agora cessam funções, pois deram à Ordem o seu melhor.

No Dr. Jaime Mendes e no Dr. Carlos Cortes, por cujas vitórias parabenteio, saúdo a nova vaga de dirigentes da Ordem e desejo o maior êxito para todos aqueles que, em continuidade ou de novo, receberam a imensa e complexa responsabilidade de participarem mais directa e activamente na exigente, consumptiva e babélica gestão e condução interna e externa dos destinos da Ordem dos Médicos. No que respeita à vida interna da Ordem, olho o futuro com mais confiança do que o passado. Quem sai deixa nostalgia, mas quem entra trás novas expectativas, novas propostas, novas exigências e uma nova esperança.

Fernando Pessoa perguntou

“Que homem de génio não é obcecado por um sentido de missão?”. Obviamente, não somos génios, somos sim servidores eleitos, mas ao sermos empossados devemos interiorizar que fomos investidos de uma importante missão de cidadania, defender os Doentes, proteger 99% dos Médicos, preservar as boas práticas médicas e lutar pela Qualidade da Saúde.

Não posso deixar de dirigir uma merecida palavra aos funcionários da Ordem dos Médicos, na

...a Ordem dos Médicos
reconstruiu a sua imagem
de unidade, alicerçada na
diversidade, recuperou o
reconhecimento público e
dos doentes, readquiriu
a sua dignidade e prestígio,
conquistou o respeito dos
parceiros da Saúde e dos
responsáveis políticos,
mesmo daqueles que de
nós discordam, fortaleceu
a sua capacidade de
influência e intervenção na
política da Saúde...

sua generalidade de inexcédível dedicação, experiência e qualidade, pois sem eles quase nada teria sido possível.

Porque sozinho ninguém consegue fazer nada de muito relevante, igualmente fundamentais foram, e continuarão a sê-lo, todos os Amigos, com A grande, que, de múltiplas formas, com a frontalidade das suas opiniões, sugestões e críticas, por vezes bem vincadas e assertivas mas sem-

pre leis e respeitadoras, me ajudaram a crescer e a desempenhar com maior equilíbrio as difíceis e surpreendentes funções de Presidente da Ordem dos Médicos. A vida ensinou-me a distinguir as verdadeiras das falsas amizades, a acarinhar as primeiras e a ser imune às segundas. Permitam-me que a todos agradeça de forma humilde e sincera, que saliente e manifeste o respeito que me merecem os meus mandatários regionais e nacional, que voltaram a aceitar empenhar o

seu nome na minha reeleição, os Profs Castro Lopes, Vilaça Ramos, Fernandes e Fernandes e Linhares Furtado, e que nomeie aquele que me acompanhou de perto durante estes três anos, por vezes bem problemáticos, de uma amizade já com 35 anos, o José Mário Martins.

Tal como em 2011, volto a convocar todos os médicos para o trabalho e para as lutas futuras, recordado que a Ordem não é uma entidade abstracta, que tenha a obrigação e os meios para fazer tudo sozinha, a Ordem somos todos nós e o somatório de todas as nossas contribuições.

São inesgotáveis os desafios que se colocam perante nós.

Já os tenho referido, mas faz sentido e devo repeti-los aqui e agora.

As interferências na relação médico-doente e na prescrição médica, a proletarização da medicina, a desqualificação do trabalho médico, o *numerus clausus* desmedido, o excesso de alunos e a deficiente formação pré-graduada, a insuficiente capacidade formativa pós-graduada, a potencial perda de qualidade dos internatos médicos, internos da

especialidade abusivamente utilizados com sobrecarga de trabalho, os ilegais concursos fechados para contratação de jovens especialistas, geradores de tremendas iniquidades, que abrem vagas colocando especialistas sozinhos, até da área cirúrgica, o que os impediria de trabalhar, com queixas dos próprios hospitais e a serem contestados nos tribunais, a demasiado lenta recuperação das Carreiras Médicas, a ausência de concursos abertos que permitam a muitos especialistas regressarem ao SNS (onde são necessários), o desemprego, a emigração, os cortes contínuos e excessivos na Saúde, o comprometimento progressivo da qualidade, acessibilidade, capacidade de resposta e desígnios constitucionais do SNS, os serviços hospitalares com taxas de ocupação de 200% e doentes em macas por falta de camas hospitalares, equipas médicas de urgência abaixo dos limites mínimos de segurança, com os doentes a chegarem a esperar 24 horas por um atendimento em serviço de urgência, a descaracterização e lentificação da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, a imposição de indicadores impossíveis de cumprir, em processos de falsa contratualização que estão a reduzir a prestação de cuidados de saúde a meras estatísticas que esquecem as verdadeiras necessidades dos Doentes e colidem com a humanização dos cuidados, o preocupante aumento das taxas de mortalidade bruta e infantil e das listas de espera cirúrgicas e para a realização de MCDTs, a transferência de custos da Saúde para os doentes, que

cada vez mais faltam às consultas por insuficiência económica, as faltas recorrentes de material médico, a dispensa de medicação hospitalar de ambulatório por períodos absurdamente curtos, obrigando os doentes a múltiplas viagens e custos adicionais, as dificuldades de acesso à inovação terapêutica, as desigualdades regionais no tratamento dos doentes, o *task-shifting* profissional, o ataque à pequena e média iniciativa privada médica, as empresas de mão-de-obra médica

...não há neste momento em Portugal um programa explícito de Saúde, embora cada vez mais se subentenda a filosofia do Estado mínimo, o favorecimento da progressiva concentração do sector privado, com prejuízo da medicina de proximidade e da capacidade de resposta do Sistema de Saúde, descentrando-o do Doente para o focar na estatística e no economicismo.

de baixo preço e, muito frequentemente, de baixa qualidade, o errado método de financiamento hospitalar, que obriga os hospitais a tentarem livrar-se de muitos doentes sob pena de falência, criando a inesperada situação de termos uma Directiva Transfronteiriça de Serviços que permite aos doentes portugueses irem tratar-se à Alemanha mas que proíbe um doente do Algarve de escolher tratar-se no Hospital de

Sta Maria, etc., etc.

Para juntar ao rol das preocupações, o Guião da chamada Reforma do Estado, apresentado recentemente pelo Governo, é de uma limitação e indefinição impressionantes, o que permite perceber que, para além da voracidade dos cortes permanentes na Saúde, acima do exigido pela Troika, não há neste momento em Portugal um programa explícito de Saúde, embora cada vez mais se subentenda a filosofia do Estado mínimo, o favorecimento da progressiva concentração do sector privado, com prejuízo da medicina de proximidade e da capacidade de resposta do Sistema de Saúde, descentrando-o do Doente para o focar na estatística e no economicismo.

Como Ordem, continuaremos a intervir empenhada e construtivamente em todas as frentes da Saúde, porque todas são importantes e não estamos dispostos a abdicar da Qualidade da medicina portuguesa, nem da Dignidade dos Médicos, muito menos de nenhum dos valores e princípios Éticos e Deontológicos que regem esta nobre profissão.

Alguns insistem na ausência de alternativas, que é obrigatório cortar a fundo, que o racionamento é inevitável. Mas há sempre alternativas!

Como prova disso mesmo não posso deixar de transcrever algumas passagens do livro "O País que não resgatou os seus Bancos", de Marc-Pierre Dylan. Cito: «No momento em que o mundo assiste a uma das mais graves crises económicas e sociais, um país com pouco mais de 310000 habitantes mostrou às potências

européias como a soberania popular ainda é a verdadeira força da mudança. Saindo às ruas, os seus cidadãos lutaram pelos seus direitos e por se fazerem ouvir, negando-se a aceitar as decisões governamentais. Criaram toda uma nova forma de enfrentar a vida e a política.

Ólafur Ragnar Grímsson, atual presidente da Islândia, afirmou: “as condições de pagamento da dívida são muito injustas, os islandeses vão ter de carregar com uma dívida que são os bancos que têm de assumir”. E depois convocou um referendo em que os islandeses escolheram por esmagadora maioria o “não” ao pagamento da dívida. Grímsson disse ainda “A Islândia é uma democracia, não um sistema financeiro”.

A verdade é que o Tribunal de Haia deu razão à Islândia na acção interposta pela Grã-Bretanha e Holanda, ilibando a Islândia do pagamento da dívida da falência de um banco privado.

Enquanto os restantes países europeus afundados na crise aumentam exponencialmente a sua dívida e a taxa de desemprego, resgatados pela Troika, a Islândia vive tempos de crescimento e de recuperação num clima de satisfação social e sem austeridade. Este movimento do povo islandês ficou conhecido como “Revolução Silenciosa”. Graças a ela, agora são os cidadãos que comandam o seu destino e os políticos articulam organicamente os desejos da maioria e não o contrário».

Fim das citações.

Caros Amigos e Colegas, há sempre alternativas! Como escreveu Luís Vaz de Camões, Todo o

mundo é composto de mudança, tomando sempre novas qualidades.

No seu livro ‘O meu programa de Governo’, José Gomes Ferreira aponta muitos caminhos alternativos, como, por exemplo, 1) proibir todos os novos investimentos públicos feitos em nome de privados e pagando mais do dobro do que seria suposto o Estado pagar se fizesse directamente as obras, 2) nacionalizar ou expropriar os contratos das PPPs que envolvem as ex-SCUT, bom

Aos médicos que forem condenados nestes processos, demonstrando-se que confundiram o exercício hipocrático da medicina com comércio ilícito, estamos determinados a aplicar penas de expulsão. Iremos separar definitivamente o trigo do joio.

como das subconcessões mais onerosas para o Estado, 3) nacionalizar ou expropriar o ‘monstro’ do défice tarifário da electricidade, que já vai em 3800 milhões de euros e continuará a crescer pelo menos até 2016, etc., etc.

Especificamente na Saúde também há várias decisões que devem ser tomadas para reduzir o desperdício e para acabar com redundâncias, conflitos e inoperacionalidade entre estruturas, como promover a imediata fusão entre as ARSs e a ACSS.

É esta firme consciência de que há alternativas reais e concretas que nos confere autoridade moral e legitimidade formal para sermos críticos e para defender

os Médicos, os Doentes e a Saúde, particularmente o Serviço Nacional de Saúde e a sua estrutura basilar, as Carreiras Médicas, contra os cortes extremos, desnecessários e políticos a que estão a ser submetidos.

Mas somos construtivos e estamos sempre disponíveis para o diálogo, como é nossa obrigação, em cumprimento e respeito pelas funções que nos são delegadas pelo Estado.

A prova disso mesmo são os protocolos assinados com a Direcção Geral da Saúde e com a Entidade Reguladora da Saúde, a participação activa da Ordem na Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica, do Infarmed, e o relacionamento cordial e profícuo com a Inspecção Geral das Actividades em Saúde, cujos Presidentes aqui cumprimento com todo o respeito e com os quais temos trabalhado de forma séria, construtiva e com resultados positivos.

Não posso deixar de saudar com satisfação, não obstante o atraso, a comparticipação dos novos medicamentos para a hepatite C e o modelo adoptado para o acompanhamento da sua utilização, sedeando-o no Grupo de Trabalho da CNFT, onde a Ordem está representada, permitindo garantir a transparência nacional do processo, o cumprimento das leis e a avaliação epidemiológica dos resultados.

É um caminho muito positivo que se abre e que deverá substituir os opacos Centros Regionais Especializados para a Utilização Excepcional de Medicamentos, aos quais solicitámos informação pormenorizada das decisões tomadas e respectiva fundamenta-

ção ao abrigo da Lei 46/2007, que regula o acesso aos documentos administrativos. A Ordem dos Médicos permanecerá atenta a esta temática.

Quero louvar o Ministério da Saúde pelo combate à fraude e à corrupção e pelos excelentes resultados que têm vindo a ser alcançados. Aos médicos que foram condenados nestes processos, demonstrando-se que confundiram o exercício hipocrático da medicina com comércio ilícito, estamos determinados a aplicar penas de expulsão. Iremos separar definitivamente o trigo do joio. Aliás, neste triénio foram propostas três penas de expulsão pelos Conselhos Disciplinares da Ordem, cujos processos se aproximam do trânsito definitivo em julgado.

Mas não podemos deixar de lamentar que, ao contrário dos processos do circuito do medicamento, em que há sempre muitos presos, noutros processos de fraude e corrupção não haja presos nenhuns. Não posso deixar de lamentar que as televisões tenham mais facilidade em detectar fraudes na facturação do que as auditorias oficiais do Governo; Vai ser aberto um inquérito às falhas dos auditores? Houve alguma protecção especial? Ninguém vai ser responsabilizado? Porque não abre o Ministério de imediato o regime das Convenções, tornando-o de adesão livre e competição pela Qualidade, sendo os preços definidos administrativamente pela tutela?

E o que se passa com o BPN, onde se queimou o equivalente ao orçamento de um ano do SNS, e tantos outros processos de corrupção que verdadeiramente contribuíram para a bancarrota

do país? 100 milhões de fraudes na Saúde já originaram tantos presos, e os tantos milhares de milhões de outras tantas fraudes foram todos roubados por gente inocente?

É óbvio que temos uma Justiça a duas velocidades, mas lutaremos incansavelmente para que não se institucionalize a mesma cultura na Saúde.

A propósito da reportagem televisiva de ontem, sobre mais um caso de alegada fraude na Saúde, o Ministério da Saúde, e bem,

...a Ordem dos Médicos quer colaborar com o Ministério da Saúde e com todos os parceiros da Saúde para construir as melhores soluções que permitam arquitetar um Portugal sustentável para os nossos reformados e para os nossos filhos.

emituiu um comunicado sobre o Reforço da Transparência no Exercício da Medicina Pública. Pode contar com a máxima colaboração da Ordem dos Médicos. Mas exigimos que a discussão desta problemática envolva o mesmo grau de empenhamento e decisão lá, nos subterrâneos do poder, onde o Sol se faz sombra, como escreve António Arnaut no prefácio do seu “Rio de Sombras”.

Li o capítulo “Acabar com a Central de Negócios no Parlamento” do livro de José Gomes Ferreira e, dado o mote do comunicado do Ministério da Saúde, não posso deixar de transcrever um parágrafo desse capítulo: “A mesma maneira de fazer negócios em Portugal, pendurados no Estado,

à custa de todos nós, continuará a existir enquanto não for imposto um estatuto do exercício do cargo de deputado que preveja um rigoroso regime de incompatibilidades”.

Em consequência, propomos que todas as regras a implementar na Saúde sejam em primeiro lugar instituídas obrigatoriamente na Assembleia da República e que o comunicado do Ministério da Saúde seja transformado numa iniciativa do Governo relativa ao “Reforço da Transparência e Independência no Exercício de Funções Públicas”.

Os bons exemplos devem começar pelo topo da pirâmide, onde as decisões tomadas efectivamente condicionam o futuro do país. Não o fazer desta maneira, é pensar que as pessoas vão continuar a aceitar passivamente uma ‘transparência a duas velocidades’. Penso que isso vai deixar de acontecer.

E num país que já recebeu o FMI por três vezes, em 40 anos de muitas liberdades, muita corrupção e pouca justiça, é evidente que quase tudo tem de mudar no nosso sistema político, porque esse é o cerne dos nossos problemas!

Se não resolvem a génese dos ciclos de bancarrota, também não nos podem obrigar a aceitar cortes absurdos no SNS, o afastamento dos Cuidados de Saúde dos cidadãos mais carenciados, as urgências a rebentar pelas costuras, colocando em risco profissionais e doentes, serviços hospitalares com taxas de ocupação superiores a 200% e a total desqualificação do trabalho médico, com hospitais a quererem pagar 11 euros brutos/hora pelo trabalho médico de elevado risco e exigência nas VMERs.



Será que os cidadãos portugueses devem copiar os cidadãos islandeses para forçar a reforma de um sistema que se revela incapaz de se autorreformular?

Depois deste desvio por outros temas, apenas para demonstrar que há mesmo muito a fazer e muitas alternativas, e só referi algumas, para evitar os cortes destruidores do SNS, volto a sublinhar que a Ordem dos Médicos quer colaborar com o Ministério da Saúde e com todos os parceiros da Saúde para construir as melhores soluções que permitam arquitectar um Portugal sustentável para os nossos reformados e para os nossos filhos.

Como sempre esteve, a Ordem dos Médicos está totalmente disponível para trabalhar honestamente com o Ministério da Saúde e produzir documentos que norteiem o futuro da Saúde em Portugal e promovam as Reformas necessárias para verdadeiramente produzir ganhos em

Saúde para a população.

Já evidenciámos que temos respostas, só falta quererem-nos ouvir. E quando não nos auscultam na fase de ideação e construção, terão de aceitar as nossas críticas no período de avaliação.

Quais são os nossos principais objetivos para o próximo triénio? Referi-os no programa eleitoral, pelo que saliento apenas alguns.

- Aprovar os Estatutos. Desejamos o início breve dos trabalhos com o Ministério da Saúde. É natural que os novos corpos sociais da Ordem pretendam até propor algumas modificações à proposta apresentada quase há um ano.

- Aprovar um novo Regulamento do Internato Médico, que permitirá ultrapassar os graves constrangimentos actuais quanto ao número de vagas, ao concurso B, ao acesso de candidatos sem qualificações mínimas e à atribuição de autonomia. Aguardamos a proposta do Ministério da Saúde há quase dois anos e esta-

mos completamente abertos ao diálogo.

- Investir na requalificação das Carreiras Médicas e na discussão de um processo integrado de recertificação médica adaptado à realidade nacional.

- Com base no estudo da Demografia Médica, que antecipa 9000 médicos acima das necessidades do país até 2025, criando uma pressão a nível pré e pós-graduado que prejudica a Qualidade da formação, levar a uma redução do *numerus clausus* em medicina. Formar 9000 especialistas médicos a mais tem um custo até 4500 milhões de euros. É um absurdo incompreensível, num país sob severa austeridade, gastar 4500 milhões de euros para formar especialistas médicos que terão de emigrar a custo zero, sem qualquer benefício para o país e para os doentes portugueses. Para além do excesso de médicos induzir a mercantilização da Saúde e dos Doentes.

- Estimular a continuidade da única Reforma em Curso na Saúde, a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, alicerce central do Serviço Nacional de Saúde, colaborar da revisão da organização dos Cuidados Continuados, que tem muitas deficiências de base, e lançar dois grandes debates, sobre financiamento e contratualização em Saúde.

- Procurar que o Ministério da Saúde ouça a Ordem dos Médicos sobre a Reforma Hospitalar, que ainda não existe, e sobre Planeamento e Organização em Saúde! Reproduzo uma frase paradigmática de uma carta do Colégio de Infeciologia, que se poderia repetir *quicá* em todos os Colégios: “A rede de referência de Infeciologia, aprovada formalmente pelo Ministério da Saúde em 2001, nunca foi posta em prática, do mesmo modo que a Carta Hospitalar para a especialidade de Infeciologia elaborada pela ERS não tem sido conside-

rada na abertura de vagas a concurso”. À Ordem dos Médicos também não foi pedido nenhum parecer sobre Reforma Hospitalar. E no entanto, como referem Katherine Baicker e Helen Levy, num artigo de Agosto de 2013 do New England Journal of Medicine, intitulado “Coordination versus competition in Health Care Reform”, muitas propostas para melhorar o valor dos cuidados de saúde nos Estados Unidos focam-se na melhoria da coordenação. É aqui que Portugal deve investir.

Permitam-me que pergunte, como se pode “melhorar a eficiência global do sistema de saúde” sem planeamento efectivo e sem uma boa organização do

sistema, publicamente escrutinados e com a participação dos parceiros do sector? Documentos têm sido produzidos muitos, todos sabemos, mas nada ou muito pouco de concreto tem sido aplicado no terreno.

– Dar prioridade às questões dos Licenciamentos, em defesa da

Formar 9000 especialistas médicos a mais tem um custo até 4500 milhões de euros. É um absurdo incompreensível, num país sob severa austeridade, gastar 4500 milhões de euros para formar especialistas médicos que terão de emigrar a custo zero, sem qualquer benefício para o país e para os doentes portugueses.

pequena e média iniciativa privada médica independente e de proximidade, impedindo uma reengenharia e extinção forçada deste importantíssimo sector da actividade médica.

Neste aspecto regozijamo-nos e agradecemos ao Ministério da Saúde ter aberto um espaço de diálogo e adiado a obrigatoriedade da legislação por um ano. Já enviámos as nossas propostas à ACSS e aguardamos agora a marcação de uma reunião de trabalho.

- Propor a natural revisão da legislação da prescrição de medicamentos, agora que passaram dois anos da sua aprovação, para corrigir algumas imperfeições e, sobretudo, para garantir que o

doente tem acesso efectivo aos medicamentos mais baratos, conforme prescrição médica.

- Efectuar um périplo por todo país, com as Secções Regionais e os Distritos Médicos, para avaliação do estado real da Saúde em Portugal, com a elaboração de relatórios, elencando problemas e apresentado respostas, a enviar ao Ministério da Saúde.

- Institucionalizar o Diálogo permanente com os Doentes. Procurar-se-á organizar um Congresso com as Associações de Doentes para discutir as dificuldades e soluções para a acessibilidade dos doentes ao Serviço Nacional de Saúde e ao Estado da Arte Médica.

- Colaborar com a DECO, que já tomou essa iniciativa, no estabelecimento de um plano global de combate à utilização indevida de antibióticos, recordando que 80% da utilização de antibióticos é não humana.

Enfim, esperam-nos a todos enormes desafios e grandes tarefas, que procuraremos desempenhar em equipa, com espírito de entreajuda, com empenho, assertividade, dedicação e determinação.

Da Ordem dos Médicos poderão esperar sempre verdade, frontalidade, disponibilidade e a defesa intransigente dos Doentes.

Olho o futuro com alguma esperança e estou pronto para o trabalho.

Obrigado aos médicos pela confiança que depositaram em mim e nos Colegas eleitos.

Obrigado aos presentes pela gentileza de testemunharem este acto solene.

(Estivemos a reproduzir o discurso de tomada de posse do bastonário da Ordem dos Médicos, 10 de Janeiro de 2014).



Requisitos mínimos no serviço de urgência

Divulgamos em seguida a informação do Departamento Jurídico da OM sobre os requisitos mínimos em termos de recursos humanos, no serviço de urgência, mais especificamente no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia.

O consulente - médico especialista em ginecologia/obstetrícia, colocou-nos as seguintes questões:

1. *É legal um médico assumir sozinho a responsabilidade de um serviço de urgência de G/O, sem que tenha qualquer outro elemento na sua equipa?*
2. *No caso de ocorrer algum evento adverso que cause a morte ou danos materno-fetais e que possa ser conexas com a formação da equipa de urgência quem será responsabilizado? O médico que assegurou o serviço ou o Conselho de Administração que determinou a organização da equipa?*
3. *Nas condições supra referidas o médico pode recusar a prestação do serviço de urgência?*
4. *Caso não possa recusar quais as condições de garantia que pode ter para não ser incriminado na ocorrência de um evento adverso?*

Convém fazer o enquadramento da situação exposta já que o consulente parte do pressuposto de que o serviço de urgência tem de funcionar com o mínimo de dois médicos especialistas.

Importa, antes de mais, averiguar quais as condições técnicas, em termos de recursos humanos, que têm de ser exigidas para o funcionamento do serviço de urgência de G/O.

Das normas compulsadas, teremos em atenção:

- a Rede de Referência Materno-Infantil (RRMI), aprovada por Despacho Ministerial de 26 de Abril de 2001, e publicada pela Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, da Direcção Geral da Saúde;
 - a Portaria 615/2010, de 3 de Agosto, que estabelece requisitos mínimos relativos aos recursos humanos para o exercício da actividade das unidades privadas que tenham por objecto a prestação de serviços médicos em obstetrícia e
 - a Norma Complementar nº 01/04 do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia da Ordem dos Médicos, que determina as Normas de Funcionamento de Blocos de Partos.
- No anexo 6 da RRMI, documento que pode ser consultado

através do link <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005625.pdf>, constatamos que as condições mínimas exigíveis serão aquelas que estão indicadas para a constituição das equipas dos Hospitais de Apoio Perinatal (HAP), ou seja, a presença física permanente 24/24h, de um obstetra, de um médico para o ajudar nos actos cirúrgicos, de um pediatra e de um anestesista, de forma a garantir a assistência clínica adequada a todos os partos.

Contudo, é de crer que o legislador da Portaria 615/2010, de 3 de Agosto¹ (que estabelece os requisitos mínimos relativos aos recursos humanos para o exercício da actividade das unidades privadas que tenham por objecto a prestação de serviços médicos em obstetrícia) tenha usado, certamente, critérios científicos e de qualidade mais actualizados e adequados ao estado da arte e às exigências de segurança para o paciente do que aqueles que foram definidos pelo RRMI em 2001, razão pela qual somos

1- Portaria 615/2010, de 3 de Agosto

Artigo 14.º

Pessoal

(...) 2 — (...)

3 — Nas unidades de obstetrícia e neonatologia com urgência aberta são requisitos obrigatórios a presença física, por turno:

a) No serviço de urgência:

i) Pessoal médico — dois obstetras, um pediatra com competência em neonatologia e um anesthesiologista;

ii) Pessoal de enfermagem — dois enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, por cada 1000 partos por ano;

b) No internamento em neonatologia (unidade de cuidados intermédios):

i) Pessoal médico — um pediatra com competência em neonatologia;

ii) Pessoal de enfermagem — dois enfermeiros, sendo, preferencialmente, um com especialidade em saúde infantil e pediátrica. (...)

2- A comunicação escrita deverá ser transmitida com uma formalidade que dê garantias ao reclamante, designadamente a entrega com cópia-recibo, devidamente carimbada pelo Secretariado do Director de Serviço, do Director Clínico ou do CA.

3- ESTATUTO DISCIPLINAR DOS TRABALHADORES QUE EXERCEM FUNÇÕES PÚBLICAS

Artigo 5.º

Exclusão da responsabilidade disciplinar

1 - É excluída a responsabilidade disciplinar do trabalhador que actue no cumprimento de ordens ou instruções emanadas de legítimo superior hierárquico e em matéria de serviço, quando previamente delas tenha reclamado ou exigido a sua transmissão ou confirmação por escrito.

2 - Considerando ilegal a ordem ou instrução recebidas, o trabalhador faz expressamente menção desse facto ao reclamar ou ao pedir a sua transmissão ou confirmação por escrito.

3 - Quando a decisão da reclamação ou a transmissão ou confirmação da ordem ou instrução por escrito não tenham lugar dentro do tempo em que, sem prejuízo, o cumprimento destas possa ser demorado, o trabalhador comunica, também por escrito, ao seu imediato superior hierárquico, os termos exactos da ordem ou instrução recebidas e da reclamação ou do pedido formulados, bem como a não satisfação destes, executando seguidamente a ordem ou instrução.

4 - Quando a ordem ou instrução sejam dadas com menção de cumprimento imediato e sem prejuízo do disposto nos n.ºs 1 e 2, a comunicação referida na parte final do número anterior é efectuada após a execução da ordem ou instrução.

5 - Cessa o dever de obediência sempre que o cumprimento das ordens ou instruções implique a prática de qualquer crime.

levados a entender que, por respeito aos princípios da igualdade e da concorrência, aqueles requisitos deveriam ser, de igual forma e sem prejuízo do que infra se dirá, aplicáveis ao sector público e, consequentemente, aos Hospitais a que o consulente se refere.

Deste modo seríamos levados a concluir que os requisitos obrigatórios para os HAP terem urgência aberta, em termos de pessoal médico, implicaria a presença física, por turno, de 2 obstetras, 1 pediatra com competência em neonatologia e 1 anesthesiologista.

Não obstante, a Norma Complementar 01/04, do Colégio de Ginecologia/Obstetrícia, é ainda mais exigente determinando que os blocos de partos dos HAP não podem funcionar com Recursos Humanos inferiores a:

- 3 Médicos da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, sendo pelo menos 2 especialistas
- Disponibilidade de 1 anestesista e de 1 Pediatra;
- Pelo menos 2 enfermeiras, uma das quais obrigatoriamente com a Especialidade de Enfermagem Obstétrica

Da conjugação das normas técnicas do Colégio e das exigências legais para unidades privadas de saúde que prestam serviços de obstetrícia, somos levados a entender que a RRMI de 2001 está claramente desactualizada no que respeita à definição dos requisitos mínimos de qualidade na prestação de cuidados médicos de G/O em sede de serviços de urgência.

Se assim se entender, para defesa da segurança dos doentes e da qualidade da medicina, a equipa constituída por um es-

pecialista e um interno ambos de G/O, ou mesmo só por dois especialistas de G/O, violaria as *leges artis* e os requisitos técnicos exigíveis para a boa prática da especialidade.

Por maioria de razão é inadmissível a situação configurada pelo consulente de um serviço de urgência estar a funcionar com 1 único médico obstetra.

Pelas normas do Colégio o especialista em G/O terá de ter sempre consigo, pelo menos, um outro médico especialista e um interno da especialidade para, numa situação em que seja necessária uma substituição do primeiro cirurgião, este facto não representar uma potenciação inaceitável de risco para o doente.

Quando o médico de urgência de G/O se aperceba de que pode ocorrer uma falta de condições mínimas de exercício deverá desse facto dar notícia por escrito ao Director de Serviço, ao Director Clínico e ao Conselho de Administração do Hospital requerendo, simultaneamente, a tomada de medidas urgentes para a reposição das condições técnicas exigíveis².

Com a reclamação acima sugerida ou a exigência de que lhe seja transmitida e confirmada por escrito a ordem de que terá de trabalhar em condições técnicas que não cumprem os requisitos mínimos, o médico reclamante verá excluída a sua responsabilidade disciplinar³ e justificada a sua eventual actuação quando se vislumbre a existência de uma responsabilidade funcional (*faut de service*) na ocorrência de eventos adversos relacionáveis com a falta de recursos humanos.

Caso não sejam tomadas medidas ou existam fortes probabilidades de ocorrerem eventos adversos

por incumprimento dos requisitos mínimos, quer em recursos humanos, quer técnicos, o médico deverá comunicar, fundamentalmente, os factos à Ordem dos Médicos e ao Ministro da Saúde.

Estas reclamações deverão ser dadas a conhecer à Direcção de Serviço, à Direcção Clínica e ao Conselho de Administração do Hospital em causa.

A Ordem dos Médicos poderá, então, desencadear os mecanismos correlacionados com a verificação de idoneidade do serviço ou outros que sejam adequados à situação participada e verificada.

Para além das exposições/reclamações supra aludidas o consultante poderá comunicar às grávidas, no âmbito do dever de informação para o consentimento, as condições de funcionamento do serviço e especialmente em casos onde possa ocorrer com maior probabilidade ou gravidade algum evento adverso.

Em qualquer das situações relatadas pelo consultante o que o médico não pode fazer é recusar a prestação de cuidados médicos às grávidas que acedem a um serviço de urgência e para o qual está escalado, com a alegação da equipa estar irregularmente constituída criando, assim, uma eventual rotura de prestação de cuidados de saúde. Em conclusão:

O médico deverá reclamar junto de todas as entidades supra mencionadas, com especial incidência no que à Ordem dos Médicos diz respeito, sempre que não estejam reunidos os requisitos mínimos exigíveis em sede de recursos humanos sem se recusar a atender as grávidas que acorrem à urgência.

Em situações especiais em que o risco de intervenção seja anormalmente elevado e existam alternativas mais seguras para a doente na referência a outros serviços deverá o médico promover a sua concretização.

Parecem-nos, assim, respondidas a primeira, terceira e quarta perguntas e, parcialmente, a segunda questão.

Todavia sempre se dirá que embora os procedimentos aconselhados possam determinar a exclusão da responsabilidade disciplinar no âmbito hospitalar e, em sede civil, apontar para uma responsabilidade funcional do Hospital, a verdade é que subsiste, sempre, a hipótese de uma responsabilização criminal que é de cariz pessoal.

Daí termos sublinhado a importância da prévia explicitação informativa do funcionamento do serviço de urgência de G/O do Hospital à grávida e aos seus acompanhantes, para que eles possam ficar claramente consciencializados da situação e optar (ou não) pelo tratamento em unidade alternativa.

O Consultor Jurídico,
Paulo Sancho
2012-08-21



Não há falta de especialistas de Gastrenterologia

Divulgamos sem seguida um comunicado do Colégio de Gastrenterologia onde se faz um resumido relatório sobre a situação do acesso dos doentes a endoscopias, no território nacional, no público e no privado. Este comunicado surge na sequência das múltiplas opiniões que se têm emitido envolvendo a especialidade de Gastrenterologia e a acessibilidade dos cidadãos à colonoscopia.

COMUNICADO DO COLÉGIO DE GASTRENTEROLOGIA

Na sequência das múltiplas opiniões que nos últimos dias se têm emitido envolvendo a especialidade de Gastrenterologia e a acessibilidade dos cidadãos à colonoscopia, cumpre à Direcção do Colégio de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos esclarecer:

1- NÃO HÁ FALTA DE ESPECIALISTAS DE GASTRENTEROLOGIA EM PORTUGAL!

No estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde elaborado pela Universidade de Coimbra para a Ordem dos Médicos e concluído em 2013, ficou claro que o número de gastrenterologistas em Portugal (473), correspondente a 1 gastrenterologista/22 329 habitantes é superior ao de outros países europeus. Por exemplo, em Inglaterra a densidade por 100 000 habitantes é de 1,82 enquanto em Portugal se cifra em 4,48. Estes

números são actualmente tidos como equilibrados e de acordo com as necessidades.

Os que trabalham no SNS, que se cifram num número de cerca de 255, permitem que haja um rácio de habitante no SNS por especialista de 1/39 400.

Encontram-se neste momento em formação mais 123 médicos que ao longo dos próximos 5 anos se tornarão especialistas em Gastrenterologia.

Na suposição de que poderá haver uma distribuição deficiente dos profissionais pelo território nacional, competirá à tutela criar as condições que incentivem à fixação dos mesmos nas áreas geográficas mais necessitadas.

2- O ACESSO À COLONOSCOPIA E AOS EXAMES ENDOSCÓPICOS ATRAVÉS DO SNS É REALIZADO EM TEMPO ÚTIL NA MAIOR PARTE DO TERRITÓRIO NACIONAL!

Na sequência do que tem sido transmitido importa esclarecer

que a acessibilidade aos exames endoscópicos através do SNS (hospitais e/ou convenccionados) nas regiões Norte e Centro se processa em tempo útil, que não ultrapassa 1-4 semanas, contemplando a generalidade da população. Como tal, uma demora maior e indesejável confinar-se-á à região Sul e, tendo em consideração reportagens difundidas por canais televisivos, mesmo entre várias zonas da região de Lisboa existem grandes assimetrias nos tempos de espera. Assim mesmo, perante uma demora inadequada que se confina a uma região, competirá à tutela analisar e encontrar as soluções que não se afiguram difíceis.

3- OS HOSPITAIS NÃO ADMITEM MÉDICOS GASTRENTEROLOGISTAS DE ACORDO COM AS NECESSIDADES!

É evidente na conjuntura actual que quando as Administrações hospitalares clamam que já tiveram outrora mais gastrente-

rologistas no seu corpo clínico do que nos dias de hoje, tal se deve ao facto de única e exclusivamente não contratarem os profissionais de que necessitam. Estes especialistas, que obrigatoriamente têm de desenvolver múltiplas actividades clínicas (consultas, internamento, urgência) que passam pelo aten-

dimento daqueles que padecem de doenças do aparelho digestivo/tubo digestivo, fígado, pâncreas e vias biliares, executam ainda as técnicas endoscópicas. Como tal torna-se essencial que o corpo clínico das instituições seja dimensionado tendo em consideração essa múltipla actividade dos médicos, de forma a que se

possa satisfazer a população necessitada dos cuidados hospitalares de gastroenterologia.

Guimarães, 9 de Janeiro de 2014
Pelo Colégio de Gastroenterologia da Ordem dos Médicos

José Cotter
(Presidente)

Medidas de abordagem integrada das doenças hepáticas

Divulgamos em seguida a Resolução da Assembleia da República n.º 8/2014. D.R. n.º 18, Série I de 27 de Janeiro de 2014 que recomenda ao Governo o reforço das medidas de abordagem integrada das doenças hepáticas e para a qual o Colégio da Subespecialidade de Hepatologia da Ordem dos Médicos teve uma intervenção determinante.

“Resolução da Assembleia da República n.º 8/2014 - Recomenda ao Governo o reforço das medidas de abordagem integrada das doenças hepáticas A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo o seguinte:

1 — Que promova a realização de campanhas e ações de sensibilização acerca dos malefícios advenientes do consumo de álcool, as quais devem incidir especialmente nos jovens em idade escolar, desincentivando e alertando para os perigos e malefícios do consumo de álcool.

2 — A promoção, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, da equidade geográfica no acesso dos utentes à transplantação hepática, bem como aos medicamentos indicados e com eficácia ou efetividade documentada no tratamento da hepatite C.

3 — A criação de condições para a prestação de cuidados paliativos a doentes em situação incurável e progressiva devido a doença hepática avançada, designadamente resultante de cirrose hepática, cancro do fígado ou co -infecção com VIH.

4 — A manutenção de uma Lista Nacional de Transplantes Hepáticos, contendo informação atualizada sobre a procura e a oferta de órgãos para transplantação.

5 — O reforço na formação em hepatologia e na disponibilidade de lugares para médicos com conhecimentos avançados em hepatologia incluindo a subespecialidade de hepatologia, nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde onde tal se demonstrar necessário.

Aprovada em 10 de janeiro de 2014. O Presidente da Assembleia da República, em exercício, Guilherme Silva.”

Nota da redacção: esta legislação também pode ser consultada em www.ordemdosmedicos.pt quer na área de legislação diária quer na área reservada ao Colégio da Subespecialidade de Hepatologia.

Atendimentos suplementares em Medicina Geral e Familiar

Publicamos em seguida a definição e requisitos mínimos para atendimentos suplementares em Medicina Geral e Familiar, aprovada em CNE de 06 de Janeiro de 2012, que se encontra igualmente divulgada no site nacional na área reservada a esse Colégio.

O direito à saúde é um dado inquestionável da sociedade portuguesa, previsto na Constituição, o que traz ao Estado a responsabilidade de organizar os serviços de saúde de forma a darem resposta atempada e eficiente à sua população. O direito ao bem estar e a crescente informação das populações sobre os cuidados de saúde, seus direitos e deveres, tem criado nas estruturas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) uma sobrecarga e consequente pressão, no sentido da obtenção de resposta rápida e eficiente para a resolução dos seus problemas de saúde. É claro que quanto maior for o nível de informação sobre questões de saúde, maior será a procura de cuidados médicos, podendo levar à criação de serviços de atendimento suplementar, ao nível da Medicina Geral e Familiar, do tipo de Serviço de Atendimento Permanente (SAP), Consulta Aberta (CA), Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU) e outros, os quais são o objeto desta recomendação. Pelas mais variadas razões, esses serviços podem tornar-se numa

sobrecarga com risco profissional do(s) que trabalha(m) nesses serviços, limitando o seu desempenho profissional.

Por estes motivos, há uma crescente preocupação demonstrada pelos Médicos de Família (MF) e pelo Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar (EMGF), garante da excelência do exercício técnico-científico desta Especialidade. A Direcção do Colégio da EMGF da Ordem dos Médicos entende ser necessário definir os critérios mínimos de um Serviço de Atendimento Suplementar, na necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde e nas obrigações que a tutela do SNS deve assumir.

SERVIÇOS MÉDICOS DE ATENDIMENTO SUPLEMENTAR

Não sendo serviços de urgência, devem estar equipados de forma a responder a algumas situações clínicas que, para o utente, justifiquem a preocupação de consulta não programada. Com este objecti-

vo eles devem ser constituídos por:

- Médicos Especialistas de Medicina Geral e Familiar
- Enfermeiros
- Assistentes Operacionais
- Assistentes Técnicos
- Segurança

O número de profissionais a laborar deve depender da afluência média. O número de médicos de serviço deve ser de 1 médico para uma média anual de 4 atendimentos por hora e o exercício do trabalho médico tem que contar sempre com a presença de profissionais de enfermagem, sendo recomendável uma média de 1 enfermeiro por cada 2 médicos. Estes serviços devem estar instalados em locais de fácil acesso e as suas instalações devem incluir:

- Espaço de recepção
- Sala de espera
- Gabinetes médicos em número adequado (um por cada médico em funções)
- Sala de enfermagem
- Sala de tratamentos

Estes serviços devem ainda estar referenciados a um Serviço de Urgência (SU) hospitalar por linhas

de telefone directas, de fácil acesso e não sujeitas a demora nociva. Estes serviços devem estar equipados com material de diagnóstico e tratamento adequado às suas finalidades, devendo estar identificado o responsável da manutenção e gestão do material. Para o cumprimento cabal das suas finalidades, estes serviços devem ainda dispor de acesso em tempo útil a meios complementares de diagnóstico.

FORMAÇÃO MÉDICA PARA TRATAMENTO DE SITUAÇÕES URGENTES

O estatuto do médico, enunciado no Decreto-Lei n.º 373/79, de 8 de Setembro, refere explicitamente:

“Artigo 7º - Aos médicos dos serviços públicos cabem os seguintes deveres gerais (...):

d) Cuidar da sua actualização profissional”

O mesmo estatuto no que concerne aos direitos, estabelece:

“Artigo 6º - Aos médicos dos serviços públicos são reconhecidos os seguintes direitos (...):

f) Apoio das instituições competentes, segundo normas a estabelecer, para efeitos de especialização e frequência de cursos de aperfeiçoamento, congressos, estágios e outras actividades científicas tendentes à sua valorização profissional”.

O plano de formação deverá ser contínuo e programado. É que se o acto médico é da responsabilidade

do médico que o exerce, a prestação, garantia da qualidade dos cuidados deve ser da responsabilidade da instituição.

OBRIGAÇÕES DA TUTELA

À tutela compete a elaboração de um plano de formação contínua na área de urgência/emergência médica, específico e individualizado para os médicos, o qual deverá ser de carácter obrigatório e extensivo a todos os profissionais. A formação deverá ser efectuada a cargo da instituição, dentro do horário normal de trabalho. O não cumprimento do plano de formação constituirá um acto de omissão da instituição.

Transparência e Publicidade

Divulgamos a Circular Informativa N.º 012/CD/8.1.6. de 17 de Janeiro de 2014, relativa ao artigo 159.º do Estatuto do Medicamento, transparência e publicidade.

“Na sequência das alterações ao artigo 159.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, esclarece-se o seguinte:

- Nos termos do n.º 5 do artigo 159.º, as entidades coletivas passam também a ter de declarar na Plataforma de Comunicações – Transparência e Publicidade (<http://placotrans.infarmed.pt/Login.aspx>) qualquer tipo de patrocínio que concedam a pessoas singulares, inclusive os profissionais de saúde, a partir de 22 de janeiro de 2014.

- Por outro lado, ao abrigo do n.º 7 do mesmo artigo 159.º, não carecem de declaração na Plataforma

de Comunicações – Transparência e Publicidade as retribuições e outras prestações regulares e periódicas, em dinheiro ou em espécie, que as pessoas singulares recebam de uma única entidade, quando essas prestações provenham de trabalho dependente ou de trabalho independente, desde que correspondam a 80% ou mais do valor total anual dos rendimentos do seu trabalho.

- As comunicações efetuadas são da exclusiva responsabilidade dos declarantes.

Estas alterações legislativas entraram em vigor a 6 de setembro de 2013, sendo concedido às empresas um período transitório de

3 meses a contar da publicação da presente Circular, com vista à introdução das declarações em falta, de acordo com o que dispõe o artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 128/2013.

Os esclarecimentos adicionais sobre esta matéria devem ser solicitados à Equipa da Publicidade através do e-mail: plataforma.transparencia@infarmed.pt.

O Presidente do Conselho Diretivo, Eurico Castro Alves”

Nota da redacção: o texto completo pode ser consultado na área de legislação diária do site nacional (www.ordemdosmedicos.pt), referente ao dia 17 de Janeiro de 2014 (data da publicação).

Urgência do Hospital de Aveiro

Divulgamos em seguida a carta que o bastonário da OM dirigiu ao Presidente do Conselho de Administração do CHBV a propósito dos seus comentários à visita à Urgência do Hospital de Aveiro. Nesta carta é recordada a razão pela qual, enquanto bastonário da OM e provedor dos doentes, José Manuel Silva, tem o dever ético de denunciar publicamente a situação preocupante da urgência do Hospital de Aveiro que, «como outras, aliás, é um risco para os doentes que a ela acorrem e para os profissionais que nela trabalham».

Exmo Sr Dr José Afonso, MI Presidente do Conselho de Administração do CHBV

Acuso a recepção da sua carta de 10 de Dezembro passado, em que tece alguns comentários críticos sobre a crónica que escrevi no Correio da Manhã de 5 de Dezembro, relativa à minha visita ao Hospital de Aveiro.

Foi com prazer que a recebi e é com gosto e sentido de respeito, educação e responsabilidade que lhe respondo. Da mesma forma como V. Exa o fez, de modo pessoal e público.

Com sinceridade, a sua carta recorda-me a definição de Fernando Pessoa sobre a mentalidade portuguesa, no seu ensaio sobre “O caso mental português”, publicado em 1932, mas ainda tão actual, onde o grande poeta afirma: “Se fosse preciso usar de uma só palavra para com ela definir o estado presente da mentalidade portuguesa, a palavra seria «provincianismo»”.

Não significa isto que considere que a definição se aplica a V. Exa, por quem tenho um sentimento de amizade e gratidão desde uma longa conversa que tivemos no Hospital de Anadia, quando António Correia de Campos, então Ministro da Saúde, pretendia fechar a respectiva urgência.

Este “provincianismo” adequa-se ao raciocínio da carta de V. Exa, semelhante a outras que já recebi. Pela carta perpassa uma imensa preocupação com a divulgação pública da grave situação da urgência do Hospital de Aveiro mas não propriamente com a situação em si e com a forma como os doentes nela são (mal) tratados. Não por culpa dos profissionais de saúde, que dão o melhor do seu esforço, dedicação e competência, mas por limitação do espaço físico, da falta de camas no Hospital de Aveiro e da deliberada não contratação de mais recursos humanos, implicando escalas insuficientes para o nível de pro-

cura dos doentes.

Obviamente, com aquilo que me foi dado observar, eu não poderia ficar bem impressionado com a urgência do Hospital de Aveiro! Logicamente que a minha obrigação ética, como Bastonário da Ordem dos Médicos e Provedor dos Doentes, era denunciar publicamente a situação. Actualmente, a urgência do Hospital de Aveiro, como outras, aliás, é um risco para os doentes que a ela acorrem e para os profissionais que nela trabalham.

Alega V. Exa que eu deveria ter apresentado os factos ao Conselho de Administração, pois isso seria “mais construtivo” para o SNS e para o Hospital. Devo dizer que não partilho desta opinião.

Naturalmente, tenho a mais firme convicção que a situação era e é do integral conhecimento de V. Exa.. Mal seria se o Conselho de Administração não soubesse o que se passa no seu Hospital. Por outro lado, nem por um segun-

do duvido que a resolução deste gravíssimo problema, que pude constatar directamente, não se deve a desinteresse ou a incapacidade de V. Exa mas sim aos efeitos perversos e nocivos dos cortes cegos impostos pelo Ministério da Saúde ao Centro Hospitalar que V. Exa. superiormente dirige. Esse relato pessoal, de factos objetivos e amplamente conhecidos por V. Exa, seria, por conseguinte, desnecessário, inconsequente e estéril.

Afirma V. Exa que não compreende porque preferi partilhar as minhas preocupações com a imprensa e a opinião pública. Eu explico e é simples. Porque o problema existe, é muito grave, prejudica os doentes, coloca os profissionais a trabalhar para além dos limites, aumentando a probabilidade de serem cometidos erros, e ainda não foi resolvido. Como bem sabemos, em Portugal os problemas só existem e só preocupam a tutela quando encontram eco na comunicação social. Infelizmente, o “provincianismo” português preocupa-se mais em esconder os problemas do que em resolvê-los. Sugiro a V. Exa que consulte uma interessante notícia do British Medical Journal, intitulada “Individual hospital data on “never events” to be published every quarter” (BMJ 2013; 347: f7479). Nele se afirma que “By making this detailed data fully open to public scrutiny we are fulfilling a key recommendation of the Francis review [into failings at Mid Staffordshire NHS Foundation Trust], but more importantly we are making a big step towards further reducing these events. As Professor Don Berwick [president emeritus and senior fellow of the US Institute for Healthcare Improvement] made clear in his report on patient safety [in

England] earlier this year, these incidents can only be truly minimised if we talk about them in an open and honest way and all work together to make sure every effort is being made to stop whatever went wrong from happening again.” É a cultura da verdade e da transparência, num país adulto, que tanta falta faz em Portugal! Esta transparência e honestidade não “gera desconfiança e desconforto nos utentes” ingleses, bem pelo contrário, aumenta o nível de confiança da população no sistema e na administração pública inglesa, pois sabem que investiga, analisa, detecta, divulga, resolve e corrige o que está mal. Em Portugal, provincianamente, esconde-se...

Resumindo, o objectivo do artigo no Correio da Manhã foi ajudar V. Exa a pressionar o Ministério da Saúde para que disponibilize meios financeiros suficientes ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga, de modo a poder responder condignamente e com qualidade às legítimas solicitações e expectativas dos doentes num país europeu do século XXI. Uma coisa é certa, algo vai ter de ser feito para melhorar o funcionamento da urgência de Aveiro e é da responsabilidade directa de V. Exa fazê-lo. Volto a sublinhar, como Bastonário da Ordem dos Médicos e como Provedor dos Doentes considero que a missão da Ordem dos Médicos é estar sempre disponível para resolver construtivamente as progressivas insuficiências do SNS, cada vez mais agravadas pelos absurdos cortes orçamentais que lhe são friamente impostos e que teriam outras alternativas. Uma das formas de o fazer é denunciar o que está mal, para estimular a tutela a melhorar a assistência aos doentes.

Creia, caro Dr José Afonso, que

ter dezenas de doentes internados em macas na urgência, reter várias ambulâncias à porta da urgência por falta de macas e ter um serviço de Medicina Interna com taxas de ocupação superiores a 200% são inequívocos sinais objetivos de insuportável e péssima qualidade. Aveiro e os aveirenses merecem muito mais e muito melhor.

Caso tenha dúvidas, sugiro a V. Exa que, mesmo com saúde, se deite numa maca e aí permaneça durante três dias no serviço de urgência do seu Hospital. Não morrerá como Afonso Domingues, genial arquitecto da Sala do Capítulo do Mosteiro da Batalha, mas certamente ficará muito maltratado...

Aproveito para recordar que outros problemas me foram relatados aquando da minha visita ao Hospital de Aveiro, onde tenciono voltar ainda este ano, acompanhado pelos corpos sociais do Distrito Médico de Aveiro, para avaliar a evolução da situação.

Para o ano de 2014 desejo que o Conselho de Administração se indigne mais com os problemas sérios e ainda não resolvidos do CHBV do que com a sua divulgação pública, divulgação essa que só sucede porque eles, os problemas, de facto persistem e são extremamente prejudiciais para os doentes!

Despeço-me com amizade e consideração, disponibilizando a Ordem dos Médicos para todos os contributos que nos sejam solicitados e em que a nossa cooperação possa ser considerada relevante e útil pelo Conselho de Administração do CHBV.

Com os mais cordiais cumprimentos,

José Manuel Silva



Carta aberta ao INEM

Publicamos em seguida uma carta aberta que a Ordem dos Médicos dirigiu ao INEM na sequência de um comunicado dessa instituição em que a mesma procura fazer crer que a assistência às vítimas é semelhante com ou sem presença de médico e dos recursos da VMER. Porque os portugueses têm o direito a conhecer a verdade, nesta carta aberta a OM solicita ao INEM que divulgue elementos essenciais para uma análise informada.

A Ordem dos Médicos e a comunicação social têm denunciado a inoperacionalidade recorrente de várias Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), de Norte a Sul do país.

No dia 16 de Janeiro de 2014, na sequência de um artigo por mim publicado num jornal diário, o INEM entendeu comentar e esclarecer as referências feitas pelo Bastonário da Ordem dos Médicos à inoperacionalidade da VMER de Évora no momento em que ocorreu um acidente com múltiplas vítimas.

Conheço a Dra Regina Pimentel e a sua competência, seriedade e honestidade, desde o tempo em que ambos trabalhamos na VMER de Coimbra. Por isso mesmo tenho a profunda convicção que o comunicado não é de sua iniciativa (que não será abalada por declarações contrárias), mas sim que resulta de pressão da tutela para a sua emissão.

É um comunicado infeliz, despropósito e mistificador.

Procura fazer crer que a assistên-

cia às vítimas é semelhante com ou sem presença de médico e dos recursos da VMER, o que ambos/todos sabemos que não é verdade. Com respeito por todos os outros meios e pelas respectivas equipas e capacidades, nenhum outro meio substitui ou iguala a qualidade e prontidão dos recursos de uma VMER, exceptuando o helicóptero médico em algumas circunstâncias.

Aliás, o próprio comunicado do INEM reconhece a complementaridade dos vários meios de emergência. Complementaridade e não substituíbilidade. Se as VMERs fossem substituíveis e, portanto, dispensáveis, não existiriam VMERs!

Com ou sem justificações ou eventuais atenuantes, é um facto indesmentível que aquele acidente era uma indicação formal para a saída de VMER e que a VMER de Évora estava inoperacional. Por conseguinte, os meios disponibilizados para a assistência às vítimas não foram aqueles que deveriam

ter sido. Se esse facto teve ou não consequências, só uma auditoria independente o poderá afirmar.

A Ordem dos Médicos não pode deixar de recordar ao INEM que a emergência médica deve afirmar-se cumprindo integralmente a sua nobre e essencial missão de assistências às vítimas com a operacionalidade e disponibilidade de todos os meios da rede nacional de emergência, salvaguardando-se assim do debate público das suas lacunas e inoperacionalidades.

No entanto, e aproveitando este pressuroso empenho do INEM em fazer comunicados públicos de esclarecimento, venho publicamente solicitar ao INEM que divulgue:

1 - A lista de inoperacionalidades de todas as VMERs durante os anos de 2012 e 2013.

2 - As razões de tais inoperacionalidades.

3 - A lista de transportes secundários inter-hospitalares efectuados por VMERs (as funções das

VMERs são o socorro primário e não o transporte secundário), também durante 2012 e 2013.

4 - A listagem de todas as chamadas recebidas no INEM durante esses períodos e que, de acordo com os protocolos em vigor, teriam obrigado a uma activação das VMERs em situação de inoperacionalidade, bem como a razão desses pedidos de socorro.

5 - Quais desses casos corresponderam a situações com vítimas em paragem cardiorrespiratória ou que evoluíram para paragem cardiorrespiratória durante a falta de assistência médica competente.

Conheço a Dra Regina Pimentel e a sua competência, seriedade e honestidade, repito, pelo que sei que, por ela, não terá quaisquer reservas em divulgar a informação

agora solicitada. Confio que a tutela não a proíba de ser transparente e esclarecedora. Os portugueses exigem conhecer a verdade.

A Ordem dos Médicos aguarda expectante.

José Manuel Silva,
Bastónario da Ordem
dos Médicos
Coimbra, 19 de Janeiro de 2014

Em defesa da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e do SNS

Em reunião promovida pelo Bastónario da Ordem dos Médicos, reuniram-se no dia 27 de Dezembro de 2013 na Sede da Secção Regional do Norte da OM a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), o Colégio de Especialidade de Medicina Geral e Familiar, a Federação Nacional dos Médicos (FNAM), o Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e a Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN).

Após as informações e esclarecimentos prestados pelo Sr. Presidente da USF-AN relativos à anunciada suspensão do pagamento da componente variável das remunerações devidas aos profissionais das USF, houve consenso alargado quanto à gravidade da crise aberta pelo MS.

O desrespeito anunciado pela legislação em vigor e pela contratualização efectuada com os profissionais envolvidos, constitui um atropelo inaceitável e uma séria ameaça à Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e ao Serviço Nacional de Saúde.

Estão em aberto todos os caminhos que se vierem a revelar como os mais adequados à defesa intransigente dum modelo validado e reconhecido.

Porto, 27 de Dezembro de 2013

Competência em Medicina do Sono

Tendo-se verificado algumas dúvidas quanto à candidatura a esta Competência, publicámos no site da Ordem dos Médicos (www.ordemdosmedicos.pt) na área reservada à Competência em Medicina do Sono, um documento com a resposta às dúvidas mais frequentes. Nesse documento, a Comissão da Ordem dos Médicos de Atribuição de Competência em Medicina do Sono esclarece as questões mais recorrentes pelo que, aos interessados em candidatarem-se à adesão a esta Competência, sugerimos a leitura prévia desse documento para o devido esclarecimento quanto a processo, requisitos e critérios.



Porque se repetem os mesmos problemas?!

Divulgamos o comunicado da OM a propósito da repetição de erros nos concursos do internato médico dos últimos anos em que se refere a necessidade da ACSS melhorar os seus processos pois há atrasos desnecessários e decisões alheadas da realidade que têm um impacto muito desestabilizador na vida das pessoas.

A história dos concursos do internato médico dos últimos anos é marcada por vários incidentes que prejudicam a serenidade que se espera e exige num momento que vai decidir o futuro dos jovens médicos. Incumprimentos dos avisos de abertura, sucessivos atrasos, erros nos mapas de vagas, alterações dos mapas a meio do concurso, etc...

Todo o processo é prejudicado pela inexplicável ausência de discussão e publicação do novo Regulamento do Internato Médico, não obstante partir de um documento consensualizado já há quase dois anos, agravando as suas dificuldades e constrangimentos, que para o próximo ano serão inultrapassáveis!

Este ano houve mais uma novidade, com vagas sem idoneidade formativa, situação felizmente revista e resolvida depois de um diálogo de última hora.

Porém, o concurso do Ano Comum deste ano fica marcado por um profundo desrespeito pelos jovens médicos, com atrasos in-

compreensíveis e lesivos para os candidatos, atrasos esses que não se entendem pois trata-se de um concurso que se repete todos os anos!

No respetivo aviso de abertura, afirma-se que a lista final de colocados é disponibilizada no sítio da ACSS até dia 06 de Dezembro. Ora, o período de escolhas decorreu de 09 até dia 17 e a lista só foi divulgada a 20 de Dezembro. Recorde-se que estes médicos iniciam funções a 02 de Janeiro, muitos deles com necessidade de realocação para centenas de quilómetros. Soberaram apenas sete dias úteis para se reinstalar! Demonstra-se assim o alheamento e o desrespeito para com estes candidatos. Durante todo este tempo manteve-se o silêncio absoluto por parte da ACSS, sem uma mínima explicação.

Se em relação à formação específica, fruto do elevado número de candidatos, se pode entender que alguns atrasos sejam fruto da complexa tentativa de encontrar mais capacidades formativas, esse argumento não existe para o Ano Co-

mum. A que se devem os atrasos em questão?

Como se não bastasse, os problemas não pararam por aqui. No dia 23 de Dezembro informa o sítio da ACSS:

Informam-se os candidatos do Concurso IM 2014 (ingresso no ano comum) que, após a realização do processo de colocações dos candidatos ao ano comum realizado pela ACSS, I.P., vem a Universidade da Beira Interior (UBI), reenviar nova lista de classificações relativas aos seus alunos (com retificação de algumas classificações no que respeita às milésimas), pelo que a ACSS, I.P. irá proceder a novo processo automático de colocações na próxima quinta-feira (26 de Dezembro do corrente), e respetiva divulgação no site: www.acss.min-saude.pt (área destaques/internatos médicos).

Com mais este escolho, a lista final apenas foi publicada a dia 26 de Dezembro! Restaram quatro dias úteis para os médicos se realocarem! Mais do que isso, a incerte-

za dos colegas, já em processo de realocação, com compromissos já assumidos, de poderem ter que deslocar-se para outro local.

Assumindo que o erro até foi externo à ACSS, poderia ter-se encontrado uma solução bem mais simples e que afetasse menos a vida dos colegas. Estamos a falar de milésimas e de poucos colegas, pelo que as potenciais alterações nos locais de colocação seriam mínimas.

A ACSS poderia ter assumido que só faria as alterações caso as novas classificações fizessem com que os colegas “subissem” na sua lista de escolhas, e nestes casos sempre e só com o acordo dos colegas e com eventuais vagas supranumerárias, garantindo a estabilidade aos candidatos.

Os processos de colocação são procedimentos que marcam a vida dos colegas. Os médicos internos

merecem mais respeito no modo como os processos são geridos. A ACSS tem que melhorar os seus processos! Há atrasos desnecessários e decisões alheadas da realidade que têm um impacto muito destabilizador na vida das pessoas. Não havia necessidade.

Ordem dos Médicos, 30 Dezembro de 2013

Rastreio de Helicobacter Pylori em Farmácias

Publicamos o parecer do Colégio da Especialidade de Gastrenterologia, sobre o rastreio de HP em farmácia, que foi devidamente acolhido pela Ordem dos Médicos e divulgado publicamente. O parecer foi enviado ao Ministro da Saúde, DGS, Presidente do Infarmed e Presidente da ANF.

Estima-se que a infecção por *Helicobacter pylori* atinja 50% da população mundial. Em Portugal cerca de 70% da população adulta portuguesa encontrar-se-á infectada sendo em grande parte dos casos a infecção adquirida na infância, o que quer dizer que se prolongará ao longo de vários anos.

Neste contexto torna-se inexequível do ponto de vista prático e errado do ponto de vista científico tentar fazer uma erradicação generalizada desta infecção. Por isso estão hoje bem definidos clinicamente quais os cidadãos a quem deve ser pesquisada a existência da infecção por *Helicobacter pylori*. ESSA DECISÃO DEVERÁ COMPETIR ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE AO MÉDICO, que escolherá de entre os vários disponíveis para esse fim, os métodos mais adequados para fazer essa pesquisa. Acresce assim que além da necessária selecção dos cidadãos a quem está indicada fazer a pesquisa, associa-se a escolha do método, uma vez que alguns deles fornecem informações que não traduzem objectivamente a existência de infecção actual. Toda esta metodologia está expressa em várias Recomendações Científicas e Consensos (1,2,3).

Em conclusão, entende a Direcção do Colégio de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos que, por razões essencialmente de ordem clínica, rigor científico e em prol da qualidade da saúde pública, a pesquisa de infecção por *Helicobacter pylori* é um acto exclusivamente médico que apenas deverá ser prescrito em determinadas situações e não de forma indiscriminada, competindo essa decisão ao clínico, sob pena de se tratar de um logro, uma despesa inútil e um erro na defesa da saúde pública da população.

- 1)- Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia. *Helicobacter Pylori – Normas de Orientação Clínica*. <http://spg.pt>
- 2) Gut 2012; 61: 646-664. Management of *Helicobacter Pylori* infection – the Maastricht IV / Florence Consensus Report (
- 3) World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. *Helicobacter Pylori in developing countries*, August 2010
- 4) Am. J. Gastroenterol. 2007; 102:1808-1825. American College of Gastroenterology Guideline on the Management of *Helicobacter Pylori* Infection.

Guimarães, 4 de Janeiro de 2014

Pela Direcção do Colégio de Gastrenterologia, José Cotter (Presidente)

Segurança Social dos médicos portugueses

Divulgamos em seguida o relatório final do Conselho Nacional da Segurança Social dos Médicos, resultante da análise das respostas a um inquérito efectuado sobre essa temática.

- Introdução

A segurança social dos médicos mereceu sempre uma preocupação de todos os dirigentes regionais e nacionais da Ordem dos Médicos, conduzindo, nos finais da década de setenta do século passado, a estudos para que os médicos portugueses vissem assegurado o seu futuro e dos seus familiares directos dependentes, quer através da assistência social, quer com pensões de reforma, ou ainda da contratualização de seguros de doença.

O dia de 18 de Junho de 1977 definiu um marco na história da medicina portuguesa ao ser promulgado pelo Presidente da República, General Ramalho Eanes, um novo Estatuto da Ordem dos Médicos. Efectivamente, no artigo 6.º pode ler-se *“fomentar e defender os interesses da profissão a todos os níveis, nomeadamente no respeitante à promoção socioprofissional e à segurança social”* e no artigo 15.º, h) fala-se em *“usufruir dos esquemas da segurança social”*.

Não vamos falar aqui da longa greve dos médicos portugueses que se estendeu de 19 de Julho

a 26 de Agosto de 1979, mas do motivo que a desencadeou, o Estatuto do Médico no serviços oficiais de saúde, finalmente promulgado pelo Conselho de Ministros do V Governo Constitucional em 25 de Agosto de 1979.

Neste Estatuto do Médico é reconhecido, no seu artigo 6.º e) *“O direito à Segurança Social”*, adiante regulamentada pelo artigo 24.º.

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos decide, também, solicitar a uma Comissão Nacional o estudo de outras formas de Segurança Social, surgindo assim os seguros de grupo, para aqueles que voluntariamente quisessem assegurar formas complementares de segurança social e profissional.

No entanto, através das décadas que se seguiram, as profundas alterações contratuais do exercício profissional pelos médicos, quer na função pública, quer das resultantes da criação de instituições saúde privadas onde são prestados serviços médicos, contribuíram para uma indefinição entre os médicos da sua pró-

pria segurança social.

Por estes motivos, o Conselho Nacional da Segurança Social, pouco depois da sua posse, após estudar pormenorizadamente todas as situações existentes, nomeadamente no que diz respeito a todo o tipo de seguros contratualizados com a AXA – Seguros, além de outras propostas apresentadas, promoveu, com a aprovação do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos um inquérito nacional entre os 43.247 médicos inscritos na Ordem dos Médicos, exercendo em Portugal. Este inquérito, enviado individualmente a todos médicos, estendeu-se desde 09 de Janeiro de 2011 até 30 de Março de 2012, prolongando-se até aos fins de Setembro daquele ano.

- Resultados e análise.

Apresentaremos os resultados e a análise de cada dos itens que constavam do Boletim de Inquérito, tecendo apenas pequenos comentários, deixando para os Colegas, outros comentários resultantes da leitura dos elementos aqui apresentados.



I – Boletins de inquérito recebidos

- Recebemos 7.096 boletins de inquérito, isto é, cerca de 16,41%! Responderam 3.897 médicas (54,92%) e 3.199 médicos (45,08%).

Comentário - O primeiro comentário sobre estes números surge ao compararmos o número de boletins de inquérito recebidos e o número de médicos inscritos na Ordem dos Médicos, apenas 16,41%. Ainda que seja uma amostragem significativa, parece revelar, pelos que não responderam, um desinteresse pela sua segurança social futura, tão questionada nos dias que correm.

O facto de recebermos mais respostas de médicas que de médicos reflecte os números dos dois sexos inscritos na Ordem dos Médicos.

II - Distribuição por Sexo e Escalões Etários

<u>Escalão Etário</u>	<u>Feminino</u>	<u>Masculino</u>
< 25 anos	86	23
25 - 35	953	407
36 - 45	484	307
46 - 55	1.138	744
56 - 65	905	1.047
66 - 75	172	339
76 - 85	82	270
> 85	<u>36</u>	<u>44</u>
	3.856 *	3.181*

* - Não indicaram a idade: – Sexo Feminino – 41; Sexo Masculino - 18

Comentário – Há um maior envolvimento nas respostas nos dois escalões etários situados entre os 46 anos e os 65 anos. Será resultante de maior preocupação com o seu futuro, respeitante à sua segurança social, em face da actualidade?

- A – Médicos exercendo em Instituições do Serviço Nacional de Saúde

	<u>Feminino</u>	<u>Masculino</u>	<u>Total</u>
Hospital Público	1.897	1.376	3.273
Centro de Saúde	711	433	1.144
Unidade de Saúde Familiar	383	136	519
Clínica Privada *	328	380	708
Outras*	<u>146</u>	<u>206</u>	<u>352</u>
Total	3.465	2.531	5.996

*- Refere-se a Instituições que têm contratos de prestação de serviços ao S.N.S.

Comentário – Em relação ao número de respostas (7.096) há uma maior número de médicos (84,50%) exercendo a sua actividade no sector público ou em instituições contratualizadas com o S.N.S.

- B – Médicos exercendo em Medicina Livre.

1 – Local ou locais:

	<u>Feminino</u>	<u>Masculino</u>	<u>Total</u>
Hospital Público	131	193	324
Hospital Privado	274	315	589
Clínica	487	566	1.053
Consultório Próprio	322	724	1.046
Hospitais Público e Privado	12	0	12
Hospitais Público e Privado e Clínica	9	12	21
Hospital Público e Clínica	24	33	57
Hospital Privado e Clínica	88	0	88
Hospitais Público e Privado, Clínica e Consultório	4	0	4
Clínica e Consultório	41	119	160

Várias Instituições:

(APDL, INEM, SMAS, Seg. Social)	5	5	10
(Body Med, Fund. Renal, Medicina do Trabalho, Prestação de Serviços, Santa Casa, Apoio Familiar, Indústria Farmacêutica)	<u>229</u>	<u>250</u>	<u>479</u>

Total **1.626** **2.217** **3.843**

Comentário – A diversidade dos locais onde é exercida a actividade profissional permite avaliar da dificuldade existente em fixação dos médicos a um único local de trabalho, procurando uma complementaridade de honorários e colocando a questão da Segurança Social na altura da reforma. Os itens seguintes poderão ajudar a uma melhor avaliação desta situação.

2 – Desconta para algum organismo da Segurança Social?

Os resultados obtidos foram os que abaixo se descreve.

	Masculino	Feminino
A.D.M.		14
A.D.S.E.	285	427
A.D.S.E.+ Caixa Geral Aposentações	377	356
A.D.S.E. + Segurança Social	262	295
A.D.S.E. + Seg. Social + C.G. Aposentações	12	12
Caixa Geral Depósitos	4	
Segurança Social	288	343
Caixa Geral de Aposentações	446	
Segurança Social + Caixa Geral Aposentações	13	
Caixa Previdência	3	
Total	1.690	1447

Comentário – A análise destes resultados permite verificar que dos 7.096 Médicos que responderam ao Inquérito apenas 3137 (44,20%) virão a ter ou já possuem uma reforma dependente do Estado, embora proveniente de vários sistemas.

Em contraponto com os elementos recolhidos no item anterior há 706 médicos (18,37%) que não têm direito a reforma, uma vez que não parecem estar inscritos em qualquer esquema de Segurança Social.



C – Está reformado?

Infelizmente as respostas a este item foram em menor número do que a totalidade dos inquiridos recebidos, dificultando uma melhor apreciação. No quadro abaixo estão os números recebidos.

	Masculino	Feminino	Total
Sim	921	493	1414
Não	1831	2481	4312
Total			5726

Comentário – Considerando estes números, há cerca 1/4 (24,69%) de médicos reformados.

No entanto se agora analisarmos os itens seguintes, a situação para os reformados é preocupante:

1 – Qual o valor percentual (%) da/s pensão/ões de reforma que recebe, em relação ao último vencimento?

O valor situou-se em **89,9%** em relação ao último vencimento.

Comentário – Este valor é apontado, ainda *sem serem consideradas as deliberações recentes impostas pelo Governo em relação às pensões de reforma*. Esta situação será tanto mais gravosa se agora consideramos o item seguinte.

2 – E qual o valor percentual que teria a sua pensão de reforma se ainda ocupasse o mesmo cargo?

O valor mencionado situa-se entre **68,46% e 85,00%**.

Comentário - É preciso recordar que este inquérito terminou em Setembro de 2012, altura em que o Governo instituiu medidas de redução imoral às pensões de reforma. Esta imoralidade de redução destas pensões aumenta se atentarmos no item a seguir, o mesmo se aplicando a todos aqueles que ainda continuam a exercer a sua actividade pública e privada e que assistem a uma redução dos vencimentos a que têm direito.

D – Qual o número de pessoas que tem a seu cargo?

As respostas a este item permitiram verificar que **este número se situa entre 1 e 4** pessoas a cargo do Médico.

Comentário - É previsível que o número de pessoas a cargo do médico venha a diminuir até à idade de reforma, uma vez que alguns daqueles, entretanto, deixarão de depender dos seus pais por adquirirem outro estatuto familiar e social. No entanto, não deixa de ser preocupante a situação de um médico reformado cujo agregado familiar dependa apenas da sua pensão de reforma.

A Ordem dos Médicos ao estabelecer um protocolo com a AXA – Seguros criou vários seguros de protecção social dos médicos, ainda que estes tenham agora de ser revistos em algumas das suas cláusulas, sobretudo naqueles em que o factor idade está em causa, uma vez que a sobrevivência da população portuguesa e, necessariamente, dos médicos aumentou nas duas últimas décadas.

E- Tem algum seguro de Apoio Social?

As respostas foram as seguintes:

	Masculino	Feminino	Total
Sim	645	288	933
Não			6163

Comentário – **Uma alta percentagem de médicos (86,85%) não têm qualquer sistema complementar de apoio social** que lhes permita, mais tarde, acrescentar à sua pensão de reforma algo mais, única alternativa ao que os atingirá na altura de terem, ou por força da idade ou por impedimento de saúde, de abandonar o exercício da profissão. E, mais preocupante, não possuem uma cobertura de responsabilidade civil para o exercício da sua profissão!

1 – Em caso afirmativo especifique:

Aqueles que puderam, ao longo do tempo, criar complementos de apoio social fizeram-no através de seguros de poupança-reforma, de acidentes pessoais, seguros de vida, de doença e/ou de invalidez.

Comentário – Apenas um escasso número dos médicos que enviaram os boletins do inquérito possuem medidas complementares de apoio social quer para complemento de reforma, quer em relação à defesa da sua responsabilidade civil no exercício da profissão. Este é um dos aspectos que nos parece preocupante, tanto mais que as situações gravosas que podem surgir poderão colocar o médico sem qualquer suporte financeiro que cubra aquelas situações.

Isto mesmo é entendido no item com que terminamos este inquérito nacional.

2 – Sente necessidade de algum apoio social complementar?

Em relação a esta pergunta *apenas responderam afirmativamente, 3415 médicos (48,13%)!*

Comentário – Os médicos estão assim divididos em dois grupos:

A- Aqueles que acham que têm garantida uma pensão de reforma que será suficiente para lhes assegurar a sobrevivência futura.

B- Aqueles que consideram esta pensão de reforma insuficiente e querem garantir com poupanças empregues em seguradoras uma complementariedade daquela pensão.

O desenvolvimento actual da segurança social permite-nos dizer que o Grupo B parece caminhar mais seguro. Lá diz o ditado “Homem prevenido vale por dois”!.

Conclusões:

Ainda que o número de boletins de inquérito recolhidos seja menor que as expectativas, atendendo ao assunto que envolvia, a segurança social, a amostragem foi suficiente para podermos tirar algumas ilações:

1. – Não parece haver da parte de um grupo elevado de médicos uma grande preocupação em relação à sua segurança social, após o afastamento legal do exercício da profissão!
2. – Contudo, aqueles que vêm com receio o aproximar desse afastamento legal do exercício da profissão situam-se nos escalões etários dos 46 anos aos 65 anos.
3. Ainda que haja um maior número de médicos a exercer no sector público, há uma parte que procura uma complementariedade no sector privado.
4. Há um número de médicos que exerce já exclusivamente no sector privado. Contudo, os itens **B1** e **B2** e, ainda, o item **E** mostram uma discrepância entre o número dos que exercem e aqueles que procuram assegurar a sua segurança social e dos seus familiares directos no futuro!

Ao terminarmos, queremos agradecer a todos os Colegas que devolveram os seus boletins de inquérito.

Continuaremos a desenvolver esforços para que a Segurança Social dos Médicos possa ser assegurada.

Por isso, foi já entregue ao Conselho Nacional Executivo um documento com os pontos que julgamos mais pertinentes serem negociados com a Companhia Seguradora AXA com a qual a Ordem dos Médicos tem protocolos sobre esta matéria.

Porto, 06 de Dezembro de 2013

Conselho Nacional da Segurança Social dos Médicos



Procriação medicamente assistida: uma história de sucesso?

Há histórias que estão de tal forma ligadas às pessoas que as protagonizam que chegam a confundir-se com percursos pessoais. Em Portugal, a história da procriação medicamente assistida (PMA) é disso exemplo: como seria possível traçar o caminho da PMA sem falar de um dos seus principais impulsionadores? António Pereira Coelho, especialista em ginecologia/obstetrícia, numa palestra para o Núcleo de História da Medicina da OM (NHMOM) no passado dia 14 de Janeiro, falou da história da PMA, um percurso em que sucesso e insucesso andaram sempre a par mas que, nem por isso, se tornou menos importante em termos do avanço da medicina em Portugal.

Desde cedo que decidira ser médico e manteve o seu querer mesmo quando o pai, também médico, o tentou convencer a seguir os estudos na área da economia. Embora o aconselhasse a seguir para outras áreas, ao mesmo tempo, solicitava a ajuda do filho, então com 16 anos, para aquilo que seria a sua primeira cesariana. É ao ajudar o pai, mas também ao observar e ajudar na dissecação dos cabritos, que na Covilhã, onde viva com a família, se vendiam então de porta em porta e dos quais queria avidamente aproveitar a bexiga para fazer uma bola de futebol, que António Pereira Coelho vai definindo o seu gosto pela medicina e aquela que se viria a revelar a sua vocação: a área cirúrgica. Com uma doença que afecta a mãe, desperta o interesse pela psiquiatria, área que o pai pede encarecidamente

que não siga. Nunca perde o interesse pelas questões psicológicas mas vem para Lisboa decidido a frequentar o banco de São José e os Hospitais Cívicos. Se na vida pessoal conhece o pleno sucesso de nascer a sua primeira filha, numa passagem obrigatória pela Guiné, conhece o insucesso marcante com a primeira doente civil que tenta socorrer: morre a doente e o filho e, mesmo não tendo sido cobrado o erro, reconhece-o e pesa-lhe na consciência, fazendo-o reflectir sobre a forma como quer agir para o futuro. Faz a especialidade de ginecologia e obstetrícia, esta última de forma relutante. É por sorte que vai para a área da infertilidade: ao ingressar em Santa Maria, o seu director, Pratas Ferreira, está a preparar uma tese sobre o funcionamento dos ovários e, dada a curiosidade natural que

o leva a pedir que o director deixe ajudar e começar a praticar, acaba por ser encarregue de todas as biópsias de ovário. Na sequência desse trabalho, Adelaide Canas, que era responsável pelo serviço de esterilidade, chama-o para o seu serviço e Pereira Coelho passa a fazer todas as laparoscopias. Vai para Paris, com a intenção de preparar uma tese de doutoramento sobre cirurgia laparoscópica mas na cidade luz descobre que o que está na ordem do dia é a fertilização *in vitro* e resolve que será esse, afinal o seu tema. Dois anos depois de ter ido para Paris, apresenta a sua tese de doutoramento sobre fertilização *in vitro*, a qual é escrita em apenas quatro meses. Nesse período de dois anos, desenharam-se mais alguns sucessos nesta história: à sua chegada a Paris a taxa de fertilização era de 7%.

Após um ano a trabalhar, durante o qual introduziu algumas correções ao procedimento, a taxa de fertilização subiu para 35%. Já em Portugal, a partir de 1984, e por insistência do seu então director, começam a montar o serviço, tarefa para a qual salienta as boas vontades que granjeou e realça o papel de particular relevo do Professor Pinto Correia. “Menos de seis meses depois de voltar de Paris, estávamos a fazer os primeiros ciclos de fertilização, num grupo de mulheres cuja escolha foi difícil, nomeadamente em termos éticos, pois as mais velhas estavam na fase final das suas hipóteses mas as mais novas apresentariam melhores taxas de sucesso”, explicou António Pereira Coelho. A história da PMA faz-se então de uma soma de sucessivos sucessos, que caminham lado a lado com os insucessos: “das 11 primeiras mulheres, 3 engravidaram; (...) o primeiro bebé a nascer foi o Carlos Miguel Saleiro, um sucesso quanto ao procedimento de PMA que permitiu a sua concepção mas já não se pode dizer o mesmo quando atentamos à sua carreira futebolística que nunca chega a ser bem sucedida”. Curiosamente, enquanto todos o congratulam pelo sucesso, António Gentil Martins, numa história que o palestrante partilhou nesta conferência, considera que Pereira Coelho terá tido um insucesso e explica as questões éticas que a PMA lhe suscita. “Estou grato até hoje por esse momento pois, pela primeira vez, passado o entusiasmo inerente ao trabalho que tínhamos estado a desenvolver, senti que devia fazer uma reflexão ética sobre as questões relacionadas com a PMA. Quando começara, em Paris, os médicos com que trabalhei estavam inebriados com o avanço científico e ninguém sequer abor-



dava o pensamento ético. Como pioneiro da PMA em Portugal, eu senti que tinha o dever de fazer essa reflexão. (...) Sabia que não seria só o Prof. Gentil Martins a ter questões por isso fiquei-lhe grato e tomei a firme decisão de assumir uma posição – fosse ela qual fosse – devidamente pensada e fundamentada naquilo em que eu acreditasse”. Os resultados das três gravidezes bem sucedidas foram apresentados, por insistência de Albino Aroso, numas jornadas. A sua opção pela exclusividade no privado dá-se quando, por impedimento do seu então director, um equipamento de microinjecção que lhe tinha sido oferecido pela Gulbenkian, não pode ser colocado no seu serviço. Sentindo que não seria justo fazer apenas no privado o que não lhe era permitido fazer no público, num

serviço pluridisciplinar, prefere sair do hospital e passar a exercer apenas clínica privada. “Não foi uma história de sucesso”, refere... O orador partilhou várias outras histórias de sucessos e insucessos na evolução da PMA e, muito especificamente, da consulta de PMA que instalou em Santa Maria, da qual escolhemos realçar não as dificuldades e entraves, mas a forma como elogiou o Serviço de Anestesiologia, e muitas pessoas de boa vontade, que o incentivaram e apoiaram, como David Ferreira e Pinto Correia, e a sua equipa que trabalhou com muita lealdade e empenho, “uma equipa maravilha que, desde que criámos o serviço, até que saí de Santa Maria, fez da nossa consulta um sucesso”.

A partir de 2006, outras questões éticas e filosóficas se colocam na

prática da PMA, nomeadamente no que se refere à PMA com dadores. Pereira Coelho reconhece poder ter tido algumas incoerências, ainda experimenta alguns casos de PMA com esperma de dador, mas a sua reflexão interior acaba por o levar a não enveredar por esse caminho e escolhe que não fará PMA com ovócitos doados, dadas as consequências potenciais desse tipo de doação. É essa a sua verdade e é essa a sua escolha, independentemente do insucesso comercial que tal opção possa implicar, reconhece. A sua meditação relativa à PMA com intervenção de terceiros envolveu questões como a reacção dos dadores, os seus direitos ou ausência deles, como poderia a lei proteger todos os intervenientes de uma eventual exploração, que papel para as potenciais recompensas

económicas, até que ponto seria aceitável que um médico habilitado se recusasse a intervenções de PMA, se deve ou não ser aceite o recurso a dadores solteiros e sem filhos, indagações sobre a consciência dos jovens quanto às consequências futuras de uma potencial doação. E, ainda em termos de legislação, que corrente seguir? A nórdica, como a Suécia que obriga a informar a criança sobre a sua origem genética, ou a francesa que defende o absoluto anonimato do dador? E devemos considerar que este tipo de tratamentos deve ser feito apenas no privado ou o Estado também tem o dever de proporcionar estes tratamentos a mulheres que não podem engravidar?

Em conclusão, António Pereira Coelho, deixou uma nota de que tudo na vida será composto de

sucessos e insucessos, e que a história da Procriação Medicamente Assistida não é excepção. Mas que não nos devemos esquecer que, por vezes, o que parece mau, poderá vir a revelar-se muito positivo porque não há nada de linear na história.

Nota da redacção: na ROM de Janeiro de 2012 publicámos um artigo de opinião do palestrante, António Pereira Coelho, intitulado “quando começa a vida humana?” e que resulta da intervenção proferida no dia 3 de Fevereiro de 2007, durante o seminário homónimo, no qual este especialista em procriação medicamente assistida faz uma análise das questões éticas e da evolução do seu pensamento a propósito das mesmas.

Visita ao Museu Nacional de Arqueologia

Realizou-se no dia 20 de Janeiro mais uma iniciativa do Núcleo de História da Medicina, em colaboração com o Museu Nacional de Arqueologia. Um grupo de 15 membros do NHMOM teve oportunidade de conhecer a exposição ‘Religiões da Lusitânia’ e a exposição egípcia que estão patentes no MNA, numa interessante visita acompanhada e comentada por Pedro Marques, mestre em pré-história e arqueologia.



Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2014

Conferência

12 de Março, quarta-feira, 21h – em Lisboa

"Aspectos da contribuição portuguesa para o progresso da medicina - Notas históricas"

- José de Paiva Boléo-Tomé

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

Sessão temática

22 de Março, Sábado, 15h – no Porto

"Museus de Medicina e Farmácia - um exemplo na museologia nacional"

- João Neto (director do Museu da Farmácia e presidente da Associação Portuguesa de Museologia)

- Rosa Maria Rodrigues (directora da Casa Museu Egas Moniz)

- António França (curador do Museu Júlio Diniz, uma casa ovariense)

- Amélia Rincón Ferraz (Museu de História da Medicina "Maximiano Lemos" da FMUP)

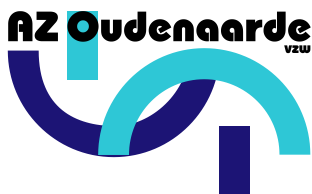
- Daniel Serrão (professor catedrático jubilado da Faculdade de Medicina)

na Ordem dos Médicos do Porto, Sala Braga – Rua Delfim Maia, 405 - Porto

informações e inscrições: Paula Fortunato - paula.fortunato@omcne.pt

História da
Medicina

publicidade



AZ Oudenaarde is a regional hospital in Belgium (Flanders) with 235 beds and characterized by great dynamism. Every day, 65 doctors and 500 enthusiastic employees guarantee professional care.

To strengthen the medical staff, AZ Oudenaarde has vacancies for the following disciplines:

**Geriatrician
Neurologist
Stomatologist
Gynecologist
Oncologist
Rehabilitation Doctor
Endocrinologist**

For more information, please contact Dr. P. Van de Bruaene, head physician (0032/55 33 67 74).

All jobs are also open to candidates in training.

The applications shall be submitted to:

Mrs. A. De Maere, General Manager, and Dr. P. Van De Bruaene, head physician of the General Hospital (AZ) of Oudenaarde, Minderbroedersstraat 3, 9700 Oudenaarde (Belgium)



Tomada de posse dos órgãos dirigentes da OM

Publicamos em seguida os discursos de tomada de posse proferidos pelos presidentes dos três Conselhos Regionais, eleitos no passado dia 12 de Dezembro, na cerimónia que marca o início do seu mandato.

Começamos pela **Secção Regional do Norte** cuja cerimónia teve lugar no dia 10 de Janeiro e incluiu a tomada de posse do bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva (cujo discurso pode ler nesta edição, na rubrica 'editorial'), bem como dos órgãos dirigentes da Secção Regional, do Distrito Médico do Porto e dos Órgãos Consultivos de Competência Específica, numa cerimónia solene presenciada por várias centenas de médicos. Transcrevemos em primeiro lugar a mensagem do Ministro da Saúde, Paulo Macedo, lida pelo Director Geral da Saúde, Francisco George, a propósito da tomada de posse do bastonário da OM, seguida do discurso do presidente do Conselho Regional do Norte, Miguel Guimarães.

Depois passamos à tomada de posse da **Secção Regional do Centro**, que teve lugar no dia 8 de Janeiro, e publicamos o discurso que Carlos Diogo Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro, proferiu para os médicos presentes na sala Miguel Torga, na sede da Ordem dos Médicos em Coimbra. Nesta cerimónia, além do presidente da SRC, também tomaram posse os restantes órgãos dirigentes desta Secção, bem como os colegas eleitos para o Distrito Médico de Coimbra.

O artigo conclui com a tomada de posse da **Secção Regional do Sul** que teve lugar no dia 7 de Janeiro. Dessa cerimónia publicamos o discurso do presidente do Conselho Regional do Sul, Jaime Teixeira Mendes. Na mesma cerimónia, que teve lugar no auditório da OM em Lisboa, tomaram ainda posse os restantes médicos eleitos para o Conselho Regional do Sul, bem como os novos órgãos dirigentes do Distrito Médico de Lisboa Cidade.

Mensagem do Ministro da Saúde, Paulo Moita de Macedo, na Tomada de Posse do Bastonário da Ordem dos Médicos

Na impossibilidade de estar presente fisicamente na tomada de posse do Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos e outros órgãos regionais quero deixar expresso, em primeiro lugar, os meus votos de que o próximo mandato ocorra num clima de diálogo, de confiança mútua e de melhorias do sistema de saúde em Portugal.

O papel da Ordem dos Médicos, enquanto entidade que atua com delegações de competências do Estado, constitui-se como estrutural no debate e melhoria do Sistema Nacional de Saúde português e em especial do SNS.

Os desafios que todos temos pela frente nos próximos anos são por demais importantes para que não exista um encontro de posições desapassionado que permita avanços estruturais que considere como históricos.

Se a política de saúde depende do Estado e do Governo deve a mesma reflectir o conhecimento impar dos seus profissionais muito em especial os médicos. Os médicos são parceiros essenciais para a construção de uma saúde moderna, altamente eficiente, com bom acesso e orientado por *outcomes*.

A Ordem dos Médicos constitui-se pois como um dos parceiros institucionais mais relevantes para o Ministério da Saúde. Uma parceria com responsabilidades claras não para com os profissionais que a formam mas com toda a sociedade portuguesa. Da Ordem dos Médicos espera-se uma postura permanente de exigência



técnica enquadrada pelas opções estratégica dos Países. O Ministério da Saúde continuará a posicionar-se no sentido de garantir o melhor acesso a todos os portugueses e um SNS de excelência mas, para isso sustentável.

Muitos são os desafios que se colocam aos sistemas de saúde. Em Portugal e no Mundo. Em primeiro lugar: a sustentabilidade. Sem ela não será possível garantir cuidados de saúde a todos os portugueses. Uma sustentabilidade que passa por Ministério e pelos profissionais.

Um outro desafio: o da transparência. Só com instituições e profissionais credíveis é possível construir um sistema mais confiável. Este é um desafio em que Ministério e Ordem dos Médicos têm de continuar em trabalho. Porque em caso algum se deve confundir a árvore com a floresta. Em nome

da Ética e da Deontologia que tão bem sido uma constante da atuação médica desde há milhares de anos.

O desafio da formação. Um novo modelo de internatos. A qualidade da formação. As exigências da formação. Um desafio onde a Or-

Da Ordem dos Médicos espera-se uma postura permanente de exigência técnica enquadrada pelas opções estratégica dos Países. O Ministério da Saúde continuará a posicionar-se no sentido de garantir o melhor acesso a todos os portugueses e um SNS de excelência mas, para isso sustentável.

dem e Ministério têm de delinear para a saúde dos portugueses o melhor caminho.

O desafio da inovação. Um desafio importante para todos. Um desafio que estamos a dar passos novos. O INFARMED está neste

momento a desenvolver um modelo para avaliação de tecnologias em saúde em Portugal. Por outro lado foi ontem assinado um acordo histórico com uma empresa da indústria farmacêutica em Portugal. Um acordo que faz depender o financiamento de um tratamento dos resultados do mesmo. Uma mudança que terá enormes implicações para a entrada de inovação em Portugal. O Estado passa a financiar *outcomes* e resultados, de forma negociada com a poupança de vários milhões de euros para o Estado, fruto de uma negociação pouco habitual junto da indústria para quem o Estado funciona, como regra, como “*price taker*”.

No que se refere à entrada de inovação em Portugal esta opção constitui um avanço significativo. Um acordo que permitirá uma maior e melhor entrada de inovação em Portugal. Sabendo que nunca confundiremos novidade com inovação. Como os

médicos bem sabem e estou certo que serão os primeiros a perceber a importância da diferença.

O desafio da excelência e da qualidade e queremos que 2014 seja um ano dedicado em especial também à qualidade. Este é mais desafio onde mais uma vez a colaboração entre Ministério, Ordem e Médicos é essencial. E muitos são os projetos que podemos desenvolver em conjunto.

O desafio da prevenção e da educação para a Saúde. Está hoje bem assente e claro que a prevenção da doença e a potenciação dos estilos de vida saudáveis é essencial para a diminuição de carga de doença. Esta visão da saúde e da doença está muito dependente do papel dos médicos. Um desafio de hoje para ter resultados a médio e longo prazo. Essencial.

Muitos são os desafios que foram, são e serão colocados ao Ministério da Saúde, à Ordem dos Médicos e aos médicos no geral.

Esta não é uma questão de mera retórica nem uma promessa vã.

O Ministério da Saúde quer a Ordem dos Médicos no seu conjunto e todos os médicos como parceiros ativos da mudança. Uma mudança que se quer coerente e sustentada de acordo com a realidade e necessidades concretas do País, que não seja assente em miríades ou apenas em ideologias. Participada. Baseada numa relação clara e de confiança. Baseada exclusivamente no interesse dos doentes e do país. Porque os portugueses não entenderão todos aqueles que queiram utilizar o supremo valor da saúde para os outros projetos que não os que conduzam à melhoria da saúde e ao combate à doença.

Sei que podemos contar com uma colaboração independente e leal da Ordem dos Médicos e do seu Bastonário. Uma colaboração que permitirá, estou certo, uma melhor saúde para todos.



Discurso do presidente do Conselho Regional do Norte, Miguel Guimarães

Na pessoa do representante do Sr. Ministro da Saúde, o Dr. Francisco George, cumprimento e dou as boas vindas a todos os convidados institucionais presentes, que contribuem para dignificar esta cerimónia.

Na pessoa do Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos (OM), Prof. Doutor José Manuel Silva, cumprimento e dou as boas vindas a todos os médicos, membros e ex-membros dos corpos gerentes da OM (CGOM).

Felicito o nosso Bastonário pela reeleição e desejo-lhe um novo mandato com sucesso, em que continue a representar os médicos com dignidade, continue a ser firme na defesa dos doentes e dos princípios e valores fundamentais subjacentes ao exercício da medicina, continue a dialogar de forma inteligente com todos os parceiros, continue a transmitir uma imagem dos médicos que inspire respeito, confiança, serenidade e lucidez perante as adversidades, continue a respeitar o direito à diferença de opiniões e aceitar as decisões que melhor servem os médicos e os doentes.

Uma palavra muito especial de agradecimento ao nosso mandatário, Prof. Doutor António Coimbra, por nos ter dado o seu apoio incondicional desde a primeira hora e pela honra da sua presença entre nós.

Na pessoa do presidente do Conselho Regional do Centro, Dr. Carlos Cortes, felicito todos os colegas eleitos para os CGSRC. Na pessoa do presidente do Conselho Regional do Sul, Dr. Jaime Mendes, felicito todos os colegas eleitos para os CGSRS.

Neste dia de tomada de posse e



Miguel Guimarães

no início de um novo mandato na SRNOM permitam-me, antes de mais, recordar dois médicos notáveis recentemente falecidos, referências essenciais da medicina portuguesa e do norte do país: o Dr. Albino Aroso e o Dr. Amadeu Campos Costa.

Foi sempre com grande dedicação e muita honra que serviram a Medicina, a Saúde e os Doentes, em todos os lugares por onde caminharam a sua sabedoria, o seu conhecimento, a sua forma de estar. Homens apaixonados pelo seu trabalho e pela família, lutaram sempre com inteligência, lucidez e empenho, pela dignidade das pessoas e pela qualidade dos cuidados de saúde.

Neste momento de dor para a medicina portuguesa e, em especial, para as respectivas famílias, quero deixar aqui expresso o testemunho da minha mais profunda admiração por estes Homens e médicos de excepção, que prestaram um valioso contributo à nossa Medicina e à nossa Saúde. O seu contributo fica gravado na nossa memória individual e colectiva.

Está concluído o processo eleitoral para os corpos gerentes das três Secções Regionais e para o Bastonário da OM.

O resultado obtido pela equipa que tive o privilégio de representar e liderar foi fruto de uma campanha clara, objectiva e que teve como princípio fundamental a discussão aberta dos problemas que hoje se colocam aos médicos e aos doentes. «Ouvir os médicos' no seu local de trabalho.

Os resultados, já publicados na revista da Ordem dos Médicos (ROM), permitem-nos retirar as seguintes conclusões:

1. A percentagem de médicos do nosso universo eleitoral que participaram nas eleições continua a ser baixa (e tem algumas explicações objectivas, mas insuficientes);
2. A nossa lista (lista única) obteve, desta vez, um número absoluto de votos e uma percentagem de votos expressos (90.51%) muito superior ao obtido nas últimas eleições;
3. Em termos nacionais, a nossa lista foi a mais votada, tanto em número absoluto de votos como em percentagem de votos expressos;

4. Quando comparada com outras candidaturas únicas (a do Bastonário), o nível de votos brancos e nulos foi semelhante, tal como a percentagem de votos expressos. De resto, a percentagem de votos brancos e nulos na SRN foi semelhante ao que se verificou nas outras Secções Regionais.

Nesta perspectiva, não posso deixar de felicitar todos os membros da lista A e agradecer a dedicação e o trabalho realizado durante o curto mas intenso período de campanha.

Muito obrigado a todos pelo estímulo e empenho permanente em fazer cada vez melhor.

A actividade desenvolvida pela

tivo e eficiente da SRN.

O número de intervenções, documentos e pareceres produzidos foi inequivocamente evidente e a diminuição de custos uma realidade indelmentível. Os espaços da SRN nunca foram tão utilizados. Foram realizadas dezenas de reuniões, com centenas de médicos, em que foram debatidas questões e apontadas soluções para vários problemas socioprofissionais.

A actividade social e cultural cresceu em quantidade e qualidade, mantendo a matriz tradicional dos nossos eventos. Inauguraram-se dois novos espaços na SRN, um no Porto e outro em Viana do Castelo.

A nossa aposta na solidariedade

entre os médicos, e em particular entre os médicos inscritos na nossa SR, deu passos muito positivos que se irão consolidar num futuro muito próximo.

E não abdicamos de exercer de forma completa as nossas funções de auto-regulação nas áreas da formação médica, do exercício da medicina e da ética e deontologia, traduzida no

exercício do poder disciplinar. Só assim é possível defender de forma plena a qualidade da medicina e dos cuidados de saúde prestados aos nossos doentes.

O nosso trabalho na liderança da SRN já é conhecido. O nosso património institucional também.

Quero, aliás, aproveitar este momento para agradecer de forma especial a cada um dos colegas que deram o seu valioso contributo a nível nacional, regional e distrital para a qualidade do desempenho

da SRN no mandato que agora termina.

De igual forma não posso deixar de agradecer a qualidade do trabalho desenvolvido por todos os colaboradores internos e externos da SRN, que demonstraram um nível elevado de eficácia e lealdade no desempenho das suas funções. A todos o meu muito obrigado por contribuírem para marcarmos a diferença na nossa forma de ser e de estar.

A nova equipa que agora inicia funções alia a experiência e a capacidade de trabalho à força, irreverência e sentido de inovação da juventude e de quem aderiu «de novo» a este projecto. Temos agora a missão de contribuir de forma decisiva para uma OM mais conseqüente e mais próxima de todos os médicos, de continuar a defender os médicos e os doentes, de não desistir de lutar pela Medicina em que acreditamos, pelo futuro dos jovens médicos e pela solidariedade interpares.

Só assim é possível defender o direito dos doentes ao acesso a cuidados de saúde qualificados e unir os Médicos.

Tal como aconteceu nos últimos três anos, nunca deixaremos de assumir posições claras em matérias essenciais para o dia-a-dia dos médicos e para a saúde dos portugueses, e vamos aprofundá-las em sede do CNE. Esta actividade, que se quer firme e conseqüente, terá que continuar a ter como base estudos bem direccionados e de cariz científico, que suportem a credibilidade dos nossos pareceres e das nossas posições. A Ordem tem que ser o expoente máximo da defesa da ética e da qualidade do exercício da medicina.

Queremos continuar a dar o nosso contributo para uma Ordem mais coesa, mais dinâmica, mais próxima dos médicos e dos doentes,

Não abdicamos de exercer de forma completa as nossas funções de auto-regulação nas áreas da formação médica, do exercício da medicina e da ética e deontologia, traduzida no exercício do poder disciplinar. Só assim é possível defender de forma plena a qualidade da medicina e dos cuidados de saúde prestados aos nossos doentes.

SRN durante o triénio 2011-2013 deixou uma nova marca gravada no património institucional da OM, ao associar coragem e firmeza na defesa dos médicos e dos doentes a uma organização optimizada, traduzida em níveis elevados de eficácia e eficiência, e a transparência, expressa na clareza das contas, no cumprimento dos orçamentos, na planificação das actividades. Desta nova forma de encarar o trabalho associativo resultou provavelmente o mandato mais produ-

mais interventiva e, sobretudo, mais proactiva. Este é o compromisso que definimos em campanha e que entendemos renovar após a eleição.

Continuaremos a respeitar o direito à diferença de opiniões no seio da comunidade médica e da Ordem dos Médicos, e a aceitar as decisões que melhor servem os médicos e os doentes.

A situação de crise que o nosso país e a Europa atravessam centra-se, nas suas raízes mais profundas, nos valores e princípios que servem de alicerces à nossa própria democracia. A falta de respeito pela educação e pela justiça social tem aqui um papel nuclear, pois esteve subjacente a muitas das aberrações que atingiram a nossa sociedade nos últimos 30 anos.

Só assim foi possível que princípios económicos e financeiros sem base estrutural sólida pudessem ter tido sucesso sem contraditório forte durante todo este tempo.

Temos agora todos a obrigação de contribuir activamente para a reforma de todo o sistema. O nosso papel já não pode centrar-se apenas nas questões da Saúde. Temos que ir mais além, para preservar as grandes conquistas sociais da nossa Democracia. Só assim podemos defender de forma justa e equilibrada o direito à dignidade de todos os seres humanos.

Na Saúde têm sido muitas as medidas decretadas e aplicadas por este Governo. Uma presumivelmente necessárias, outras completamente dispensáveis e incompreensíveis, e algumas inaceitáveis pois constituem uma ameaça aos direitos dos doentes e à dignidade do exercício da profissão médica.

Todas com o único intuito de diminuir os custos em saúde. A qualquer preço. De tal forma que a percentagem do PIB para a Saúde diminuiu consideravelmente

nos últimos anos. E o nosso PIB é, como todos sabem, muito baixo. No Orçamento de Estado para 2014 a situação agrava-se ainda mais. A despesa pública anual *per capita* em Saúde, em 2011, foi de 868.7 euros. Um dos valores mais baixos da Europa.

De resto, o desinvestimento na área da Saúde é preocupante, como é atestado pelo recente relatório da OCDE «*Health at a Glance 2013*» ou pelas preocupações recentemente reveladas pela OMS relativamente aos cuidados de saúde primários em Portugal.

Por outro lado, reformas de fundo que permitam dotar todo o sistema de mais equidade, rigor, responsabilidade, transparência e qualidade, e diminuir os custos de forma sustentada, não foram até ao momento apresentadas ou discutidas. O estado da Saúde merece de todos nós, médicos e potenciais doentes, uma reflexão cuidada e consequente.

Não podemos nem devemos aceitar que, de forma reiterada, se pretenda desqualificar os médicos e desumanizar a relação médico-doente. Remunerações inaceitáveis, separação entre sectores público e privado sem a devida ponderação e compensação, conflitos de interesse específicos para médicos, prescrição por DCI, violação de competências profissionais, condenação pública de médicos sem qualquer julgamento prévio, racionamento de terapêuticas, concursos públicos fechados com normas institucionais, taxas moderadoras desajustadas, condições de trabalho inapropriadas, regras de licen-

ciamento de unidades privadas de saúde aberrantes, modelo/regime de Convenções injusto e desequilibrado, critérios e indicadores de avaliação da qualidade e competência incompreensíveis, modos de financiamento de unidades de saúde injustos, financiamento per capita desigual nas várias regiões do país e sem qualquer respeito pela Constituição Portuguesa e pelas mais elementares regras do Estado de Direito.

Enfim, são muitas as questões que devem merecer a nossa atenção e reflexão profunda e nos devem unir em torno do essencial na defesa da Medicina que escolhemos quando decidimos ser Médicos.

O nosso papel já não pode centrar-se apenas nas questões da Saúde. Temos que ir mais além, para preservar as grandes conquistas sociais da nossa Democracia. Só assim podemos defender de forma justa e equilibrada o direito à dignidade de todos os seres humanos.

Aliar à competência técnica a competência humana, tratar da pessoa e não apenas tratar os sintomas e as doenças, e acompanhar os doentes até ao fim, com respeito pela sua dignidade, são linhas mestras que não devemos ignorar.

De resto é essencial entender «Onde Falham os Médicos». O que os médicos não sabem, o que não dizem aos doentes e como a verdade pode fortalecer a relação médico-doente.

Sondagens realizadas recentemente entre os doentes demonstram que estes sentem a falta de tempo, de comunicação e de um contacto

de qualidade com o seu médico. Por outro lado, sondagens efectuadas entre os médicos mostram que estes sentem um distanciamento crescente e incómodo em relação aos doentes.

A nossa proposta de trabalho centra-se em 11 temas e 59 pontos, e foi publicada na ROM, distribuída a todos os médicos do norte e está disponível no site da SRN.

Neste momento de reflexão não posso deixar de salientar algumas questões, propostas e orientações que me parecem essenciais para preservar a qualidade da medicina portuguesa, defender o direito dos doentes ao acesso à saúde e restituir a dignidade aos médicos como pessoas e profissionais de saúde.

1. Queremos contribuir para uma Ordem mais **proactiva**, que marque a agenda da política de saúde com a apresentação de propostas concretas em questões fundamentais como aconteceu com o «Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde», e que veio reforçar a nossa posição na defesa do respeito absoluto pela equivalência das capacidades formativas dos cursos de Medicina existentes com as capacidades formativas das várias unidades de saúde portuguesas para formar especialistas.

Nesta medida e no mesmo sentido, é prioritário que a Ordem apresente publicamente e às entidades oficiais competentes uma proposta, a sua proposta, de reforma do Sistema Nacional de Saúde.

Uma proposta que respeite os princípios fundadores do SNS, que centre o sistema no cidadão e na qualidade dos cuidados de saúde e que organize e valorize as pessoas e os recursos financeiros no sentido de obter melhores resultados e combater com maior eficácia os desperdícios existentes.

Uma proposta que fortaleça a re-

lação médico-doente. Que defina regras e princípios de boas práticas médicas a que devem obedecer todas as unidades de saúde, públicas e privadas.

Uma proposta que preserve a dignidade das consultas médicas, que estabeleça o tempo adequado à interacção médico-doente, que preserve a essência de uma medicina mais humanizada, que salvaguarde os direitos dos doentes, que faça respeitar as condições de trabalho e os tempos para a realização de exames complementares de diagnóstico, que considere o tempo necessário para formação médica contínua, que inclua os tempos adequados para o ensino médico aos estudantes de medicina, aos internos do ano comum, aos internos de especialidade.

Uma proposta que estabeleça as condições físicas, técnicas e humanas adequadas para que o exercício da medicina possa ter níveis de qualidade referenciáveis.

Uma proposta que defina claramente a massa crítica necessária para a constituição de unidades e serviços, que inclua indicadores e respectivos critérios de qualidade por patologia e especialidade, que estabeleça a existência de centros de referência para determinadas doenças, que defina a experiência anual necessária para a realização de determinados tipos de cirurgias, que estabeleça em definitivo as necessidades de médicos para todas as especialidades em função do número

de especialistas por mil habitantes, que defina de forma clara a relação entre os cuidados de saúde primários, as diferentes unidades hospitalares, os cuidados continuados e os cuidados paliativos.

Uma proposta que inclua um código de nomenclatura e valor relativo de actos médicos actualizado, que permita avaliar de forma justa a complexidade relativa dos actos médicos.

Uma proposta que promova a Governação Clínica no sistema nacional de saúde.

Uma proposta que defina com rigor a qualidade do exercício da profissão médica e a experiência, resultados e necessidades essenciais exigíveis à actividade dos diferentes serviços de saúde e dos centros de referência.

Uma proposta que inclua a promoção da qualidade da saúde dos cidadãos, a prevenção da doença e a promoção do enve-

É prioritário que a Ordem apresente publicamente e às entidades oficiais competentes uma proposta, a sua proposta, de reforma do Sistema Nacional de Saúde. Uma proposta que respeite os princípios fundadores do SNS, que centre o sistema no cidadão e na qualidade dos cuidados de saúde e que organize e valorize as pessoas e os recursos financeiros no sentido de obter melhores resultados e combater com maior eficácia os desperdícios existentes.

lhhecimento activo.

Uma proposta que inclua uma reforma objectiva, séria e integrada dos serviços de urgência, emergência e atendimento permanente.

2. Queremos contribuir para uma Ordem que seja mais aberta, que esteja **mais próxima dos médicos** e estimule uma maior aproximação entre médicos e doentes.

Nesta matéria é essencial que a Ordem, através dos seus órgãos regionais e distritais, visite mais os médicos nos seus locais de trabalho. No sector público e no privado. E que disponibilize de forma permanente um gabinete específico de apoio aos médicos.

E que os médicos visitem mais a sua Ordem e sintam o apoio necessário para continuarem a exercer a sua profissão de acordo com as boas práticas médicas.

A participação activa dos Presidentes dos Conselhos Distritais nas reuniões do Conselho Regional e

a descentralização de algumas actividades da SRN vão reforçar o papel e as funções dos Conselhos Distritais na relação de proximidade com os médicos.

3. Queremos contribuir para uma Ordem que invista de forma plena na defesa da qualidade da **formação** pré-graduada, da formação pós-graduada e da formação médica contínua. Neste sentido, é essencial continuar a promover a participação da OM nos processos oficiais de acreditação e na avaliação dos cursos que dão acesso à profissão médica, monitorizar activamente as condições de funcionamento e a qualidade dos internatos médicos e da formação médica contínua, defender a existência de um Regulamento do Internato Médico que corresponda às expectativas dos jovens médicos e consagre mudanças essenciais que melhorem a transparência e a qualidade dos internatos,

propondo a redefinição do papel nuclear do orientador de formação criando condições para que possam ter formação específica, defender as Carreiras Médicas como suporte fundamental do SNS e da qualidade da medicina portuguesa e pugnar para que a qualificação médica e a competência em gestão clínica sejam requisitos essenciais para ocupar cargos de direcção.

De resto, é imperioso reafirmar a necessidade de respeitar, fortalecer e aplicar na prática as Carreiras Médicas, exigindo que o mecanismo do concurso público para provimento de vagas seja assumido como essencial quer para o acesso, quer para a progressão na carreira. Nesta medida, os concursos deverão ser abertos e permitir a mobilidade de profissionais médicos entre as diferentes unidades de saúde.

Adicionalmente, é essencial pro-



Miguel Guimarães, Gentil Martins, José Manuel Silva e Moreira da Silva

mover uma autêntica formação médica contínua, decorrente da prática clínica diária e da frequência de acções de formação, traduzida na aquisição de conhecimentos e manutenção de competências técnicas que permitam encarar o processo de recertificação de forma integrada com a nossa Carreira Médica.

4. Queremos contribuir para uma Ordem reforçada na sua função de **auto-regulação disciplinar**, a funcionar de forma eficaz e em tempo útil. Queremos dar um exemplo ao país, tendo uma justiça em que as pessoas confiem. Em que os médicos tenham o mesmo tratamento e os mesmos direitos que todos os outros cidadãos. Em que, até prova em contrário, o acusado se presume inocente. Em que o médico não seja *a priori* publicamente condenado só porque existe uma queixa. Em que seja penalizado quem viola a Ética e o Código Deontológico.

É com muito orgulho que os médicos exercem a sua missão ao serviço da Saúde e da Vida, desempenhando uma relevante função social única, ao serviço do Homem e da Comunidade. Neste sentido, é para nós um privilégio poder servir os doentes e o país. E fazemo-lo com responsabilidade disciplinar, civil e penal, o que parece não acontecer em muitas outras actividades.

Os médicos têm sido os principais responsáveis pela melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e pelo sucesso internacional do nosso SNS, cujos méritos têm sido regularmente reconhecidos pela OCDE e pela OMS.

A sociedade confere-nos o direito de autonomia, de nos autorregularmos, e em troca exige da

nossa parte competência, rigor e responsabilidade no exercício da nossa profissão.

Provavelmente não existe outra profissão em que as capacidades teóricas e de desempenho sejam tão permanentemente avaliadas, postas à prova e vigiadas.

É imperativo que os médicos continuem a cumprir o seu dever de proteger a qualidade de vida e preservar a dignidade do ser humano, respeitando as boas práticas médicas, a Ética e o Código Deontológico.

5. Queremos contribuir para uma Ordem que defenda de forma intransigente a qualidade do **exercício da profissão médica**. Que defenda o SNS na sua determinação constitucional como base estruturante da organização da Saúde em Portugal. Que defenda a complementaridade da medicina privada e convencionada. Que defenda a continuidade dos consultórios e de pequenas clínicas médicas.

Que defenda os cuidados de proximidade e a integridade da relação médico-doente. Que defenda a equidade no sistema nacional de saúde com as mesmas regras de funcionamento para os sectores público, social e privado.

Que promova visitas e auditorias regulares a unidades de saúde do sector público, social e privado, no sentido de avaliar o cumprimento das condições físicas, técnicas e humanas essenciais para o exercício da medicina.

6. Queremos contribuir para uma Ordem que seja mais solidária. Com os jovens médicos. Com os médicos seniores. Com os médicos em maiores dificuldades.

Uma Ordem em que a **solidariedade interpares** se faça realmente sentir. Através do Fundo de Solidariedade. Através da garantia de financiamento do Fundo

com base numa percentagem das quotas dos médicos. Através da criação de uma «Casa de Apoio Social do Médico». Através da negociação de melhores seguros de saúde e planos de poupança reforma mais favoráveis.

7. Queremos contribuir para uma Ordem que mantenha uma relação de **cooperação** profícua e prática com os Sindicatos Médicos, com as Faculdades de Medicina e as Associações de Estudantes, com as Sociedades e Associações Científicas, com as Associações de Doentes.

8. Queremos contribuir para uma Ordem que defenda os **doentes**. Defendendo a qualidade da Medicina com base nas boas práticas médicas e no respeito pela Ética e Deontologia. Não permitindo que as competências médicas sejam violadas por outros profissionais de saúde. Defendendo a liderança médica nas equipas multidisciplinares de saúde.

Insistindo no enquadramento legal do Acto Médico como referência essencial da prática médica. Defendendo o direito dos doentes à segurança da confidencialidade e protecção dos dados pessoais e clínicos.

Continuando a defender uma política do medicamento que seja adequada às necessidades dos doentes, equitativa e que respeite as boas práticas médicas. Rejeitando todas as propostas que promovam o racionamento em saúde.

Termino com o desejo de que todos nós possamos encontrar nas nossas diferenças aquilo que nos une. Como ontem, hoje e no futuro. A bem dos Doentes, da Medicina, do SNS e do País.

Muito obrigado pela vossa presença e pela vossa atenção.

Desejo a todos um Feliz 2014.

**Discurso do presidente
do Conselho Regional
do Centro, Carlos Diogo Cortes**

Exmos Convidados, Caros Colegas,
Só houve um vencedor nas eleições na noite do 12 de Dezembro. Esse vencedor foi a Esperança.

Esperança numa Ordem dos Médicos mais aberta e interventiva, mais participada e envolvida nos problemas dos Médicos e dos Doentes.

Esperança numa Ordem mais rigorosa com os Médicos na defesa da Ética Profissional e da Deontologia Médica.

Esperança numa Formação Médica que possa continuar a oferecer aos Doentes uma prática médica de excelência e a servir de exemplo para muitos outros países no estrangeiro.

Esperança num futuro com Carreiras Médicas efetivas, ao serviço dos Doentes.

Esperança numa Saúde de qualidade construída nos valores da justiça solidária na equidade e no acesso universal.

Esperança numa Saúde capaz de responder às carências e dificuldades de uma sociedade atualmente mergulhada numa profunda e grave crise económica e social.

Este momento é decisivo e apela à responsabilidade e ao envolvimento de todos na sua Ordem.

Hoje, à noite, saúdo todos aqueles que no seu dia a dia, de uma forma ou de outra, têm defendido uma melhor Saúde para os doentes.

Saúdo aqueles que o fizeram ao serviço da Ordem dos Médicos e aqueles que se propõem fazê-lo neste mandato que agora

Carlos Diogo Cortes



Saúdo todos aqueles que no seu dia a dia, de uma forma ou de outra, têm defendido uma melhor Saúde para os doentes. (...) ...os Médicos, aqueles que dão a verdadeira dimensão a esta instituição, muito maior do que a fronteira física delimitada por estes muros. São estes que na solidão de numa extensão de saúde fazem da sua profissão uma forma de vida ao serviço do Doente, aqueles que combatendo as insuficiências do sistema travam, diariamente, uma luta desigual em serviços de urgências caóticos ou em serviços de internamento sobrelotados.



Este é um momento de intervenção cívica que nos deve impedir, a todos, sermos cúmplices da destruição do SNS e de uma Medicina humana e qualificada. Faço um apelo sentido a todos, independentemente das suas diferenças, para saberem valorizar e potenciar aquilo que nos une na defesa dos Médicos, dos Doentes e da Saúde.

inicia, durante os próximos 3 anos.

Saúdo também os funcionários desta Casa e todos os que direta ou indiretamente contribuem para a sua grandeza.

Mas, sobretudo, não me esqueço dos Médicos, aqueles que dão a verdadeira dimensão a

esta instituição, muito maior do que a fronteira física delimitada por estes muros.

São estes que na solidão de numa extensão de saúde fazem da sua profissão uma forma de vida ao serviço do Doente, aqueles que combatendo as insuficiências do sistema travam, diariamente, uma luta desigual em serviços de urgências caóticos ou em serviços de internamento sobrelotados.

Os Médicos que continuam a acreditar no seu trabalho mas cujo papel deixou há muito de ser reconhecido pela tutela.

Apelamos a todos, individualmente, às organizações médicas, às associações de doentes, às organizações ligadas à Saúde

para, em conjunto, combatermos firmemente, as decisões políticas erradas e as deficiências propositadas que verdadeiramente prejudicam a formação dos Médicos, o exercício da Medicina, as condições do trabalho dos profissionais nos hospitais e nos centros de saúde e o adequado atendimento e tratamento dos Doentes.

Mais do que nunca, a União dos Médicos e dos seus Doentes, através da Ordem dos Médicos, torna-se numa necessidade vital para fazer frente à grave e profunda degradação do Serviço Nacional de Saúde cada vez mais desacreditado porque cada vez mais afastado das necessidades das populações.

A missão primordial do SNS deixou de servir os Doentes e passou a servir os propósitos assediados dos credores internacionais, com a conivência e a ação direta do Ministério da Saúde.

Hoje, o SNS está a perder o seu propósito constitucional do Di-

Paulo Coelho, Luisa M^a Diogo Matos, Beatriz Gusmão, Catarina Resende Oliveira, Massano Cardoso e Isabel Gonçalves



reito à Saúde e passa a ser um instrumento de acerto para o controlo do défice público.

As necessidades dos doentes são esmagadas pelas necessidades contabilísticas e económicas de um Ministério da Saúde que não é mais do que uma subsecretaria do Ministério das Finanças.

Possa a Solidariedade na Saúde ser o valor mais partilhado no nosso país.

Entre os mais novos e os menos novos; entre aqueles, afortunados financeiramente, que menos necessitam e os mais desfavorecidos da sociedade. Entre uma geração que criou o Serviço Nacional de Saúde e outra que resiste arduamente enfrentando os decisores políticos que hoje cegamente e irresponsavelmente se propõem destruí-lo. Entre o Estado e o Cidadão.

Este não é um momento de contemplação ou de espera. Este é um momento de intervenção cívica que nos deve impedir, a todos, sermos cúmplices da des-

truição do SNS e de uma Medicina humana e qualificada.

Faço um apelo sentido a todos, independentemente das suas diferenças, para saberem valorizar e potenciar aquilo que nos une na defesa dos Médicos, dos Doentes e da Saúde.

Queria que esta Tomada de Posse simbolizasse a partilha das funções que passam a ser as nossas.

Os poderes que recebemos nesta cerimónia pertencem, na realidade, a todos os Médicos e aos Doentes que são chamados a participar, estimular e empenhar-se na Ordem dos Médicos.

Neste tempo de incertezas e de adversidades na área da Saú-

Mais do que nunca, a União dos Médicos e dos seus Doentes, através da Ordem dos Médicos, torna-se numa necessidade vital para fazer frente à grave e profunda degradação do Serviço Nacional de Saúde cada vez mais desacreditado porque cada vez mais afastado das necessidades das populações.

de, a Ordem dos Médicos deve devolver a Esperança na defesa dos valores e princípios de Solidariedade que são os elementos de coesão da nossa sociedade.

Os Médicos podem contar com a sua Ordem.

Os Doentes podem contar com a Ordem dos Médicos.

Obrigado a todos.

Jaime Teixeira Mendes



Discurso do presidente do Conselho Regional do Sul, Jaime Teixeira Mendes

Caros Colegas e amigos,

Um dos privilégios da aposentação, muitas vezes referido, é o de poder dizer o que se pensa sem arriscar o seu lugar ou a sua promoção. Esta equipa, que hoje toma posse, apesar de ter colegas muito jovens, adotou assim o princípio da clareza e transparência que John Stuart Mill resumiu nesta frase: “Não se podem prevenir nem curar os males da sociedade, assim como as doenças do corpo, sem falar claramente”. Este é um dos nossos compromissos para os próximos três anos.

A Medicina sofreu grandes transformações no final do século XX, com avanços tecnológicos que permitiram diagnósticos mais precisos, com um indiscutível benefício para os doentes, atrevo-me a dizer mesmo custo/benefício. Nunca aderi à ideia feita que o avanço tecnológico seria o responsável do encarecimento da medicina.

Podemos argumentar que os progressos poderão até reduzir os custos: por exemplo, os aparelhos de diálise aperfeiçoaram-se necessitando de menos vigilância dos técnicos e de manutenção; a operação de bypasses coronários deu lugar à dilatação percutânea, intervenção realizada em ambulatório; a cirurgia laparoscópica reduziu de uma forma impressionante a duração da hospitalização, etc... etc..., não esquecendo todos os programas de prevenção implantados no terreno que permitem uma estabilização dos custos.

O facto é que os custos na saúde aumentam em flecha. Será devido ao aumento dos salários dos médi-

cos e dos outros trabalhadores da saúde? Certamente não, porque eles, salvo raríssimas exceções, têm vindo a diminuir nos últimos dez a quinze anos.

Um sector que contribuiu para o aumento dos custos foi a plêiade de gestores espalhados pelos hospitais e centros de saúde que ironicamente foi concebido para fazer diminuir as despesas.

A tutela e as diversas formas de gestão têm tido poucos resultados porque, como já referi em vários artigos publicados na revista da Ordem, as reformas necessárias da saúde têm o centro num binómio tão velho como a MEDICINA: A relação Médico-Doente. Sem a participação ativa destes dois atores nada resultará.

No nosso programa de candidatura afirmámos que um dos reversos da medalha dos avanços tecnológicos foi o aparecimento de inúmeras especialidades e subespecialidades, só na nossa Ordem

existem mais de 40, o que levou à fragmentação dos conhecimentos e que tem originado o aumento dos custos médicos, com duplicação de exames, entre outros, e em nada melhorou o tratamento dos doentes.

Estamos na época pós-industrial e os nossos hospitais continuam como as grandes instituições fabris do passado que actualmente com a revolução informática estão a ser substituídas por pequenas empresas em rede.

Assim, torna-se imperioso equacionar uma nova organização do trabalho médico em equipas mul-

Esta equipa, que hoje toma posse, apesar de ter colegas muito jovens, adotou assim o princípio da clareza e transparência que John Stuart Mill resumiu nesta frase: “Não se podem prevenir nem curar os males da sociedade, assim como as doenças do corpo, sem falar claramente”. Este é um dos nossos compromissos para os próximos três anos.

tidisciplinares e de transdisciplinaridade, como entendeu Piaget, e uma nova governação hospitalar e enterrar para sempre as ideias organizacionais de Taylor.

Infelizmente, hoje assistimos a um



O momento sócio-político que vivemos impõe-nos a urgência de pôr em equação os problemas atuais da classe médica e esclarecê-los tanto quanto possível no espírito de todos e, em especial de certos médicos com responsabilidade governamental, porquanto adotam opiniões bastante inadequadas aos novos tempos, fatores importantes da desagregação profissional facultando aos especuladores o maior aviltamento da classe.

retrocesso das ciências humanas o que levou os médicos a prosseguirem numa visão alopatia afastando-se da visão holística da medicina centrada no doente e nas suas necessidades e não na doença.

A economia suplantou todas as ciências sociais mas sem grande sucesso. Imaginem se a Medicina negasse hoje todos os conhecimentos transmitidos pelos nossos Mestres, realizasse experiências humanas, se enganasse e depois pedisse simplesmente desculpa.

Já foi dito que isto de economistas há para todos os gostos, e eu também tenho os meus preferidos que não são como devem imaginar os da escola de Chicago.

Daniel Cohen, economista e autor do livro *Homo economicus*, no essencial diz que o capitalismo se apoia sobre duas instituições com lógicas muito diferentes: os mercados e as empresas, os primeiros para organizar a competição, e os segundos a cooperação. A rotura

que o capitalismo financeiro introduziu desde os anos 80 foi de impor uma lógica de mercado nas empresas. Os prémios, os bónus, muitas vezes individualizados, criaram uma nova relação de trabalho. A consequência foi que a competição progride e a cooperação recua. Eu direi: o individualismo e o isolamento instalam-se nas nossas sociedades. Cito Cohen quando se refere ao que ele considera os grandes polos da sociedade pós-industrial, a educação e a saúde, diz:

- **“Quando se experimenta dar incentivos financeiros aos professores e aos médicos, por exemplo em função dos seus resultados, depressa caminhamos para catástrofes pedagógicas ou sanitárias”.**

A Ordem dos Médicos como parte integrante do SNS e do sistema de saúde deve ter um papel fundamental em todo o planeamento e desenvolvimento da política de saúde.

Entretanto, o momento sócio-político que vivemos impõe-nos a urgência de pôr em equação os problemas atuais da classe médica e esclarecê-los tanto quanto possível no espírito de todos e, em especial de certos médicos com responsabilidade governamental, porquanto adotam opiniões bastante inadequadas aos novos tempos, fatores importantes da desagregação profissional facultando aos especuladores o maior aviltamento da classe.

O nosso compromisso é com os nossos colegas, com o Presidente da Ordem, com os Conselhos Regionais e com as distritais para cumprir o programa de ação proposto e votado para o triénio 2014-2016. A nossa atitude irá ser de frontalidade, clareza e transparência.

Vamos trabalhar

- na defesa do **Serviço Nacional de Saúde** constitucional, obra dos médicos portugueses, um dos sistemas menos dispendiosos e o mais efectivo garante da equidade, identificando e intervindo nos múltiplos fatores determinantes da má saúde e da doença.

- Na garantia da **qualidade da medicina** praticada no nosso país.

- Na formação médica pós-graduada e formação contínua em colaboração estreita com os colégios da especialidade. Sem desprezar a formação pré-graduada, em colaboração íntima com os diretores das Faculdades de Medicina para a melhoria do ensino e a introdução de áreas das ciências humanas, preparando o jovem para a prática clínica e a melhoria do contacto com os doentes.

A célebre frase de Abel Salazar de “que quem só sabe medicina nem medicina sabe” foi teorizada oficialmente por dois investigadores da New School of Social Research de Nova Iorque, Commer-Kidd e Castano, que em artigo publicado na revista *Science* mostraram o seu trabalho em psicologia experimental. Chegaram à conclusão que os leitores de obras de ficção têm maior capacidade de compreender os estados mentais de outrem, melhorando assim a relação médico-doente. Não quero com isto propor aos estudantes de medicina que a par da Anatomia leiam os sete volumes de Proust, “Em busca do Tempo Perdido”.

Mas a Ordem tem aqui um papel fundamental.

- Compromisso na defesa das carreiras médicas como um dos suportes da qualidade, da efectividade e da eficiência da prestação dos cuidados médicos e a garantia da realização profissional.

- A Defesa da Medicina Liberal, a chamada medicina de consultório, dignificando a sua missão de assistência à comunidade.

Não posso finalizar a minha intervenção, sem dizer algumas palavras sobre a metodologia utilizada na revisão dos estatutos da Ordem. O que aconteceu foi o exemplo daquilo que não se deve fazer, se o objetivo for aproximar os médicos da Ordem.

Como já escrevi detalhadamente no boletim da Ordem, foi nomeada pelo Bastonário uma comissão para a revisão dos estatutos constituída por 15 médicos, à qual tive a honra de presidir.

A nossa proposta de estatutos representou mais de mil horas de trabalho voluntário e foi entregue ao Sr. Bastonário em tempo útil, Fevereiro de 2012. A metodologia que pensávamos seguir era a sua apresentação e discussão em todas as secções distritais afim de uma maior participação ativa dos médicos.

Para espanto nosso, passado um ano, em Fevereiro de 2013, foi entregue ao Senhor Ministro da Saúde uma proposta de estatutos saída da CNE sem se quer ter havido a delicadeza de um esclarecimento a esta comissão.

Desta forma não podemos desejar a vinda de novos estatutos que tanto nós como quase a totalidade dos médicos desconhece o seu conteúdo.

Situações como esta afastam os médicos da Ordem e contribuem para o aumento da abstenção e o desinteresse cresça no seio dos médicos.

Sei que a vontade do Bastonário é abrir as portas da Ordem a todos os médicos no sentido de uma democracia participativa. Pode contar com a nossa equipa! Connosco pode estar certo que nenhum médico ficará à porta da sede da Ordem e que iremos criar inúmeras comissões de trabalho para estudar os vários temas que se colocam hoje aos médicos e à saúde.

Vamos trabalhar na defesa do Serviço Nacional de Saúde constitucional, obra dos médicos portugueses, um dos sistemas menos dispendiosos e o mais efectivo garante da equidade, identificando e intervindo nos múltiplos fatores determinantes da má saúde e da doença.

Agradeço toda a colaboração prestada pelo Prof. Dr. Pereira Coelho e pelo Dr. Iglésias na passagem das pastas do Conselho Regional do Sul.

Aos funcionários da Ordem, peço a vossa ajuda para levar à prática o nosso programa para o próximo triénio, na defesa da causa da medicina e da saúde dos portugueses.

Termino com uma frase de Cícero, proferida no ano 42 a.c. :
- “Uma nação pode sobreviver aos idiotas e até aos gananciosos, mas não pode sobreviver à traição gerada dentro de si mesma.”

Novo Conselho Regional do Sul





Visita à Maternidade Alfredo da Costa

José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, visitou em Dezembro a Maternidade Alfredo da Costa (MAC), onde teve oportunidade de conversar com os colegas sobre as condições dessa unidade de saúde, enquanto visitava a urgência, o internamento, os cuidados intensivos neonatais, medicina materno-fetal e a unidade de medicina reprodutiva, entre outros serviços.

Em Março de 2012 foi anunciado o encerramento da Maternidade Alfredo da Costa, mas, após avanços e recuos - nomeadamente na sequência de uma providência cautelar interposta em Janeiro de 2013 por um grupo de cidadãos e profissionais de saúde, o Tribunal Administrativo de Lisboa o qual decidiu dar razão aos defensores do serviço -, o destino da MAC continua incerto e a unidade mantém-se a funcionar mesmo que, por razões diversas, a capacidade instalada seja superior à ocupação. Em consequência do desfecho da providência cautelar, o Ministério e o Centro Hospitalar de Lisboa Central ficaram obrigados a abster-se de actos que visem o encerramento da MAC, "a não ser por via da sua integração no anunciado Hospital de Lisboa Oriental", unidade que deverá ser construída até 2016, na zona oriental de Lisboa. Muitas questões se colocam perante a eventualidade de fechar a mater-

nidade e a Ordem dos Médicos questionou, oportunamente, o Ministério da Saúde sobre quais os estudos técnicos que dão suporte a esta decisão, não tendo obtido nenhuma resposta satisfatória. Uma das questões que tem sido colocada é como serão integradas as equipas formadas na MAC. Foram precisamente essas equipas que receberam a visita do bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva no passado dia 23 de Dezembro. Menos de duas semanas antes desta visita, uma das equipas da MAC realizou a primeira laparoscopia in útero em Portugal (ver caixa). Durante esta visita à MAC, José Manuel Silva teve oportunidade de conversar com o ginecologista e obstetra Álvaro Cohen que realizou essa intervenção e que coordena a consulta de Diagnóstico Pré Natal (DPN). A equipa explicou-nos, com um orgulho merecido, que esta consulta funciona como um centro de referência para todo o país,

fazendo tudo o que faz um centro de nível 3, com uma capacidade de resposta às situações de má formação em 24 a 48 horas, já com os estudos fetais e o respectivo diagnóstico pré-natal. Além de Álvaro Cohen, conversámos com Luísa Martins, a outra médica que assegura esta consulta que nos explicou como a mesma "requer tempo, empatia e dedicação", factores patentes nesta equipa.

Na passagem pelos cuidados intensivos foi referido que a assistência neonatal a bebés muito prematuros implica tempos de internamento mais longos o que os torna estatisticamente mais onerosos, uma 'desvantagem' compensada pelas excelentes taxas de sobrevivência a nível nacional, numa área onde o correcto é investir em estratégias protectoras. As condições deste serviço são estudadas para acolherem devidamente não apenas os bebés prematuros mas também os seus familiares, existindo

Ricardo Mira e José Manuel Silva



Ana Campos



Fátima Serrano



zonas de descanso para os pais e condições para que os mesmos possam permanecer 24 horas no serviço. O serviço de neonatologia sofreu obras estruturantes que o tornaram um serviço moderno e pensado para privilegiar a intimidade das famílias, tendo sido criados cubículos onde a mãe pode ficar com o bebé, com as melhores condições de higiene, pois com internamentos necessariamente mais longos – no caso dos prematuros – a preocupação em reduzir os riscos de infecção é uma constante. “A taxa de incidência de infecções hospitalares é baixíssima”, confirmaram-nos. Em termos de enquadramento foi-nos ainda explicado que o serviço – com 17 postos de intensivos – foi alvo de um processo de certificação independente, com o aval do Conselho de Administração, e que as taxas de ocupação do puerpério são de 50%, havendo um piso completamente encerrado. Existem na MAC três grandes serviços: obstetria, ginecologia e neonatologia, mas não há pediatria – serviço que pode servir de rectaguarda – por isso, os profissionais realçam que é necessário o apoio de um hospital pediátrico, o que acontece em conjugação com o Hospital de D^a Estefânia, instituição com a qual existe uma excelente relação e coordenação, o que permite que se estabeleça a necessária complementaridade. Foi igualmente realçado o diálogo profícuo e a boa coordenação das equipas da MAC, nomeadamente no que toca a prematuros. Para melhorar, renovar e adquirir equipamentos, essas equipas elaboram projectos e candidatam-se a bolsas de investigação e outros apoios, conforme nos explicou Teresa Tomé, directora da Unidade de Neonatologia.



José Manuel Silva e Carlos Marques

“Temos tido muito mais grávidas a faltar às consultas e casos de gravidezes totalmente não vigiadas, também nos apercebemos de um aumento do número de mulheres que se prostituem e já detectámos dois casos de urosepsis”. Uma situação que os profissionais da MAC não hesitam em qualificar como “um retrocesso civilizacional de vários anos”, provocado pela crise económica e financeira.

Com a taxa de bebés que nascem prematuros a subir nos últimos anos nos países industrializados, por razões que se prendem, entre outras causas, com o stress mas também com a falta de acompanhamento adequado da gestação, a Ordem dos Médicos não pode deixar de sentir apreensão quando durante esta visita nos explicaram que os efeitos da crise estão a traduzir-se precisamente num aumento da taxa de grávidas que falta às consultas de acompanhamento, consequentemente, aumentando os riscos de maiores percentagens de pré-termo. O bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, quis saber qual era a percepção dos profissionais no terreno e as respostas foram peremptórias: “temos tido muito mais grávidas a faltar às consultas e casos de gravidezes totalmente não vigiadas, também nos apercebemos de um aumento do número de mulheres que se prostituem e já detectámos dois casos de urosepsis”. Uma situação que os profis-

sionais da MAC não hesitam em qualificar como “um retrocesso civilizacional de vários anos”, provocado pela crise económica e financeira. Sendo a instituição com a mais baixa taxa de transmissão da mãe para o bebé de VIH, o potencial aumento deste tipo de transmissão, em resultado da falta de acompanhamento, foi outra das situações que nos foi referida com muito preocupante. O desemprego, a precariedade e/ou a falta de apoios económicos à maternidade são algumas das razões que levam as portuguesas a adiar o projecto de serem mães, o que origina o aumento do número de gravidezes de risco e, consequentemente, ao aumento do número de prematuros, conforme nos foi explicado. Embora tenha uma unidade de excelência, uma maternidade não é só o serviço de neonatolo-

gia, pelo que a visita prosseguiu precisamente pelos serviços de Ginecologia e Obstetrícia. O serviço de ginecologia tem 19 camas e o de obstetrícia tem 21 no internamento de alto risco, 55 no puerpério, cinco de recobro pós-operatório, três para grávidas com patologias muito graves e três para mulheres com insucesso na gravidez. O serviço de ginecologia da MAC tem 10 salas



Catarina Marques, médica interna

de consulta, o de obstetrícia 17. “A taxa de permanência neste serviço é de 48h; é difícil encurtar tempos de internamento porque não existe um bom acompanhamento domiciliário”, explicou-nos a directora do serviço de obstetrícia, Ana Campos, acrescentando que, pela primeira vez na sua carreira de 30 anos, sente que há falta de profissionais, “estamos mesmo à conta. Se falta um colega...” Carlos Marques, director do Serviço de Ginecologia da MAC e membro da direcção do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, explicou: “com a abertura do hospital de Loures e Cascais, sentimos o dizimar dos quadros da função pública (...)”. A anestesiologia, situação muito específica que caracterizou como “dramática” e a própria medicina interna, são especialidades onde faltam profissionais e onde as vagas que estão a ser abertas não correspondem nem às necessidades nem ao que é solicitado pelos serviços. “A redução é generalizada mas faz-se sentir de forma muito acentuada nas especialidades cirúrgicas”, explicou Carlos Marques. José Manuel Silva explicou aos colegas que, graças ao estudo demo-

gráfico elaborado a pedido da OM, “podemos saber com maior precisão quais as especialidades em que vai haver falta de médicos e essas têm que fazer um maior esforço para abrir mais vagas”. Outro problema que se sente é a desmotivação dos profissionais: “ninguém nos pergunta o que podemos fazer mais ou melhor com o que temos. Sentimo-nos pouco incentivados quer em termos de envolvimento nas decisões quer financeiramente”, referiu Ana Campos. Foi abordada a questão dos concursos fechados, tendo o bastonário da Ordem dos Médicos respondido de forma categórica: “sendo os concursos fechados ilegais, espera-se que o Ministério da Saúde apenas faça concursos abertos”. A MAC tem neste momento 24 internos, conforme nos explicou Ana Campos, mas mantém-se “o problema da saída dos internos”. José Manuel Silva passou ainda pela sala dedicada à formação, onde a especialista em medicina materno-fetal, ginecologia e obstetrícia, Fátima Serrano, nos

Teresa Tomé



explicou que precisamente esta última – ginecologia e obstetrícia – é uma disciplina que está sediada na MAC (no que se refere aos alunos de 4º e 6º ano da Faculdade de Ciências Médicas). Visitámos ainda a unidade de medicina reprodutiva e foi-nos explicada a visão pluridisciplinar que faz com que existam serviços anexos de psicologia, nutrição e dietética, segurança social, ginásio, fisioterapia, uro-ginecologia, preparação pré-parto, massagem para bebés, etc.

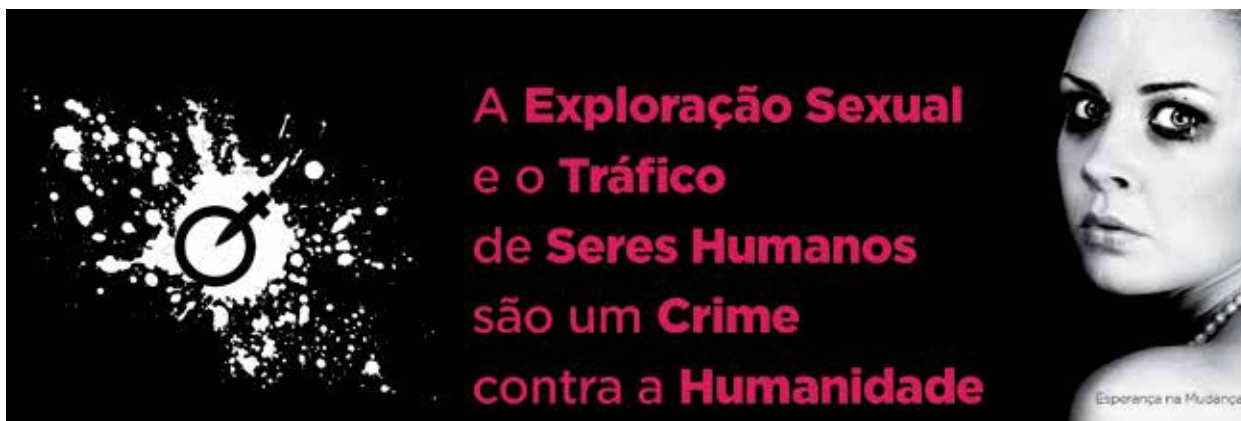
Equipa DPN: os médicos Álvaro Cohen e Luísa Martins



Cirurgia inovadora

O especialista em Diagnóstico Pré Natal, Álvaro Cohen, efectuou, através de uma agulha com um fibrolaser, a laqueação no útero dos vasos sanguíneos que estavam a comprometer a vida de um feto com 25 semanas de gestação, uma cirurgia com riscos mas que era a única alternativa para a situação concreta

(pois numa gravidez gemelar um dos fetos desenvolveu-se acárdico e o feto saudável estava a bombear sangue para os dois, correndo o risco de entrar em insuficiência cardíaca ou nascer com 25 semanas de gestação). A intervenção foi realizada em ambulatório no Hospital da Força Aérea por este ter o equipamento necessário (fibrolaser). “São cirurgias tecnicamente complicadas mas que se conseguem fazer com menos material”, explicou o especialista.



Diagnosticar para ajudar

Sabe que as Nações Unidas estimam que existem 27 milhões de escravos em todo o mundo, e que só na Europa existem cerca de 140 mil mulheres traficadas, anualmente, para fins de exploração sexual gerando um lucro de 2,5 biliões de Euros?

É o que afirma o relatório de 2010 “Tráfico de Pessoas para a Europa para fins de exploração sexual”, do departamento das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC).

Sabe que pode “ajudar a diagnosticar” e dar o seu contributo para salvar vidas aprisionadas e violadas diariamente, nos seus direitos fundamentais?

Pelo conhecimento adquirido ao longo do tempo, ‘O Ninho’ reconhece a importância fulcral dos profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos, no processo de reconhecimento de potenciais situações de tráfico, particularmente nos Serviços de Urgência Hospitalar a que as mulheres recorrem quando estão doentes. Neste sentido, um olhar mais atento sobre a temática é fundamental para que possam contribuir, de forma efectiva, para a libertação de mulheres de redes criminosas que as aprisionam e tornam escravas dos tempos modernos. Os indicadores de observação apontados pelo Ministério da Administração Interna, que podem indiciar situações de tráfico são os seguintes: indícios de estar a ser controlada por alguém; hematomas ou sinais de agressão física; sinais de medo,

tristeza permanente ou depressão; incapacidade ou dificuldade de comunicação em inglês; impossibilidade de acesso aos seus documentos de identificação; aparente fuga ao contacto; verbalizações em situação de atendimento. Estes indicadores constituem-se, na perspectiva de ‘O Ninho’, como aspectos essenciais a ter em conta na relação de confiança que os médicos, no exercício da sua profissão, podem estabelecer com as mulheres que recorrem aos seus serviços.

Os médicos assumem uma posição privilegiada no diagnóstico destas situações e na consequente ajuda que podem proporcionar a muitas das vítimas deste crime.

Para além dos indicadores referenciados, pode ainda estar atento a: se uma mulher foi aliciada ou pressionada para

vir para Portugal ou ir para o estrangeiro; se os seus documentos de identificação ou de viagem lhe foram retirados; se a sua liberdade de movimentos ou de expressão é ou foi limitada; se não pode, livremente, relacionar-se ou contactar com amigos e familiares, e se foi obrigada a praticar qualquer acto contra a sua vontade.

Estar disponível para estar atento a uma situação de tráfico, é indispensável para diagnosticar e ajudar.

É este o desafio que O Ninho vos propõe.

O Ninho é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que, ao longo de mais de quatro décadas, tem tido como objectivo a promoção humana e social de mulheres vítimas de prostituição e de mulheres traficadas para fins de exploração sexual. Está a desenvolver um projec-

to, financiado pelo Fundo Social Europeu (FSE), intitulado “Falar Claramente Sobre Violência de Género”*. Este projecto tem na sua génese a intervenção junto de mulheres exploradas sexualmente, nomeadamente mulheres traficadas para fins de exploração sexual, perceber a sua situação de exclusão, os obstáculos à inclusão, perceber o seu percurso.

Pretende também contribuir para a prevenção do tráfico, promovendo a capacitação e o empoderamento das vítimas, e despertar consciências para uma realidade desumana, que é a exploração sexual.

Inês Fontinha,
Socióloga,
Directora de O Ninho

www.oninho.pt

* “Falar Claramente Sobre Violência de Género” é um projecto promovido, pela Associação O Ninho financiado pelo Programa Operacional do Potencial Humano (POPH) com o lema “Qualificar é crescer”



Jaime Teixeira Mendes

Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos



Transparência, honestidade e muito trabalho na defesa da medicina e dos doentes

Os valores que Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, considera que levaram a sua lista à vitória são o que promete aos médicos para este mandato: transparência, honestidade, a defesa dos valores éticos e deontológicos da profissão e a promessa de muito trabalho em defesa da medicina e dos doentes. Um dos objectivos desta direcção, que realçou, é a necessidade de melhoria da comunicação a todos os níveis: quer com os órgãos dirigentes, nomeadamente com os distritos médicos, quer com os próprios colegas. Uma das medidas já implementadas pela nova direcção da Secção Regional do Sul da OM é o envio das actas das reuniões de Conselho à direcção de todos os Distritos Médicos. Percebe-se das suas palavras que acredita que só com uma melhor comunicação se poderá diminuir o distanciamento que separa os médicos da instituição que os representa e, consequentemente, combater a abstenção elevada que se sentiu nas eleições de dia 12 de Dezembro.

Revista da Ordem dos Médicos - **Como analisa o resultado eleitoral na sua Secção Regional?**

Jaime Teixeira Mendes - Os resultados eleitorais na Secção Regional do Sul, nomeadamente para os órgãos regionais, mostraram uma expressiva vitória da lista A, não só na região de Lisboa e Grande Lisboa, como em praticamente todos os distritos médicos, com excepção do Algarve e da Madeira.

Nos dois distritos em que apresentámos listas, vencemos na Distrital de Lisboa-Cidade com uma diferença significativa e perdemos por 26 votos no conselho distrital da Grande Lisboa, no qual, por decisão da mesa eleitoral, a lista foi obrigada a concorrer como lista C. Esta manobra surtiu efeito.

Numa análise dos resultados eleitorais não podemos nos furtar a encarar o problema da abstenção que foi grande em todo o país e para todos os órgãos a eleger, cifrando-se em cerca de 80% do universo eleitoral.

A pouca participação, quer dos cidadãos nos destinos do país, quer dos médicos no destino da Ordem, tem razões profundas sobre as quais os sociólogos se debruçam e, sem querer meter a foice em seara alheia, julgo que estas abstenções correspondem não só a um desinteresse por quem os represente, mas também a um voto de protesto.

Alguns pontos que foram decisivos para a nossa vitória foram a honestidade e a defesa dos valores éticos e deontológicos da profissão.

À guisa de conclusão, direi que o desempenho dos órgãos dirigentes da Ordem no último triénio não conseguiu diminuir a abstenção. O factor positivo, na

Região Sul, foi que, pela primeira vez, foram eleitos médicos que não pertenciam ao “arco de governação” da Ordem dos Médicos.

ROM - **Quais os principais pontos do seu programa que destacaria como essenciais para a OM e os médicos?**

JTM - Para os médicos diria que é a defesa do Serviço Nacional de Saúde e das carreiras médicas por serem um importante factor na formação médica. A formação, pré e pós-graduada é, naturalmente, uma questão de particular relevância para os médicos. Claro que a defesa da qualidade da medicina, obrigação da Ordem dos Médicos, também tem que ser constante: tendo como pressuposto que nenhum médico gosta de fazer medicina sem qualidade, temos que reforçar o papel da OM nessa área, informando os colegas quanto aos parâmetros do estado da arte.

Para a OM o fundamental é a comunicação com os médicos e as distritais - que é algo que tem falhado - e uma democratização: a defesa de métodos democráticos com decisões sempre tomadas em colectivo e não com a opinião de uns a sobrepor-se à opinião dos outros.

ROM - **Que tipo de intervenção deverá a OM ter enquanto parceiro fundamental do sector da saúde?**

JTM - A OM deve intervir na definição das linhas estratégicas dos diversos órgãos deliberativos do Ministério da Saúde, nomeadamente através da apresentação de propostas ao governo e aos diversos grupos parlamentares. O Conselho Nacional Executivo, com uma assessoria

de doze comissões consultivas e o *know how* de mais de 40 Colégios da Especialidade, deveria ter, quanto a mim, maior iniciativa no que se refere à apresentação de propostas e soluções. Isto é desejável não apenas quanto ao relacionamento com os órgãos políticos decisores, mas também no que se refere aos colegas: qualquer médico que chegue à OM deveria ter acesso às posições oficiais da sua Ordem nos mais diversos assuntos: internato, urgências, critérios de qualidade, etc.

ROM - **Considera que a OM deverá actuar essencialmente em defesa dos médicos, da medicina e dos doentes (ocupando-se de questões como a qualidade do sector da saúde, a sustentabilidade do SNS, etc.) ou deverá haver uma preocupação prévia com as questões internas (como seja a revisão estatutária)?**

JTM - Penso que as duas questões são centrais: temos que defender a sustentabilidade do SNS e saber responder aos desafios que se vão colocando. Mas a questão dos estatutos também é importante, claro. A revisão dos estatutos é uma questão que, já desde o primeiro mandato deste bastonário, foi definida pelos então candidatos como essencial. Há uma proposta que foi entregue pelo CNE ao Ministério da Economia e que estará agora provavelmente no Ministério da Saúde, e aguardamos a resolução. Mas essa é uma proposta com a qual discordei quando fazia parte da Comissão de Revisão dos Estatutos, que era uma comissão consultiva do bastonário, Prof. José Manuel Silva, ainda no seu primeiro mandato. A proposta



desenvolvida por essa comissão foi preterida pela que foi aprovada em CNE mas é minha opinião que a proposta escolhida está incompleta e que é algo confusa. Somos das poucas Ordens que ainda não foram convocadas ao Ministério da Saúde para debater os seus estatutos.

ROM - O que podem os médicos esperar do seu mandato?

JTM - Transparência, honestidade e muito trabalho na defesa da medicina e dos doentes.

ROM - Como melhorar a comunicação entre o Conselho Regional e os médicos?

JTM - Uma das áreas em que queremos actuar é na comuni-

cação com os Distritos Médicos e já começámos a agir para essa mudança: enviamos uma carta, esta semana, a todos os Distritos da Secção Regional do Sul, a acompanhar a acta da reunião do Conselho Regional do Sul. Esse foi um compromisso eleitoral: apesar das nossas reuniões serem abertas a qualquer médico e que por direito os presidentes dos conselhos distritais podem estar presentes, como temos consciência que a distância não permite a todos os interessados estarem nas reuniões do conselho regional, nomeadamente porque as reuniões realizam-se à noite e a Secção Regional do Sul é geograficamente muito vasta,

queremos que tenham conhecimento das decisões que tomarmos. Nos membros designados ao Plenário dos Conselhos Regionais também há algumas dificuldades na comunicação, por exemplo: muitas vezes os elementos que vêm ao plenário não fazem depois qualquer espécie de resumo ou relatório para a sua respectiva distrital ter conhecimento do que tiver sido discutido e aprovado. Aliás, este tipo de distanciamento que se tem verificado, estou certo que será uma das razões para a abstenção que falei na primeira questão.

Noutra perspectiva em termos de comunicação: as nossas realizações são o espelho da Ordem, por isso devemos realizar tudo com profissionalismo e cuidado. A minha tarefa prioritária vai ser melhorar o sítio da internet da SRSul e o boletim Medi.com que em breve terá nova imagem. Temos agendadas manifestações culturais e, proximamente, iremos comemorar os 40 anos do 25 de Abril, ao qual poderemos chamar "o movimento médico até ao SNS". O nosso objectivo é contar aos mais novos como foi a luta dos médicos antes e depois do 25 de Abril, com mesa redonda, colóquio, etc. No final de Novembro, ficou definido que será a SRSul a organizar o Congresso Nacional de Medicina e do Médico Interno.

Nota da redacção: a última pergunta foi escolhida por cada um dos entrevistados, para realçar algo a que atribuisse particular relevância.

Carlos Diogo Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos



União e transparência para um trabalho consistente e responsável

Esperança, união e transparência são as três palavras escolhidas para resumir o seu programa. Por essa razão, Carlos Diogo Cortes é peremptório ao afirmar que as eleições de Dezembro passado são precisamente isso: passado. Agora é o momento de trabalhar em função das responsabilidades assumidas e é essa a sua principal preocupação. É por essa razão que, no último mês, desde o início de funções deste conselho regional, já organizaram dezenas de reuniões para dinamizar o trabalho dentro da OM e definiram a criação de vários gabinetes de apoio, internos e externos. Um trabalho que pretende que seja transparente quanto às decisões tomadas, que estimule a participação livre e informada de todos e que seja o suporte da união à volta de uma Ordem dos Médicos que deseja que se torne mais próxima dos profissionais que representa, mais atenta, interventiva e intransigente no que se refere aos princípios fundamentais.

Revista da Ordem dos Médicos -
Como analisa o resultado eleitoral na sua Secção Regional?

Carlos Diogo Cortes - Os resultados das eleições demonstraram uma vontade clara de mudança: o projeto "SER MÉDICO HOJE"/Lista A conquistou uma vitória

transversal já que obteve o melhor resultado para todos os órgãos da Secção Regional: Conselho Regional, Mesa da Assembleia, Conselho Fiscal e Conselho Disciplinar.

Mas, hoje, isso já pouco importa. As responsabilidades assu-

midas e o trabalho a desenvolver passaram rapidamente a ser a principal preocupação. Virou-se uma página na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos cujo principal motor foi a necessidade de uma Ordem mais próxima dos Médi-



cos, mais atenta e interventiva. Existiu um momento para os Médicos apresentarem projetos, debatê-los e sufragá-los, agora o momento é para uma União à volta da Ordem dos Médicos e para o trabalho consistente e responsável.

ROM - Quais os principais pontos do seu programa que destacaria como essenciais para a OM e os médicos?

CDC - O programa eleitoral foi amplamente divulgado, explicado e debatido. Está no site de campanha sermedicohoje-om2013.com. Não é um programa circunstancial para arrumar na gaveta depois das eleições, é um programa orientador para manter na mesa de trabalho e guiar a acção da Secção Regional nos próximos três anos.

É o nosso programa de acção e um guia de orientação. Foi plebiscitado e cabe-nos pô-lo em prática.

Resumi-lo-ia em 3 palavras: Esperança, União e Transparência. Esperança na dignificação do papel do Médico, numa Medicina humana e de qualidade, numa Formação Médica exigente, num sistema de saúde justo e de qualidade e num comportamento ético e deontologicamente irrepreensível. Esperança, ainda, na elaboração e aprovação de um Acto Médico que possa salvaguardar as competências técnicas inerentes à nossa profissão. Esperança, finalmente, em Carreiras Médicas verdadeiramente funcionantes e adaptadas à actual realidade do sistema de saúde.

União dos Médicos e das organizações médicas através dos valores e dos princípios que sempre defendemos. Os tempos difíceis que atravessamos e que, tudo indica, se irão amplificar obri-

gam as organizações médicas a concertarem as suas posições e juntarem-se à volta de causas comuns. Neste âmbito o apoio alargado de todos os Médicos é fundamental. É também função da Ordem dos Médicos potenciar as áreas comuns que nos mobilizam na defesa da dignificação do Médico e da qualidade dos cuidados de saúde.

O terceiro ponto é a Transparência na Ordem dos Médicos, nas suas decisões e acções para estimular a participação livre e informada de todos.

São pontos ambiciosos mas que a Ordem dos Médicos terá de ter a coragem de voltar a pegar de forma estruturada e com amplo debate público.

No último mês, desde o início das nossas funções, já organizámos dezenas de reuniões para dinamizar o trabalho dentro da Ordem dos Médicos. Estamos a criar os gabinetes de apoio ao Conselho Regional (Gabinete de Apoio ao Médico, Gabinete de Apoio ao Doente, Gabinete de Formação Médica, Gabinete de Relações Externas e Sociedade Civil, Gabinete de Informação e Comunicação, Gabinete de Gestão Interna e Património), a programar as actividades para 2014, a elaborar um plano de combate ao desperdício, a organizar as actividades para tornar a Ordem mais atractiva e aberta aos Médicos e à sociedade civil.

Este meses serão meses de intensa actividade e trabalho.

ROM - Que tipo de intervenção deverá a OM ter enquanto parceiro fundamental do sector da saúde?

CDC - A Ordem dos Médicos é uma organização prestigiada que tem por missão defender e promover a qualidade da prestação

dos cuidados de saúde através da regulação do exercício da medicina e da formação médica. É um parceiro privilegiado do Ministério da Saúde, ou melhor, deveria sê-lo. O Ministério tem tido a vontade de capturar muitas das responsabilidades que são as dos Médicos e da sua Ordem. Essa postura é inaceitável! É importante manter independentes muitas das decisões tomadas no âmbito da qualidade em Saúde não deixando que o Ministério se substitua ao papel dos Médicos. A intervenção da Ordem dos Médicos deve ser responsável e assertiva, crítica e construtiva, dialogante mas intransigente na defesa da Qualidade da Medicina e da dignidade dos Médicos.

ROM - Considera que a OM deverá actuar essencialmente em defesa dos médicos, da medicina e dos doentes (ocupando-se de questões como a qualidade do sector da saúde, a sustentabilidade do SNS, etc.) ou deverá haver uma preocupação prévia com as questões internas (como seja a revisão estatutária)?

CDC - As duas coisas estão, obviamente, ligadas. Para se poder ter uma acção externa clara e eficiente é preciso ter uma casa arrumada e dotar a Ordem dos Médicos dos instrumentos necessários para poder exercer livremente as suas funções. Internamente é essencial manter a coesão entre as três Secções Regionais e o Bastonário da Ordem dos Médicos. Estou convencido que um trabalho leal e coordenado entre as Secções Regionais e o Bastonário reforçará a Ordem tanto no seu funcionamento interno como na sua acção externa. Diz-se muitas vezes que existiam quatro Ordens (Bastonário e Secções Regionais), neste mandato

pretendemos criar todas as condições para existir uma única Ordem, forte e unida, como sempre deveria ter estado.

Defendemos uma Ordem virada para o exterior, com um intervenção marcada junto da sociedade civil e próxima dos Médicos.

ROM - O que podem os médicos esperar do seu mandato?

CDC - Em primeiro lugar, os Médicos precisam de uma Ordem mais interventiva na Região Centro. Isso só será possível através de uma acção de proximidade para potenciar as condições de um diálogo aberto entre os Médicos e a sua Ordem. A melhor forma de o conseguir é levar a Ordem dos Médicos onde se faz saúde, onde existem os problemas denunciados pelos médicos, visitando os Centros de Saúde e os Hospitais, organizando reuniões, ouvindo os Médicos.

Em segundo lugar, pretendemos defender afincadamente aquilo que constituem os valores e princípios dos Médicos e da Medicina. Seremos intransigentes na defesa da Qualidade da Medicina em todas as suas vertentes: prestação dos cuidados de saúde, exercício técnico da Medicina, formação médica.

Em terceiro lugar, queremos criar condições de transparência e envolvimento dos Médicos nos assuntos da Ordem para motivar a sua necessária e desejada participação.

ROM - O que espera da acção do Ministério da Saúde?

CDC - A Ordem dos Médicos é um parceiro sério e responsável pelo que tem o dever de auxiliar os governantes na implementação de medidas que possam melhorar a área da Saúde. Sabemos que quem decide, fá-

-lo, frequentemente, com total desconhecimento da realidade, por isso o papel da Ordem dos Médicos é central em qualquer mudança ou reforma que possa ser feita (ou permanentemente em planificação...).

Infelizmente, a última década tem demonstrado que muitas das opções tomadas pela tutela foram desastrosas e inconsequentes.

Tem existido, nestes últimos anos, um ataque permanente aos Médicos através de uma estratégia incompreensível de hostilização de toda uma classe.

Além do mais, está clara uma vontade de enfraquecer a própria Ordem dos Médicos retirando-lhe poderes que são seus, e dos Médicos, desde há várias décadas.

Seremos intransigentes quando estiverem em causa princípios fundamentais que demorámos décadas a construir.

A Ordem dos Médicos continuará a ser um parceiro responsável e leal mas crítico e interveniente quando as circunstâncias o obrigarem.

Do Ministério da Saúde esperamos, portanto, o devido respeito pela OM enquanto parceiro incontornável na definição das políticas de saúde, pelos médicos, enquanto profissionais que fizeram/fazem do nosso sistema de saúde, o sistema de qualidade reconhecida internacionalmente que é hoje, e pelos doentes que são a razão última da existência de médicos, Ordem e Ministério da Saúde.

Nota da redacção: a última pergunta foi escolhida por cada um dos entrevistados, para realçar algo a que atribuisse particular relevância.



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



Consulte também:

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

... em: www.actamedicaportuguesa.com



Com o apoio de:



Brevemente disponível na plataforma Android.

Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da OM



Uma OM mais interventiva e mais próxima de todos os médicos e dos doentes

Com uma votação superior à obtida nas últimas eleições, Miguel Guimarães tem bem definido o rumo que pretende para este mandato: se no triénio 2011-2013 o Conselho Regional do Norte deixou uma marca singular no património institucional da OM, o trabalho, firmeza, organização e transparência são para continuar, na senda de uma Ordem ainda mais sólida, coesa, dinâmica, proactiva e próxima de todos os médicos e dos doentes. São, aliás, esses os vectores essenciais que o guiam: preservar a qualidade da medicina, defender o direito dos doentes ao acesso à saúde e restituir a dignidade aos médicos, como pessoas e como profissionais de saúde. Para alcançar esses objectivos, além de apelar aos colegas que continuem a respeitar as boas práticas médicas, a Ética e o Código Deontológico, Miguel Guimarães defende uma Ordem que apoie de forma permanente os médicos, que seja consequente na defesa da qualidade e dos doentes, bem como do futuro dos jovens médicos.

Revista da Ordem dos Médicos – Como analisa o resultado eleitoral na sua Secção Regional?

Miguel Guimarães - Os resultados, já publicados nesta revista, permitem-nos retirar as seguintes conclusões:

- A percentagem de médicos a nível nacional que participaram nas eleições continua a ser baixa (e tem algumas explicações objectivas, mas insuficientes);
- A nossa lista (lista única) obteve, desta vez, um número abso-

luto de votos e uma percentagem de votos expressos (90.51%) muito superior ao obtido nas últimas eleições;

- Em termos nacionais, a nossa lista foi claramente a mais votada, tanto em número absoluto de



votos como em percentagem de votos expressos;

- Quando comparada com outras candidaturas únicas (a do Bastonário), o nível de votos brancos e nulos foi semelhante, tal como a percentagem de votos expressos. De resto, a percentagem de votos brancos e nulos na SRN foi semelhante ao que se verificou nas outras Secções Regionais.

ROM - Quais os principais pontos do seu programa que destacaria como essenciais para a OM e os médicos?

MG - Neste momento de reflexão não posso deixar de salientar algumas questões, propostas e orientações que me parecem essenciais para preservar a qualidade da medicina portuguesa, defender o direito dos doentes ao acesso à saúde e restituir a dignidade aos médicos como pessoas e profissionais de saúde.

Queremos contribuir para uma Ordem mais proactiva, que marque a agenda da política de saúde com a apresentação de propostas concretas em questões fundamentais tal como a reforma do sistema nacional de Saúde, apresentando publicamente, e às autoridades oficiais competentes, uma proposta que fortaleça e preserve a dignidade da relação médico-doente, que respeite os princípios fundadores do SNS, que centre o sistema no cidadão e na qualidade dos cuidados de saúde e que organize e valorize as pessoas e os recursos financeiros no sentido de obter melhores resultados e combater com maior eficácia os desperdícios existentes.

Queremos contribuir para uma Ordem que seja mais aberta, que esteja mais próxima dos médicos e estimule uma maior aproximação entre médicos e doentes.

É essencial que a Ordem visite mais os médicos nos seus locais de trabalho, disponibilize de forma permanente um gabinete específico de apoio aos médicos e reforce o papel e as funções dos Conselhos Distritais.

Queremos contribuir para uma Ordem que invista de forma plena na defesa da qualidade da formação pré-graduada, da formação pós-graduada e da formação médica contínua. Que encare o processo de recertificação de forma integrada com a nossa Carreira Médica. É essencial continuar a promover a participação da OM nos processos oficiais de acreditação e na avaliação dos cursos que dão acesso à profissão médica, monitorizar activamente as condições de funcionamento e a qualidade dos internatos médicos e da formação médica contínua, defender as Carreiras Médicas e a sua aplicação prática como suporte fundamental do SNS e da qualidade da medicina portuguesa.

Queremos contribuir para uma Ordem reforçada na sua função de auto-regulação disciplinar, a funcionar de forma eficaz e em tempo útil. Queremos dar um exemplo ao país, tendo uma justiça em que as pessoas confiem. Em que os médicos tenham o mesmo tratamento e os mesmos direitos que os outros cidadãos. Em que seja penalizado quem viola a Ética e o Código Deontológico.

Queremos contribuir para uma Ordem que defenda de forma intransigente a qualidade do exercício da profissão médica. Que defenda o SNS na sua determinação constitucional como base estruturante da organização da Saúde em Portugal. Que defenda a continuidade dos consultórios e de pequenas clínicas médicas. Que defenda os cuidados de pro-

ximidade e a integridade da relação médico-doente. Que defenda a equidade no sistema nacional de saúde com as mesmas regras de funcionamento para os sectores público, social e privado.

Queremos contribuir para uma Ordem que seja mais solidária. Com os jovens médicos. Com os médicos seniores. Com os médicos em maiores dificuldades. Uma Ordem em que a solidariedade interpares se faça realmente sentir. Através do Fundo de Solidariedade. Através da criação de uma 'Casa de Apoio Social do Médico'.

Queremos contribuir para uma Ordem que mantenha uma relação de cooperação profícua e prática com os Sindicatos Médicos, com as Faculdades de Medicina e as Associações de Estudantes, com as Sociedades e Associações Científicas, com as Associações de Doentes.

Queremos contribuir para uma Ordem que defenda os doentes. Defendendo a qualidade da Medicina com base nas boas práticas médicas e no respeito pela Ética e Deontologia. Não permitindo que as competências médicas sejam violadas por outros profissionais de saúde. Insistindo no enquadramento legal do Acto Médico como referência essencial da prática médica. Defendendo o direito dos doentes à segurança da confidencialidade e protecção dos dados pessoais e clínicos. Continuando a defender uma política do medicamento que seja adequada às necessidades dos doentes, equitativa e que respeite as boas práticas médicas. Rejeitando todas as propostas que promovam o racionamento em saúde.

ROM - Que tipo de intervenção deverá a OM ter enquanto par-

ceiro fundamental do sector da saúde?

MG - A Ordem tem que continuar a dar o seu contributo para o sector da saúde de forma coesa, dinâmica, interventiva e, sobretudo, mais proactiva. Ser consequente na defesa da qualidade da Medicina e dos doentes e do futuro dos jovens médicos. Não aceitar que, de forma reiterada, se pretenda desqualificar os médicos e desumanizar a relação médico-doente. A OM deverá, sempre que necessário e possível, marcar a agenda da política de saúde com a apresentação de propostas concretas em matérias essenciais, com base em estudos bem direccionados e de cariz científico, que suportem a credibilidade dos nossos pareceres e das nossas posições.

ROM - Considera que a OM deverá actuar essencialmente em defesa dos médicos, da medicina e dos doentes (ocupando-se de questões como a qualidade do sector da saúde, a sustentabilidade do SNS, etc.) ou deverá haver uma preocupação prévia com as questões internas (como seja a revisão estatutária)?

MG - Na minha opinião são duas questões distintas que se complementam de forma positiva e sinérgica. A optimização e agilização da organização estrutural e funcional interna da Ordem dos Médicos é absolutamente essencial para que se possa exercer com maior eficácia e eficiência as funções principais da OM de autorregulação nas áreas da formação, do exercício da profissão médica e do cumprimento das boas práticas médicas, da Ética e do Código Deontológico. Em conjunto, o exercício pleno destas funções, permitem salvaguardar a qualidade da Medicina e

dos cuidados de saúde e desta forma defender os doentes e os médicos. De qualquer forma, a OM durante o último mandato já apresentou às autoridades competentes a sua proposta de revisão dos Estatutos, Regras e Regulamentos, ao abrigo da Lei 2/2013.

ROM - O que podem os médicos esperar do seu mandato?

MG - A actividade desenvolvida pela SRN durante o triénio 2011-2013 deixou uma nova marca gravada no património institucional da OM, ao associar trabalho, coragem, firmeza, organização e transparência, no sentido de contribuir para uma OM mais sólida, mais coesa, mais dinâmica, mais interventiva, mais proactiva, mais presente e mais próxima de todos os médicos e dos doentes. Este foi também o compromisso que assumimos em campanha e que entendo agora renovar. Continuaremos a assumir posições claras em matérias essenciais para o dia-a-dia dos médicos e para a saúde dos portugueses, quer a nível regional quer em sede do CNE.

ROM - Que mensagem final quer deixar para os médicos?

MG - É imperativo que os médicos continuem a cumprir o seu dever de proteger a qualidade de vida e preservar a dignidade do ser humano, respeitando as boas práticas médicas, a Ética e o Código Deontológico. Temos que saber encontrar nas nossas diferenças aquilo que nos une. Como ontem, hoje e no futuro.

Nota da redacção: a última pergunta foi escolhida por cada um dos entrevistados, para realçar algo a que atribuisse particular relevância.



Manuel Rodrigues Pereira

Especialista em Medicina Geral e Familiar,
Vogal do Conselho Distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos

Que cultura organizacional para o Serviço Nacional de Saúde português?

Estaremos todos contentes com o Serviço Nacional de Saúde que temos em Portugal? Se não fosse o atual governo PSD/CDS, tudo estaria bem no Serviço Nacional de Saúde? Será que não temos todos, pelo menos em parte, culpa dos ferozes ataques que por vezes nos têm sido dirigidos? Uma 'cultura organizacional' implica valores e atitudes comuns e define de certa forma o modo como "as coisas" funcionam. Define o que qualquer pessoa pode esperar dessa organização. Neste artigo que hoje escrevo, sublinho essencialmente a péssima cultura organizacional que, a meu ver, está "entranhada" no dito serviço público e a consequente importância de a mudar. Deixo também desde já uma nota prévia: atualmente não exerço funções no Serviço Nacional de Saúde português. Devo no entanto afirmar que tal em nada me retira idoneidade para falar sobre o mesmo. Nele trabalhei vários anos e só recentemente deixei de aí trabalhar.

O que me vem à cabeça quando quero descrever a atual cultura organizacional do Serviço Nacional de Saúde? Anquilose, falta de ambição, "deixa andar", estagnação, despreocupação com a qualidade, burocracia, pessoal administrativo e de apoio operacional com pouca qualificação e totalmente desadequado para a obtenção de melhores resultados. A propósito, será possível que estes recursos de apoio sejam adequados para todo e qualquer serviço na função pública, podendo ser facilmente adaptáveis à Segurança Social, Finanças ou Saúde? Se calhar estou a ser injusto... Ou não! Será que este tipo de cultura organizacional seria possível no setor privado? É aceite que o Serviço Nacional de

Saúde é algo importante para o país mas será o que temos adequado para um país desenvolvido? Sejamos honestos. Será que não deveria haver, no sistema, maneira de "eliminar ervas daninhas"? E os líderes? O modo como são escolhidos, como agem e prestam contas aos subordinados e sociedade, serão adequados?

Ponhamos as mãos na consciência. "Sentemo-nos" um pouco e pensemos no que queremos para o futuro do país. Os médicos conseguem olhar mais do que para o seu próprio umbigo, não? Ou será que estamos embebidos em tacañhez e provincianismo?

Para ter orgulho no Serviço Nacional de Saúde do meu país, eu quero que este tenha uma estru-

tura mais dinâmica, um ambiente que, com base no mérito, promova os seus recursos humanos e, da mesma forma, perante a mediocridade, a coloca de parte para progredir e ir mais longe. Quero líderes que o são pelo trabalho que desenvolvem, pelo exemplo de profissionalismo que dão e nunca, mesmo nunca, pelo título do cargo em que foram colocados. Um líder rege-se por princípios e tem uma visão, um sonho que arrasta aqueles que o rodeiam. Quero uma organização que se pautar pela eficiência. Quero uma organização que permita a valorização dos seus profissionais; que ofereça hipótese de progressão e que não limite a ambição dos mesmos. As pessoas têm de ser ouvidas; trabalhar onde

se sintam bem; ter a possibilidade de ser envolvidas na gestão do serviço. Os recursos deverão ser facilmente mobilizáveis face às suas próprias necessidades e do serviço. Para quê obrigar uma pessoa a estar num local que não lhe traz alegria e vontade de ter sucesso? Isso acontece com tanta gente... Que desperdício! Para ter orgulho do Serviço Nacional de Saúde do meu país, eu quero uma estrutura de recursos qualificados e em que a pirâmide hierárquica não é vertiginosamente alta. Uma estrutura justa, democrática e funcional é o que se quer. Transparência, inovação e solidez são características fundamentais para o Serviço Nacional de Saúde que eu sonho um dia ver no meu país.

O que vejo neste momento é uma organização que, à semelhança do que se passa em todo o resto da função pública, é rígida, está anquilosada e é desadequada. Há demasiada gente nele a fazer coisa nenhuma! Defender o Serviço Nacional de Saúde como está, é

defender uma estrutura assim. É moral? Não seria mais adequado termos uma organização dinâmica e com a possibilidade de entradas e saídas de recursos conforme análise dos parâmetros de gestão e performance do serviço? Não seria preferível poder libertar recursos superfluos e que pesam na estrutura, assim podendo investir noutros recursos humanos, eventualmente recrutando-os ao setor privado ou mesmo em organizações fora do país, podendo ser uma mais-valia que agora não é tida em conta?

Aqui entramos na estrutura das Carreiras Médicas. Será que estas são adequadas como estão? Uma entrada, uma saída. Começa no Internato Médico, acaba na reforma. É isso que se quer? Um emprego garantido numa estrutura sem ambição e cuja carreira está totalmente definida desde o primeiro momento, sem capacidade de se adaptar e responder às ambições específicas de cada um – ser individual? Todos os médicos devem

ambicionar um mesmo percurso profissional? As Carreiras Médicas são compatíveis com as mudanças que importa fazer. Têm é também estas mesmas de voltar a ser revistas, ganhar um perfil mais flexível. Isto implica perceber que ser médico é mais do que fazer clínica. É produção científica, é investigação e é ensino. Um médico pode ter mais do que um único perfil profissional!

Termino com um repto. Coloquemos todos “a mão na cabeça”. Pensemos um pouco naquilo que desejamos para o serviço público de saúde do país. Médicos (incluindo sindicatos) e políticos devem ponderar e reunir-se. Pensemos sem preconceito, de forma crítica e honesta. Envolvamo-nos todos, desde o ainda estudante de Medicina ao Diretor Clínico de um qualquer hospital ou membro de uma ARS. Há que estar aberto a um pensamento mais crítico. Façamos parte da mudança que queremos ver no nosso país.

notícias

Exposição internacional de artistas médicos

Vai ser inaugurada no dia 10 de Maio em Bucareste uma exposição internacional de artistas médicos, uma organização da Asklepios-Med (www.asklepios-med.eu). Esta instituição, além de prestar cuidados de saúde, organiza regularmente exposições e concertos de artistas médicos de todo o mundo. Para mais informações: e-mail: palotas@asklepios-med.eu

Jornadas Luso Espanholas de Medicina Interna

Nos dias 9 e 10 de Maio de 2014, o Centro de Negócios Transfronteiriço de Elvas irá acolher as X Jornadas Transfronteiriças Luso Espanholas de Medicina Interna 2014. A organização é do Núcleo de Medicina Interna do Hospital de Santa Luzia de Elvas. O programa inclui workshops de actualização em ressuscitação, noções básicas de ecocardiografia e mesas redondas sobre temas como doenças autoimunes, risco cardiovascular, etc. Para mais informações ou inscrições, contactar a secretaria de Medicina Interna do Hospital de Santa Luzia de Elvas (jornadas.elva.2014s@gmail.com ou pelo telefone 268637223).



Carlos Prior, Teresa Lopes

UCSP Fernão de Magalhães

A satisfação e a motivação

"De que serve ao homem produzir cada vez mais, se não sabe partilhar o que produz?"

R. Etchegaray

Desde o início de século XX que a satisfação no trabalho tem sido motivo de preocupação, e como tal, objeto de vários trabalhos de investigação. A área da saúde, nomeadamente os cuidados primários, por inúmeras razões de todos conhecidas, não foi alheia a estas preocupações.

Na década de 90, alguns estudos que abordaram a temática da satisfação na profissão médica, mostraram uma elevada prevalência de insatisfação. Apesar da sua importância nesta área do trabalho, esta temática parece ter caído no esquecimento nos últimos anos, não tendo sido publicados trabalhos que permitam extrapolar resultados para a profissão ou mesmo para áreas profissionais da medicina.

Pese embora tenha sido divulgado os resultados de um questionário realizado pela USF-AN aos seus associados, a inferência para o setor profissional dos Cuidados Primários de Saúde parece não ser possível. Contudo, a análise SWOT destaca:

"FORÇAS - A quase totalidade dos profissionais das USF Modelo A pretendem evoluir para B (97%).

A maioria dos profissionais das USF está contente com a sua atividade e com a atuação da USF-AN.

A maioria tem frequentado ações de formação organizadas pela própria USF.

FRAQUEZAS - Os principais problemas que carecem de resolução nas USF são os sistemas de informação, a falta de material considerado básico para a sua atividade e os recursos humanos / trabalho precário.

AMEAÇAS - Insatisfação com o momento atual da reforma e com a atuação da tutela nos seus vários níveis. Insatisfação com a contratualização por estar a ser pouco transparente e negociada de modo desequilibrado. Aumento do número de USF abaixo do esperado.

OPORTUNIDADES - O processo de contratualização em si é considerada como estímulo para trabalhar com maior qualidade."

Contudo, estes dados não têm termo de comparação por não haver estudo semelhante nas UCSP. Quiçá, em primeiro lugar por não haver quem os represente e segundo poderá não interessar à tutela a sua realização pelo impacto nas mudanças que poderia produzir. Em última aná-

lise terá de haver sempre quem faça o que escapa à Reforma para que o Sistema funcione...

Num estudo de produtividade realizado na ARS Norte foram analisados alguns indicadores e comparados entre os vários modelos - USF A, USF B e UCSP com contratualização. Constatou-se diferença entre os resultados - Na generalidade as USF modelo B têm melhores indicadores, seguidos das USF A e por último UCSP.

No entanto surgem algumas questões: A motivação será a mesma nos vários modelos, e essa motivação justifica, por si só, os dados apurados? Haverá diferenças na qualidade do serviço prestado medido por indicadores de impacto? Mas não há dúvida que os resultados traduzem uma melhor qualidade dos registos de procedimentos.

Sem dúvida que a satisfação profissional é reconhecida como uma medida da qualidade de vida e está relacionada com estados emocionais. Universalmente são reconhecidos vários fatores que a influenciam. Entre estes fatores temos as condições físicas do

trabalho, os recursos existentes, o reconhecimento pelas chefias e seus pares, o reconhecimento social da profissão, as promoções e progressões, as remunerações, as oportunidades de desenvolvimento, a equidade de tratamento dos profissionais, o *feedback* do trabalho realizado com acesso imediato aos resultados da produção e a relação médico-doente. Assim, em termos gerais aparecem descritas quatro formas de satisfação profissional no trabalho: satisfação com o desenvolvimento pessoal, satisfação com as condições físicas do local de trabalho, satisfação com as recompensas e satisfação com as interações humanas. Desde 2005 que as modificações operadas em cerca de 2/3 dos cuidados primários têm influenciado negativamente estas 4 formas de satisfação: diminuição da formação sob oferta da tutela e ausência de promoção e progressão profissionais; degradação das condições físicas e estruturais das unidades, por vezes com falta de equipamento básico de trabalho, imprescindível à execução das tarefas diárias, nomeadamente a falta de

papel para emissão de uma simples receita; redução das remunerações resultantes do trabalho por sobre taxação fiscal; diminuição de recursos humanos nos vários setores profissionais, com a obrigatoriedade ética de ser dada resposta aos utentes inscritos nos Centros de Saúde, motivando por vezes conflitualidade no seio do sistema.

No âmbito da satisfação intrínseca, estudos realizados na área de serviços, mostram que a característica preditora de satisfação é a autonomia da tarefa. Desde a implementação de modelos de gestão diferentes nas unidades de cuidados primários (com manifestas iniquidades nos recursos humanos e de estrutura entre os modelos), que a autonomia do médico de família tem sido coartada, de modo indireto por uma pseudo descentralização da decisão (nos Centros de Saúde/USCP), através da imposição de métricas cujos resultados, por vezes, denotam alguma incoerência.

O modelo de gestão em cuidados primários mais publicitado, com o apadrinhamento da tutela,

tem sido o modelo que teoricamente tem condições ideais para produção plena. Tem por base a constituição de grupos auto-organizados, com condições de recursos humanos e de estrutura ideais para os objetivos a que se propõem, com autonomia gestionária, incentivos pelos resultados (remuneração mista), tarefas com pagamento diferenciado, acesso imediato aos resultados do trabalho, tendo assim a possibilidade de modificar a conduta perante os mesmos (*feedback*).

Ao fim de mais de meia dúzia de anos da existência da dicotomia de gestão “autonomia com incentivos” / “gestão de comando e controlo” com produção de resultados por ambos os modelos de gestão, a identificação de fatores de desmotivação e a sua correção, com melhoria na equidade de tratamento dos profissionais de CSP, conduziria por certo a estratégias corretas e duradouras de manutenção do SNS, mais justas para os utentes, profissionais e contribuintes e a uma demonstração constitucional da igualdade de acesso aos cuidados de saúde.



Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Mais disciplina, melhor Medicina!

A leitura do artigo da autoria do Dr. Rosalvo Almeida publicado no jornal Público de 18-12-2013 justifica os comentários que se seguem.

O autor expressou a sua indignação por a proposta de Estatutos da Ordem dos Médicos (OM), que aguarda aprovação oficial, incluir a previsão de uma taxa para suportar custos processuais. Nas suas palavras: “pagar pelas queixas? Era o que faltava!” Naturalmente o autor tem todo o direito a ter e expressar a sua opinião. Mas, vamos aos factos:

- Não existe, pelo menos na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, qualquer pedido de esclarecimento ou de documentos sobre a questão das queixas e das taxas ou dos Estatutos feito pelo autor.

- O autor confunde queixas com inquéritos e processos disciplinares. Uma queixa pode ou não dar origem a um inquérito/processo disciplinar e, como tal, a queixa em si não é motivo para o pagamento de qualquer taxa.

- O que se propõe nos novos Estatutos da OM é que “é devido o pagamento de custas pelo participante que deu causa ao processo, entendendo-se que dá causa às custas se o processo for arquivado sem que o médico arguido tenha sofrido condenação”. De resto, a mesma proposta diz que o valor e regras das custas e taxas serão definidos em regulamento próprio, sem prejuízo de dispensa em virtude de insufi-

ciência económica do participante. Ou seja, o valor e regras ainda não estão definidos.

- Adicionalmente, esta actividade, suportada integralmente por todos os médicos através das quotas que regularmente pagam à OM, aumentou de forma muito considerável nos últimos anos e consome centenas de milhares de euros por ano. A tendência é para aumentar e não para diminuir.

- A OM é uma entidade pública de estrutura associativa representativa da profissão médica e está sujeita, cumulativamente, ao controlo do respectivo acesso e exercício, à elaboração de normas técnicas e de princípios e regras deontológicas específicas e a um regime disciplinar autónomo, por **imperativo de tutela do interesse público prosseguido** (artigo 2º da Lei 2/2013, de 10 de Janeiro). Assim, as funções exercidas pela OM interessam a todos os médicos, a todos os doentes e a todos os cidadãos, nestas se incluindo a actividade disciplinar. Esta constitui um serviço eminentemente público comparável a outros serviços públicos na dependência do Estado, que são maioritariamente financiados pelos impostos de todos os portugueses. Será que um serviço dirigido a todos os cidadãos portugueses deve ser apenas financiado pelos médicos? Será “um disparate, uma insensatez, um erro e um susto”, propor a sustentabilidade do sistema ao

incluir que todos os cidadãos que tenham capacidade económica suportem parcialmente as custas processuais? O que é que acontece na Justiça e nomeadamente nos tribunais? Queremos ou não Conselhos Disciplinares a funcionar de forma eficaz e em tempo útil? Ou queremos manter o amadorismo e a lentidão do passado? Queremos ter na OM uma justiça à imagem do país ou queremos dar um exemplo ao país tendo uma justiça que funcione e em que as pessoas confiem? Deverá esta função ser cofinanciada pelo Governo?

- Diz o autor que o queixoso tem sempre razão. Compara um doente a um cliente, a medicina com a indústria ou o comércio de circunstância. Mas, então, se o queixoso tem sempre razão, por que é necessário fazer uma investigação? Não é verdade que, até prova em contrário, o acusado se presume inocente? Quer o autor, à semelhança do que se vai fazendo por aí, condenar um médico só porque existe uma queixa?

- Quanto aos novos Estatutos da OM, os mesmos foram, nos termos da citada lei, amplamente discutidos e aprovados nos órgãos próprios, nomeadamente na reunião magna da OM (Plenário dos Conselhos Regionais) em que todos os médicos estão representados pelos cerca de 200 médicos que abrangem todos os distritos médicos do país.



Albino Aroso – um Homem para a vida

Lembrar o Doutor Albino Aroso é reforçar pilares essenciais da minha forma de estar enquanto, cidadão e médico.

Tive a honra e o privilégio de participar em reuniões que contaram com a sua presença, para debater a saúde materna e da criança e senti, por isso, vezes sem conta, o valor das suas múltiplas inteligências.

Nele sobressaíam a serenidade, a tolerância, a benevolência prudente, a procura permanente de consensos, a sabedoria... a sua humildade. Aquela humildade que sabemos ser uma característica só presente no perfil dos seres humanos de exceção.

A sua visão e capacidade superior para agir sobre o presente, transformando-o num recurso na organização do futuro da saúde materna e da criança em Portugal, torna-ram-se evidentes, quando em 1989 como Secretário de Estado da Saúde, influenciou decisivamente a Ministra da Saúde da altura, Dr.^a Leonor Beleza, para a implementação de um programa prioritário naquela área, e a nomeação da primeira Comissão Nacional de Saúde Materna e da Criança.

Depois de deixar as funções de Secretário de Estado, integrou

diferentes Comissões Nacionais da Saúde Materna e da Criança, nomeadas em 1994 e 1996 e Presidiu às Comissões criadas em 1998 e 2003.

Portugal tinha então, uma das taxas de mortalidade infantil mais elevada da Europa, morriam por ano cerca de 1500 crianças no primeiro ano de vida e na sequência do parto cerca de 40 mulheres. Foi, sem dúvida, o obreiro principal de um dos poucos programas na saúde, em Portugal, que teve um princípio, um meio e um fim, formalizado na continuidade resistente, que se mantém até aos dias de hoje.

Com um pequeno investimento, Portugal teve no espaço de duas décadas a maior quebra de sempre da mortalidade infantil, verificada em todo o Mundo no mesmo intervalo de tempo e é considerado hoje um estudo de caso em vários países.

Em 2012 morreram cerca de 300 crianças no primeiro ano de vida, incluindo agora os grandes prematuros, tendo uma das mortalidades infantis mais baixas do Mundo e a mortalidade materna tem vindo a tender

para zero.

Fruto da sua visão, foi em 1967 um dos fundadores da Associação Portuguesa para o Planeamento Familiar. Grande divulgador dos métodos contraceptivos, sempre se envolveu na luta pela autonomia reprodutiva e contra a gravidez indesejada.

Numa altura em que o aborto era ilegal e clandestino, foi um dos grandes defensores dos direitos da mulher e atrevo-me a dizer da criança também, ao fazê-la nascer, quando desejada pela sua progenitora. Foi, nessa época, um dos ativistas pela despenalização da interrupção voluntária da gravidez.

Por todos estes motivos e pela forma como se dedicou sempre à melhoria dos cuidados de saúde, foi considerado pela Associação Médica Mundial um dos 65 clínicos, mais dedicados às causas públicas e em 2006 laureado com o Prémio Nacional de Saúde.

Como ser humano, dotado de uma craveira intelectual invulgar e construtor de imenso e sólido conhecimento pertinente, recordar Albino Aroso e respei-



tar a sua memória é saber anteciparmo-nos às necessidades em saúde, presentes e futuras, é manter na prática clínica o legado humanista e de solida-

riedade que nos deixou, numa relação de humanidade e solidariedade indesmentíveis, sempre ao serviço dos mais fracos e des-favorecidos.

Albino Aroso foi, inegavelmente, um cidadão superior e emérito, impossível de esquecer na história da saúde em Portugal e no Mundo. A sua “obra” continuará entre nós como uma valiosa referência. Será sempre, sem dúvida, um dos pilares em

que o edifício da Medicina Portuguesa deverá assentar, para continuar em evolução, na procura da excelência e da humanização dos cuidados de saúde.

Lisboa, Inverno de 2014

Bilhota Xavier

Presidente da Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente

Tiago Mota Saraiva

Cortar na Saúde mata

Tiago Mota Saraiva escreve aos sábados para o Jornal i. No passado dia 25 de Janeiro escreveu para esse jornal uma crónica intitulada “cortar na saúde mata”, a propósito de declarações do director do Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta sobre o caos no seu serviço. Porque o silêncio é excessivas vezes cúmplice da injustiça, com a autorização do autor, reproduzimos aqui o breve, mas contundente, comentário de Tiago Mota Saraiva.

“Em entrevista à RTP, José Clemente, director do Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta EPE, afirmou que o caos que se vivia nas urgências do hospital que dirige não se devia a uma ruptura decorrente dos cortes que o governo impôs. Instado a aventar causas para o problema, o director do serviço acossado culpou os velhos por se sentirem doentes e os jovens médicos por demorarem muito tempo com os doentes. Disse-o certamente por outras palavras, temperadas por um bom lugar de remuneração acrescida, mas foi este o sentido da sua intervenção. Curiosamente (ou talvez não) a entrevista depois de ser muito partilhada nas redes sociais saiu dos arquivos online da RTP.

Não sei se Clemente é médico de carreira ou um daqueles gestores liquidatário dos serviços públicos, mas o que fica claro em poucos minutos de entrevista é que é incapaz de gerir as pessoas que dirige e de respeitar as pessoas que serve. Incomodar publicamente quem fala assim é, não apenas, um dever de cidadania mas também uma forma de denunciar quem publicamente desprestigia os seus colegas e humilha os que merecem os últimos anos de vida que lhes estão a tirar.

O que se passa nos hospitais públicos, sobretudo com os doentes mais velhos, deve envergonhar-nos a todos. Não há conversa de café que substitua a denúncia pública.

Permanecer calado transforma-nos em colaboracionistas.”



Leonor Duarte de Almeida

H Santa Maria - CHLN EPE

Medicamentos *off label* em oftalmologia

Este artigo analisa as implicações ético jurídicas da utilização de medicamentos *off label* em oftalmologia.

Um **medicamento *off label*** é um fármaco para uma indicação terapêutica diferente da que consta nas indicações terapêuticas aprovadas para aquele medicamento. O seu objetivo difere do **âmbito** das indicações terapêuticas, grupo etário, dose, ou forma de administração aprovados.

No respeitante a **implicações legais** este tipo de prescrição não viola qualquer lei nacional ou europeia. Por outro lado o Infarmed considera que a utilização de um medicamento fora das indicações terapêuticas aprovadas é da absoluta responsabilidade do médico prescriptor, não lhe competindo pronunciar-se sobre a utilização de medicamentos para indicação diferente da que consta nos RCM (Resumo das Características do Medicamento), (*Circular Informativa n.º184/CD de 12 de Novembro de 2010*). Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto).¹

Naturalmente que do ponto de vista **deontológico** e segundo o princípio da liberdade terapêutica (artigo 142º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos), sem excluir, a prudência e consciência do médico neste ato, limitando a prescrição ao

interesse do doente, os médicos têm o direito de prescrever o que no seu entender se afigurar ser o melhor e mais adequado para o doente, recolhendo naturalmente sempre o seu consentimento informado.²

Em oftalmologia em resultado do envelhecimento das populações, tratar doentes em risco da perda de visão central se não tratados, é uma realidade e um imperativo ético, tal como a DMLI (Degenerescência Macular Ligada à Idade). Esta doença tem sido a principal causa de cegueira (AV <20/200) nos países desenvolvidos, sendo a forma neovascular responsável por cerca de 90% desses casos³. A utilização de anti-VEGF (antiangiogénicos), administrados por injeção intraocular, revelou-se benéfica, podendo a prescrição de medicamento ***off label*** ser uma alternativa, tanto em eficácia como em risco ou relação benefício-custo. Para serem aprovados, os fármacos necessitam de passar por diferentes passos nos estudos realizados pela indústria farmacêutica, até vir a ser aprovada a sua utilização. Os regulamentos descritos no “*Code of the Federal Regulations*” exigem

estudos adequados e controlados e o texto do *Federal Food Drug and Cosmetic Act* obriga a relatórios completos. Os regulamentos da investigação, contêm então 3 fases, no estudo da atuação do fármaco a testar:

Fase 1 - destinada a determinar o metabolismo e as ações farmacológica e efeitos adversos, associados ao aumento crescente das dosagens e, se possível, uma evidência precoce de eficácia, contendo de entre 20 a 80 doentes.

Fase 2 – contendo estudos controlados destinados a avaliar a eficácia da droga para uma indicação específica, incluindo várias centenas de doentes.

Fase 3 - demonstrada a eficácia da droga, pretende-se obter informações sobre segurança e eficácia, relação Risco/benefício envolvendo de centenas a milhares de doentes.⁴

Anteriormente a prática médica fundamentava-se em critérios de raciocínio dedutivo, relacionados com a fisiopatologia e a experiência clínica. Hoje a chamada Medicina Baseada na Evidência (MBE) constitui um novo paradigma, baseado numa prática médica baseada na validação

científica, com intervenção de doentes, de médicos, de economistas e de políticos.

No campo da oftalmologia a controvérsia de utilização de Medicamentos *off label* surge com o tratamento com fármacos anti-VEGF (ex.: Ranibizumab / Bevacizumab), como motivo de discussão entre a MBE e a utilização *off label* deste tipo de fármacos. As potenciais vantagens do Bevacizumab sobre o Ranibizumab, incluem o **baixo preço** e um maior tempo de semi-vida no vítreo. As suas potenciais desvantagens incluem: **inexistência** dos dados de eficácia e segurança, **com nível I de evidência** científica a longo prazo, já existentes com Ranibizumab.

Quais são então os níveis de evidência exigidos pela MBE? O **Nível I** - Evidência obtida de um ensaio mascarado, randomizado, controlado, a qual exige 1. Uma definição clara do objetivo primário 2 – Uma Definição clara de critérios de inclusão e exclusão. 3 *Drop-outs* e *crossovers* baixos, para evitar erros de viés. 4 Características de *baseline* equivalentes entre os dois braços do ensaio.

O **Nível II** - Evidência obtida de um ensaio controlado não randomizado obriga 1 - Evidência obtida da análise de ensaio cohorte/estudo caso-controlo, de preferência em mais de um Centro. 2 - Evidência obtida de múltiplas séries com ou sem intervenção. 3 - Resultados excelentes em ensaios não controlados.

Finalmente o **Nível III**, que se baseia em opiniões de autoridades credíveis baseadas na experiência clínica, estudos descritivos/relatório de comités de peritos, sendo dos três níveis o que menor peso tem, em termos

de hierarquia de importância científica.

De recordar ainda que nos ensaios clínicos de **Nível 1 de evidência**, junta-se ao processo documentação vária como análises laboratoriais, exames complementares, certidões de óbito, registos clínico. Nos registos de **base de dados**, tal regra, não é necessária podendo admitir-se que os resultados possam mesmo sem intenção, estar condicionados pela tendência ao sub-registo de efeitos secundários adversos graves: morte, AVC, enfarte de miocárdio com as possíveis implicações médico-legais, daí resultantes.⁴

Numa perspetiva económica, as restrições financeiras focalizam-se na obtenção de lucros podendo as pessoas ser relegadas para segundo plano. O centro e fim de toda a vida económica e social é no entanto o Homem. A Convenção dos Direitos Humanos e Biomedicina adaptada pelo Conselho da Europa em 1996, consagra aos Estados membros, a adoção de medidas que promovam um acesso equitativo aos cuidados adequados de saúde, tendo em consideração as necessidades e os recursos disponíveis.

No campo da oftalmologia, em resultado da controvérsia referida, o custo do ranibizumab aprovado FDA é superior ao custo do bevacizumab *off label* no tratamento DMRI exsudativa. A injeção de ranibizumab pode custar até 40 vezes mais face ao bevacizumab, preparado para injeção intravítrea. A enorme diferença de custos e a aparente semelhança de segurança e eficácia leva à crescente utilização de bevacizumab *off label*, o em cerca de 60% das injeções efetuadas na DMRI exsudativa face ao ranibizumab 40%.^{5,6}

MEDICAMENTOS OFF LABEL EM OFTALMOLOGIA

Uma pesquisa no Google mostrou 341 000 citações do uso *off label* de medicamentos em oftalmologia⁷. Na intervenção clínica oftalmológica muitos são os argumentos a favor da utilização destes medicamentos. Na verdade a prática da injeção sub-conjuntival ou intracamerular de vários antibióticos é usada *off label* na prevenção das endoftalmítes bacterianas. O uso de corticóides subconjuntivais (no pós-operatório de cirurgia de glaucoma para reduzir a fibrose no local de drenagem, tem sido utilizada antes que ensaios clínicos randomizados comprovassem a sua eficácia e segurança⁸. Vários membros da *American Glaucoma Society* utilizam mitomicina C subconjuntival em vez de 5-F tendo este sido apoiado por 2 ensaios clínicos randomizados^{9,10}.

A Oxibuprocaina *tópica na anestesia na cirurgia da catarata é de utilização off label*. Por outro lado, relatos há de efeitos adversos que podem acontecer com drogas aprovadas pela FDA e EMEA (ex Vioxx® - rofecoxib), cujos efeitos deletérios só anos mais tarde se vieram a verificar e depois de milhares de prescrições utilizadas.

O uso *off label* de um medicamento embora consistindo na sua utilização com uma finalidade diferente da aprovada pela FDA ou EMEA tem sido muito frequente, particularmente na pediatria, onde grande parte das prescrições ou não estão aprovadas ou são justamente *off label*¹¹, o mesmo acontecendo de forma habitual em oftalmologia, como anteriormente expresso. A utilização destes medicamentos é prática comum na medicina, pois de

outro modo, não seria possível ter mais conhecimento, fazendo-se extrapolações de benefícios quando existe fundamentação para isso.

Do ponto de vista legal, este tipo de prescrição por si só, não constitui negligência embora como já afirmado as consequências da prescrição sejam da **inteira responsabilidade do médico** que prescreve. O profissional de saúde, em caso de reações adversas ou efeitos cruzados com outra medicação habitual, poderá ter de responder pela sua conduta, sem que se possa salvaguardar com defesa científica e comprovada, de que a prescrição *off label* pela qual decidiu era a mais indicada para o seu doente.

Pode sempre argumentar-se que o uso dum produto disponível no mercado com intenção de “praticar uma medicina esclarecida” não exige a submissão à investigação da nova aplicação da droga ou à revisão por um *Institutional Review Board* ou que a utilização de medicamentos *off label* admitido por Sociedades profissionais é sempre um apoio suplementar, mas não deixa de ser verdade que a responsabilidade primária pertence sempre ao médico que deve aceitar as consequências da sua utilização. É certo que receber do doente o seu consentimento informado, estando este ciente de que esta a submeter-se a um medicamento *off label*, pode ajudar em caso de litígio. Melhor será o registo no processo clínico, de quaisquer atos médicos, onde o médico na sua boa-fé fará referência ao tipo de medicamento que prescreveu, conforme ensina André Dias Pereira¹².

Se do ponto de vista médico, a prática da MBE é importante, também o é a prática compassiva

e a ética. Os médicos têm liberdade para utilizar um produto disponibilizado no mercado, com vista a melhorar a situação clínica do seu doente, respeitando desse modo o seu código ético-deontológico. No entanto os laboratórios não estimulam o seu uso, sem o respeito absoluto pelas normas éticas-políticas e práticas (*U.S. Food and Drug Administration*).

The U.S. Food and Drug Administration diferencia o uso *off label* de fármacos disponíveis no mercado. Se um médico recorre a um fármaco ou procedimento, numa indicação não registada no rótulo, com intensão de melhorar a qualidade de vida oftalmológica do seu doente, tem de estar bem informado sobre o fármaco, fundamentado em razões científicas sólidas e o ato terapêutico tem sempre de **resultar do consentimento informado do doente**⁴.

A experiência mundial demonstra que o bevacizumab *off label* tem sido usado no tratamento da DMRI neovascular com excelentes resultados, sendo preparado para uso oftalmológico a partir das embalagens de uso oncológico, se bem que tais estudos tenham um nível de evidência menor de tipo II¹³. Contudo, têm sido atualmente levados a cabo vários estudos prospectivos randomizados, multicêntricos de **nível I de Evidência**, que comparam a eficácia e a segurança do bevacizumab com a do ranibizumab, de que é exemplo o Estudo CATT - *The Comparison of Age-related Macular Degeneration Treatment Trial* - *National Eye Institute*, ou o estudo IVAN na Universidade de Bristol (www.ivan-trial.co.uk)¹⁴. Recentes estudos independentes, realizados com controlos segundo protocolos padrão, têm-se revelado encorajadores¹⁷.

Outras vozes são mais cautelosas, como O *Royal College of Ophthalmologists* que reconhece as pressões financeiras para introduzir estes medicamentos mais baratos e com resultados idênticos, mas aconselha mais investigação, sobre o uso ocular do bevacizumab⁴.

O que é verdade é que a relação custo/benefício é de tal forma evidente que o uso *off label* em oftalmologia se tornou generalizado e até admitido por várias sociedades de oftalmologistas. A Academia Americana de Oftalmologia solicitou inclusivamente às Companhias de Seguros que procedessem à aprovação e pagamento do Avastin®, apesar deste fármaco não estar aprovado pelo FDA^{15,16} existindo mesmo um modelo de consentimento informado para a utilização do Avastin® disponível *on line* no *Ophthalmic Mutual Insurance Company*¹⁸.

Do nosso ponto de vista, os médicos terão sempre de transmitir aos doentes a informação relevante sobre os tratamentos propostos, alternativas, potenciais riscos e benefícios, onde se inclui naturalmente a informação sobre a potencial utilização *off label*, para que o doente possa decidir se pretende ou não submeter-se ao tratamento.

Por seu turno o potencial risco pode eventualmente vir a sobrepor-se ao benefício para o doente o que poderá originar implicações ético jurídicas não despidas.

Quais serão então as implicações ético jurídicas para o médico, que pratica a sua *legis artis* e sente que atua de forma ética e de acordo com a sua consciência bioética? Onde intervém a lei? O que é realmente a responsabilidade médica?

A RESPONSABILIDADE MÉDICA

- Os casos de responsabilidade médica não são, por regra, dolosos, mas sim negligentes (violação do dever de cuidado). Ao médico não é exigível obtenção de fins mas sim de diligência nesse movimento de obtenção de resultados. Para que exista **conduta conforme aos deveres de cuidado**, o médico deve ponderar os interesses em jogo como sejam: 1. atuação no caso concreto, como a ministração de determinado medicamento; 2. avaliação do risco provável da atuação referida; 3. avaliação do risco decorrente da atuação referida; 4. equacionamento crítico dos riscos/benefícios do tratamento.

A simples prescrição off label não constitui em si mesma um facto ilícito, excepto se o médico violar as *legis artis* e criar um perigo para a vida, ou perigo de grave ofensa para o corpo ou saúde do doente (artigo 150.º n.º 2 do Código Penal). Se prescrever um medicamento off label **sem o consentimento do doente**, é igualmente punido nos termos do artigo 156.º do Código Penal.

Do ponto de vista de responsabilidade civil, será diferente a responsabilidade médica, consoante a sua natureza for de tipo contratual (atividade privada), ou extracontratual (organismo público). Se o lesado tiver sido tratado numa unidade pública de saúde, é aplicável à responsabilidade médica o Regime da Responsabilidade Civil Extracontratual do Estado e Demais Entidades Públicas, Lei n.º 31/2008, de 17 de Julho, podendo o médico ser punido pela denominada responsabilidade extracontratual, por factos ilícitos. Normalmente não existe qualquer contrato celebrado entre o doente e a instituição pública de saúde, daí a responsabilidade

ser, em princípio, extracontratual¹⁹. É o organismo de saúde público que, em primeira mão, responde pelos danos causados. **Mas o organismo de saúde pode sempre, à posterior, mover uma ação contra o médico que realizou o ato médico nesse serviço público.**

A responsabilidade civil médica emergente da prestação de serviços médicos por unidades privadas de saúde, ou por médicos exercendo clínica em regime de profissão liberal, é de natureza contratual, pelo que lhe são aplicáveis, em caso de inexecução da obrigação donde advenham danos, as regras da responsabilidade contratual.

No que diz respeito à responsabilidade extracontratual por factos ilícitos, isto é em regime de entidade pública, e contextualizando o assunto que estamos tratando, há violação de direitos absolutos quando o medicamento prescrito off label causar ofensas à integridade física ou à vida do doente²⁰. Como obrigação contratual principal, há a obrigação de tratamento, que se desdobra em diversas prestações tais como a de terapêutica. A obrigação do médico é a de prestar ao doente os cuidados ao seu alcance, de acordo com os seus conhecimentos e o estado atual da ciência médica. Mas haverá outros deveres acessórios por parte do médico, tais como o dever de informação sobre o tratamento e riscos envolventes, disposto no artigo 44.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos²¹. À **responsabilidade disciplinar** profissional estão sujeitos todos os médicos e à responsabilidade disciplinar administrativa estão sujeitos os médicos integrantes em serviços públicos.

A responsabilidade disciplinar decorre da violação do Estatuto Disciplinar dos Médicos aprovado pelo Decreto-Lei 217/94 de 20 de Agosto, e do Código Deontológico, arti-

go 2.º e 3.º. O artigo 11.º do Estatuto Disciplinar considera direito subsidiário o Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Central Regional e Local. Assim sendo, o conceito de infração disciplinar irá buscar-se no artigo 3.º do Decreto-Lei 24/84 de 16 de Janeiro que é o diploma disciplinar da Função Pública, para os médicos vinculados à Administração Pública.

Para os médicos do sector privado da Saúde, vinculados às respectivas entidades empregadoras por contrato individual de trabalho, a responsabilidade disciplinar é a que está consagrada nos diplomas específicos do Direito do Trabalho.

Responsabilidade penal - Se considerarem a prescrição de medicamentos como intervenção ou tratamento médico, podemos concluir (artigo 150.º do Código Penal) que se o tratamento for medicamento indicado e praticado de acordo com as *leges artis*, com finalidade terapêutica, não constitui ofensas corporais. Constituirão sim ofensas à integridade física, as intervenções que ocorram em campos não cobertos pelos conhecimentos e experiência da medicina - de carácter experimental ou ainda não suficientemente comprovadas, mesmo quando levadas a cabo por forma técnica e cientificamente irrepreensível, ou que não sejam realizadas por um médico ou pessoa legalmente autorizada; Ou ainda intervenções empreendidas com finalidades que não possam relacionar-se com a terapêutica no sentido amplo.

A intervenção ou tratamento médico conforma uma intervenção arbitrária se for levada a cabo sem consentimento do doente, preenchendo um crime contra a sua liberdade, segundo o artigo 156.º do Código Penal, pelo que o consentimento só será eficaz "quando

o doente tiver sido devidamente esclarecido sobre a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento”, nos termos do artigo 157.º do Código Penal.

Assim, o médico que resolva experimentar num doente um método terapêutico ainda não suficientemente convalidado, que não integre protocolos de tratamento médico, embora já haja notícias no mundo da Medicina de casos de sucesso, corre sempre algum risco em vir a ser acusado ou condenado por ofensas corporais, se não tiver obtido do doente o tal consentimento informado.

Deve haver sempre uma análise do custo/benefício para o sujeito passivo da prescrição *off label*, justamente por o medicamento em causa não ter sido aprovado para aquela finalidade terapêutica.

Cabe ao médico a pesada tarefa de saber diagnosticar, curar, alocar ou seja distribuir, ensinar, esclarecer e ainda priorizar ou melhor dizendo fazer escolhas... muitas vezes morais... acreditando, na presunção da boa-fé, tanto da comunidade científica, como dos juizes e sobretudo dos seus pares... os doentes.

É para eles, por eles e com eles, que a ciência progride e consegue ver para além da aparência das coisas.

Bibliografia

- (1) www.infarmed.pt/portal/.../036-C_Lei_46_2004_1.%Alt.pdf
- (2) Código Deontológico da Ordem dos Médicos CÓDIGO Disponível em <https://www.ordemdosmedicos.pt/?loq=conteudo&op=9c838d2e45b2ad1094d42f4ef36764f6&id=cc42acc8ce334185e0193753adb6cb77>
- (3) Ferris FL III, Fine SL, Hyman L. Age-related macular degeneration and blindness due to neovascular maculopathy. *Arch Ophthalmol* 1984; 102: 1640-1642.
- (4) Faria de Abreu J. R, Silva R, Cachulo M. Luz, J. Figueira, Pires I, Fonseca, P, Murta J. (2011) Antiangiogénicos na Degenescência Macular Relacionada com a Idade: A Medicina Baseada na Evidência e a Utilização Off-label, *Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia*, Vol. 35, nº 1 Janeiro – Março 2011, 1 - 10.
- (5) WONG I. D, Kyle G. (2006). Some ethical considerations for the “off-label” use of drugs such as Avastin. Is off-label use of drugs legal? *Br J Ophthalmol* 2006; 90: 1218-1219.
- (6) Pan American Collaborative Retina Group). (2008) (PACORES)
- (7) www.google.com/search?hl=en&lr=&q=offlabel.use_of_medications_in_ophtalmology&btnG=Search
- (8) Starita et al 1985 Starita RJ, Fellman RL, Spaeth GL, et al. Short and longterm effects of postoperative corticosteroids on trabeculectomy. *Ophthalmology* 1985; 92: 938-46.
- (9) Katz GJ, Higginbotham EJ, Lichter PR, (1995) Mitomycin C vs 5-fluorouracil in high-risk glaucoma filtering surgery: extended follow-up. *Ophthalmology* 1995; 102: 1263-1269
- (10) Kitazawa Y, Kawase K, Matsushita H, Minobe M. (1991) Trabeculectomy with mitomycin. A comparative study with fluorouracil. *Arch Ophthalmol* 1991; 109: 1693-1698.
- (11) Conroy S, Choonara I, Impicciatore P, et al. Survey of unlicensed and off label drug use in paediatric wards in European countries. European Network for Drug Investigation in Children. *BMJ* 2000; 320: 79-82.
- (12) Pereira; André (2010). O CONSENTIMENTO INFORMADO NA EXPERIÊNCIA EUROPEIA FDUC- Artigos <http://hdl.handle.net/10316/14549>
- (13) Ferris FL III, Fine SL, Hyman L. (1984) Age-related macular degeneration and blindness due to neovascular maculopathy. *Arch Ophthalmol*; 102: 1640-1642.
- (14) Falkenstein et al 2007. Falkenstein IA, Cheng L, Morrison VL, Kozak I, Tammewar AM, Freeman WR. 2007 Standardized visual acuity results associated with primary versus secondary bevacizumab (avastin) treatment for choroidal neovascularization in age-related macular degeneration. *Retina* 2007; 27: 701-706.
- (15) IVAN (www.ivan-trial.co.uk)
- (16) <http://www.aao.org/news/release/20060420.cfm>
- (17) Tufail A, Patel PJ, Egan C, Hykin P, da Cruz L, Gregor Z, Dowler J, Majid MA, Bailey C, Mohamed Q, Johnston R, Bunce C, Xing W; ABC Trial Investigators (2010) Bevacizumab for neovascular age related macular degeneration (ABC Trial): multicentre randomised double masked study. *BMJ*. 2010 Jun 9; 340:c2459. doi: 10.1136/bmj.c2459
- (18) Wong D, Kyle G. (2006). Some ethical considerations for the “off-label” use of drugs such as Avastin. Is off-label use of drugs legal? *Br J Ophthalmol* 2006; 90: 1218-1219.
- (19) http://www.omic.com/resources/risk_man/forms.cfm
- (20) Lein.º 31/2008-Diário da República Eletrónico dre.pt/pdfs/2008/07/13700/0445404454.pdf
- (21) 8º Curso breve de Responsabilidade Médica - Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra, Jan- Março 2013.



Maria Manuela de Mendonça

Psiquiatra e pedopsiquiatra, Directora Hospitalar

Um certo conceito da Psiquiatria da Infância (Sobre o que captei ao longo da vida profissional)

O início da minha clínica, hospitalar e privada reporta-se à década de 50! A Ordem dos Médicos regista-me em duas especialidades: Psiquiatria e Neuropsiquiatria Infantil. Exerci-as sempre a par, em Lisboa, depois em Coimbra. Esta experiência simultânea levou-me a criar o meu próprio conceito do exercício da Psiquiatria na infância. Desde a sua importância transcendente na saúde mental até à sua inoperância nesse campo, dependendo de uma planificação global para a Saúde Mental (ou sua ausência), dos recursos humanos, logísticos e financeiros atribuídos. É baseada nessa experiência pessoal que venho expor-vos algumas reflexões.

Foi uma experiência abrangente das variantes do sofrimento mental em todos os escalões etários, pois o benjamim do meu Ficheiro consultou com um mês de idade; o decano, com 90 anos. Segui no consultório três gerações: filhos, pais e avós, tantas vezes da mesma família, com situações diversas. Algum ou alguns deles, doentes; outros, por razões de crise, ou simples necessidade de serem ouvidos, confiantes na prevenção.

Não foi sempre assim; levou tempo a atingir esta possibilidade de actuar preventivamente, tanto em adultos como em crianças.

Recordo as expectativas, em Coimbra, nos anos 60 e até 70, acerca do pedopsiquiatra – o especialista novo que curaria os “atrasados mentais” e toda a espécie de deficiências com que uma criança infeliz pudesse ter nascido! Que longa caminhada até ser possível situar-se na verdadeira dimensão – a

média entre as suas competências (bem outras) e as suas limitações! Recordo a evolução da problemática juvenil, nos anos 60, tão marcadamente vincada pela viragem dos costumes, a rebeldia e a contestação dos valores existentes. A problemática derivada da euforia da pílula e consequente libertação sexual; as novas ideologias juvenis do make love, not war, da influência hippie, das primeiras experiências com a erva e os ácidos.

Recordo o sofrimento e reacções dos adultos, surpresos, perante essa transição brusca da forma de viver a juventude.

Como num verdadeiro observatório, pude observar, ao longo de quase quatro décadas, a Vida, em todas as suas variantes e subtilidades; e a evolução social a demarcar diferenças sensíveis nas formas de pensar, sentir e viver essa mesma vida; nas renovadas formas de lhe perturbar o equilíbrio e o bem-es-

tar interior.

A abrangência da minha prática psiquiátrica situou-me numa posição de privilégio: ao proporcionar-me a noção evolutiva da mente humana; ao revelar-me as formas de se perturbar nas diferentes idades, face à inter-relação com os outros; ao abrir hipóteses à génese da perturbabilidade. Tornou-me cada vez mais compreensível o desenrolar duma sequência entre certas facetas e comportamentos infantis que vêm a caracterizar a maturidade e a caricaturizar a anciania; revelou-me a diferença sensível entre as evoluções espontâneas dos comportamentos-problema e as que, na fase evolutiva certa, sofreram intervenção terapêutica igualmente certa.

Através da variedade desta experiência, enriquecendo sobremaneira a da prática hospitalar, fui elaborando a minha forma de estar perante a psiquiatria e perante os

meus clientes; assentando-a em alguns princípios que considero básicos na compreensão do seu comportamento ou sofrimento expresso: a visão holística do ser humano como um todo bio-psico-social e cultural, enriquecido, a partir da adolescência, com algo mais que o individualiza e define como ser superior, pensante e livre – o espírito pessoal, de que nos fala Barahona Fernandes; o respeito por essa individualidade irrepetível; o respeito pela capacidade evolutiva da mente, seguindo uma continuidade, não obrigatoriamente harmônica, mas sobressaltada por descontinuidades ou crises de maior vulnerabilidade.

Encontrei nesta posição uma preciosa ajuda para não descurar a responsabilidade de cada extracto componente do todo, no desenvolvimento de cada crise ou perturbação; para saber intervir, em cada situação, com um saber integrado e não parcelar; para não negligenciar, por exemplo, a organicidade e a funcionalidade neurofisiológica na génese da perturbação ou da perturbabilidade, em qualquer idade, e, nomeadamente, nas fases evolutiva e involutiva; o valor da relação, desde a concepção; a importância modeladora do meio sócio-cultural na expressão dos sentimentos e condutas.

Outra vantagem que encontrei, por poder captar em idades diferentes os aspectos assumidos pela mesma perturbação, foi a possibilidade de compreender a sua História Natural. Sem ela, difícil se torna definir os melhores níveis de eficácia na intervenção preventiva.

Foi também através desta forma de estar perante psiquiatria e pedopsiquiatria que tive a oportunidade de treinar e fundamentar a minha própria relação terapêutica. E verifiquei que a tão falada diferença ou especificidade da relação - no aten-

dimento de crianças ou adultos - não passava de um falso problema. Isto porque a diferença em causa se situa apenas a nível de pormenores na conduta assumida ou do esquema de atendimento (extensivo aos pais, no caso da pedopsiquiatria), mas não na sua essência. Tem a ver apenas com a adequação circunstancial à idade; não altera o estilo com que cada um de nós se relaciona verdadeiramente com o seu cliente, seja ele quem for e tenha a idade que tiver. Isso depende do que cada um de nós é, da forma como está na medicina e na especialidade, da forma como sente o sofrimento alheio, da importância e valor que atribui à dádiva de si próprio como meio terapêutico, da capacidade que tem para se implicar nessa tarefa. Pouco tem a ver com a pura submissão às técnicas aprendidas. A meu ver, elas só adquirem o seu verdadeiro valor quando as conseguimos manejar com plena naturalidade, bem integradas no nosso estilo de relação. E tendo sempre em atenção que a Pessoa que sofre no mais profundo e íntimo do seu sentir, quando decide consultar, não procura apenas o técnico mas sim outra Pessoa, sujeita como ela, à vida e suas contingências; alguém capaz de a compreender humanamente, como condição essencial para poder ajudá-la. Alguém disponível para a ouvir, longamente se necessário; que a respeite e observe como ser humano e não apenas com a curiosidade que se dispensa ao objecto de estudo, ao caso clínico interessante.

O ser-se escolhido pelo cliente cria, à partida, condições propícias ao estabelecimento de uma relação; é preciso que a confiança oferecida na escolha seja retribuída, tornando-a recíproca.

Sabemos que em toda a prática clínica a relação médico-doente,

tantas vezes negligenciada, é determinante no resultado de toda a intervenção terapêutica; mesmo que ela se limite a uma simples prescrição medicamentosa. E sabemos também que o êxito será tanto maior quanto melhor o clínico souber fundir a capacidade de ouvir e respeitar, com a oferta da sua disponibilidade, temperada de esperança e optimismo. Mas na prática psiquiátrica, e principalmente se quisermos que a relação seja, só por si, terapêutica, maior será a necessidade de a aperfeiçoar, transformando-a em instrumento de trabalho precioso, sempre delicado e frágil, exigindo cuidados e aferição permanentes para que se não deteriore.

O meu observatório tem sido, também, laboratório experimental de aferição continuada da competência psicoterapêutica, através do treino diário da relação e do diálogo; da procura da atitude adequada, não forçosamente a cada grupo etário ou a cada caso clínico, mas sempre a cada ser humano, na contingência real e realista da sua circunstância. E foi assim que me apercebi da essência dessa relação tão especial e de como ela assenta, a meu ver, numa base comum face a todo o paciente, independentemente da sua idade.

Essa base comum é, sem dúvida, a empatia. É através dela que vamos poder ajudá-lo a encontrar-se a si próprio e ao seu caminho. Ela brota das capacidades já referidas, do respeito pelo outro, da disponibilidade, não só em tempo, mas essencialmente interior, de saber ouvir; e ainda de saber aceitar cada um para além dos nossos sentimentos e conceitos, entrando na sua lógica, no seu sentir, na sua circunstância pessoal; substituindo os juízos de valor pela preocupação de compreender; mantendo-nos coerentes connosco próprios, autênticos no

desejo de ajudar.

Em todas as circunstâncias e etapas da vida em que o sofrimento psicológico perturba o Homem; sempre que ele (ou alguém por ele) solicita ajuda, aspira a encontrar esse tipo de relação. Nunca senti que assim não fosse, ao seguir crianças, jovens, adultos ou anciãos. O que varia de uns para os outros na relação são, como vimos, apenas pormenores de adequação à situação individual de cada paciente; pormenores, aliás, que não dependem apenas da idade, mas também das qualidades intrínsecas da pessoa, seu desenvolvimento social e cultural, sua posição perante o próprio sofrimento, etc. E mesmo olhando só à idade, quantas vezes se torna necessário, com adolescentes e jovens de idades iguais, adequar a nossa relação em função dos diferentes graus de maturidade de cada um! O mesmo se passa com as crianças: a relação tem que ser adequada à idade e não só. Nas idades mais precoces, por exemplo, tal como nas crianças mais perturbadas, o “ouvir” não passa obrigatoriamente pelos ouvidos, mas sim pelos olhos que observam, pelo tacto que sente, pela intuição que pressente e que, em conjunto, representam outras tan-

tas formas de ler e compreender o cliente. Mas sempre, em qualquer caso, é essencial “ouvi-las” com a mesma atitude básica e comum, geradora da relação empática como meio terapêutico. Considero esse treino indispensável, tanto para a criança enurética ou disléxica, como para o jovem carenciado de afecto, o adulto delirante ou o ancião angustiado perante o fim do seu percurso vital. Todos nos devem merecer a mesma atenção, o mesmo direito à privacidade, o mesmo respeito e igual sigilo, quer se trate duma escabrosa confissão dum adulto, quer da confiança mais ingenua duma criança.

Verifiquei também que o mais importante não é a utilização rigorosa e exclusiva de uma determinada técnica psicoterapêutica, por melhor que ela resulte na mão do seu autor. Mas sim, ter um conhecimento suficiente do maior número possível, para poder seleccionar cada uma, ou de cada uma o essencial, tido como o melhor para cada Pessoa que em nós confiou. E ser capaz de o fazer com agilidade, maleabilidade e naturalidade, em plena liberdade de peias teóricas, seguindo com coerência a nossa forma pessoal de intervir, aquela em que conseguimos sentir o to-

tal à-vontade, indispensável para criar o clima de disponibilidade e empatia.

Verifiquei-o em mim, e através dos meus discípulos psiquiatras, ao longo de dezenas de anos de convívio formativo e profissional.

Não sei se isto é a apologia da não-técnica ou se é, apenas, a fórmula que encontrei para ser verdadeiramente autêntica na minha actuação terapêutica e pedagógica.

Ou será porque vejo a psicoterapia como uma Arte? Aí, segundo aprendi com os grandes mestres da execução pianística, a verdadeira técnica é, de facto, a que permanece invisível, transformada em naturalidade, mas facultando-nos constantemente o recurso ao maior número de processos - cultivados e treinados - visando um só objectivo – obter o expoente máximo de interpretação, recriando cada peça musical como obra de arte única, personalizada e irrepetível!

E interrogo-me: não será idêntico o sentido subjacente à nossa intervenção psicoterapêutica?¹

1- Estratos do livro que escrevi e publiquei em 2002, na Editora MinervaCoimbra, intitulado “Mais Vale Prevenir – Memórias de uma Época e de um Contributo para a Saúde Mental Infantil”. ISBN 972- 798-059-7. Páginas 149-153.