

Constantino Sakellarides

O SNS é nosso, não do Governo...

pág. 56



Mário Moura vence Prémio Miller Guerra

pág. 47



Actualidade UE não pode salvar bancos e sacrificar a saúde das pessoas

pág. 40

INQUÉRITO
DAR VOZ AOS MÉDICOS!

CARO COLEGA:

A imprensa tem feito eco diário dos efeitos negativos da actual situação económica na vida das pessoas e empresas. Todos sentimos esses efeitos.

E em relação à área da Saúde? Como está o País no que se refere, por exemplo, ao número de Doentes que abandonam as consultas, aos que abandonam a terapêutica, aos consultórios privados que encerraram?

Porque queremos ter um melhor conhecimento da realidade, vimos pedir-lhe que responda a este sintético inquérito porque a sua voz é ouvida, a sua opinião conta e a voz da Ordem deve reflectir a realidade.

Os dados do inquérito são estritamente confidenciais, sendo que a OM só referirá os dados tratados, mantendo o anonimato dos declarantes. Porém, a identificação dos inqueritos é essencial para garantir a ausência de duplicação.

O inquérito compara a situação actual com a existente em 2011.

COLABORAR É IMPORTANTE PARA TODOS NÓS!

Nota: quando a condição se verificar assinala com X

Nome: _____ Céd.P: _____

Localidade: _____

1. Exercício da Profissão		OBSERVAÇÕES
Exclusivamente no sector público?	<input checked="" type="checkbox"/>	
Exclusivamente no sector privado?	<input type="checkbox"/>	
No sector público e privado?	<input type="checkbox"/>	
Reformado, sem exercício activo?	<input type="checkbox"/>	
Reformado, com exercício activo?	<input type="checkbox"/>	
Num país estrangeiro?	<input type="checkbox"/>	
Qual e que razões?	<input type="checkbox"/>	
Acha que os Médicos devem ser recertificados?	<input type="checkbox"/>	

2. Situação profissional		Sem especialidade?	
Interno da especialidade?	<input type="checkbox"/>	Especialista?	<input type="checkbox"/>
Está integrado nas Carreiras Médicas?	<input type="checkbox"/>	Assistente Graduado?	<input type="checkbox"/>
Assistente?	<input type="checkbox"/>	Assistente?	<input type="checkbox"/>
Que especialidade?	<input type="checkbox"/>	UCSP?	<input type="checkbox"/>
Trabalha nos Cuidados de Saúde Primários?	<input type="checkbox"/>	Hospital EPE?	<input type="checkbox"/>
Hospital PPP?	<input type="checkbox"/>	Hospital EPE?	<input type="checkbox"/>
Em que instituição trabalha?	<input type="checkbox"/>		

3. No seu exercício no sector público:		d.
Número de 1ªs consultas:	<input type="checkbox"/>	
Número total de consultas:	<input type="checkbox"/>	
Os doentes estão a faltar mais às consultas?	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 29
N.º 140
Maio 2013

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

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

Impressão:
Litografia Coimbra
Zona Industrial da Pedrulha
Apartado 8041
3021-997 Coimbra
Depósito Legal: 7421/85
Preço Avulso: **2 Euros**
Periodicidade: **Mensal**
Tiragem: 44.000 exemplares
(11 números anuais)

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



05 Código Deontológico editorial

06 “Dar Voz aos Médicos”.
A importância de um inquérito.

informação

9 linkedcare, a aplicação de
saúde que liga médicos
e cidadãos

10 Segredo médico, acesso
a dados clínicos, processos
clínicos e dever de colaboração

18 Hospitais Públicos do Algarve

19 Recolha de lote de Olanzapina

20 Dispensa de medicamentos –
alteração ao estatuto

22 ARS Norte impõe limites
intoleráveis ao tratamento
dos idosos

actualidade

24 Em defesa da Medicina
e dos Médicos

26 Reunião Geral de Colégios

30 Composição das escalas
dos serviços de urgência

31 Que Futuro para a Saúde
Pública?

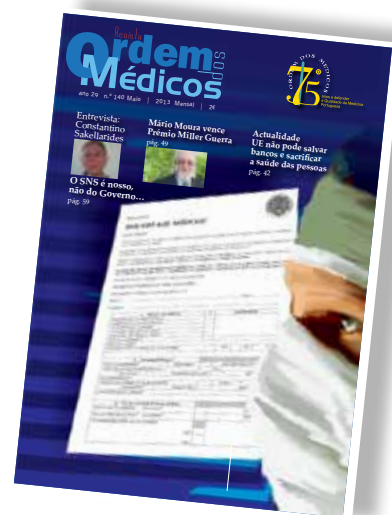
34 FIEM: em defesa dos direitos
dos doentes, dos médicos e da
qualidade da medicina

37 A Saúde e a Doença na Idade
Média

38 Da tradição de Hipócrates
à crise de valores

40 UE não pode salvar bancos e
sacrificar a saúde das pessoas

45 Produtora de genéricos
multada por falta de
segurança dos medicamentos



47 Mário Moura vence Prémio
Miller Guerra

53 Os doentes não acabam por
decreto...

entrevista

56 O SNS é nosso,
não do Governo...

opinião

65 O “FALSOESTE” e os
Cirurgiões Borda-d’água...

67 Miller Guerra,
Serviço Nacional de Saúde
e Carreiras Médicas

69 **informação:** Comunicado
do Distrito Médico de Setúbal

70 Serviço Nacional de Saúde
- Um valor civilizacional

74 Um caminho pouco
sustentável

77 Carta aberta ao CA
do Hospital onde trabalho

81 Viagens pelos Mundos
das Vinhetas

histórias da...

83 A evolução da prática médica
nos últimos cinquenta anos -
uma visão pessoal

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

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

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

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

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



“Dar Voz aos Médicos”. A importância de um inquérito.

A situação do país e da Saúde continua a degradar-se.

Nas visitas que temos realizado a várias unidades de saúde, sente-se a insatisfação e dificuldades de muitos dos nossos Colegas. A dignidade dos médicos como profissionais e cidadãos começa a ser atingida. E a relação médico-doente começa a dar sinais de fragilidade.

Não é necessário dar exemplos concretos, todos os conhecemos. Curiosamente, a instituição menos informada dos problemas da Saúde em Portugal parece ser o Ministério da Saúde! Sempre que algum jornalista confronta o Ministério com alguma pergunta

ou alguma situação concreta mais negativa, a resposta é invariavelmente a mesma: “não temos informação ...”.

O agravamento manifesto do estado da Saúde do país, levou a Ordem dos Médicos, mais uma vez, a fazer um conjunto de reuniões com o Ministério da Saúde e com todos os Grupos Parlamentares, no sentido de informar e debater alguns dos problemas mais relevantes que afectam os Médicos, os Doentes e o SNS, propondo algumas soluções e caminhos diferentes para preservar e melhorar o

compromisso entre a eficiência e a excelência da qualidade dos nossos cuidados de saúde.

A discussão tem-se centrado em algumas matérias que consideramos essenciais no momento actual: 1. A revisão dos Estatutos da Ordem dos Médicos; 2. A proposta apresentada ao Ministério da Saúde de legislação do acto médico; 3. A revisão da legislação da prescrição por DCI e do modelo de receita médica, no sentido de corrigir as graves irregularidades subjacentes ao modelo do

programa informático adoptado como é o caso da expressão “o prescriptor”, a informação sobre o valor (mais elevado!) do princípio activo prescrito e a activação da opção do doente durante o acto médico; 4. A questão de mais uma violação das competências médicas com a realização de “diagnósticos” ao balcão das farmácias; 5. A questão dos diferentes conflitos de interesses existentes na cadeia do medicamento e que naturalmente tendem a prejudicar os doentes; 6. A muito falada “task shifting” encarada por alguns profissionais da área da saúde, como enfermeiros e podologistas, como uma forma de ampliar as suas competências violando as competências médicas; 7. A questão da inconstitucionalidade e irracionalidade dos concursos médicos fechados, dos contratos directos sem concurso e das contratações através de empresas; 8. A recomendação imposta da ARS Norte à limitação da prescrição em idosos; 9. A reforma dos cuidados de saúde primários; 10. A questão da ruptura de *stocks* em várias unidades de saúde; 11. As dificuldades de acesso à inovação terapêutica; 12. A qualidade da formação pré e pós-graduada e a demografia médica; 13. A revisão urgente da recente legislação sobre o licenciamento das unidades de saúde privadas de pequena dimensão como é o caso dos consultórios médicos; etc.

Neste complexo e difícil presente que enfrentamos, com perspectivas de futuro nada animadoras, entendemos ser o momento de procurar ouvir de modo mais generalizado o sentir da Classe Médica.

Para isso elaborámos o inquérito

que segue com esta Revista.

O inquérito tem perguntas a mais e a menos. A mais, porque são muitas perguntas, a menos, porque ficam muitas perguntas por fazer.

Por isso mesmo tentámos simplificar ao máximo o inquérito, também para facilitar o seu tratamento estatístico, mas fomos deixando espaços para comentários, para que os Colegas possam expressar opiniões complementares e “responder” às perguntas que ficaram por fazer.

Fazemos um fortíssimo apelo para que respondam. Não é preciso esgrimir como isso é importante. Só os números são indesmentíveis e só se cada um fornecer o seu contributo poderemos ter estatísticas fiáveis e uma visão de conjunto daquilo que é a realidade actual da Saúde em Portugal. A argumentação da nossa intervenção e da nossa defesa tem de assentar em dados sólidos e informações objectivas. Contamos com a participação de todos.

Com o retorno que recebermos poderemos dar aos médicos uma voz mais forte.

Nova Cédula da Ordem dos Médicos

A implementação de uma nova cédula profissional com *chip* electrónico e assinatura digital qualificada é uma questão estratégica para a Ordem e para os Médicos, na medida em que garante a Ordem como a entidade certificadora profissional e garante a segurança dos médicos na sua actividade clínica. Nos dias de

hoje, uma verdadeira cédula profissional tem que ser bem mais do que um mero plástico.

O novo documento incorpora uma assinatura digital qualificada, cuja funcionalidade tem de ser sujeita a um rigoroso processo de verificação técnica. Pelo facto de este processo apresentar algumas complexidades acrescidas e mantendo a intenção de garantir ao utilizador o maior número possível de funcionalidades e segurança, não foi possível até ao momento assegurar a expedição e entrega junto dos médicos que já a solicitaram.

De resto, esta mudança revelou-se tecnologicamente mais exigente e burocraticamente mais complexa do que antecipámos, nomeadamente na questão do desenvolvimento e compatibilização de *middlewares*. Daí os inevitáveis atrasos, que não são responsabilidade da Ordem nem do Banco parceiro. A renovação da cédula profissional envolve diversas entidades, com responsabilidades de âmbito técnico, administrativo, legal e comercial. A integração destas estruturas, apesar de caminhar no bom sentido, contribui igualmente para a morosidade do processo.

Nesse sentido, tivemos recentemente uma reunião com todas as partes envolvidas (SIBS, Multicert, SPMS, Santander), que permitiu esclarecer e ultrapassar algumas questões e definir e coordenar os procedimentos futuros.

Foram já efectuados os primeiros testes piloto com os novos cartões, que irão ser alargados e estendidos aos sistemas de prescrição electrónica.

Acreditamos que agora estamos

na recta final do processo e que durante o Verão poderemos estar em condições de emitir as novas cédulas profissionais.

Entretanto, a ausência de cédula profissional dentro do prazo de validade é colmatada pela emissão, a pedido, de um certificado emitido pelas Secções Regionais, que tem exactamente o mesmo valor da antiga cédula e que pode ter um prazo alargado, de seis meses a um ano. Apelamos, mais uma vez, à sua compreensão e reiteramos o compromisso de lhe disponibilizar a nova cédula profissional com a máxima celeridade possível.

Solicitamos aos Colegas que ainda não concretizaram os procedimentos de actualização da cédula profissional que o façam assim que possível.



Não tratamos?!

O caos instala-se. O insuficiente financiamento dos hospitais cada vez mais afecta o tratamento dos doentes. Estamos a regressar à medicina do século XIX. Há técnicas de ponta em áreas da medicina que são extremamente benéficas para os doentes, proporcionando qualidade de vida e possibilidades de cura que até aqui não existiam.

Um exemplo é a radiologia de intervenção. Mas não se justifica que todos os hospitais tenham essas técnicas. Até aqui, os hospitais enviavam os doentes

Os hospitais que têm as técnicas estão a recusar doentes. Que começam a morrer

uns aos outros, com os respectivos termos de responsabilidade. Mas não pagavam... Consequência: os hospitais que têm as técnicas estão a recusar doentes. Que começam a morrer precocemente. Já houve um doente que foi de Portimão a Viseu. Não teve resposta em Lisboa... Agora já não é recebido...

Há hospitais que têm aparelhos de ponta. Estão fechados. Não tratam os doentes e, assim, não geram despesa. Se o Senhor Ministro precisar de nomes, eu dou-lhos. Para que não diga que não sabe de nada... Ainda mais cortes na Saúde? Nem pensar!

Texto escrito com a antiga grafia



Liberdade

Hoje é dia de comemorar a Liberdade. A Liberdade é muito querida pelos Médicos.

Por isso defendem que os portugueses, são ou doentes, devem ter a liberdade de escolher.

Desde logo, devem ter a liberdade de escolher se querem manter ou se aceitam a destruição do SNS, em nome de uma dívida insuportável pela qual não são responsáveis. Porque amam a Liberdade e têm uma profissão Ética, os Médicos não toleram que o Estado Social seja alienado por cortes cegos e gestão incompetente.

Clínicos defendem uma Lei do Ato Médico que liberte a Sociedade de "curandeiros"

E consideram que os doentes, em diálogo com o médico, devem poder decidir qual a terapêutica que querem fazer.

Por isso propõem que os doentes integrem a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica.

E defendem a liberdade do doente escolher o hospital onde quer ser tratado, sem espaltilhos regionais ou legais.

Pela Liberdade e Qualidade, defendem uma Lei do Ato Médico que liberte a Sociedade de "curandeiros" e "aprendizes de feiticeiro"...

Hoje, amanhã e sempre, os Médicos estarão do lado da Liberdade!

Viva a Liberdade!

In "Correio da Manhã" - 11 de Abril de 2013

In "Correio da Manhã" - 25 de Abril de 2013



linkedcare
na tua saúde

A aplicação que liga médicos e cidadãos

- Comunicação online e em tempo real
- Consultas presenciais ou à distância
- Grátis e fácil de utilizar

Saiba mais
na tua mão

Saiba mais
na tua rede

pre-registar-se pre-registar-se



linkedcare, a aplicação de saúde que liga médicos e cidadãos

A linkedcare é uma inovadora aplicação de saúde que permite aos médicos gerir toda a sua prática de forma integrada, ao mesmo tempo que ficam mais próximos dos seus pacientes.

Enquadrada com os novos desafios dos médicos, a linkedcare inclui um completo Registo de Saúde Electrónico, estrutura SOAP, Prescrição Electrónica, Sistema de apoio à decisão clínica, Calendário online para marcação de consultas, Lembretes e alertas, Ligação a outros médicos e novas possibilidades de comunicação com os pacientes via vídeo e mensagens.

Desenvolvida e testada de forma próxima com os médicos, a linkedcare é uma aplicação intuitiva, rápida e segura, que respeita a privacidade dos dados de saúde.

Com a linkedcare, o médico ganha maior controlo sobre a sua prática e desenvolve eficientes formas de acompanhar os seus pacientes.

Esta aplicação - gratuita para médicos e pacientes - dispensa a instalação de software ou contratos de manutenção e pode ainda ser acedida onde e quando o médico quiser, através do seu computador, tablet ou smartphone.

Ao abrir um novo capítulo na

prestação e acesso a cuidados de saúde, a linkedcare evoluirá para um ecossistema agregador de outros profissionais e entidades de saúde.

Saiba mais em:

www.linkedcare.com, onde pode igualmente pré-registar-se para utilizar a aplicação.

Paulo Sancho

O Consultor Jurídico

Segredo médico, acesso a dados clínicos, processos clínicos e dever de colaboração

Publicamos nas próximas páginas vários pareceres do departamento jurídico da Ordem dos Médicos relativos ao dever de segredo, gestão de processos clínicos, quem e em que condições pode ter acesso a dados clínicos e o dever de colaboração com diversas entidades.

Segredo médico e acesso à documentação clínica por parte de familiar

Foi solicitado ao Departamento Jurídico aconselhamento sobre o procedimento a ter relativamente a um pedido de relatório médico efectuado pela filha de um seu doente sobre o estado de saúde do pai entre os anos de 1999 e 2002.

Refere a peticionante do relatório que o documento solicitado se destina à instrução de um processo a decorrer em Tribunal. Cumpre, pois, apreciar.

Não sendo feita qualquer referência a que o doente em causa tenha falecido somos forçados a presumir que o mesmo se encontra vivo.

Como decorre da lei e do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM) a solicitação de um relatório médico só é feita, em princípio, pelo titular dos dados – o doente, pelo seu representante legal ou com autorização expressa e escrita do paciente (artigo 88º alínea a) do CDOM¹).

O acesso aos dados pessoais por terceiros é, em princípio, proibido

(artigo 35º, nº 4 da Constituição da República Portuguesa²).

No caso concreto a peticionante que alega a qualidade de filha não demonstra ter qualquer autorização escrita do paciente nem ser sua representante legal. Caso se trate de um doente que já tenha falecido a situação é diversa.

Sobre esta matéria pronunciou-se já a Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) na sua Deliberação 51/2001, de 03.07, que, para melhor compreensão se transcreve infra:

“VI – Acesso a dados por familiares de doentes falecidos

Em relação ao acesso aos dados por parte dos familiares há que diferenciar as questões que normalmente se têm colocando.

(...)

2. Acesso a dados de saúde

Em relação ao acesso aos dados de saúde do falecido entendemos, por princípio, que não deve ser facultado o acesso dos familiares à informação constante da ficha clínica pelas razões já enunciadas: dever de confidencialidade por parte dos serviços de saúde e reserva da

intimidade da vida privada. Não há qualquer justificação para admitir que o “direito à curiosidade” seja suficiente para fundamentar o acesso à informação registada na ficha clínica.

Não parece haver qualquer fundamento legal, na Lei 67/98, que permita o fornecimento da documentação clínica aos beneficiários de um seguro de vida para, depois, entregarem essa informação à seguradora.

Acontece, porém, que razões dignas de protecção podem ser determinantes para fundamentar o direito de acesso:

1) O caso típico é aquele em que o familiar indicado no artigo 71.º n.º 2 do Código Civil pretende ter acesso à informação clínica no sentido de apurar a responsabilidade da Administração em relação à qualidade dos cuidados de saúde prestados ao falecido ou apuramento de eventual negligência na prestação desses cuidados.

Para além de o pedido pretender clarificar se estamos perante um acto ou omissão geradores de responsabilidade da Administração e dos seus agentes, contribui para esclarecer e documentar

os comportamentos da própria actividade administrativa. Será o caso típico em que Administração não pode fechar-se com o objectivo de esconder as suas próprias «debilidades».

Estes acontecimentos – geradores de “direitos” (direito à indemnizações) – são susceptíveis de «declaração», «exercício» ou «defesa» em processo judicial. Quando assim for – se os familiares invocarem a necessidade de acesso para processo judicial – será legítimo o acesso, por força do artigo 7.º n.º 3 al. d) da Lei 67/98. Anota-se, porém, que a informação só pode ser utilizada, exclusivamente, para essa finalidade.

A mesma disposição da Lei 67/98 já permitirá o fornecimento da documentação clínica se – no contexto de um seguro de vida – a Companhia se recusar a pagar a indemnização devida e o beneficiário pretender intentar, para o efeito, processo judicial.

2) Acontecem, por vezes, situações em que o médico assistente do requerente

(um dos familiares indicados no artigo 71.º n.º 2 do CC) pretende relacionar a doença do falecido com a sintomatologia apresentada pelo interessado (com objectivo de tomar medidas preventivas ou fazer diagnóstico – v.g. doenças hereditárias ou genéticas). Nos termos do artigo 7.º n.º 3 al. a) será legítimo fornecer a documentação clínica – através do «médico assistente» do interessado – uma vez que está em causa a protecção de um «interesse vital» do requerente, digno de protecção legal.”
Perante o que acima fica dito e tendo em conta que não é explicitado pela filha do doente o fim pretendido com a acção que alegadamente “decorre em Tribunal”, entendemos que o consulente não pode fornecer o relatório médico solicitado sob pena de estar a violar matéria sigilosa relativamente ao seu doente.

A peticionante poderá, eventualmente, dependendo do

caso concreto, obter a informação pretendida por via de uma interpelação feita directamente pelo Tribunal ao médico.

Não obstante, o pedido de relatório que o Tribunal venha a fazer deverá fornecer os elementos bastantes para que o consulente possa decidir sobre a revelação dos factos de que tem conhecimento e a medida em que o deve fazer.

Fevereiro 2008

1- Artigo 88.º (Escusa do segredo médico)
Excluem o dever de segredo médico:

a) O consentimento do doente ou, em caso de impedimento, do seu representante legal, quando a revelação não prejudique terceiros pessoas com interesse na manutenção do segredo médico;

2- “É proibido o acesso a dados pessoais de terceiros, salvo em casos excepcionais previstos na lei” (artigo 35º, nº 4 da

Fornecimento de relatórios clínicos a companhias de seguro

Foi colocada ao Departamento Jurídico a seguinte situação:

“Considerando o segredo profissional e até o determinado no Código Deontológico, como deverão proceder os médicos, os hospitais, os centros de saúde, as clínicas privadas, etc., em relação aos constantes pedidos de “Informações Clínicas”, sobretudo, por parte das abusadoras seguradoras? Isto no caso de sinistrados e de segurados falecidos.”

Tendo em atenção a consonância de posições do Departamento Jurídico do CNE com as deliberações da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) sobre a matéria em

apreço trataremos, em seguida, de responder directamente às perguntas supra transcritas.

Quanto aos sinistrados

Relativamente aos pedidos das seguradoras para efeitos de facturação retira-se da Deliberação 51/2001, de 3 de Julho da CNPD que só pode ser autorizada a comunicação dos **dados estritamente necessários à facturação e cobrança dos cuidados prestados** que permitam à seguradora avaliar, com rigor, os montantes a pagar e, ainda que, **a comunicação deve ser feita a «profissional de saúde obrigado a sigilo ou a outra pessoa igualmente sujeita**

a segredo profissional», devendo as seguradoras indicar um profissional de saúde ao cuidado de quem são comunicados os dados.

No que atine às solicitações de seguradoras quanto à **documentação necessária à continuidade da prestação de cuidados de saúde** e considerando o preceituado na Lei de Bases da Saúde (LBS) sobre a articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde dir-se-à que **tem de ser garantida a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os doentes** (Base XIII, n.º 2 da LBS).

De ter, ainda, em especial atenção o estabelecido no artigo 101.º do Código Deontológico onde se preceitua a obrigação do médico, sempre que o interesse do doente o exija, a comunicar a qualquer outro médico assistente, os elementos do processo clínico necessários à continuidade dos cuidados.

Por isso, será de concluir que – **para efeitos de continuidade da prestação de cuidados de saúde – deve ser enviada a documentação clínica, com salvaguarda da confidencialidade dos dados, ao médico da seguradora que assegure a continuidade dos cuidados.**

Quanto aos segurados falecidos

Atenta a relevância das deliberações proferidas pela citada Comissão vejamos as conclusões da deliberação 72/2006, de 30 de Maio que veio complementar e actualizar a Deliberação 51/2001, de 3 de Julho:

“1 – O actual contexto jurídico é igual àquele que se verificava quando a CNPD elaborou a Deliberação 51/2001 (ver in www.cnpd.pt ou www.ordemosmedicos.pt)

2 – As normas constitucionais e os diplomas legais em vigor proíbem o acesso das Seguradoras aos dados pessoais de saúde dos titulares segurados já falecidos, sem o consentimento expresso destes para esse efeito.

3 – Quanto aos familiares, gozam estes de um certo “ direito à curiosidade ”, o que lhes permite aceder apenas ao relatório da autópsia ou à causa de morte, mas não lhes abre a faculdade de aceder a mais informação de saúde nem a dados pessoais que se encontram na esfera mais íntima do titular falecido. Só em casos concretos em que haja direitos e interesses ponderosos, tais como o exercício de

direitos por via da responsabilização civil e/ou disciplinar ou penal dos prestadores de cuidados de saúde, e exclusivamente com esta finalidade, podem os familiares aceder aos dados pessoais de saúde dos titulares falecidos.

4 – No entanto, “não parece haver qualquer fundamento legal, na Lei 67/98, que permita o fornecimento da documentação clínica aos beneficiários de um seguro de vida para, depois, entregarem essa informação à seguradora”.

5 – Em condições de normalidade na execução do contrato de seguro do ramo Vida, os beneficiários das compensações devidas pelos seguros do ramo VIDA, a partir do facto relevante MORTE do segurado, têm, na sua esfera jurídica, um direito subjectivo à compensação. Por sua vez, na esfera jurídica das Seguradoras existe uma obrigação de pagar a compensação.

6 – A posição processual mais onerada de qualquer das partes, seja a das Seguradoras, não pode ser aliviada à custa dos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos.

7 – A contracção dos direitos fundamentais à privacidade e à protecção dos dados pessoais dos titulares falecidos não se apresenta como necessária ao não desaparecimento ou inviabilidade da actividade económica das Companhias de Seguros na contratação do ramo Vida.

8 – Não havendo lei com regime habilitante ao acesso aos dados pessoais dos segurados falecidos, as Companhias de Seguros e os familiares destes titulares, para efeitos de pagamento/recebimento de indemnização decorrente da morte do segurado em virtude de contrato de seguro do ramo Vida, só podem aceder aos dados pessoais de saúde dos titulares se estes tiverem dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso para esse acesso,

conforme atrás se explicitou.

9 – O consentimento para o tratamento – acesso – dos dados pessoais deve ser autónomo das restantes cláusulas contratuais, mormente quando estas são pré-definidas pelas Companhias de Seguros.

10 – Os dados pessoais necessários e suficientes para essa finalidade são os que respeitam exclusivamente à origem, causas e evolução da doença que provocou a morte dos titulares segurados.

Mantém-se em vigor, desta forma e o esclarecimento saído desta reapreciação, o regime da CNPD espelhado na Deliberação 51/2001.”

O entendimento do Departamento Jurídico da OM relativamente à concretização de relatórios médicos na situação supra referida **não é absolutamente coincidente com o da CNPD.**

Embora se entenda que, preferencialmente, o acesso das seguradoras a dados clínicos após o falecimento do segurado deva implicar o consentimento informado, livre, específico e expresso do titular, dado em vida a permitir o acesso após a morte, e que o mesmo seja prestado em cláusulas contratuais autonomizadas, a verdade é que esses requisitos nem sempre se reúnem.

Deste modo, aqueles que o próprio falecido pretendia beneficiar acabam por ficar objectivamente prejudicados face às seguradoras sem que para tanto haja uma justificação bastante.

Utilizando um juízo de proporcionalidade e justiça para harmonização dos bens jurídicos conflituantes pode haver razões objectivas que justifiquem a entrega de dados clínicos do falecido

especificamente ao corpo clínico da companhia seguradora.

Conciliando os interesses do falecido (ou seja, favorecer os beneficiários do seguro), dos interessados directos por vezes dependentes do pagamento da indemnização e das seguradoras que pretendem dados suficientes para fundamentar o pagamento, não vemos que, forçosamente, possa ser sacrificada a reserva da intimidade da vida privada, desde que exista uma

intermediação da informação através do médico da seguradora e que este seja o garante de que só serão veiculados os elementos necessários à tomada de decisão que não prejudiquem de forma desproporcionada a intimidade da vida privada do defunto.

Assim, a informação deve ser limitada à origem, causas e evolução da doença que originou a morte, expurgando-se toda a informação que possa estar para além destes parâmetros.

Em suma:

O princípio subjacente a circulação de dados clínicos entre os médicos e as seguradoras é o da confidencialidade e o da intermediação por médico indicado pela companhia de seguros.

O fornecimento de dados deve confinar-se às condições supra indicadas.

Julho 2008

Ficheiro clínico e acesso aos dados clínicos por advogado

A advogada de uma doente do Hospital de ..., foi mandatada para instaurar uma acção judicial contra o dito Hospital e diversos médicos.

A fim de instruir o processo judicial requereu a passagem de uma certidão do processo clínico da constituinte e da sua filha menor, tendo demonstrado, por via de uma procuração, a atribuição de poderes especiais para aceder aos dados clínicos da sua mandante.

A certidão foi passada mas entregue a médico indicado pela paciente, em cumprimento de procedimento interno do Hospital.

Perante estes factos, pergunta-nos a consulente se o médico que tem em seu poder a certidão do processo clínico poderá, sem violar o dever de segredo, entregar aos seus constituintes a mencionada certidão com a cópia do processo clínico que lhe foi facultada pelo Hospital de, ou se, pelo contrário, está impedido de proceder à referida entrega.

Cumprе esclarecer.

Tendo em consideração que a certidão foi passada a pedido da mandatária da doente que a autorizou especificamente a

aceder aos elementos clínicos por forma a ser intentada uma acção judicial, entendemos que os referidos dados podem ser remetidos aos constituintes da consulente ou directamente à própria advogada constituída, em conformidade com o estabelecido na Deliberação 51/2001 da CNPD e em consonância com preceituado na alínea a) do artigo 88º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

Outubro 2010

Dados clínicos - colaboração com as autoridades

Foi solicitado esclarecimento sobre a cedência de cópia integral de processos clínicos nas seguintes situações:

- A pedido do Tribunal e do Ministério Público;
- A pedido da Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana (GNR) e Polícia Judiciária (PJ)¹.

Cabe, então, responder.

Nos termos do artigo 86º, n.º 2 do

Código Deontológico da OM, “o segredo abrange todos os factos que tenham chegado ao conhecimento do Médico no exercício da sua profissão ou por causa dela (...)”.

E obriga, singular e colectivamente, segundo o artigo 87º do mesmo Código, “os médicos que trabalhem em unidades de saúde (...) a guardar segredo médico quanto às informações clínicas que, constituindo objecto de segredo

profissional, constem do processo individual do doente”.

Não obstante, o segredo profissional não é absoluto, podendo cessar quando estiver em causa a satisfação de outro dever de igual ou superior relevância.

No caso, o conflito pode verificar-se entre a **manutenção do segredo** e a **colaboração com as autoridades judiciais e de**

investigação criminal.

A este propósito, o Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República emitiu um parecer, publicado no Diário da República, II.ª Série, de 16 de Março de 1995, segundo o qual “as autoridades judiciais e os órgãos de polícia criminal podem requisitar, no âmbito de uma investigação criminal, o envio de elementos do processo clínico de um doente, na posse de estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde”².

Esta requisição exige, segundo o mesmo parecer, que a entidade requisitante elabore um prévio juízo da necessidade dos elementos clínicos para a investigação em curso, devendo comunicar à entidade competente as informações que habilitem à formulação de um juízo de ponderação dos valores e interesses em presença, fornecendo-lhe os elementos julgados necessários para esse fim. No mesmo sentido vai a CNPD, ao sustentar na Deliberação 51/2001 que, estando em causa a comunicação de dados de saúde susceptíveis de integrarem informação relativa à vida privada (cf. art. 519.º n.º 3 al. b) do CPC) e sujeitos ao dever de sigilo profissional para os profissionais de saúde do Hospital (cf. art. 519.º n.º 3 al. c) do CPC e os artigos 135.º e 182.º do CPP) a cedência da informação a pedido da autoridade judicial competente só pode efectivar-se desde que “o despacho da autoridade judicial seja fundamentado e especificar os motivos determinantes do pedido de colaboração.”

Quanto à matéria do segredo profissional é o seguinte o teor do art. 88º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos:

“Excluem o dever de segredo médico:

a) O consentimento do doente

ou, em caso de impedimento, do seu representante legal, quando a revelação não prejudique terceiros pessoas com interesse na manutenção do segredo médico;

b) O que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do médico ou do doente, não podendo em qualquer destes casos o médico revelar mais do que o necessário, nem o podendo fazer sem prévia autorização do Presidente da Ordem;

c) O que revele um nascimento ou um óbito;

d) As doenças de declaração obrigatória.”

Assim, a regra é a de que os médicos devem recusar-se a revelar os factos, constantes da ficha clínica de um doente desde que este ou os seus representantes legais não tenham dado o seu consentimento para tal.

Ora, depois de feito o enquadramento geral dos problemas suscitados pelo Consulente, cabe então responder às questões concretamente colocadas:

□ No que respeita às solicitações dos **órgãos de polícia criminal** e das **autoridades judiciais**, somos de parecer que o médico deverá, tão só, remeter a informação relevante para o efeito pretendido e desde que o pedido esteja devidamente fundamentado (vide, por todos, Deliberação 51/2001 da CNPD e Parecer do Conselho Consultivo da PGR, publicado no DR, II.ª Série n.º 64, de 16/03/1995);

□ Poderá, ainda, ser aceitável, em determinados casos concretos, exigir que o pedido venha instruído com autorização do doente;

□ Caso não estejam reunidos estes pressupostos, em obediência ao dever de segredo, o médico assistente e a direcção clínica não

estão obrigados a enviar cópia de qualquer elemento clínico;

□ A PSP, a GNR e a PJ, para além de terem de fundamentar o pedido têm, acrescidamente, de explicitar que a sua actuação é feita por incumbência do Ministério Público;

□ Não havendo, de todo, fundamentação para o pedido feito pelos tribunais ou entidades de investigação criminal ou autorização do doente, o médico deve recusar a entrega do processo tendo, para tanto, de informar tratar-se de matéria sujeita a sigilo médico.

Com o que acima ficou dito resta concluir que, atento o dever de segredo a que o médico está vinculado por lei e pela sua própria deontologia, cabe a ele ponderar, face às informações que as entidades judiciais e de investigação criminal lhe possam fornecer, qual dos deveres a que está adstrito deve prevalecer, ou seja, se devem, apesar de tudo, resguardar a reserva da intimidade da vida privada do doente por via do dever de sigilo ou se, no caso concreto, deve prevalecer o dever de informar as ditas entidades para apuramento da verdade material face aos bens em jogo na situação que lhes for exposta.

Agosto 2011

1- A PSP, a GNR e a PJ têm competências de investigação criminal e actuam no âmbito dos inquéritos criminais sob a orientação e instruções do Ministério Público. Tal facto não obsta a que devam informar, aquando dos pedidos que formulam, que actuam por incumbência do MP.

2- O referido parecer do Conselho Consultivo da PGR foi homologado pelo, então Ministro da Saúde pelo que, desse modo, ficam vinculados às suas conclusões todos os serviços do SNS.

O segredo médico e o dever de colaboração com comissões de protecção de crianças e jovens

Foi presente a este Departamento Jurídico um pedido sobre a possibilidade de ser fornecida informação clínica de menores às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) e sobre qual o procedimento a seguir nestes casos.

Cumpra, pois, informar.

Como é sabido, a informação clínica dos doentes está sujeita a segredo profissional e a ele estão obrigados, entre outros, os Directores e os médicos assistentes dos doentes das unidades de saúde.

Não obstante, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM) estabelece excepções que permitem revelar, em determinadas situações, a dita matéria sigilosa.

Assim, o art. 88º do CDOM preceitua que:

“ Excluem o dever de segredo médico:

- a) O consentimento do doente ou, em caso de impedimento, do seu representante legal, quando a revelação não prejudique terceiros pessoas com interesse na manutenção do segredo médico;*
- b) O que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do médico ou do doente, não podendo em qualquer destes casos o médico revelar mais do que o necessário, nem o podendo fazer sem prévia autorização do Presidente da Ordem;*
- c) O que revele um nascimento ou um óbito;*
- d) As doenças e declaração obrigatória.”*

Ou seja, se o representante legal dos menores ou o próprio

menor (se para tanto lhe for reconhecida maturidade), autorizarem o fornecimento da informação clínica solicitada pelas Comissões de Protecção não terão os médicos problemas relevantes em veicularem os dados de saúde em causa.

Facto é que as situações da vida real não têm, muitas das vezes, soluções tão simples como aquela que acabámos de referir. A verdade é que o já referido Código Deontológico prevendo a complexidade e gravidade de múltiplas situações e a sua conexão prejudicial com o segredo médico estabeleceu no seu art. 53º:

“Sempre que o médico, chamado a tratar um menor, um idoso, um deficiente ou um incapaz, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus tratos ou assédio, deve tomar providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertando as autoridades competentes.”

Configura-se, pois, neste preceito uma verdadeira obrigação de revelar a matéria sujeita a sigilo quando um médico verifique que determinada criança, idoso, deficiente ou incapaz foi vítima de maus tratos.

A questão que se coloca é se, ao abrigo do dever de colaboração prescrito na lei e sem que sejam explicitados quaisquer fundamentos nos pedidos das CPCJ, os médicos devem fornecer toda a informação clínica sobre um menor.

Entendemos que não.

Com efeito, os médicos assistentes ou directores dos serviços envolvidos só deverão

satisfazer o pedido se, após a formulação de um juízo de ponderação dos valores e interesses em presença, concluírem nesse sentido.

Para tanto, deverão ser-lhes facultados os elementos necessários para este fim (vide *mutatis mutandis*, o parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria Geral da República, de 16 de Março de 1995).

Foi presente a este Departamento Jurídico um pedido sobre a possibilidade de ser fornecida informação clínica de menores às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) e sobre qual o procedimento a seguir nestes casos.

Cumpra, pois, informar.

Como é sabido, a informação clínica dos doentes está sujeita a segredo profissional e a ele estão obrigados, entre outros, os Directores e os médicos assistentes dos doentes das unidades de saúde.

Não obstante, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM) estabelece excepções que permitem revelar, em determinadas situações, a dita matéria sigilosa.

Assim, o art. 88º do CDOM preceitua que:

“ Excluem o dever de segredo médico:

- a) O consentimento do doente ou, em caso de impedimento, do seu representante legal, quando a revelação não prejudique terceiros pessoas com interesse na manutenção do segredo médico;*
- b) O que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da*

honra e dos legítimos interesses do médico ou do doente, não podendo em qualquer destes casos o médico revelar mais do que o necessário, nem o podendo fazer sem prévia autorização do Presidente da Ordem;

c) O que revele um nascimento ou um óbito;

d) As doenças e declaração obrigatória."

Ou seja, se o representante legal dos menores ou o próprio menor (se para tanto lhe for reconhecida maturidade), autorizarem o fornecimento da informação clínica solicitada pelas Comissões de Protecção não terão os médicos problemas relevantes em veicularem os dados de saúde em causa.

Facto é que as situações da vida real não têm, muitas das vezes, soluções tão simples como aquela que acabámos de referir. A verdade é que o já referido Código Deontológico prevendo a complexidade e gravidade de múltiplas situações e a sua conexão prejudicial com o segredo médico estabeleceu no seu art. 53º:

"Sempre que o médico, chamado a tratar um menor, um idoso, um deficiente ou um incapaz, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus tratos ou assédio, deve tomar providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertando as autoridades competentes."

Configura-se, pois, neste preceito

uma verdadeira obrigação de revelar a matéria sujeita a sigilo quando um médico verifique que determinada criança, idoso, deficiente ou incapaz foi vítima de maus tratos.

A questão que se coloca é se, ao abrigo do dever de colaboração prescrito na lei e sem que sejam explicitados quaisquer fundamentos nos pedidos das CPCJ, os médicos devem fornecer toda a informação clínica sobre um menor.

Entendemos que não.

Com efeito, os médicos assistentes ou directores dos serviços envolvidos só deverão satisfazer o pedido se, após a formulação de um juízo de ponderação dos valores e interesses em presença, concluírem nesse sentido.

Para tanto, deverão ser-lhes facultados os elementos necessários para este fim (vide *mutatis mutandis*, o parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria Geral da República, de 16 de Março de 1995).

Deste modo, estando em causa menores e não sendo esclarecido o motivo do pedido de fornecimento do processo clínico, os médicos, com fundamento no segredo profissional, devem solicitar às CPCJ os necessários esclarecimentos para que, analisados os mesmos, possam decidir qual o interesse prepon-

derante. Ou seja, se devem manter sob sigilo os dados clínicos por respeito à reserva da intimidade da vida privada dos doentes ou se os devem revelar para que a CPCJ actue no âmbito das suas competências.

Caso decidam, posteriormente, remeter a informação clínica, deverão revelar, preferencialmente ao médico que componha a Comissão de Protecção ou a ela dê apoio, apenas o estritamente necessário à defesa dos interesses da criança.

Em conclusão:

□ No âmbito do dever de colaboração **um médico pode fornecer informação sujeita a sigilo a uma Comissão de Protecção de Crianças e Jovens;**

□ Não obstante, os **pedidos de informação por parte da CPCJ devem ser fundamentados e concretizar os dados pretendidos para que o médico possa ponderar os elementos clínicos que são relevantes fornecer para a situação em apreço;**

□ A informação clínica, deverá ser revelada, preferencialmente, ao médico que componha a Comissão de Protecção ou a ela dê apoio, no que seja apenas o estritamente necessário à defesa dos interesses da criança.

Maio 2012

Processos Clínicos de empresa insolvente

Foi solicitado à *Ordem dos Médicos* informação sobre o destino a dar aos ficheiros clínicos sitos numa empresa insolvente, designadamente num hospital privado com largos milhares de processos clínicos. Transcrevemos o parecer sobre o que importa dizer sinteticamente sobre esta questão.

«Não decorre da lei qualquer obrigação para a Ordem dos Médicos de, em situações como a presente, assumir a responsabilidade da guarda e depósito de ficheiros clínicos de entidades que prestem cuidados médicos¹ para efectuar a gestão do acesso à informação sujeita a sigilo médico.

Como sabemos o doente tem deontologicamente direito a aceder aos seus dados clínicos² devendo todavia fazê-lo, em situações como a presente, por intermédio de médico por si nomeado³.

Como tem direito a que o seu médico assistente ou director do estabelecimento de saúde em insolvência cuide de salvaguardar as suas fichas clínicas.

No caso de não existir Director Clínico e o médico assistente estar impossibilitado de aceder ao ficheiro, tem o doente direito a que o Tribunal promova, por via do Administrador da Insolvência, medidas para acautelar a violação do segredo.

Importa, de igual modo, saber como deve ser feito o acesso aos processos clínicos que se encontram à guarda do administrador da dita insolvência sem que seja violado o sigilo médico.

Não cabendo à OM a obrigação legal de guardar e responsabilizar-

se pelo depósito de todos os processos clínicos de todas as entidades que cessem as suas actividades em território nacional nem esta possuindo estrutura para a guarda e depósito dos processos e gestão do seu acesso, a solução é mais conforme à lei, de forma a preservar o direito à reserva da intimidade da vida privada dos pacientes, passa por, no âmbito do processo de insolvência e a expensas do mesmo ser designado um ou mais médicos para acederem aos dados clínicos e facultarem as fichas clínicas que sejam solicitadas pelos pacientes aos médicos por estes indicados ou, inclusive, a um Tribunal.

De notar que atento o elevadíssimo número de processos clínicos dos múltiplos casos de insolvência de entidades prestadoras de cuidados de saúde, qualquer outra solução implica a criação de uma estrutura permanente, complexa e dispendiosa composta por médicos e outros profissionais de saúde sujeitos a segredo e habilitados à compreensão dos ficheiros.

Ao número acima referido, acresce ainda o daquelas entidades médicas que embora não insolventes cessam a sua actividade por a mesma não ser sustentável no actual circunstancialismo económico.

Deverá, assim, em nosso entender, o administrador da insolvência promover no sentido de ser contratado um médico para que este, nas situações mais urgentes⁴, aceda aos processos que lhe são solicitados e os faculte aos seus interessados.

Solicitamos que informem a

Ordem sobre o nome do médico encarregue dos ficheiros clínicos para que possa existir um controlo e estabilização do seu responsável e, se for caso disso, a sua responsabilização disciplinar.»

Maio de 2013

1- Ou mesmo de empresas que detenham, tão só, ficheiros clínicos em razão de actividades médicas que possam ter sido desenvolvidas em determinado estabelecimento.

2- Nos termos do n.º 4 do art.º 100.º do Código Deontológico que “o doente tem direito a conhecer a informação registada no seu processo clínico a qual lhe será transmitida, se requerida, pelo próprio médico assistente ou, no caso de instituição de saúde, por médico designado pelo doente para este efeito.”

3- A Lei 12/2005, de 26 de Janeiro, que define o conceito de informação de saúde e de informação genética, bem como o modo de circulação da informação, prevê, no n.º 3 do art.º 3.º que “o acesso à informação de saúde por parte do seu titular ou de terceiros com o seu consentimento, é feito através de médico, com habilitação própria, escolhido pelo titular da informação.”

4- A instituição de saúde ou o responsável pela guarda do ficheiro clínico tem a obrigação de fornecer, com carácter urgente, fotocópias das fichas clínicas que sejam solicitadas pelos doentes e/ou pelos médicos sempre que esteja em causa a continuidade de um tratamento. Existe, também, uma obrigação de fornecer fotocópias de todas as fichas clínicas que sejam requeridas quer por doentes, quer por médicos se não estiver em causa a continuidade de um tratamento.

Tal fornecimento pode não ter carácter urgente mas deve ser facultado a curto prazo.

Nesta segunda hipótese deverão ser fornecidas aos médicos listagens de nomes com os números de processo e contactos dos pacientes, obviamente sem prejuízo da entrega da ficha clínica em breve período.

Hospitais Públicos do Algarve

Na sequência da carta publicada na edição de Março da ROM (páginas 24 a 26), divulgamos agora a continuação da reflexão desse conjunto de médicos sobre a Rede de Referência no Algarve.

«Rede de Referência e Qualidade da Referência»

O crescente aumento dos custos da saúde, os constrangimentos financeiros atuais, a insatisfação dos utentes e profissionais, bem como a falta de resposta e os resultados das Instituições Hospitalares que não cumprem as metas políticas estipuladas, exigem de todos os intervenientes uma reflexão sobre a melhoria e eficiência dos cuidados de saúde. Enquanto as Instituições continuarem voltadas para si próprias, e não se proceda ao desenvolvimento e aperfeiçoamento das redes de referência, com a inerente melhoria da qualidade de referência, dificilmente se cumprirão os objetivos e se atingirão os almejados ganhos de saúde.

Estes desideratos não serão atingidos por um aumento das verbas destinadas às Instituições Hospitalares, nem pela implementação de novos modelos de gestão (como por ex. a criação do Centro Hospitalar do Algarve). Como efeito, a génese de uma grande parte destes problemas reside na qualidade da referência e não nos modelos de gestão atual.

Refira-se, por exemplo, que podemos seguramente afirmar que numa das valências hospitalares, a percentagem de doentes referenciados que apresentam desconformidades (quer por virem referendados sem indicação para consulta de especialidade, quer por não ser fornecida informação clínica suficiente) avulta a mais de 40% de doentes. Tudo leva a crer que a mesma percentagem ocorrerá no âmbito de outras valências e de outros hospitais.

Esta elevada percentagem de doentes que afluem às Instituições Hospitalares ocasionam disfuncionalidades na instituição hospitalar e em particular na área das consultas externas. Este problema será ainda mais grave, quando existem valências hospitalares que não possuem recursos humanos suficientes. Por outro lado, uma insuficiente ou desadequada referência ocasiona a diminuição da acessibilidade de utentes com patologias que requerem cuidados mais prementes.

Em suma, esta situação gera custos elevados, ineficácia e diminuição dos ganhos em saúde. A verdade é que os problemas gerados

pela não flexibilidade das Redes de Referência, bem como a qualidade da referência há muito tempo que se encontram identificados.

É inquestionável que a rede de referência está devidamente apetrechada de uma rede informática de grande valor e enormes potencialidades. Trata-se de uma ótima ferramenta, mas não é ela que dá a qualidade da referência, é antes um veículo de informação. A qualidade da referência deve ser tida como um ato médico relevante e, consequentemente, deve obedecer a critérios exigentes.

A diminuição dos recursos humanos, particularmente de quadros médicos na área dos Cuidados Primários e a contratação a empresas de serviços - cujos profissionais muitas vezes apresentam um desconhecimento sobre a realidade nacional e regional e não se encontram devidamente enquadrados - não tem ajudado à resolução deste problema.

A falta de medidas de enquadramento de muitos profissionais e a ausência quase absoluta de medidas de formação

e desenvolvimento profissional contínuo, do reconhecimento do mérito e a carga de tarefas administrativas a que estão sujeitos, agravam ainda mais este problema, conduzindo à desmotivação dos profissionais e ao pedido de reformas antecipadas. Torna-se urgente promover a formação contínua destes profissionais, motivá-los para a investigação clínica e epidemiológica, promover o ensino pós-graduado nos Hospitais de Referência de modo a que estes profissionais adquiram compe-

tências e tomem conhecimento da realidade das instituições hospitalares.

Tratam-se de medidas de fácil implementação, que têm repercussões imediatas nas listas de espera, levam a um aumento de competências, permitem ganhos de saúde adicionais e implicam baixos custos de implementação. Tratam-se também de medidas que melhoram a acessibilidade, diminuem a procura desnecessária de cuidados hospitalares diferenciados, diminuindo custos e canalizando os recursos humanos e

financeiros para situações clínicas mais prementes.

Pensar em novos modelos de gestão das instituições, como por ex. a criação de um Centro Hospitalar do Algarve, na atual conjuntura nacional e regional sem atender à génese das reais causas da inoperacionalidade das duas instituições hospitalares do Algarve, poderá trazer algum tipo de mediatismo e benefício político mas, certamente, não trará benefícios em saúde para as populações.»

Recolha de lote de Olanzapina

A OM teve conhecimento da recolha de todas as embalagens de um determinado lote do medicamento Olanzapina, comprimido 2,5mg, 28 unidades, pelo que solicitou informação sobre o doseamento real da substância activa do medicamento em referência.

Divulgamos o resumo da informação prestada pelo Infarmed que se resume a uma situação em que a quantidade de substância activa é inferior ao intervalo aceite em sede de Autorização de Introdução no Mercado. Questionado pela Ordem dos Médicos o Infarmed comunicou que um medicamento genérico Olanzapina foi analisado no Laboratório de Comprovação da Qualidade do Infarmed, I.P., de acordo com os métodos analíticos aprovados em sede de AIM, aos seguintes parâmetros: aspecto da forma farmacêutica, uniformidade de massa, identificação da substância activa, doseamento da substância activa, uniformidade de dosagem/uniformidade de teor, determinação das substâncias aparentadas, ensaio de desagregação e ensaio de dissolução. Os resultados do ensaio do doseamento da olanzapina encontram-se abaixo da especificação aprovada em sede de AIM e apresentam o seguinte resultado: 2,1 mg/comprimido [especificação: 2,4- 2,6 mg/comprimido (95,0 - 105,0% do teor nominal)]. O Infarmed informou que os restantes parâmetros encontram-se em conformidade com as especificações aprovadas em sede de AIM.

Na sequência da 'desconformidade' dos resultados obtidos no doseamento da olanzapina o INFARMED procedeu-se à recolha total do lote e colocou os medicamentos contendo olanzapina e fabricados pelo mesmo Titular de AIM no Plano de Monitorização do Mercado.

Dispensa de medicamentos – alteração ao estatuto

Divulgamos em seguida a carta enviada ao Ministério da Saúde com os comentários da Ordem dos Médicos à proposta de ajuste nas condições de dispensa de medicamento/alteração ao “Estatuto do Medicamento” que resultam da transposição das Diretivas 2011/62/EU, 2012/26/EU e 2009/35/CE.

Relativamente à proposta de DL que nos foi enviada sobre a matéria em epígrafe, entende a Ordem dos Médicos produzir os seguintes comentários e opiniões, para os quais solicita a máxima atenção e preocupação.

1- A criação de um subgrupo de medicamentos não sujeitos a receita médica com dispensa exclusiva na farmácia (MNSRM-DEF) e a possibilidade de um mesmo medicamento ter indicações de dispensa sujeita a receita médica e outras não sujeitas a receita médica são completamente inaceitáveis pela Ordem dos Médicos pelos seguintes motivos:

a) A prescrição de medicamentos é um acto médico que pressupõe a existência prévia de um diagnóstico realizado por médico em contexto de observação clínica do doente;

b) A competência para exercer medicina em Portugal é adquirida através da frequência com aproveitamento de um curso de Medicina, a realização do internato do ano comum e a inscrição na Ordem dos Médicos. O exercício ilegal da Medicina é uma forma de usurpação de funções punida criminalmente

pelos Tribunais competentes;

c) O farmacêutico é “o técnico da fabricação (produtos manipulados) conservação e dispensa de medicamentos”, pode ser útil ao doente como conselheiro, alertando ou esclarecendo sobre aspectos posológicos e interações ou efeitos adversos/precauções dos medicamentos, mas não tem formação médica, não tem conhecimentos científicos sobre as várias patologias médicas e a complexidade e variabilidade dos contextos clínicos e, portanto, não tem qualquer competência para diagnosticar e tratar doentes e acompanhar a evolução das doenças. A prescrição de medicamentos não pode ser feita apenas pela correspondência de indicações terapêuticas dos fármacos (consulta do Simpósio) aos sintomas do doente, caso contrário, bastaria o Dr Google para tratar doentes;

d) Só os médicos têm responsabilidade disciplinar (e também civil e criminal) pela prescrição de medicamentos e por quaisquer outros actos médicos realizados. Os farmacêuticos e outros profissionais da área da Saúde não têm naturalmente qualquer responsabilidade disciplinar

pela prescrição de medicamentos ou a realização de outros actos médicos;

e) Não é próprio de um país desenvolvidos que se façam diagnósticos rápidos ao balcão da farmácia, sem exame clínico e sem registo clínico, e se aconselhem medicamentos nos quais se tem um indelével interesse de lucro, ficando todos os múltiplos e inevitáveis erros completamente impunes e o doente totalmente desprotegido.

f) Não é por acaso que a aquisição de medicamentos de venda livre (não sujeitos a prescrição médica) depende unicamente dos doentes e é da sua exclusiva responsabilidade;

g) Finalmente, a legislação publicada sobre a prescrição por DCI, com aprovação unânime na Assembleia da República, consagra o princípio inabalável de que o médico decide qual o princípio activo que o doente vai fazer. Ou seja, a actual proposta legislativa é ilegal.

2- Ainda sobre a possibilidade de um mesmo medicamento ter indicações de dispensa sujeitas a receita médica e outras não sujeitas a receita médica.

a) Todos sabemos que estas

situações serão de impossível controlo na medida em que, na ausência da obrigatoriedade de receita médica, não há como comprovar que o medicamento se destina a uma indicação abrangida pelos mencionados protocolos, com potenciais prejuízos para os doentes.

b) Não foi presente uma lista dos exemplos mais previsíveis para melhor entendimento do balanço Benefício/Risco desta medida, que pode trazer sérios riscos para os doentes.

c) Não são referenciados os estudos técnicos e científicos que justificariam e fundamentariam a criação desta confusa e complexa nova classe de medicamentos.

3- Quanto a outros aspectos constantes da proposta de DL, sem prejuízo de conter algumas medidas que podemos considerar positivas, a sua apreciação fica prejudicada pela matéria referida anteriormente.

4- Sendo certo que a proposta em análise transpõe normas comunitárias, a lei comunitária deve sempre ser adaptada e/ou completada com precauções de cada país membro. No caso, o processamento de dispensa de mais ou novos grupos de

MNSRM pode manifestar-se não só perigoso para a saúde pública como favorecedor de abusos por parte dos dispensadores.

a) O farmacêutico, pelo INTERESSE (legítimo) que tem na sua venda, do ponto de vista da ÉTICA não pode também prescrever ou recomendar medicamentos, pois essa situação de CONFLITO DE INTERESSES pode ser nefasta para os doentes, quer do ponto de vista terapêutico (podendo induzir sobredosagem ou futilidade terapêutica), quer do ponto de vista financeiro, não só para o doente mas também para o Estado.

b) Séculos atrás, já as Ordenações Afonsinas procuravam separar interesses, proibindo ao “Físico” a venda de medicamentos e ao Boticário a sua prescrição. Esta proposta legislativa representa um intolerável retrocesso na História da Ética.

c) Não pode deixar de colocar-se a pergunta, se os farmacêuticos podem fazer diagnósticos rápidos ao balcão, sem a devida preparação científica e sem exame clínico, porque é que os médicos, que até conhecem os medicamentos, não os podem vender? Não acreditamos que

o Governo português queira seguir este perigoso caminho de subversão profissional! A Ordem dos Médicos, que defende a transparência, a luta moral contra os conflitos de interesses e é inabalável na defesa dos doentes, não se calará e opor-se-á por todos os meios a esta violação Ética e à instalação da confusão profissional em Portugal. Afinal, o Ministério da Saúde diz que quer combater alguns conflitos de interesses, no que tem todo o apoio da Ordem dos Médicos, mas, por razões que não se entendem, procura activamente potenciar outros tipos de conflitos de interesses?

5- Nesta perspectiva e porque o que se propõe é demasiado grave, solicitamos a V. Exa. uma audiência com carácter de urgência para esclarecer cabalmente o conteúdo da proposta, designadamente no que se refere à criação de um subgrupo de medicamentos não sujeitos a receita médica com dispensa exclusiva na farmácia (MNSRM-DEF) e de medicamentos simultaneamente com e sem receita médica, conforme as indicações.



Manual de Peritagem Médica

Lançamento

Guia prático destinado a juristas e a todos os médicos envolvidos em perícias médico-legais tais como especialistas em medicina legal, em medicina do trabalho, competentes em peritagem médica da segurança social e em avaliação do dano corporal, médicos dos serviços de verificação de doença e incapacidades da segurança social, ADSE e CGA bem como das forças armadas, médicos das juntas médicas e das companhias de seguros, jovens médicos em formação em clínica forense e a todos os profissionais que, de qualquer forma, em qualquer momento, estejam envolvidos em missões médicas de carácter pericial. O manual resume e sistematiza, num formato de bolso de fácil leitura e consulta, os aspetos práticos da atividade médica pericial de acordo com a doutrina médico-legal em vigor no nosso país. Este trabalho pode ser adquirido nas livrarias BISTURI, Livros Técnicos, Lda. (bisturi@net.sapo.pt/www.bisturi.net) ou a pedido, contactando o seu autor/editor pelo email: davidfernandesluis@hotmail.com. Esta é uma edição especial com tiragem limitada a 500 exemplares numerados e assinados pelo autor.

ARS Norte impõe limites intoleráveis ao tratamento dos idosos

Perante os limites intoleráveis impostos pela ARS Norte ao tratamento dos idosos, apresentados sob a forma de «recomendação no sentido de que a prescrição para doentes com mais de 75 anos não ultrapasse os cinco medicamentos», medida, obviamente, de grande potencial negativo para a saúde desses cidadãos, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos não pode deixar de contraditar os seus aspectos mais perniciosos no comunicado que publicamos de seguida, no qual se aconselha os Colegas a cumprir o Código Deontológico e que «actuem de acordo com a melhor evidência científica que dispõem, assegurando o melhor tratamento possível aos seus doentes».

«A Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte apresentou uma recomendação no sentido de que a prescrição para doentes com mais de 75 anos não ultrapasse os cinco medicamentos.

Por intermédio do seu Conselho Directivo, a ARS Norte apresentou a medida como um indicador de saúde validado cientificamente, que concorreria para a eficácia terapêutica e segurança do doente e cuja aplicação seria facultativa, mas contribuiria para a “avaliação” dos médicos.

Devido ao impacto negativo que esta medida poderia ter para os doentes idosos, considerando a inquietação que a informação produziu na opinião pública, olhando os perigosos sinais decorrentes do seu perturbante conteúdo e ao risco de uma eventual aplicação assente em pressupostos

meramente administrativo-financeiros, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos não pode deixar de contraditar os seus aspectos mais perniciosos:

1. O que a ARS Norte propõe nesta recomendação não é um indicador de saúde, antes um parâmetro meramente economicista e simplista, que reduz a evidência científica a um número máximo abstracto de cinco medicamentos por doente, sem avaliar as especificidades de cada caso e o impacto que a ausência de medicação essencial poderia ter num doente com patologias crónicas.

2. Os “estudos” citados para validar a posição da ARS Norte estão no domínio da ficção. É óbvio que o risco de interacções aumenta com o número de medicamentos, mas não existem estudos científicos que

comparem a polimedicação em doentes com doenças crónicas com o não tratamento puro e simples de algumas dessas doenças crónicas.

3. Entende-se esta recomendação como um convite ao não tratamento dos doentes, especialmente daqueles que enfrentam patologias crónicas. A Medicina evoluiu no sentido de tornar as patologias crónicas mais debilitantes, e mesmo mortais, em patologias controladas, com melhoria evidente na qualidade de vida dos doentes. Este controlo só foi possível com recurso à inovação terapêutica na área do medicamento. Mais, existem doenças tradicionalmente tratadas através de cirurgia que hoje são controladas por métodos farmacológicos, como é o caso dos sintomas provocados por hiperplasia benigna da próstata.

Parece claro que, colocar em causa esta realidade, é um mau indicador de “saúde decisória” da ARS Norte.

4. Esta iniciativa da ARS Norte constitui uma nova tentativa no caminho do racionamento em Saúde, com incidência particular nos mais idosos. É uma investida clara e concreta no sentido de limitar o acesso dos doentes à medicação prescrita pelo seu médico, ainda que exposta de forma subtil e sofisticada.

5. A recomendação significa ainda uma inaceitável intromissão administrativa na actividade responsável do médico, não só porque coloca em causa a autonomia técnica dos profissionais no tratamento dos seus doentes de acordo com as *leges artis*, como impõe uma pressão absolutamente lamentável ao sugerir que a sua não aplicação terá efeitos directos na avaliação de desempenho dos médicos. “Muito bom” seria se o nosso país não dispusesse de uma elite burocrática capaz de fazer este tipo de propostas absurdas.

6. Não ignorando as consequências da polimedicação ao nível terapêutico, a real avaliação dos

seus riscos só poderá ser feita por quem conhece a história clínica dos doentes. O Médico de Família é, portanto, a única entidade qualificada para gerir a prescrição dos doentes e atenuar as morbilidades resultantes das interacções medicamentosas. De resto, a Ordem dos Médicos, aquando da discussão da legislação da ‘prescrição por DCI’, alertou por diversas vezes para as consequências negativas subjacentes à troca indiscriminada nas farmácias de medicamentos genéricos por outros medicamentos genéricos (do mesmo princípio activo) com a consequente alteração de formas de apresentação e respectivas embalagens que dificultam a sua correcta identificação pelos doentes e provocam sobredosagens e efeitos adversos graves.

7. Combater o potencial debilitante das patologias crónicas – doenças cardiovasculares, oncológicas, reumáticas, neurológicas, etc. – deve constituir a principal preocupação das entidades responsáveis pelo sector da Saúde em Portugal. Este desígnio deve resultar

numa aposta firme e objectiva na informação e educação para a saúde, na prevenção da doença e na promoção de um envelhecimento activo.

Assim:

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos repudia a intenção subjacente a esta recomendação da ARS Norte e exige a sua imediata suspensão.

Entendemos ainda que o seu Conselho Directivo não tem legitimidade política nem científica para continuar em funções, caso esta suspensão não seja efectuada no imediato.

Por fim, aconselhamos todos os médicos a cumprirem o Código Deontológico e actuarem de acordo com a melhor evidência científica que dispõem, assegurando o melhor tratamento possível aos seus doentes.

24 de Maio de 2013

CNE da Ordem dos Médicos»

Medicina intensiva: segunda época de exames 2013

O Conselho Nacional Executivo na sua reunião de três de Maio de 2013, homologou a proposta da direcção da subespecialidade de Medicina Intensiva de abertura de uma segunda época de Exames em 2013.

Assim:

Os candidatos que preencham os requisitos previstos no documento orientador de formação em Medicina Intensiva

(<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=6a9aeddffc689c1d0e3b9ccc3ab651bc5&id=1bb91f73e9d31ea2830a5e73ce3ed328>)

podem solicitar até ao dia 31 de Agosto de 2013, a sua admissão a exame mediante requerimento dirigido ao Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos.

As provas irão decorrer em local e data a designar atempadamente pelo presidente do Júri, após verificação da admissibilidade dos candidatos.



Em defesa da Medicina e dos Médicos

Decorreu no dia 9 de Abril, na sede da OM em Lisboa, a apresentação de um Manifesto que, entre outras questões relevantes, apela à defesa do Serviço Nacional de Saúde e à melhor qualidade da medicina em Portugal. Este manifesto constitui igualmente a base programática de uma candidatura à Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos.

O manifesto chama a atenção para a necessidade e urgência que, em todas as estruturas da Ordem, haja uma renovação que permita a participação activa e uma assumida abertura aos mais jovens, numa partilha geracional. «É por isso que na mesa desta conferência, que serve de pontapé de saída para uma candidatura à Direcção do Conselho Regional do Sul e às direcções das distritais, estão presentes uma maioria de jovens» - foi assim que se iniciou a conferência de imprensa conduzida por Manuel Brito, Jaime Mendes, Paulo Sintra, Diogo Frasquilho Guerreiro e Clara Azevedo, em representação de mais de uma centena de médicos que consensualizou o documento. Durante esse encontro com jornalistas e colegas, foi explicada a dificuldade que se sente em integrar na Ordem dos Médicos a nova geração.

«Este manifesto tem duas dimensões», explicou Manuel Brito que leu o comunicado inicial, «representa um grupo de médicos preocupados com o momento que estamos a atravessar porque esta crise toca os nossos doentes» e representa uma posição pro-activa «pois não basta dizermos que nos preocupamos; queremos dar o nosso contributo e intervir; (...) esta é a base da nossa candidatura mas pretendemos desenvolvê-la e enriquecê-la através do alargamento do debate, nomeadamente às distritais». «Queremos definir compromissos, sendo o primeiro deles servir a medicina e cuidar do acesso dos nossos doentes», prosseguiu, salientando que na defesa da segurança dos doentes as NOCs foram um marco de grande importância e valor e que não se pode aceitar que haja desinvestimento no SNS e que «a desqualificação

dos profissionais é inaceitável». «Cada vez mais temo que o que foi relatado há 50 anos no relatório sobre as carreiras médicas, seja a realidade hodierna: insegurança profissional e económica provenientes dos sistemas de remuneração, recrutamento e condições de trabalho; falta de incentivo, proveniente da ausência quase completa de graduação profissional, mantida por uma carreira contínua; grandes insuficiências no aperfeiçoamento científico e técnico, provenientes da escassa preparação pós-universitária; imperfeita delimitação do campo da Clínica Geral com as especialidades e independência do sector da Saúde Pública».

Jaime Mendes também partilhou algumas das apreensões que levaram ao surgimento deste manifesto: «o desmantelamento dos serviços estatais, o desemprego e a emigração médicos, perda de prestígio da profissão,

etc.». «O conflito de gerações foi agudizado pela crise. Temos que promover o debate de forma a mobilizar as gerações mais jovens; (...) O papel da Ordem dos Médicos é também defender os jovens médicos da prepotência de, por exemplo, directores de serviço». Clara Azevedo explicou que perante a situação actual «os médicos mais jovens não podem continuar afastados da sua associação profissional (...); zelar pelos médicos é zelar pelos doentes», sublinhou. Diogo Frاسquilho Guerreiro reiterou a necessidade e, mais do que isso, «a responsabilidade de lutar para que o SNS não perca qualidade, não numa visão redutora a curto prazo mas com um horizonte de 20 anos e, para isso, precisamos quer dos que têm mais experiência quer dos médicos mais jovens». Paulo Sintra realçou a necessidade de transformar a OM num polo aglomerador, quer dos médicos de todas as idades, quer dos médicos que estão fora de Lisboa, Porto ou Coimbra, os quais «nos últimos anos, têm sido afastados da instituição. Esta aproximação dará um forte impulso à OM». A propósito da emigração médica Diogo F. Guerreiro questionou se o Portugal que vamos escolher é o país com «más condições de trabalho e maus ordenados» pois, «com o mercado único, quanto melhores forem os profissionais mais facilmente serão aliciados para sair do país», ideia reiterada por Paulo Sintra: «enquanto, por exemplo, os espanhóis que vieram para cá não têm especialidade, o que os outros países vêm buscar a Portugal são os jovens especialistas, que estão prontos para trabalhar; a nossa perda

é superior». A esse propósito, Clara Azevedo realçou o contra-senso que é um país formar profissionais de elevada qualidade apenas para depois os incentivar a emigrar. «Temos que optar entre quantidade e qualidade; (...) não queremos que a profissão fique a soldo do valor mais baixo», realçou Diogo Frاسquilho Guerreiro.

MANIFESTO - Um grupo de médicos, interpretando com muita preocupação a profunda crise económica, social e de valores, que já se reflete na SAÚDE deste país, assume através deste manifesto, o compromisso de criar uma plataforma de ideias e propostas, capaz de unir os médicos na defesa da Medicina e do Serviço Nacional de Saúde.

Este movimento de médicos, reconhece na Secção Regional do Sul um pilar fundamental e decisivo que, protagonizando uma mudança, possa definir e executar uma estratégia que consolide o poder de intervenção da OM, agilize a tomada de decisões e suporte com as outras estruturas regionais, a intervenção da Ordem e do seu Bastonário, no espaço nacional. Uma estratégia que promova uma descentralização ao conferir mais poder às Distritais, reforce a função reguladora da OM, institucionalize a sua presença nos hospitais e centros de saúde e promova instrumentos de proximidade que permita a participação de todos os médicos como uma mais-valia no presente e no desenho do futuro.

Com ideias definidas e propostas concretas sobre a revisão dos estatutos, este grupo de médicos revê-se, com total empenho, na defesa das Carreiras

Médicas, com hierarquias por competência e entende que a OM tem de estar mais disponível e comprometida no acompanhamento da atividade liberal.

Este movimento, surpreendentemente aglutinador, quer a OM mais próxima das Universidades, melhores condições para uma sólida formação pós-graduada, considerada exemplar na Europa, e um apoio institucional à formação contínua. Sente também como indispensável o recurso às novas tecnologias, como fator agregador dos médicos no seio da sua Ordem. Este grupo, tem bem presente que só uma articulação permanente, sinérgica e institucional com os Sindicatos e Associações Médicas, permite proteger de forma abrangente o exercício da Medicina e a dignidade dos seus profissionais.

É necessário e urgente que em todas as estruturas da ordem, haja uma renovação que permita a participação ativa de novos colegas e uma assumida abertura aos mais jovens, numa partilha geracional.

Gostaríamos que este nosso compromisso, assumido nos tempos difíceis de hoje, fosse um impulso decisivo para uma Ordem dos Médicos que defenda a Medicina e os Médicos, como um CORPO ÚNICO, FORTE E COESO!

Nota da Redacção: a ROM efectuará idêntica divulgação relativamente às restantes listas às Secções Regionais, sempre que convidada atempadamente, sendo a escolha do conteúdo editorial reservada ao corpo redactorial.



Fernando Gomes, Pereira Coelho, José Manuel Silva, Lurdes Gandra

Reunião Geral de Colégios

Decorreu no dia 10 de Abril, em Coimbra, a Reunião Geral de Colégios onde se analisaram, entre outros assuntos, a nova legislação sobre licenciamento de unidades privadas de saúde, as normas de orientação clínica e questões relativas à atribuição de idoneidades e capacidades formativas.

Num dos primeiros pontos da ordem de trabalhos desta Reunião Geral de Colégios, José Manuel Silva, presidente da OM, referiu que existem portais e canais de televisão dedicados à saúde e que «seria interessante que cada Colégio pudesse organizar, na sua área de competência, um conjunto de indicações para a população, nomeadamente em termos de prevenção» e sugeriu que cada Colégio poderia assegurar um programa por ano pois «seria uma forma saudável da Ordem dos Médicos se aproximar da população com conselhos técnicos que aumentariam a literacia».

Relativamente às idoneidades para 2013, que já estão a ser proactivamente estudadas pelos Colégios, o bastonário realçou que «este ano, quase de certeza, não vamos ter vagas que cheguem para os candidatos às especialidades». Com os serviços saturados de

internos, José Manuel Silva referiu igualmente que será necessária alguma flexibilidade, mas sempre «sem pôr em causa a qualidade da formação». «A desorganização do SNS pode estar a comprometer a qualidade e o futuro de algumas especialidades», prosseguiu exemplificando com radiologia que, com os exames à distância, «pode deixar de ter espaço para fazer a necessária formação de novos especialistas», o que evidencia a necessidade de encontrar um equilíbrio entre rigor e flexibilidade. Ainda neste ponto foram discutidos os problemas do Concurso B em que «existiam vagas atribuídas pelos Colégios mas houve instituições que não as quiseram abrir para não pagar aos internos». Foi realçada a necessidade de, nas visitas de idoneidade, serem elaborados relatórios devidamente assinados de forma a salvaguardar as decisões que se tomam. Foi debatida uma proposta do

Conselho Nacional do Médico Interno relativamente às visitas de idoneidade, na qual se fazia uma análise de melhoramento de procedimentos e se apresentava um fluxograma de actuação com vista a melhorar a capacidade de resposta, de forma a tentar tornar os processos menos burocráticos e menos morosos para que a informação relevante não tarde a chegar aos principais interessados, nomeadamente aos Médicos Internos e aos responsáveis do Serviço onde potencialmente sejam efectuadas as visitas de idoneidade. Enquanto um dos intervenientes deste processo, o Conselho Nacional do Médico Interno propôs várias mudanças; não tendo havido concordância generalizada, especialmente por se estarem a propor prazos de execução dos relatórios muito curtos, o documento irá ser alvo de reflexão antes de ser proposto para nova análise. Lúcia Prado e Castro, Coordenadora do

Colégio de Anatomia Patológica para a Secção Regional do Centro, foi uma das vozes críticas, explicando que tendo o seu Colégio efectuado visitas a nível nacional, um prazo de duas semanas não é de todo exequível. Vários Colégios - Anestesiologia, Cirurgia Geral, Pediatria, entre outros - pronunciaram-se no mesmo sentido. Outra questão proposta pelo CNMI era a divulgação sem limitações dos relatórios a todos os médicos e outras entidades, como a ACSS, mas alguns representantes dos Colégios não concordaram com essa proposta, nomeadamente Pedro Coito, presidente do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral, que alertou para a «voracidade da imprensa» e para a frequente divulgação de relatórios que eram supostamente confidenciais e que são publicados nos meios de comunicação.

Foram discutidas algumas das dificuldades sentidas pelos internos nomeadamente nas situações em que os serviços perdem idoneidade ou capacidades formativas e José Manuel

Silva esclareceu que perder capacidades é algo que só afecta a futura colocação de internos, ao contrário da perda de idoneidade, situação em que um Serviço deixa com efeitos imediatos de poder manter internos em formação. Ainda assim, o bastonário alertou para a necessária flexibilidade na análise casuística: «se o interno está em final de formação temos decidido, em alguns casos, permitir que a conclua no Serviço que perdeu idoneidade pois, analisada a situação concreta, o prejuízo seria maior se colocássemos o interno numa situação de reafecção».

Nuno Freitas, membro da Direcção da Competência em Emergência Médica, referiu algumas especificidades que se têm verificado em relação à emergência intra-hospitalar, nomeadamente com formação dos internos a ficar a cargo de não médicos o que tem originado pedidos de alguns colegas para que sejam efectuadas visitas de avaliação. O presidente da OM enquadrou esta questão, relembrando que a definição dos critérios de acesso à

Filomeno Gomes, Cirurgia Pediátrica



Competência já inclui que tipo de formação é aceite mas explicou que, se algum Serviço solicitar uma visita dessa natureza, o Conselho Nacional Executivo analisará a situação concreta e decidirá.

Pereira Coelho, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, referenciou que alguns Colégios usam metodologias potencialmente questionáveis como é o caso de Especialidades em que são realizadas quatro visitas de idoneidade num só dia e indagou como é que é possível numa situação dessas garantir



a qualidade. O presidente do CRS explicou que nem sempre é possível os Conselhos Regionais nomearem um representante para acompanhar as visitas, dificuldade que é partilhada pelo Conselho Regional do Norte, como foi explicado por Lurdes Gandra. De qualquer das formas, Pereira Coelho não quis deixar de testemunhar a colaboração extraordinária da generalidade dos Colégios. Fernando Gomes, presidente do Conselho Regional do Centro da OM, explicou que nesta Secção Regional é habitual, se não for



José Cotter, Gastroenterologia

possível enviar um membro do Conselho, delegar nas Distritais e lembrou que o representante não tem nenhuma intervenção no processo e que não opina em relação às idoneidades, servindo 'apenas' como garante do cumprimento das regras. Serafim Guimarães presidente do CNIM – Conselho Nacional do Internato Médico interveio na reunião para explicar que existem agora muitas realidades que têm que ser conjugadas: «há critérios que criam confusão, há hospitais com diferentes

estatutos jurídicos, há a questão financeira que é um novo problema» que está a afectar as vagas para colocação de internos pois «nunca tinha havido problemas com a reafecção de internos». Serafim Guimarães concordou que é necessária mais celeridade, nomeadamente nas caracterizações dos Serviços. Para evitar dificuldades, Serafim Guimarães alertou os Colégios que devem indicar na atribuição de capacidades formativas em Centros Hospitalares, qual ou quais as instituições em que devem ser colocados os internos.



Lopes dos Santos, Pediatria

Foi pedido aos Colégios que houvesse um particular cuidado na avaliação de situações de fusão de instituições na análise das idoneidades porque essas fusões trouxeram, em alguns casos, desaparecimento de especialidades de uma determinada instituição, o que, obviamente, invalida qualquer situação de formação nas áreas que tenham sido eliminadas. José Manuel Silva pediu ainda que na indicação de capacidades seja referida a capacidade formativa máxima e para todos

os anos e por ano, em função daquilo que seja o currículo da Especialidade.

Tendo sido referido o problema da potencial formação de médicos em excesso, Fernando Gomes sublinhou que «se houver falta de vagas de formação será responsabilidade de quem, sem qualquer planeamento estratégico, aprovou novos cursos de medicina» e recordou que «sendo a OM provedora dos doentes tem que garantir que a formação é adequada». Nesse mesmo contexto, José Manuel Silva referiu que está em curso



Lopes Pires, Medicina do Trabalho

um estudo demográfico que foi pedido de forma a permitir à OM tentar intervir nessa área com base em dados reais e análises concretas.

Questionado quanto à possibilidade de se fazer formação em instituições privadas, José Manuel Silva recordou que a atribuição de idoneidade e de capacidades formativas é uma prerrogativa exclusiva dos Colégios da Especialidade, seja numa unidade privada seja numa pública.

Relativamente ao licenciamento

de unidades privadas, Rosário Malheiro, presidente do Colégio da Especialidade de Estomatologia, foi peremptória ao alertar que a legislação – que já tinha afectado a Estomatologia ao serem regulamentadas todas as situações que tinham actividade na cavidade oral – está agora a ser alargada a todas as áreas e referenciou que com estas alterações surgem sempre ‘entidades para recolher os pagamentos’, como a ERS, as recolhas de lixo radiológico, empresas de auditoria, etc. «Há 12 anos que andamos a lutar



Lopes Saraiva, Genética Médica

dificuldade que se acrescenta, contribui-se para a extinção de mais unidades privadas de saúde, enquanto que José Manuel Silva prestou informação sobre as medidas que a OM tem tomado no sentido de comunicar ao Ministério a posição de vários Colégios, e do próprio Conselho Nacional Executivo da OM, sobre esta legislação. Filomeno Paulo Gomes, da Direcção do Colégio da Especialidade de Cirurgia Pediátrica, realçou que «o Estado exige aos privados o cumprimento de regras que não exige a si próprio». Lopes



Rosário Malheiro, Estomatologia

noutros países as regras não são cumpridas com o mesmo rigor e, agora, importamos células estaminais que são conservadas com muito menos qualidade do que se fazia em Portugal.

Houve ainda oportunidade de se falar sobre a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica para a qual foi nomeado membro o bastonário da OM, o qual prestou informação da criação de grupos de trabalho sobre VIH/SIDA, Diabetes, cancro da próstata e esclerose múltipla, salientando que o trabalho dos Colegas vai ser de importância



Serafim Guimarães, CNMI

com esta realidade e já tínhamos alertado para o que ia acontecer... Aí está agora a legislação igual à nossa mas extensível a todas as especialidades». Relativamente à nova legislação, representantes de outros Colégios referiram alguns outros aspectos da lei que são incongruentes: «todos temos que ter um contrato com uma recolha de lixo hospitalar... Que lixo produz um psiquiatra?», exemplificaram. Outra questão controversa é a obrigatoriedade de ter um assistente. Pereira Coelho concordou que, a cada

Pires, presidente do Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho, salientou que «estão a aplicar as regras dos grandes hospitais aos pequenos consultórios e esse é o erro de base». Helena Alves, presidente do Colégio de Imunohemoterapia, explicou que no seu Serviço a recolha de células estaminais não passou no crivo da regulamentação e auditoria em qualidade devido a pormenores como a sala onde era feita não ter uma porta a abrir no sentido correcto. No entanto,

fundamental e alertou que é preciso muita atenção para que nesses grupos não passem medidas que ponham em causa a *leges artis*. Relativamente às NOCs, José Manuel Silva lembrou os Colégios, mais uma vez, que devem ter uma postura pro-activa, propondo normas, sugerindo alterações ou melhoramentos, etc. «As NOCs são um enorme desafio mas são igualmente uma obrigação nossa». A propósito de algumas críticas às NOCs, Luz Rodrigues, pela Comissão Científica para as

Boas Práticas Clínicas (CCBPC), explicou que em 2011 foi pedido muito trabalho em pouco tempo o que representou um grande esforço, empenho e dedicação de quem as elaborou. Referiu ainda que a CCBPC é composta

A próxima Reunião Geral de Colégios terá lugar no dia 26 de Setembro, no Porto.

por médicos, com excepção de um elemento, e elucidou, uma vez mais, que no processo de criação, desenvolvimento e, aliás, durante toda a vida de uma NOC, existe sempre espaço para analisar críticas construtivas e sugestões que sejam feitas, exultando os Colégios a assumirem um papel activo nesta elaboração, mesmo quando não sejam consultados directamente no processo de criação da norma. Daniel Virella, Coordenador da Subespecialidade de Neonato-

logia, elogiou a este propósito, a liberdade técnica concedida aos médicos na elaboração das normas, sublinhando não existir nenhum tipo de pressão. «Dá trabalho mas é uma experiência muito positiva», concluiu.

Nesta reunião foi igualmente explicado o contexto da criação e desenvolvimento da nova cédula profissional, tendo José Manuel Silva referido a importância fundamental da assinatura digital qualificada que está a ser incorporada nos novos cartões.

Composição das escalas dos serviços de urgência

Caros Colegas,

Com as consequências dos cortes financeiros impostos aos hospitais, as escalas de urgência interna e externa estão a ser pressionadas no sentido da redução do número de especialistas e internos escalados, muitas vezes abaixo dos mínimos de qualidade e segurança para profissionais e doentes, com um objectivo puramente economicista.

Assim, o CNE solicita a todos os Colégios que, aquando das visitas de idoneidade, dediquem também uma particular atenção à composição das escalas dos serviços de urgência, para avaliar se cumprem as indicações do Colégio respectivo, com a finalidade de garantir a qualidade dos serviços de urgência e da formação dos internos, bem como de acautelar a segurança dos médicos escalados e dos doentes que recorrem aos serviços. A qualidade da formação nos serviços de urgência é essencial para a idoneidade formativa dos serviços. Todas as situações de incumprimento devem ser comunicadas ao CNE.

Cordiais cumprimentos,
José Manuel Silva



Que Futuro para a Saúde Pública?

Decorreu no dia 14 de Março mais uma conferência do ciclo organizado pela Ordem dos Médicos e que, desta vez, reflectiu sobre os caminhos e dificuldades da saúde pública. A conferência «Que Futuro para a Saúde Pública?» foi proferida por Francisco George, Director Geral da Saúde que defendeu que um dos principais objectivos tem que ser melhorar a saúde da população em geral e reduzir a mortalidade prematura por causas evitáveis.

Na introdução à conferência, que foi transmitida via skype para permitir a colegas de outras zonas do país participar, o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva explicou como a saúde pública é uma especialidade particularmente sensível à crise económica o que enquadra a relevância desta temática no ciclo de conferências mensais que a OM está a organizar desde Junho de 2012, as quais têm como objectivo reunir um conjunto de contributos exteriores (de sociólogos, políticos e médicos, entre outros) que permita enriquecer a visão da Ordem dos Médicos na análise dos problemas do país que, directa ou indirectamente, influenciam e afectam o estado da Saúde em Portugal.

Francisco George, director-geral da saúde, defendeu na sua

conferência a importância da DGS trabalhar em relação estreita com a Ordem dos Médicos e as sociedades científicas. Neste contexto referiu o protocolo que a DGS celebrou com a OM «para dar resposta a um pedido do memorando com implicações sobre a elaboração de normas de orientação clínica (NOCs)» e explicou que as NOCs visam «assegurar que as prestações que os cidadãos recebem têm a devida qualidade; (...) os critérios são iminentemente de boas práticas clínicas», frisou, explicando que «precisamente para não haver intervenção condicionadora das normas é que há uma completa independência dos Departamento de Qualidade que, com a OM, elabora as normas». A importância desta proximidade é tal que Francisco George não hesitou em comparar o benefício que o Estado tira

deste trabalho conjunto OM/DGS com o que foi feito por Miller Guerra na reforma das carreiras. Citando palavras de Miller Guerra, Francisco George referiu que «isto da medicina só é verdadeiramente útil há pouco mais de 100 anos». Falando sobre os ganhos em saúde e de como se pode com eles melhorar a saúde da população, o Director Geral da Saúde fez um enquadramento histórico dos principais avanços médicos que, nesses 100 anos a que se referia Miller Guerra, trouxeram verdadeira evolução no que diz respeito à saúde pública (do estudo da cadeia de transmissão do vírus da gripe aos antibióticos à primeira grande vacina).

Analisando a actualidade no nosso país, Francisco George referiu que se vivem tempos de «grande envelhecimento da população» e que «todos os anos

há menos 1% de jovens entre os 0 e os 14 anos». «Temos 2 milhões de cidadãos acima dos 65 anos, dos quais um milhão tem mais de 75 anos e desses há 200 mil cidadãos com mais de 85. Estamos perante uma transição demográfica que tem efeitos negativos provocando mais pressão sobre a segurança social e a saúde». Um fenómeno que já era esperado pois a análise das taxas de mortalidade e de natalidade demonstram claramente que nasce-se menos do que se morre. «O trabalho em saúde pública é centrado no sentido de prolongar a vida de todos os cidadãos, algo que queremos que aconteça com qualidade. Os dados demonstram que temos conseguido prolongar a vida, mas...» Perante esta transição demográfica o Director Geral da Saúde diz que não há razão para alarme mas que também não podemos ignorar o fenómeno «porque as doenças crónicas não transmissíveis têm um peso acentuado hoje em dia e correspondem a 60% das causas de morte dos portugueses antes de tempo». Não se pretendem a eternidade mas «queremos evitar a morte antes do tempo: 70 anos é a meta estabelecida. Os anos acima de 70 são ganhos, a baixo é perda de anos de vida». Francisco George explicou que os portugueses morrem antes do tempo 4% mais do que os ingleses. «Temos que reduzir a mortalidade prematura». Realçando o valor do Serviço Nacional de Saúde, o Director Geral explicou: «Portugal é o país mais bem posicionado no que se refere à mortalidade até aos cinco anos, facto que reflecte bem a qualidade dos nossos serviços. O problema é

que, já na faixa dos 25 aos 35, a taxa de mortalidade dispara sendo a principal causa os acidentes»; entre os 35 e os 69 também existe uma grande margem de melhoria pois há uma percentagem elevada de mortalidade por causas evitáveis. «É preciso fazer uma grande intervenção nessa área e nas doenças crónicas que têm como denominador comum questões de alimentação, exercício físico; temos que construir programas de intervenção eficazes». Exemplificando com áreas em que se conhecem bem as relações causa-efeito com certas doenças crónicas e, consequentemente, áreas onde é possível e desejável actuar referiu o consumo excessivo de sal que é um factor tradicional na cozinha portuguesa mas que tem que ser reduzido pois é determinante da mortalidade prematura.

Quanto ao futuro, O Director Geral de Saúde admite que é difícil aprovar medidas com a rapidez desejável mas exemplificou com a desmaterialização das certidões de óbito, que demoraram muito tempo, mas valeu a pena manter a estratégia. O mesmo com a luta contra o tabagismo, a hipertensão arterial ou as dislipidemias em que são necessárias políticas que tenham «um fio condutor, uma estratégia». Francisco George exemplificou ainda com programas concretos nos quais há financiamento: doenças oncológicas, VIH-SIDA, doenças respiratórias, promoção de uma alimentação saudável, entre outras. «Temos que melhorar a saúde de todos os cidadãos. A questão da equidade é central e tem que ser a principal preocupação». Nas linhas programáticas a desenvolver, citou:

«investir ao longo de todo o ciclo de vida, por exemplo comer bem desde a nascença, e na co-produção para os resultados pois o resultado que se obtém é sempre um resultado do conjunto – equipa clínica e doente; Sem a participação activa dos cidadãos a sua saúde não melhora; actuar sobre as doenças crónicas, reforçar infraestruturas de saúde pública» pois só depois do 11 de Setembro é que se ganhou essa consciência de perigo de guerra biológica e da consequente necessidade de ter estruturas com capacidade de resposta.



Heloísa Santos

A protecção da infância, o acesso generalizado ao Médico de Família, a transferência de cuidados hospitalares para cuidados de proximidade são algumas das linhas estratégicas que foram referidas. Como medidas essenciais, o Director Geral de Saúde referiu: «reduzir as desigualdades em saúde, aumentar a literacia dos cidadãos, reduzir o consumo do tabaco, promover uma alimentação saudável, promover a prática de exercício físico e reduzir o consumo de bebidas

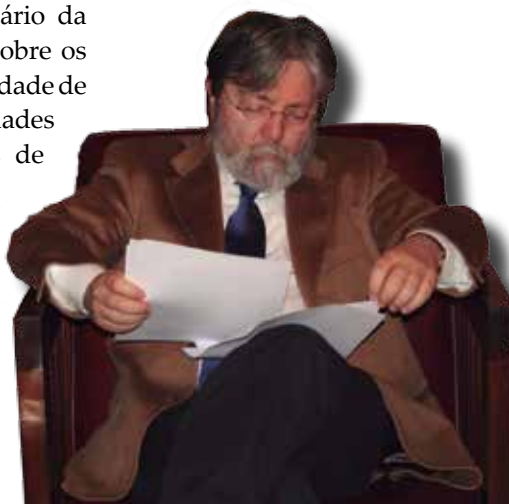
alcoólicas».

Já em fase de debate, a questão do consumo excessivo de álcool foi uma das mais polémicas tendo sido referida, por exemplo por Heloísa Santos, pediatra e geneticista, que criticou duramente o facto de a lei que restringe o consumo nas crianças só ter abrangido as bebidas espirituosas. Francisco George explicou que «o álcool é uma das poucas áreas da saúde que não está abrangida pela DGS» mas considerou que houve uma «melhoria da lei». Maria do Céu Machado alertou para outro problema de saúde pública que se traduz no facto

de as crianças com doenças crónicas estarem a deixar de ir às consultas de acompanhamento por dificuldades financeiras familiares.

Questionado pelo bastonário da OM, José Manuel Silva, sobre os efeitos da crise e a possibilidade de compatibilizar as dificuldades financeiras com políticas de saúde pública, Francisco George defendeu que «no conjunto podemos reduzir os efeitos da crise, juntando segurança social, saúde, educação; é preciso reduzir desperdícios mas sempre assegurando a

qualidade e com vista a uma boa prática clínica».



notícias

OM, FNAM e SIM reúnem em Lisboa

Em face da complexa e grave situação actual que atravessa o nosso país, situação essa que se sente, com particularidade apreensão, no sector da Saúde, a Ordem dos Médicos e os Sindicatos Médicos - FNAM e SIM - têm mantido uma postura atenta, activa e preocupada. À semelhança do que já foi feito no passado, estas três entidades resolveram reflectir conjuntamente sobre os problemas que afectam os Médicos e a Medicina. Assim, com o objectivo de analisar a situação que se vive no sector da Saúde, estas três organizações reuniram dia 21 de Maio, na sede da Ordem dos Médicos. Neste encontro, à porta fechada, foi deliberada a continuidade das reuniões conjuntas, as quais poderão, naturalmente, abranger outras organizações profissionais médicas.

Prémios Serpis 2012

A SOPEAM atribuiu os prémios Serpis 2012 da seguinte forma:

Prémio Poesia António Patrício: "O REFUGO DO MEU SÓTÃO" Gustavo Moniz Ferreira; Menção Honrosa "SURREALISMO E MAIS POEMAS NÉSCIOS" Luis Canavarro.

Prémio Teatro Marcelino Mesquita: "A MORTE DO JÚLIO NARIZ DE PALHAÇO" Luciano Carvalho Marmelada.

Prémio Escultura Celestino Gomes: Menção Honrosa: "SEM TÍTULO" António Rafael Passarinho; Menção Honrosa: "PASSARINHO" Helena Homem de Melo.

Prémio Fotografia Jorge Silva Araújo: "A FACE DA IRA" Carlos Maia Teixeira; Menção Honrosa: "CARTIER MELODY" Daniel Soares.

Para informações mais detalhadas poderá consultar o blog da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos: www.sopeam.blogspot.com



FIEM: em defesa dos direitos dos doentes, dos médicos e da qualidade da medicina

Os representantes das organizações médicas da América Latina, Caribe e da Península Ibérica, agrupadas no Fórum Iberoamericano de Entidades Médicas reuniram-se em Ponta Delgada (Ilha de São Miguel, nos Açores), entre os dias 8 e 10 de Maio de 2013. Desta reunião saíram importantes documentos em áreas tão diversas como a recertificação médica, tecnologias de saúde ou prevenção do tráfico de menores e adopções ilegais.

Seis anos depois da sua constituição pela Confederação Médica Latinoamericana e do Caribe, pelo Conselho de Colégios Médicos de Espanha e pela Ordem dos Médicos de Portugal, o FIEM nomeadamente através dos seus relevantíssimos *statements*, tem-se afirmado cada vez mais como um extraordinário fórum de discussão de problemas comuns e de afirmação da medicina latino-americana em todo o mundo médico. O VI FIEM, organizado pela Ordem dos Médicos, decorreu nos Açores em Maio e debateu temáticas de grande relevância entre as quais a ética da racionalização e racionamento de meios terapêuticos em saúde, problemas de saúde mental nos profissionais médicos, formação profissional contínua e combate ao tráfico de menores, entre outros.



Os representantes das organizações que constituem o FIEM analisaram temas relevantes para a prática médica no contexto da crise dos sistemas que assolam quase todos eles. Como forma de impulsionar a medicina de qualidade, a adequada prestação de cuidados aos cidadãos e a protecção dos direitos dos

profissionais de medicina, a VI edição do FIEM emitiu algumas recomendações, entre as quais destacamos:

- assegurar que se cumprem os princípios da “Carta Iberoamericana de Ética Médica”, adoptada pelo FIEM nesta mesma reunião;
- impulsionar em todos os países membros a implementação de



qualidade da educação médica contínua nos países membros;

- adoptar como política e posição oficial do FIEM, as conclusões das mesas de trabalho desta reunião de Maio de 2013.

Conclusões dos vários grupos de trabalho

Licença para Praticar Medicina e Recertificação

- a propósito da licença

para praticar medicina e sobre a recertificação as organizações integrantes do FIEM, recomendam aos Governos dos países integrantes do FIEM, onde tal não se verifique, que a licença para a prática da medicina e os processos conducentes à recertificação sejam atribuição das organizações profissionais representativas dos médicos, as únicas autoridades médicas competentes para tal desiderato.

Saúde Mental dos Médicos – das conclusões desta mesa saiu um manifesto sobre a saúde do médico no qual se alerta para o facto de muitos médicos, estando doentes, não terem

programas de cuidados aos médico doente à semelhança dos que funcionam em Portugal, Espanha e Argentina, realçando que o síndrome de burnout deve ser considerado uma doença profissional e receber o devido enquadramento jurídico;

- participar na elaboração de um estudo comparativo dos sistemas de protecção social dos médicos nos diferentes países de Iberoamérica;

- transmitir aos governos, à população e aos profissionais dos países membros a noção de que na aplicação de tecnologias da saúde não se pode aceitar racionamentos que discriminem de forma negativa os mais desfavorecidos porque aceitar esse tipo de situação seria contribuir para aumentar as desigualdades sociais e favorecer a existência de uma medicina para ricos e outra para pobres;

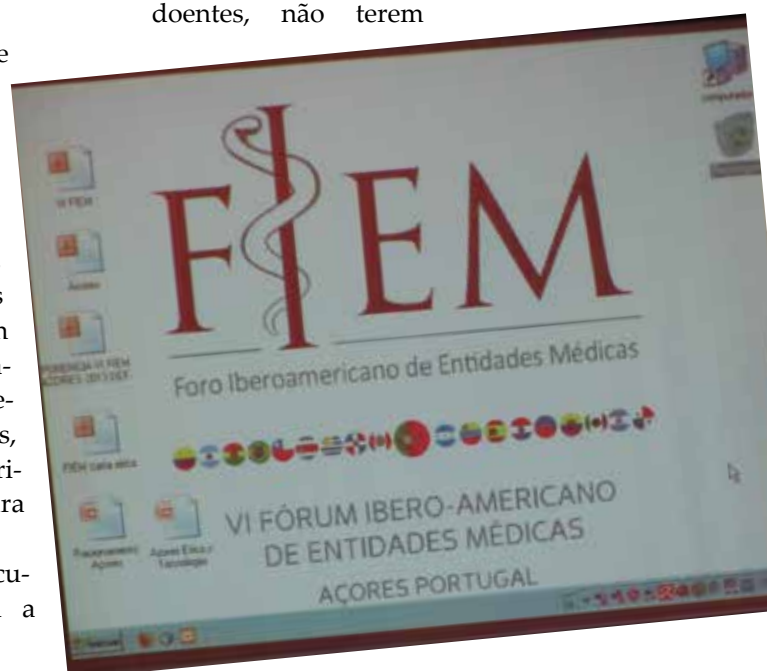
- defender a obrigação profissional e ética do médico em definir as medidas para identificar rigorosamente as tecnologias adequadas ao tratamento dos seus doentes, com critérios de avaliação de eficiência, de racionalidade profissional e técnica, priorizando os interesses dos doentes e o erário público de forma sempre prioritária à dos

fornecedores e da indústria;

- integrar o Observatório profissional criado pelo FIEM, o qual tem como objetivo realizar, em coordenação com as autoridades e entidades governamentais ou não-governamentais responsáveis, um estudo e seguimento dos casos de crianças e menores entregues para adopção em cada um dos países membros; bem como estudar e elaborar uma análise sobre o papel do médico e das associações médicas no processo de adopção bem como afirmar claramente o seu papel activo no combate a práticas de tráfico de menores ou adopções ilegais;

- com o objectivo de defender a segurança dos doentes, exigir às entidades governamentais que a emissão da licença para a prática da medicina e os processos conducentes à recertificação sejam atribuição das associações profissionais representativas dos médicos, que são as únicas autoridades competentes para isso;

- manifestar a preocupação do FIEM com a



consciência dos seus problemas, resistindo a procurar ajuda. Esta, e outras situações semelhantes, fazem com que os médicos continuem a exercer sem recorrer à consulta de um especialista, podendo incorrer em erros. O síndrome de *burnout*, o desgaste por empatia e o mobbing devem ser considerados uma doença profissional. As políticas restrictivas dos recursos humanos, a precariedade laboral e as políticas baseadas em conceitos mercantilistas constituem acções lesivas dos direitos humanos, com efeitos devastadores directos contra o doente e o médico. O FIEM entende que a atenção para com a saúde do médico deve ser uma preocupação das entidades de representação profissional que compõem esta organização, competindo aos Governos e seus organismos, como principais empregadores e colaboradores necessários das entidades médicas, garantir



aos profissionais o acesso a este programa, assegurando o direito à confidencialidade que, se é importante para a população em geral, requiere medidas especiais e específicas para os profissionais, especialmente quando se trata de distúrbios mentais e/ou adictivos.

Uso de tecnologias de saúde - as conclusões deste grupo de trabalho incluem a afirmação de que na aplicação destas tecnologias não se pode aceitar racionamentos que prejudiquem os mais desfavorecidos.

Defendeu este grupo que deve haver uma avaliação contínua do carácter inovador, substitutivo ou complementar das tecnologias disponíveis ou que vão surgindo.

Nota da redacção: encontram-se disponíveis no site nacional da OM (www.ordemdosmedicos.pt) a carta de ética médica, a declaração sobre tráfico de crianças e adopção ilegal, bem como as conclusões integrais dos vários grupos de trabalho que foram aprovadas e adoptadas como posições oficiais do FIEM.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos

Conferência

9 de Julho, terça-feira, 21h

«Cirurgiões portugueses dos séculos XVII, XVIII e cancro da mama» - Fortuna Campos

Conferência

17 de Setembro, terça-feira, 21h

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

Sessão temática

19 de Outubro, sábado, 15h

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

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

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

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

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

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

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

Informações e inscrições:

D.ª Manuela Oliveira

manuela.oliveira@omcne.pt

História da
Medicina



A Saúde e a Doença na Idade Média

Com base num estudo que efectuou, e cujo conteúdo foi resumido nas edições da ROM de Setembro a Novembro de 2012, Cristina Moiso apresentou, a convite do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, o seu trabalho no dia 12 de Março de 2013, na OM em Lisboa. Esta sessão temática do NHMOM intitulou-se: «A Saúde e a Doença na Idade Média - Os Hospitais Medievais em Lisboa».

Cristina Moiso apresentou dados referentes ao estudo elaborado sobre os Hospitais Medievais de Lisboa, começando por fazer um enquadramento histórico da sociedade lisboeta da época medieval descrevendo, entre outros, os hábitos de higiene e as condições de saneamento que existiam.

Reconhecendo o pouco que se tem estudado «o sistema hospitalar português no período medieval, provavelmente pela escassez de documentos e notória dificuldade em reunir dados bibliográficos coerentes que permitam contar a história de cada instituição», a médica Cristina Moiso abraçou essa tarefa e obteve informação da existência comprovada de 77 hospitais em funcionamento na capital portuguesa durante a Idade Média. De muitos deles ignora-se a data de fundação, o nome dos seus beneméritos e a época em que terminaram

funções, não tendo chegado aos nossos dias «informação que permita a rigorosa localização de todos, embora na sua maioria seja possível determinar a freguesia onde se situavam».

A oradora explicou que havia uma média de 5 camas por instituição, o que dá um total de 400 camas destinadas a acolhimento de doentes ou inválidos, isto numa população que se calcula que seria de 5 mil habitantes no ano de 1147, de cerca de 63500 no reinado de D. João I e 100 mil em 1551. Este número elevado de camas foi realçado pela oradora como sinal de que «o Humanismo se sobrepunha à Ciência na instituição e administração destes hospitais»; Foi descrita a «arquitectura» das instituições hospitalares existentes, tendo sido explicado que a maior parte era instalada em casas que tinham sido de habitação. «As casas de Lisboa tinham na época

até três pisos, frequentemente com varanda projectada para a rua nos pisos superiores, sendo o chão de terra batida, tijolo ou pedra». Já as gafarias eram construídas com maior cuidado ao uso a que se destinavam; o surgimento de numerosos hospitais na cidade de Lisboa está intimamente relacionado com as «variadas comunidades religiosas de diferentes credos» pois os hospitais na Idade Média eram «pequenas instituições economicamente independentes à custa de rendas de propriedades doadas por beneméritos, com regulamentos de funcionamento que na generalidade garantiam prioritariamente os direitos dos doentes e pobres».

Nota da redacção: os artigos-resumo do estudo que originaram esta apresentação podem ser consultados em www.ordemdosmedicos.pt, na área de História da Medicina.



Da tradição de Hipócrates à crise de valores

Os princípios fundadores da Bioética e as suas implicações no exercício da Medicina foram motivo de reflexão numa sessão integrada no ciclo de conferências organizado pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos. Amélia Ricon-Ferraz, Jorge Cruz e Daniel Serrão foram os convidados deste encontro.

A evolução dos códigos deontológicos foi o tema escolhido pela directora do Museu de História da Medicina Maximiano Lemos para abrir a sessão temática «A Bioética e os Médicos, Ontem e Hoje», realizada na Sala Braga do Centro de Cultura e Congressos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, no dia 6 de Abril.

Amélia Ricon-Ferraz recuou aos aforismos de Hipócrates para recordar o princípio fundamental do «respeito pelo doente e o repúdio pela ofensa da pessoa humana». A partir dele, acrescentou, «nasceu a ética profissional do médico». «O seu código de conduta é fonte reconhecida pelas sucessivas gerações sensíveis aos exemplos de abnegação, bondade e confiança patentes na relação médico-confiança», reforçou a historiadora. Hipócrates, acen- tuou, seria «respeitado por sucessivas gerações» e objecto das mais variadas reinterpretações. Uma das mais significativas foi realizada no século XI pela

Escola Médica de Salerno, a mais antiga da Europa. No Regimen Sanitatis Salernitanum encontravam-se princípios como «não contradizer um colégio», «não ensinar a falsidade e mentiras», «não receber dos pobres salário», «não ter relações desonestas com os boticários» ou «não dar drogas abortivas as mulheres grávidas, nem medicamentos venenosos ao corpo humano».

A transposição deste legado hipocrático no século XX confirmou-se, segundo Amélia Ricon-Ferraz, com a assinatura da declaração universal dos direitos do homem em 1948. Em Portugal, a fundação da Ordem dos Médicos em 1938 foi o primeiro passo para a definição de compromissos deontológicos que evoluíram significativamente com a publicação do novo regulamento em 1951. O documento introduzia, segundo a historiadora, o conceito da «Nova Medicina de pendor socializante» que atribuía ao Estado a responsabilidade de «olhar pela

saúde da sua população tanto preventiva como curativamente». Após a revolução do 25 de Abril, a Ordem dos Médicos assumiu o desafio de actualizar o seu regulamento e lançar as bases para a criação do Serviço Nacional de Saúde. A deontologia, observou Amélia Ricon-Ferraz, acompanhou esta evolução e desencadeou a publicação do código deontológico em 1985, «um documento que evidenciou uma franca aproximação da realidade social» e reforçou «os princípios fundamentais: independência, solidariedade, comportamento público e profissional adequado à dignidade profissional, relação dos médicos entre si, com outros profissionais e com os doentes e as regras práticas na gestão dos ficheiros clínicos». Após a revisão efectuada em 2009, Amélia Ricon-Ferraz considera ser necessária uma revisão da deontologia. «Os médicos têm o dever de participar na organização dos cuidados de saúde, mas têm de seguir os preceitos éticos da sua profissão,

onde deve prevalecer o interesse e o bem do ser humano, sobre o interesse da sociedade e da ciência».

Ética das virtudes

O «renascimento das virtudes éticas» foi o motivo da apresentação do especialista em bioética, Jorge Cruz, investigador associado da faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP). Baseado na obra de Edmund Pellegrino, pioneiro da disciplina e antigo presidente do Conselho Nacional de Ética Norte-Americano, o palestrante partiu do princípio de que «as virtudes são o sustentáculo da actividade médica». Na definição de Pellegrino, a virtude «é um traço de carácter que dispõe a pessoa de forma habitual, e não apenas ocasional, para a excelência do desempenho da acção». Para Jorge Cruz não se trata de «uma característica inata, mas pode e deve ser adquirida».

O investigador resumiu aquelas que Pellegrino considera serem as principais virtudes da prática clínica: «fidelidade à promessa, compaixão ou empatia, prudência, justiça, coragem, moderação, integridade e o altruísmo». «A observância destas virtudes», acrescentou, «contribuirá significativamente para a humanização dos cuidados de saúde». Em suma, considerou Jorge Cruz, «a ética das virtudes cumpre o propósito da excelência do desempenho médico».

A crise depois do sucesso

Daniel Serrão, referência incontornável da bioética nacional, encerrou com chave de ouro a sessão promovida pelo Núcleo de

História da Medicina da Ordem dos Médicos. O professor jubilado da FMUP fez uma reflexão sobre o nascimento, o apogeu e a crise da bioética, procurando dar uma visão holística sobre a disciplina criada por Van Potter nos anos 70. Potter, recordou, fundou o termo «bioethics» com a preocupação de encontrar «uma nova disciplina científica que evitaria a extinção da espécie humana». O professor de oncologia da Universidade de Wisconsin fê-lo



cruzando «horizontalmente todo o conhecimento sobre a natureza física e orgânica do ser humano (o bios), com a forma particular de ser e de estar do ser humano no mundo (o ethos)».

A ampliação do conceito fez com que vários organismos internacionais adoptassem esta disciplina e criassem conselhos consultivos próprios sobre a matéria. Para Daniel Serrão, a crise da bioética que se instalou a partir do ano 2000 resultou «do sucesso». «Percebeu-se que a bioética influenciava decisões a vários níveis», acrescentou o professor, erguendo-se «três forças importantes» que procuraram contrariar essa influência: a política, a ecologia e a religião.

Na perspectiva do antigo membro do

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, estas forças «alteraram aquilo que é a metodologia do juízo ético e da avaliação ética, baseada em valores, princípios e normas de execução». Por exemplo, especificou, na forma como se tornou uma disciplina deliberativa ao nível dos ensaios clínicos por pressão da indústria farmacêutica. «Conseguiram criar uma norma que obriga cada país a ter um único conselho de ética para a investigação clínica. Depois dos conselhos tomarem uma decisão, os hospitais não podem decidir nada», referiu, acrescentando que as comissões eram infiltradas por «indivíduos com conflitos de interesse».

Relativamente à ecologia, Daniel Serrão defendeu que esta se tornou numa organização política que «usa a ética de Van Potter para defender interesses». «Muitos estudos de impacto ambiental estão condicionados por este tipo de motivações», especificou. Por último, lembrou o papel de confrontação que as religiões assumiram com a bioética, por acharem que a nova corrente «também queria ser religiosa» ao apresentar como finalidade última «a melhoria da condição humana». «A religião católica percebeu que a forma justa de lidar com esta matéria era criar a sua própria comissão de ética», concluiu.





UE não pode salvar bancos e sacrificar a saúde das pessoas

Num seminário levado a cabo no Parlamento Europeu, representantes de vários quadrantes políticos, vários Governos, académicos de renome internacional, investigadores e organizações de saúde pública assumiram uma posição conjunta no sentido de despertar as consciências para um dos mais alarmantes assuntos que os Sistemas de Saúde Europeus estão a enfrentar: o cada vez mais inadequado acesso público a medicamentos e as consequências nefastas dessa situação. Os intervenientes discutiram conjuntamente potenciais soluções para tornar os medicamentos acessíveis, baratos e disponíveis para quem deles precisa. A conclusão deste encontro foi peremptória: a União Europeia não pode salvar bancos enquanto sacrifica a saúde das pessoas. . .

O Parlamento Europeu acolheu, no passado dia 16 de Maio, um encontro ao mais alto nível sobre a 'crise económica e a acessibilidade aos medicamentos na Europa'. Os tópicos em discussão incluíram a implementação da 'estratégia 2020 europeia', bem como a necessidade de alterações à legislação farmacêutica para assegurar que as pessoas que vivem no velho continente têm acesso a um amplo leque de medicamentos de qualidade e baratos. José Manuel Silva, presidente da Ordem dos Médicos, foi um dos representantes de Portugal. A reunião foi promovida por

Alejandro Cercas (MEP – Espanha) e pelo grupo S&D (Socialistas e Democratas do Parlamento Europeu) do qual faz parte. Um dos principais objectivos do encontro foi medir o impacto das medidas de contenção económica que estão a ser instauradas nos países da União Europeia e procurar soluções para o evitar. Os participantes, que incluíam desde associações médicas a representantes da indústria, ministérios da saúde e finanças, etc., debateram qual o papel que os modelos e instrumentos de inovação podem ter no assegurar da acessibilidade às terapêuticas medicamentosas.

David Hammerstein (Trans-Atlantic Consumer Dialogue - TACD) fez uma intervenção que definiu como '10 palavras chave no acesso aos medicamentos na Europa' nas quais incluiu: viabilidade financeira e acessibilidade (neste ponto, referiu o elevado preço dos medicamentos para os Estados e para as pessoas. «Poderemos aceitar que milhões de pessoas estejam doentes ou mesmo morram? É ético negar tratamento a milhões de pessoas, sejam ou não cidadãos europeus, quando o custo marginal dos medicamentos é mínimo?», questionou), a saúde como condicionante de qualquer

resgate económico («Porque razão não podem as operações de resgate financeiro de bancos ou dívidas públicas, ser deixadas de lado para manter as pessoas vivas ou com saúde nos sistemas de saúde públicos?»), transparência (a este propósito David Hammerstein salientou a necessidade de se saber a todo o momento o que cada hospital, região ou país paga bem como a essencialidade de mais e melhores estudos clínicos para demonstrar a segurança e eficácia dos medicamentos bem como mais regulamentação nessas áreas), risco público, compensação pública (a este propósito, o orador exemplificou com a pesquisa dos tratamentos para o cancro em que 70% da pesquisa é paga com fundos públicos mas o custo do medicamento chega a ser de 100 euros mensais. Ou seja: alguns países gastam muito dinheiro com a inovação farmacológica, mas, quando o medicamento é bem sucedido, ainda temos que comprá-lo a preços muito elevados devido aos monopólios de patentes); «Juntos vencemos, divididos seremos vencidos», explicou referindo a ideia de que seria mais benéfico que os países se juntassem numa espécie de grandes centrais de compras supra-estatais para a compra de medicamentos e que é necessário mudar as leis de forma a que essa abordagem deixe de ser ilegal a nível europeu; Justiça foi outra das palavras chave referidas a par da inclusão: «os imigrantes são grupos vulneráveis; correspondem a trabalho barato mas sem cuidados de saúde; onde estão os valores básicos da União europeia?»; na pesquisa biomédica financiada pelo sector público, os desenvolvimentos



devem ficar disponíveis para a criação de genéricos desde o primeiro dia «para salvar vidas e os sistemas públicos de saúde», explicou; este orador alertou ainda contra as situações de adiamento da libertação de patentes para produção de genéricos com recurso a meios pouco éticos e ainda quanto às fraudes ou subornos a profissionais de saúde para a obtenção e vantagens indevidas ou promoção da prescrição de determinadas marcas; Alerta igualmente para os mitos da indústria farmacêutica como ‘temos que ter preços elevados para cobrir os custos da inovação’ quando estudos indicam que apenas 16% dos lucros é usado na investigação mas uma percentagem muito superior é gasta no marketing. «A saúde está primeiro: se as outras opções falharem, dever-se-á aplicar o licenciamento compulsório. A Saúde é mais importante do que o monopólio de patentes», concluiu David Hammerstein. Aida Batista, farmacêutica hospitalar, Presidente da Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares e Directora para o Desenvolvimento Profissional

da EAHP (Associação Europeia de Farmacêuticos Hospitalares) apresentou os resultados de um estudo que demonstram a prevalência e dimensão dos efeitos da crise na Saúde: quando se perguntou se «nos últimos 12 meses o hospital em que trabalha sentiu problemas por falta de medicamentos? 98,8% dos inquiridos respondeu que sim, sendo a oncologia é a área em que se sentem maiores dificuldades (70,6%); Consequências potenciais deste problema para a segurança dos doentes: a falta de medicamentos «distrai os farmacêuticos das suas principais actividades; pode aumentar o stress e volume de trabalho na farmácia hospitalar, aumentado o risco de erro; a substituição de medicamentos por outros similares poderá confundir os médicos e enfermeiros aumentando também aí o risco de erros; aumenta as desigualdades em saúde e dificulta a acessibilidade aos tratamentos».

«A falta de medicamentos é uma situação transversal a toda a Europa e é uma situação que está a piorar. A falta de medicamentos, a sua troca, ou

a distração dos profissionais daquelas que devem ser as suas principais funções, põe em causa a segurança do doente e o seu bem estar e aumenta o stress e a pressão em ambientes de trabalho» já naturalmente sensíveis. «Sem que sejam tomadas medidas, a situação continuará a piorar», sublinhou, defendendo uma abordagem europeia para a sua resolução.

John Chave, Secretário Geral do Pharmaceutical Group da União Europeia, também apresentou dados de um estudo de 2013 que revela que a falta de medicamentos tem sido sentida um pouco por todo o lado, embora a severidade do problema possa variar. Apesar de não serem facilmente isoláveis e de se serem, naturalmente, multifactoriais, as causas da falta de medicamentos podem ser devidas a dois factores principais: constrangimentos à produção (cadeia de abastecimento, regulamentação, dificuldades de manufactura, insuficiente capacidade) ou reduzidos incentivos à distribuição (margens de lucro insuficientes, por exemplo). Que medidas deverão ser tomadas? Segundo John Chave, deve melhorar-se a comunicação sobre as falhas na cadeia de abastecimento e, a muito curto prazo, a certificação pela Comissão Europeia de ingredientes farmacêuticos importados é absolutamente prioritária.

Portugal tem um dos melhores sistemas de saúde do mundo

José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, fez uma breve análise do caso português começando por referir que «o

problema em Portugal é que, 5 anos após o início da crise económica, as estatísticas estão cada vez piores: os nascimentos diminuíram, as mortes aumentaram o que significa que estamos agora a enfrentar um problema demográfico muito complexo; além disso, o desemprego duplicou entre 2008 e 2012 e o produto interno bruto diminuiu» Explicando que com o recurso à ajuda externa, e com a intervenção da Troika, surgiu a questão se o Serviço Nacional de Saúde português seria sustentável. Através da análise comparativa com outros países da OCDE, José Manuel Silva mostrou que apesar de Portugal, em 2009, ter gasto mais de 10% do produto interno bruto com a saúde, quando olhamos para os custos per capita, Portugal tem uma das despesas mais baixas da Europa (2365 euros/ano), muito inferior à do Reino Unido (3440 euros/ano) ou da Alemanha (4723 euros/ano) e lembrou que pagamos um pouco mais de um quarto dessa despesa directamente do nosso orçamento familiar (mais do que os alemães ou os ingleses). Temos menos camas hospitalares do que a média da OCDE, e explicou que, ainda assim, «o Governo português quer fechar camas quando, mesmo com as que existem neste momento, já não temos suficientes para tratar os nossos doentes». Outro dado que referiu foi o facto de a média dos internamentos ser 5,9 dias em Portugal contra os 7,7 dias no Reino Unido e os 9,5 dias na Alemanha. Referindo-se à taxa de mortalidade infantil - que é aceite como um dos melhores indicadores de qualidade dos sistemas de saúde -, José Manuel Silva explicou que em

2010 a nossa taxa foi de 2,5 mortes/1000, uma taxa inferior à do Reino Unido (4,2 mortes) e à da Alemanha (3,4 mortes). Já quando falamos da despesa per capita com medicamentos, não apresentamos percentagens tão favoráveis no nosso país: um pouco mais de 500 euros/ano, ainda assim, gastamos menos do que a Alemanha. «Esta situação está a ser revertida pois estamos a usar cada vez mais medicamentos genéricos e em três anos o preço médio dos medicamentos já baixou cerca de 23%». A única questão perniciosa com os genéricos, explicou, é que nas farmácias podem efectuar-se trocas entre diferentes marcas, «pondo em causa a segurança e a saúde dos doentes nomeadamente nos milhares de utentes com baixa literacia e nos idosos, que ficam confusos porque conhecem os comprimidos pela sua cor e formato mas que podem, todos os meses, receber na farmácia uma marca diferente com diferentes características, o que gera situações em que um doente toma 3 ou 4 marcas de um mesmo medicamento, ao mesmo tempo, acabando nas urgências», referiu, sublinhando que, naturalmente, a OM apoia os medicamentos genéricos mas não pode aceitar as trocas sucessivas de marcas nas farmácias.

«Posso afirmar que Portugal tem um dos melhores sistemas de saúde do mundo porque: é universal, barato e tem extraordinários indicadores de saúde; Assim, afirmamos inequivocamente que o nosso Serviço Nacional de Saúde é sustentável. O que não é sustentável é a forma como Portugal tem sido gerido pelos sucessivos Governos e

agora pela Troika», concluiu, apresentando os dados do decréscimo do orçamento para a saúde entre 2010 e 2013, referindo as consequências negativas desses cortes, nomeadamente a falta de médicos para as viaturas de emergência médica, falta de camas de cuidados intensivos, suspensão de cirurgias, hospitais que suspendem certos medicamentos e tratamentos, hospitais que tentam 'livrar-se' dos doentes com HIV por serem 'doentes caros', fazendo os possíveis para os transferir para outras instituições, problemas no acesso a medicamentos inovadores (nos últimos dois anos apenas um medicamento inovador foi aprovado para comparticipação estatal, há diferenças nas acessibilidades em termos regionais, sendo mais difícil no norte aceder a medicamentos inovadores do que no centro ou sul), etc. José Manuel Silva reconheceu que no memorando havia algumas indicações boas, nomeadamente a que

originou a criação de normas de orientação clínica. O presidente da OM falou, nesse contexto, no protocolo que a instituição fez com a DGS para a elaboração das normas de orientação clínica. Mas então, onde poupar milhões? A resposta vem nos relatórios do Tribunal de Contas que demonstram as diferenças inusitadas no preço de aquisição de um mesmo medicamento em diferentes hospitais, explicou. «O que queremos não é tudo para todos: merecemos e queremos exactamente o melhor tratamento, o que for correcto

para cada doente de acordo com o estado da arte», concluiu.

Els Torreele, directora do Open Society Public Health Program para a iniciativa de acesso aos medicamentos essenciais, falou sobre experiências recentes que provam que o desenvolvimento de medicamentos segundo o interesse público é possível e que pode ter uma boa relação custo-eficácia, originando medicamentos baratos. É importante



Michel Goldman

desenvolver medicamentos que respondam a necessidades de saúde importantes e que tragam benefícios claros quando comparados com o arsenal terapêutico de que já dispomos e que sejam economicamente sustentáveis quer para os sistemas de saúde em que vão ser usados quer para as pessoas que precisam desses tratamentos. Els Torreele defendeu que é possível encontrar um novo modelo de inovação e pesquisa em que a razão de ser seja as necessidades e não o lucro, em que se estabeleçam

como prioridades o benefício terapêutico e a acessibilidade para o doente, em que se crie um acesso fácil e sem custos aos dados das pesquisas. Fazendo referência às recomendações do representante das Nações Unidas, Anand Grover, Els Torreele defendeu um papel mais preponderante do sector público na pesquisa e investigação de medicamentos inovadores com vista à satisfação

das necessidades e do interesse público, socializar os custos e riscos do desenvolvimento de novos medicamentos sem privatizar os respectivos benefícios, necessidade de criar incentivos à carreira dos investigadores bem como prémios e fundos para investigação, aprovação dependente do benefício terapêutico. A recomendação desta oradora foi de que os Estados mudem o foco da perspectiva orientada para o mercado, que é agora dominante no acesso aos medicamentos, para uma perspectiva que aplique o paradigma do

direito à saúde promovendo o fácil acesso aos medicamentos e tratamentos médicos, quer no caso de doença, quer no âmbito da prevenção, tratamento e controlo de doenças, elementos essenciais do direito à Saúde ('Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover, on access to medicines' - 1 de Maio de 2013).

Hugo Hurts, Director do Departamento de Assuntos Farmacêuticos e Tecnologia

Médica, e Ministro da Saúde, bem estar e desporto holandês falou de contenção de custos e explicou algumas das medidas que foram tomadas no seu país. Enquanto que James Love, Director do Knowledge Ecology International (KEI) defendeu o acesso universal e explicando que todos os modelos de investigação e desenvolvimento que se centralizam em monopólios são «inconsistentes com o princípio da universalidade do acesso à inovação em saúde» e defendeu que têm que ser levadas a cabo campanhas pró-universalidade. Joan Rovira, Professor Emeritus da Universidade de Barcelona, falou sobre algumas medidas para reduzir os custos e aumentar a equidade no acesso à inovação terapêutica. Joan Rovira falou igualmente do impacto da crise no acesso aos serviços de saúde em Espanha e defendeu que o sistema regulatório europeu tem que ser eficiente e justo e apontou como princípios: considerar a inovação biomédica como um bem público; acesso equitativo a todos os cidadãos europeus aos cuidados de saúde e aos medicamentos, incluindo inovadores; incentivos aos investidores privados que permitam a recuperação do investimento em desenvolvimento de novos medicamentos mas também lucros ajustados aos riscos. Este orador falou igualmente na necessidade de consenso

na definição do que será um contributo justo de cada país em troca de acesso universal à inovação biomédica.

Lieven Annemans, economista da saúde, falou sobre as medidas necessárias a aumentar a equidade no preço dos medicamentos tendo salientado a necessidade de transparência, a importância de uma entidade de confiança que coordene e monitorize, necessidade de



compromisso das empresas de, após aprovação, comercializarem os medicamentos dentro de um prazo pré-determinado, compromisso de entrega de um dossier de justificação de preços e de reinvestimento no desenvolvimento de novos fármacos. Michel Goldman, Professor de Imunologia na Faculdade de Medicina da

Université Libre de Bruxelas e Director Executivo da IMI - Innovative Medicines Initiative, defendeu que a parceria público-privada consubstanciada na intervenção da IMI que estabelece uma parceria entre a Comissão Europeia e a EFPIA - Federação Europeia da Indústria e Associações Farmacêuticas é «o instrumento ideal para resolver os desafios científicos, fornecer os necessários incentivos para a indústria e para visitar o ambiente regulador nesta área de relevante impacto para a saúde pública (mais informações sobre a iniciativa IMI podem ser encontradas aqui: www.imi.europa.eu). Teresa Leonardo Alves, Conselheira para Políticas Internacionais, Coordenadora de Campanhas Europeias para a Acção em Saúde, referiu ser necessário em termos políticos incluir como critério de autorização que haja evidência de avanço terapêutico, mais estudos clínicos comparativos, mais pesquisa nas áreas de maior necessidade em termos médicos, mais investigação financiada pelo Estado, incluindo estudos clínicos independentes, transparência e acesso a dados clínicos, regulamentares e de estabelecimento de preços de forma a permitir uma análise independente e partilha de informação, encorajar o escrutínio público, desenvolver e apoiar escolhas informadas e prestar os melhores cuidados possíveis aos doentes.



Produtora de genéricos multada por falta de segurança dos medicamentos

A empresa indiana produtora de genéricos Ranbaxy, também presente em Portugal, foi condenada por fraude e falhas de segurança na produção de medicamentos, tendo sido feito um acordo para o pagamento de 385 mil euros ao governo americano e à FDA.

A empresa foi acusada de comercializar medicamentos genéricos que não cumpriam os requisitos mínimos aceites pela Food and Drug Administration (FDA). Já na edição de Abril de 2012 da ROM (que pode ser consultada em www.ordemosmedicos.pt) havíamos noticiado que esta empresa fora sancionada pela FDA depois de um processo de avisos e alertas por falhas de controlo de qualidade nos processos de produção das suas fábricas. A acrescer aos problemas das unidades fabris, a FDA descobriu que estavam a ser prestadas informações falsas nos requerimentos apresentados para introdução de medicamentos no mercado, nomeadamente no que se refere às indicações terapêuticas de vários fármacos e, em 2012, detectou vestígios de vidro

em alguns dos medicamentos comercializados por esta empresa.

O processo começou em 2008 com avisos da FDA à farmacêutica devido a condições de produção de medicamentos inadequadas mas, verificando que os avisos não estavam a surtir efeito, a FDA sancionou a empresa enviando um sinal claro de que os medicamentos que se destinam aos consumidores americanos têm que cumprir os padrões de segurança e qualidade exigidos. No ano de 2008 a FDA banuiu a venda de cerca de 30 medicamentos da Ranbaxy nos EUA. Em 2009 acusou a empresa de falsificar dados e alterar relatórios. Os inspetores da FDA verificaram que os medicamentos genéricos das duas fábricas da Ranbaxy, em Paonta Sahib e Dewas, não cumpriam as especificações

exigidas e que havia fraude na documentação entregue que incluía falsas declarações (tal situação foi verificada em documentos enviados entre o 1 de Abril de 2003 e 16 de Setembro de 2010). Em Novembro de 2012, a Ranbaxy retirou a sua atorvastatina do mercado americano por terem sido detectada, em algumas embalagens, a presença de partículas de vidro. Perante a evidência destas situações, a empresa deu-se, já este ano, como culpada em tribunal. Esta é a maior multa de sempre que foi aplicada a uma empresa produtora de genéricos. A Ranbaxy EUA, uma subsidiária da empresa indiana Ranbaxy Laboratories, vai pagar a multa de 385 milhares de euros à FDA e ao Governo americano a título de indemnização civil por ter introduzido nos sistemas

de saúde governamentais (Medicaid, Medicare, etc.) medicamentos sem a qualidade exigida. Os medicamentos produzidos por esta empresa incluíam um genérico de cápsulas de isotretinoína, um fármaco anticonvulsivo, gabapentina, e o antibiótico ciprofloxacina. O Governo americano acusou a Ranbaxy de produzir, distribuir e vender medicamentos cuja eficácia, pureza e qualidade diferiam das

especificações exigidas ou que não eram fabricados segundo a formulação aprovada pela FDA. O acordo quanto ao montante da multa foi obtido no passado dia 13 de Maio quando a empresa reconheceu que não tinha registos fidedignos dos testes efectuados nas suas fábricas e que o seu programa de análise da estabilidade das características dos medicamentos não era adequado. A Ranbaxy EUA admitiu ainda ter feito

declarações falsas, fictícias e fraudulentas à FDA nos relatórios anuais de 2006 e 2007 no que se refere aos dados de estabilidade relativos a antibióticos produzidos nas suas fábricas (cefaclor, cefadroxil, amoxicilina e amoxicilina em associação com clavulanato de potássio).

Fonte: BMJ 2013;346:f3536 (Publicado no dia 30 de Maio de 2013)

Segurança dos medicamentos genéricos discutida em tribunal

Estima-se que nos EUA os medicamentos genéricos correspondem a 80% do total da prescrição. Recentemente, o caso de uma doente que teve reacções adversas graves a um medicamento genérico (da empresa Mutual Pharmaceutical) que lhe provocaram cegueira pôs em tribunal a empresa detentora do fármaco. Os defensores dos direitos dos doentes consideram que a indústria farmacêutica deve ser responsável por fármacos inseguros e produzidos de forma deficiente,



quer sejam de marca quer sejam genéricos. O júri deste caso considerou que os riscos sobrepõem-se aos benefícios e que o medicamento em causa não devia ser comercializado. A doente sofria da síndrome de Stevens-Johnson, em consequência da qual necessitava de pôr gotas nos olhos todos os dias. Em 2004, na sequência de uma dor no ombro, foi-lhe prescrito o genérico de um anti-inflamatório não esteroide. Um efeito secundário raro de hipersensibilidade desenvolveu-se rapidamente tendo provocado queimaduras na doente, deixando-a com feridas abertas em mais de 60% do seu corpo. Colocada num estado de coma induzido durante 100 dias, a doente sofreu danos nos pulmões e esófago. Nove anos e 12 cirurgias depois, a doente está cega e tão fraca que precisa de ajuda para se manter de pé. O júri atribuiu-lhe uma indemnização de mais de 21 milhões de dólares, tendo considerado que o medicamento genérico em causa era «perigoso de uma forma inaceitável». A empresa recorreu para o supremo tribunal.

O ano passado já tinha havido alguma contestação porque as empresas produtoras de genéricos não têm o mesmo dever que as empresas produtoras de medicamentos de marca em actualizar os seus RCMs no que se refere aos potenciais efeitos secundários.

Fonte: CNN (http://edition.cnn.com/2013/03/19/health/court-generic/index.html?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+rss%2F+cnn_health+%28RSS%3A+Health%29)



Mário Moura vence Prémio Miller Guerra

Mário Moura, 85 anos, é o primeiro vencedor do Prémio Miller Guerra, no valor de 50 mil euros, instituído pela Ordem dos Médicos e pela Fundação Merck Sharp & Dohme para distinguir a dimensão humanista da medicina em Portugal. A cerimónia de entrega da primeira edição do Prémio Miller Guerra decorreu no dia 29 de Maio, na Ordem dos Médicos, em Lisboa, tendo sido presidida pelo ministro da Saúde, Paulo Macedo, que definiu Miller Guerra como «um exemplo de ecletismo de uma classe», felicitando a Ordem dos Médicos por, com a instituição deste prémio, dar sinais claros de que ser médico é mais do que simplesmente aplicar tecnologias ou prescrever medicamentos. Especificamente sobre o homenageado, Paulo Macedo parafraseou quem o conhece bem ao afirmar que Mário Moura é «uma pequena história da Medicina Geral e Familiar» e congratulou-se por se estar agora a distinguir «quem consegue fazer bem uma vida inteira», concluindo que, «para a história, o que fica são os exemplos como o que estamos hoje aqui para homenagear».

O júri do Prémio Miller Guerra de Carreira Médica escolheu distinguir na sua primeira edição o médico Mário Moura, clínico geral que se dedicou à medicina familiar em Setúbal. Nascido em Coimbra em 1927, Mário Silva Moura licenciou-se nessa cidade em Medicina, tendo depois fundado a Caixa de Auxílio Médico à Academia, primeiro serviço de assistência médica para estudantes. Profissional de excepção, Mário Moura distinguiu-se também na Medicina do Trabalho e na Medicina do Desporto. Em 1989 o Jornal Médico de Família

escolheu-o para 'Clínico Geral do Ano' e, em 1994, recebeu a 'Medalha Hipócrates' concedida pela Societas Internationalis Medicinæ Generalis, correspondente a 'Clínico Geral Europeu do Ano'. A nota biográfica do homenageado pode ser consultada no site nacional da Ordem dos Médicos, mas o que é relevante para este galardão não é a sucessão de títulos ou formações, a indicação de datas ou feitos, mas sim a forma como cada um desses elementos se traduz numa abordagem humanista da medicina, no contacto sensível com os doentes

e na dedicação ao ensino dos mais jovens, tantas vezes com sacrifício mais do que pessoal, familiar.

Além de «uma pequena história da Medicina Geral e Familiar», Mário Moura é uma grande história de um médico dedicado e com um profundo sentido de missão. Define-se como filho de gente humilde, o seu pai era carteiro em Coimbra, afirma ser médico por acaso, mas sempre por paixão, tendo feito o curso de medicina, com uma bolsa de estudos, formando-se com honra e distinção. «Tenho mais de 60 anos de clínica, vivi

desde a malinha e do parto de emergência feito no campo, a entrar em bairros degradados com os esgotos a escorrer pelas ruas, e, depois, por aí fora, década a década, todo o progresso da medicina e quando, às vezes ouço colegas a queixarem-se, lamentando este ou aquele pequeno defeito que têm na organização, dá-me vontade de lhes gritar que comecei a trabalhar 24 horas, dia sim, dia não, durante três anos, com mil escudos de vencimento... E, depois, durante trinta e tal anos, trabalhei mais de 54 horas semanais», disse o homenageado, sublinhando que, hoje em dia, naturalmente que a profissão exige outros critérios e condições, diferentes das que teve. Independentemente de quaisquer sacrifícios, «nunca lamentei esses anos de trabalho, esse esforço tremendo», afirmou. «Se alguém, a partir de certa altura, o lamentou, terá sido a família», que lhe sentia a ausência. «Porque independentemente dessa actividade profissional intensa, como jovem médico fui um sonhador: quis fazer investigação, fiz hibernações artificiais num 'hospitaleco'». «Um dia houve um desastre e entrou no hospital um senhor inconsciente, todo partido. Chamei o cirurgião que disse que não havia nada a fazer. E eu, que andava com a mania da hibernação, já tendo feito duas ou três, que era um processo de tentativa de resolver os estados de choque, perguntei ao Dr. Carmona se podia hibernar. A resposta foi que podia fazer o que entendesse que o homem estava 'meio morto'. Lá coloquei os frasquinhos a correrem pelas veias, com os cocktails líticos, bolsas de gelo para baixar a temperatura, as anfetaminas para

estar constantemente ao lado do doente porque não tinha ninguém que me ajudasse; a hibernação em média demorava, no mínimo, três dias, durante os quais, de meia em meia hora, eu tinha que medir o pulso, a tensão, a temperatura, etc. e fazer gráficos dessas coisas todas, passando esses três dias sem comer, nem dormir. O sinistrado era membro de uma família nobre de Lisboa. Ao segundo dia o tal cirurgião entrou com um familiar e perguntou-me se podia levar o sinistrado para Lisboa ao que eu respondi 'estou a fazer uma coisa que não lhe fazem em lado nenhum, se o tirarem

à família: 'não há nada a fazer, nós não podemos transportá-lo'. Os Colegas saíram e eu voltei a pôr os frasquinhos e as gotas todos a correr e lá passaram mais 24 horas e, ao terceiro dia, os sinais começaram a dar alguma esperança de que se eu abrandasse com o ritmo paralisante dos cocktails líticos que ficaria tudo bem. Foi-se diminuindo a intensidade dos medicamentos e começámos a verificar que a tensão 'se aguentava', que a respiração se processava melhor, etc. Eu dei o meu quarto à esposa do doente para poder ficar lá até porque eu não precisava: estava



daqui ele morre no caminho'. O Dr. Carmona, consciente dos ambientes da cidade, chamou-me à parte e avisou-me que era perigoso não o deixar ir e que pelo menos eu dissesse que mandassem vir os médicos que quisessem de Lisboa. E eu assim fiz e disse isso à família. Passados três quartos de hora, estavam lá dois colegas, Vasconcelos Marques que tratou do Salazar, e um internista de Castelo Branco. Os dois colegas observaram o doente e começaram a fechar os frasquinhos todos. O homem ia morrendo ali na altura e disseram

sempre à cabeceira do doente, noite e dia. Assim que eu lhe disse que ele estava melhor, uma ou duas horas depois, estava uma ambulância especial à porta, para transporte de traumatizados cranianos, para o levar para Lisboa. E a senhora, agarrada a mim a chorar, disse. 'a primeira coisa que o meu marido vai fazer se se safar desta é vir agradecer-lhe. Foram-se embora... Dois meses depois, o Provedor da Misericórdia chamou-me porque tinha uma queixa de uma família de Lisboa porque eu tinha levado dinheiro enquanto estava de

serviço ao banco. Felizmente, o Provedor disse: 'não... as primeiras 24 horas, o médico trabalhou de graça, só nas outras 48 horas é que cobrou', cinco mil escudos foi quanto eu levei por ter estado essas 48 horas sem sair da cabeceira do doente»... Uma história que foi contada na intervenção do homenageado com o objectivo de mostrar como alguém que quer fazer algo de bom, no melhor interesse do doente, pode, mesmo assim, às vezes, ser confrontado com alguma falta de reconhecimento. Mas, claramente, nunca foi o reconhecimento externo –

periferia, que viriam a ser a base fundamental para a aceitação dos cuidados primários. «Eu refilei sempre com esse termo: não são cuidados primários de saúde mas sim cuidados de saúde primários! São primários de primeiros!». Também o convívio com a juventude o enriqueceu como fez questão de frisar. A base da medicina para este médico? A relação médico-doente. A demonstrar quão cedo teve essa consciência e convicção, o facto de, logo na faculdade, durante o curso de medicina, ter voluntariamente feito a inscrição paralela em de letras, nas cadeiras

ministro Paulo Macedo percebeu que para poupar em saúde é preciso investir nos cuidados de saúde primários.

São milhares de episódios que constituem uma vida dedicada à medicina e aos doentes, uma vida homenageada com a atribuição do Prémio Miller Guerra, a vida de um médico que o que mais deseja na vida é pugnar pela entreajuda, o crescimento e o enaltecimento da pessoa humana. Na sua intervenção, Toscano Rico, vice-presidente do júri, começou por realçar o vigésimo aniversário da Fundação Merck Sharp & Dohme, a que preside,



A cerimónia contou com a presença de representantes dos três Conselhos Regionais e outros ilustres convidados



Toscano Rico, Paulo Macedo, Mário Moura e José Manuel Silva

embora o tenha tido em muitos momentos da sua carreira – que moveu Mário Moura, mas sim a sua paixão e dedicação à profissão médica porque tal como explica o próprio: «a medicina feita assim vale a pena» sendo o único reconhecimento que o motivou o dos doentes, a quem «escuta afectuosamente», está ao seu lado e toca no doente sem medo porque «a clínica é diálogo e mexer no doente; o contacto físico é fundamental».

Numa referência ao seu percurso, enalteceu o quanto se aprendeu, sem tutores, no serviço médico à

de psicologia, por sentir que anatomia não era suficiente nesse encontro terapêutico entre um médico e os seus doentes. «Já escrevi três ou quatro livros sobre a psicossomática e a necessidade de conhecer profundamente a história familiar do doente que está à nossa frente, mas não se vendem!», referiu numa nota de bom humor, sempre presente na sua intervenção. O homenageado, muito crítico dos desperdícios, defende que se faça economia de forma racional com cortes onde realmente faz sentido e não de forma cega e acredita que o

sublinhando «o espírito de responsabilidade social da companhia que lhe dá o nome e sustenta de forma exclusiva». Traduzindo a ideia de que «as Fundações são instrumentos importantes de intervenção social nos mais diversos domínios», num «papel complementar ao Estado», a Fundação MSD «estabeleceu Protocolos com as Faculdades de Medicina, com o Ministério da Saúde, com a antiga Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica, apoiou estudos de âmbito nacional como os realizados sobre a

osteoporose e as doenças cardiovasculares, publicou livros com dados científicos de estudos epidemiológicos colhidos em investigações por ela patrocinadas, apoiou a obtenção de graus académicos ou formação especializada no âmbito da epidemiologia ou da saúde pública, e concedeu prémios em conjunto com instituições públicas ou sociedades científicas». Considerando que o «exercício da Medicina, sobretudo nos seus domínios

necessidade sentida de instituir um prémio que elevasse precisamente «a humanização dos cuidados de saúde (...) em que o doente é o centro da atenção do médico e todo o resto são meios a que o clínico recorre para melhor diagnosticar, tratar ou prevenir a doença», razão de ser desta parceria que originou o Prémio Miller Guerra de Carreira Médica. Sobre Mário Moura referiu o seu contributo para o prestígio da profissão definindo a carreira do homenageado como

Ordem dos Médicos que presidiu o júri deste prémio, começou por enaltecer o Prémio Miller Guerra por prestar «tributo a uma carreira humanista ao serviço dos doentes», recordando que «a Medicina não é apenas tecnologia e economia, mas sim, conforme o Juramento de Hipócrates, feito livremente e sob palavra de honra, a consagração da vida ao serviço da Humanidade e do Doente», referiu, definindo prémio Miller Guerra como «uma ode ao humanismo, um hino às Carreiras Médicas, uma sublime distinção para o premiado». Considerando que a presença de Paulo Macedo, a presidir esta cerimónia, corresponde ao reconhecimento de que o Ministério da Saúde partilha com a OM «o desejo de que a Saúde em Portugal se cimente nos princípios e no conteúdo que este prémio representa: a dedicação ao outro, a cultura dos valores, o primado do humanismo, o espírito de solidariedade, a dedicação à Carreira, não como um fim, mas sim como



Mário Moura rodeado de parte da sua família

clínicos, tem sido desde o seu início nos tempos helénicos com Hipócrates, uma das formas mais nobres da relação humana», mas reconhecendo igualmente que «o recurso a meios progressivamente mais sofisticados e executados por equipamentos cada vez mais complexos, aliada a uma cada vez mais difícil gestão e organização da instituições relacionadas com a prestação dos cuidados médicos, pode por vezes interpôr uma barreira entre o médico que cuida e o seu doente, dificultando a humanização dessa mesma actividade», Toscano Rico - aluno na Cadeira de Neurologia de Miller Guerra - explicou a

um exemplo do que Esculápio defendia para um candidato à Medicina: «Se fores indiferente à fortuna, aos prazeres, à ingratidão, se sabendo que te verás só entre as feras humanas, se tens uma alma bastante estoica para se satisfazer com o dever cumprido e sem ilusões, se te julgares pago com a felicidade de uma Mãe, com uns lábios que sorriem porque já não sofrem, com a paz de um moribundo a quem conseguiste ocultar a chegada da morte, se anseias conhecer o Homem, penetrar em todo o trágico do seu destino, então faz-te médico hoje mesmo».

José Manuel Silva, presidente da

um meio de melhor honrar a profissão, promover a qualidade e servir o doente». Socorrendo-se de uma evocação publicada na Acta Médica Portuguesa, em 1993, ano da morte de Miller Guerra, José Manuel Silva citou Maria de Lourdes Sales Luís e Francisco Pinto que escreviam assim sobre o médico exemplar que deu nome a este prémio: «O doente era para ele o fim último de toda a técnica e elaboração científica. Nunca deixem um doente sem terapêutica... etiológica se possível, sintomática se necessária; psicoterapia, empatia com o doente, sempre. Frases suas ressoam como

címbalos – vocês são responsáveis pelo doente total e pessoalmente. Assumam os vossos doentes não como propriedade mas como responsabilidade inalienável».

Sobre Miller Guerra muito haveria a dizer, mas o presidente da OM não quis deixar de referir aquele que foi um marco não só no seu percurso pessoal, mas também na medicina portuguesa e no desenvolvimento do nosso país: «foi a elaboração do Relatório das Carreiras Médicas, publicado em 1961, de parceria com Jorge Horta

Carreira de Medicina Geral e Familiar e à Carreira Hospitalar. Sintomaticamente, o prémio inicia-se pela Carreira de Medicina Geral e Familiar, a mais importante e eclética de qualquer sistema de Saúde», explicou, realçando que todas as candidaturas foram de «enorme valia e com sentidos relatos de quem as patrocinou». Mas «o notável percurso humano e clínico do Dr Mário Silva Moura levaram o júri, por unanimidade, a outorgar-lhe a primeira edição

o prémio Miller Guerra, que lhe assenta merecidamente como uma luva. Parabéns Dr. Mário Silva Moura e obrigado por ser o exemplo que é», concluiu.

A presidir a cerimónia, o Ministro da Saúde, Paulo Macedo, começou por realçar o mérito do Prémio Miller Guerra e a satisfação com que tomou conhecimento, em 2012, da sua instituição. «Não o entendi apenas como um prémio, o que não seria pouco, mas também como uma iniciativa de mérito destinada a reconhecer



e outros, que definitivamente o notabilizou entre o associativismo médico e lhe reservou um merecido, destacado e inolvidável lugar na Saúde nacional. Este célebre Relatório promoveu um salto civilizacional na medicina portuguesa, enfatizando a importância da formação pós-graduada e da existência de Carreiras e definindo as linhas mestras do que viria a ser o Serviço Nacional de Saúde». «É este o grande homem que inspirou a Fundação MSD e a Ordem dos Médicos na instituição deste peculiar prémio, que será atribuído bienalmente, alternadamente à

do prémio Miller Guerra». José Manuel Silva relatou, resumidamente, o percurso do homenageado, do seu nascimento em 1927, em Coimbra, à licenciatura em medicina no ano de 1952, falando da sua actividade clínica e da preocupação de actualização constante, produção literária cujas temáticas se dividem pela Medicina, Religião e Ficção, das suas actividades associativas de âmbito médico, do seu exemplo de cidadania activa e dos muitos galardões com que foi homenageado ao longo da vida. «O Dr. Mário Silva Moura é um ícone da Medicina Portuguesa, honra a Classe Médica e dignifica

a dimensão humanista de uma personalidade médica», tendo sublinhado algumas características da personalidade que o inspira: «médico eclético e brilhante, lutador pela democracia e pelo Serviço Nacional de Saúde, bastonário da Ordem dos Médicos, lutador pela reforma universitária e pelas carreiras médicas; Um dos nomes mais relevantes da classe médica da sua geração. Um dos exemplos do ecletismo de uma classe e do porquê do seu peso na sociedade desde sempre». «Ao lançar este prémio, a Ordem dos Médicos deu um sinal claro de que ser médico é muito mais do que ser técnico, do

que ser um simples executante». Reportando-se à sua presença na assinatura do protocolo entre a Ordem dos Médicos e o Ministério da Saúde/DGS, com vista à elaboração de Normas de Orientação Clínica, «momento de tecnicidade e rigor científico», Paulo macedo congratulou-se por volta agora à casa dos médicos para «homenagear a dimensão humanista da classe»: «Os médicos portugueses têm sabido, ao longo dos séculos, assumir um papel na sociedade portuguesa que vai além daquilo que é a sua dimensão técnica. (...) Hoje em dia, o que coloca a ciência, a medicina e a investigação num patamar cimeiro, é o papel que desempenham no processo de bem-estar colectivo», sublinhou. Referindo diversos prémios de investigação na área médica e «as importantes descobertas associadas a equipas lideradas ou participadas por médicos nacionais», Paulo Macedo falou do estímulo que se pretende dar a «todos aqueles que continuam um trabalho sistemático e persistente ao longo de anos». Relembrando o momento de viragem histórica a que Portugal assiste, Paulo Macedo defendeu que «rigor e coragem têm de aliar-se a esperança e visão», «arte e engenho têm de coexistir», pois este é um momento para a «crítica generosa e construtiva, sempre com alternativas concretas». E referindo-se à incontornável questão da sustentabilidade do nosso Serviço Nacional de Saúde, afirmou que o Ministério quer que o SNS «cresça e se robusteça», e que para que se torne mais forte, é necessário alcançar a sustentabilidade e modernizá-lo e tornar clara e transparente a relação entre os sectores público, privado e social. Mas «não há

políticas sem pessoas»: «Só com profissionais de saúde de elevada craveira, com responsabilidade cívica, será possível manter um nível de cuidados de excelência. Só com instituições e profissionais virados para o cidadão e para o doente será possível continuar a obter os bons resultados do nosso SNS», um caminho que pode não ser tão rápido quanto se deseja, mas que deve ser construído com «a participação e opinião de todos e não apenas com a certeza de alguns», num processo em que «a classe médica e a Ordem dos Médicos assumem papéis relevantes», afirmou, não deixando de alertar que os tempos não são fáceis e que «as opções fazem-se com o que temos, nunca desistindo de procurar o que queremos», nestes tempos que devem ser «de construção e de esperança». Sobre a escolha do homenageado, o ministro Paulo Macedo salientou que a Medicina Geral e Familiar é «uma parte da profissão médica especialmente relevante» e que a escolha de Mário Moura é mais do que justa pois «materializa num momento o que foi uma vida de 85 anos. Uma vida recheada de atividade já amplamente reconhecida a nível local, nacional e internacional. Reconhecida pelo poder autárquico e executivo. Mas, antes de mais, pelos seus doentes, pelos cidadãos que por ele foram assistidos ao longo da sua carreira. Detentor dos mais altos galardões nacionais. É um prémio que responsabiliza o júri que agora o escolheu. Um prémio que me honra, pela honra que me foi dada para presidir a esta cerimónia. Apostamos no SNS e na ciência porque nos torna melhores e eleva o país. Os meus parabéns por mais este prémio Sr. Dr. Mário Moura, esperando que o seu exemplo de entrega

aos seus doentes possa servir de estímulo aos muitos milhares de médicos que anonimamente servem a profissão com o mesmo rigor e dedicação que agora lhe é reconhecida», concluiu.

Para além de José Manuel Silva e de Toscano Rico, o júri foi composto pelos presidentes das secções regionais do Norte, Centro e Sul da Ordem Médicos e por um membro da direção da Fundação Merck Sharp Dohme. Marcelo Rebelo de Sousa foi o membro da sociedade civil cooptado pelas duas organizações, tendo o júri contado igualmente com um membro médico da comunidade académica indicado pelo Conselho de Reitores, António Rendas, e com os presidentes da Associação dos Médicos de Medicina Geral e Familiar e da Associação dos Médicos de Carreira Hospitalar. Quando o prémio foi instituído em 2012 decorria, precisamente, o centenário do nascimento do Professor João Pedro Miller Pinto de Lemos Guerra. Transmontano de Vila Flor, licenciou-se em Coimbra e prosseguiu a sua carreira científica investigando semiologia neurológica ao lado de Egas Moniz. Professor universitário em Lisboa, diretor do serviço de Neurologia do Hospital de Santa Maria, membro da Academia de Ciências, bastonário da Ordem dos Médicos, impulsor do célebre Relatório das Carreiras Médicas, foi também deputado da “Ala Liberal” com Sá Carneiro, Magalhães Mota, Mota Amaral, Pinto Balsemão, entre outros. Esta 1ª edição do Prémio Miller Guerra de Carreira Médica foi entregue na sede nacional da Ordem dos Médicos, em Lisboa, em sessão solene que se realizou no dia 29 de Maio. A próxima edição, em 2015, será destinada a um médico da carreira hospitalar.



Os doentes não acabam por decreto...

O presidente da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, visitou no passado dia 7 de Maio o Centro Hospitalar do Oeste onde constatou junto dos colegas a diversidade de problemas que se estão a sentir no terreno e que em nada foram colmatados pela criação do centro hospitalar.



Nuno Cunha

O presidente da Ordem dos Médicos foi acompanhado nesta visita por Pedro Coito, presidente do Conselho Distrital do Distrito Médico do Oeste da OM, Ana Cristina Martins Teotónio, vogal do mesmo Conselho e Nuno Santa Clara da Cunha,

membro Consultivo do Conselho Regional do Sul por esse Distrito Médico.

No Hospital de Torres Vedras começámos por visitar o serviço de ortopedia onde foi explicado o avançado programa de próteses, num serviço que foi criado e desenvolvido há 30 anos, com muito empenho e que constituiu o primeiro banco de ossos do país. Foi relatada alguma falta de material como monitores e oxímetros, por exemplo, e verificou-se que as instalações são algo 'apertadas' pela simples razão que, onde deveriam estar

três macas, são colocadas muitas mais. O resultado é uma sala de cuidados intermédios no Serviço de Urgência onde o espaço é acanhado e partilhado por doentes de ambos os sexos.

Nuno Cunha não hesitou em

questionar as decisões da tutela pois «com a criação do centro hospitalar estamos a fechar serviços onde há mais condições como é o caso da pediatria e da unidade de neonatologia do Hospital de Torres Vedras», enquanto visitávamos o espaço desses serviços, com um S.O. num espaço cuidado, com quatro camas e uma decoração atraente para as crianças, quartos com três camas, sala de estar, incubadoras e onde está contemplado o espaço necessário para incluir desdobráveis para os pais descansarem, em caso de necessidade. A equipa inclui 8 enfermeiros especialistas. A colega Alexandra Vasconcelos falou sobre como é pouco razoável fechar o internamento, o bloco de partos e a urgência obstétrica, deixando apenas o atendimento complementar da pediatria para quatro concelhos e referiu a exposição que foi feita à tutela, alertando para algumas das condições e circunstâncias que devem ser ponderadas neste processo. Nuno Cunha realçou que, com o fecho dos serviços



Hospital de Torres Vedras



Hospital de Torres Vedras

em Torres, muitas doentes vão preferir passar a ir para Lisboa pois fica mais ou menos à mesma distância que as Caldas da Rainha. José Manuel Silva defendeu que o fecho de serviços é uma medida que deve ser tomada com extremo cuidado e ponderação pois as populações já estão muito causticadas e têm dificuldades económicas que serão agravadas por mais deslocações para aceder aos cuidados de saúde a que têm direito. A angústia que assola os profissionais, perante a incapacidade de dar respostas adequadas aos anseios das populações, situação agravada quando se espalha um serviço por várias instalações

geograficamente distantes, foi um factor que mereceu o realce quer de Pedro Coito quer do próprio bastonário da OM. Existem serviços diversos, e que estão espalhados por uma área que chega a distar 80 km, que são chefiados por um único Director de Serviço. «É humanamente impossível estar em áreas tão diversas quanto estas», comentou-se, com naturalidade.

Depois de uma breve passagem pelas instalações históricas do Hospital Termal, a delegação da OM visitou o Hospital das Caldas onde a primeira paragem foram os Serviços de Cardiologia e Pediatria. Esta visita contou com o acompanhamento da Directora

Clínica, Isabel Carvalho. A imagiologia, situada na parte nova, está bem equipada, nomeadamente com um TAC de 16 cortes, gabinetes de ecografia, raio x, bloco operatório mas... existem alguns equipamentos que não funcionam. «O objectivo é fazer todos os exames complementares de diagnóstico aqui no hospital», explicaram-nos. Uma dificuldade sentida é que, apesar de existirem bons equipamentos, faltam radiologistas em número suficiente para as necessidades. «Os concursos ficam, por vezes, desertos». Na visita à urgência pediátrica ficamos a saber que o atendimento a adolescentes não se faz aqui nas Caldas da Rainha. Passamos pela sala de reanimação pediátrica. Constatamos que em Torres Vedras o acesso é pior.

A visita prossegue na urgência geral onde falta de condições é inegável: doentes em cadeirões, mais de uma dúzia de macas espalhadas pelos corredores apinhados. A porta de entrada numa sala de pequena cirurgia está bloqueada por duas macas com doentes, as quais impedem a passagem ou que, pelo menos, obrigam a uma grande ginástica para entrar. O cirurgião Manuel Nobre lamenta: «sofro com as condições actuais do bloco operatório», numa referência clara a um sofrimento psicológico inerente à constatação da degradação dos serviços a que nenhum profissional dedicado consegue ficar indiferente. Mas o sofrimento não é apenas psicológico. A sala de pequena cirurgia em que entrámos está a uma temperatura extremamente elevada e transpira-se profusamente. Explicam-nos que o ar condicionado está avariado... Há um ano! Esta situação é comum a todo o Bloco Operatório Central.

Alexandra Vasconcelos
(Hospital de Torres Vedras)



No Hospital das Caldas da Rainha, algumas salas estão ocupadas muito acima do limite razoável



Aspecto do corredor



Sala de pequena cirurgia



Isabel Carvalho - Directora Clínica do CHO

José Manuel Silva sugere um convite ao Ministro da Saúde para visitar o hospital porque «sem ver as condições reais não se podem tomar decisões adequadas». De um modo geral, os colegas acham que a fusão não foi precedida da devida análise e planeamento e nota-se um descontentamento. As queixas incluem ainda os horários e as disfunções que originam: «temos que passar o cartão a assinalar a saída, mas como não vamos deixar de fazer o que é necessário para os nossos doentes, voltamos a entrar e continuamos a trabalhar, embora, oficialmente, já tenhamos saído...». As faltas de material não são permanentes mas sucedem-se: hoje faltam luvas, amanhã há luvas mas faltam cateteres, no dia a seguir há luvas e cateteres mas faltam

compressas... Um dia até faltaram os sacos para transporte da roupa suja. «Assim é impossível trabalhar com gosto e segurança», conclui Pedro Coito.

Passamos um corredor com mais macas e visitamos o SO de urgência que tem 10 camas e, neste caso, é melhor do que as instalações de Torres Vedras. A área de triagem é nova e o Serviço de Medicina, embora tenha dez anos, está muito bem conservado. Foram referidas as dificuldades no internamento, que são comuns a muitas instituições do país e que, tal como foi referido por José Manuel Silva, se resolveriam com uma rede nacional de cuidados continuados com melhor capacidade de resposta pois «há casos em que o internamento se prolonga indefinidamente apenas

por razões sociais». O bastonário da OM realçou que as soluções de proximidade têm custos mais baixos mas que se está a fazer exactamente o oposto: «fecham-se camas de proximidade que são mais baratas, para depois se estar a ocupar camas muito mais caras... É que os doentes não acabam por decreto», concluiu José Manuel Silva.

Nota: Depois desta visita os médicos recusaram-se a continuar a operar sem condições de segurança para os doentes. O ar condicionado do Bloco Operatório foi reparado no dia 3 de Junho, data em que foi retomada a actividade cirúrgica.



Constantino Sakellarides

Especialista em saúde Pública, ex-director da Escola Nacional de Saúde Pública, ex-presidente da Associação Europeia de Saúde Pública, ex-Diretor-Geral da Saúde, dirigente do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, promotor da iniciativa Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde

O SNS é nosso, não do Governo...

A Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde (FSNS) realiza nos dias 27 e 28 de Setembro de 2013 o I Congresso do Serviço Nacional de Saúde. A FSNS visa promover e apoiar a modernização e a inovação no SNS, sendo este congresso mais um contributo nesse sentido. A ROM conversou com Constantino Sakellarides, um dos promotores da Fundação, sobre as poupanças impostas pela Troika, os sinais claros de que a crise tem consequências na saúde dos portugueses, nomeadamente quando se analisa o aumento das mortes no Inverno de pessoas com mais de 75 anos (mais 10% de 2011 para 2012), facto que o entrevistado considera que é uma consequência da diminuição da acessibilidade aos cuidados de saúde, provocada pelo aumento das taxas moderadoras. As consequências da crise na saúde são visíveis em todos os países que sofreram uma intervenção financeira com grandes cortes no orçamento público e em que as taxas de desemprego estão a aumentar, condições que estão a ter efeitos adversos na saúde mental. Mas, tal como afirma Constantino Sakellarides, o Serviço Nacional de Saúde não é do Governo, é nosso e a sociedade civil tem que assumir o seu papel fulcral na defesa do seu património colectivo, num Estado que mais do que ser um Estado-Social, é um Estado com um contrato social que deve cumprir em benefício de toda a população.

Revista da Ordem dos Médicos - **Com um vasto *background* de investigação dos efeitos de turbulências económicas na saúde, os efeitos conhecidos parecem continuar a não ser tidos em conta pelos Governos. Que comentários lhe suscita a falta de avaliação do impacto da crise na saúde e quais as consequências potenciais dessa falta de rigor na análise política?**

Constantino Sakellarides - É evidente que algumas políticas

públicas têm consequências inesperadas noutras, neste caso decisões de carácter financeiro estão a ter consequências nas políticas sociais e na saúde.

Exactamente para evitar situações em que a saúde fosse afectada de forma negativa por políticas públicas dos mais diversos sectores, conscientes desse fenómeno, frequente e indesejável, houve, nos anos 90, vários movimentos no sentido de minimizar tais efeitos. O debate

foi global e, em consequência desses movimentos, no ano de 92, foi possível consagrar no Tratado de Maastricht que todas as políticas da União Europeia, na sua elaboração e adopção, deviam ter em consideração o respectivo impacto na Saúde. Não quer isto dizer que se esperava que tudo o que afectasse a saúde fosse vetado. O espírito da norma é que, ao tomar decisões sobre políticas públicas de todas as áreas, sejam colocados sobre a mesa o que se

antecipa que venham a ser os seus impactos negativos na Saúde.

ROM – A Saúde foi, então, destacada como uma área em que é preciso especial cuidado...

CS – A Saúde foi, de facto, tratada em primeiro lugar porque é muito sensível, mas, com o Tratado de Lisboa, na década passada, mais precisamente em 2007, essa concepção foi estendida ao conjunto das políticas sociais, naquilo a que se chama a ‘cláusula social do Tratado de Lisboa’. Há aqui a consagração de um princípio e com boas razões para o fazer porque face a políticas de carácter vário, em que seja razoável supor que haverá efeitos na saúde, é essencial que esse resultado seja antecipado exactamente para assegurar que, entre as várias opções possíveis, se escolham as políticas com consequências menos gravosas. A esse princípio, que foi adoptado por todos os Estados membros europeus, e que foi reforçado por várias iniciativas no mesmo sentido, nomeadamente, da Organização Mundial de Saúde, damos a designação de ‘Saúde em todas as políticas’.

ROM - Em termos conceptuais foi um avanço muito importante...

CS – De facto. Na sequência desse avanço desenvolveu-se uma tecnologia de avaliação do impacto na saúde das várias políticas públicas que permite analisar, em face das várias alternativas, qual a de menor impacto na saúde. A questão é que nem a UE nem os Governos fizeram o que era suposto e ignoraram o impacto das medidas que têm tomado...

ROM - A revista científica “Lancet” acusa os governos e a Comissão Europeia de “explicitamente

fecharem os olhos” aos efeitos da crise e da austeridade na saúde das populações, apesar de ser claro o aumento dos suicídios e outras doenças...

CS - A questão é anterior a esse ‘fechar de olhos’: devíamos ter previsto as consequências, não era estar agora a remediá-las. Se os efeitos não são antecipados não temos um sistema de monitorização sensível para captar precocemente os sinais e actuar de forma atempada para minimizar as consequências negativas. Como não foi previsto o que ia acontecer, quando emerge o problema torna-se ‘má notícia’ e politicamente sensível o que faz com que os Governos se tornem defensivos face a uma coisa que era suposto ter sido prevista e que não foi. Esta posição defensiva do Governo impede-o de pôr em discussão na Europa os efeitos reais como reflexo/resultado de políticas inaceitáveis que afectam a dignidade e a sobrevivência das pessoas.

ROM - Mas com a bancarrota iminente, teria havido tempo para fazer essa análise prévia?

CS - A questão da bancarrota é uma falsa questão. O que aconteceu foi que o refinanciamento normal da dívida dos países foi tornado ‘proibitivo’. Não estou a isentá-los de responsabilidades, que temos várias na forma como gerimos o país, mas se se compreende que numa situação de emergência isso não seja feito, já não se compreende que seis meses, um ano ou dois anos depois ainda não tenhamos feito a devida análise. Não foi criada nem a estrutura nem existe a sensibilidade política para estar atento a esses efeitos.

ROM - O ano passado o

Observatório dos Sistemas de Saúde lançou um relatório sob o título ‘um país em sofrimento’... Qual foi a reacção a esse relatório?

CS - Para nós já era evidente que o país estava em sofrimento há um ano atrás, mas a reacção que tivemos foi ‘qual país em sofrimento?’ É uma reacção extraordinária... Que o país está em sofrimento já era óbvio há um ano atrás, mas agora é mais do que óbvio e, pior, era altamente previsível que estas coisas fossem acontecer.

Numa reunião organizada pela OMS, em Abril deste ano, onde estiveram presentes técnicos e representantes de Governos, tive oportunidade de dizer que, neste contexto, há definições que têm que ser feitas por todos os países: a primeira é que têm que se fazer estudos antecipados e a segunda é determinar qual o nível de evidência necessário para actuar. Se o nível de evidência exigido forem as alterações nas taxas de mortalidade, então só o teremos daqui a oito anos; se forem os resultados de estudos epidemiológicos de doenças crónicas então, novamente, temos que esperar muito tempo.

ROM - Que nível de evidência será razoável aplicar e que respostas serão adequadas?

CS - O que faz sentido é dar relevância à evidência de nível local porque é ao nível local que actuamos. Não podemos estar a analisar os dados europeus ou do mundo: temos que ir às comunidades detectar o que está a acontecer porque aí é que é necessário dar resposta. E iremos responder como? Concertando a acção da saúde com a segurança social, etc. O que é que estamos a fazer neste momento? Planos nacionais?... Isso só serve se

acontecer alguma coisa localmente.

ROM - Manter e cuidar de uma população europeia que está a envelhecer através de políticas integradas de saúde que ponham o cidadão no centro do sistema é provavelmente a única forma de, nas próximas décadas, se conseguir melhorar a saúde e o bem estar das populações. Quais são os obstáculos a uma abordagem eficaz desse problema?

CS - O envelhecimento saudável não pode ser objecto de uma abordagem apenas em Saúde, tem que ter vários contributos: educação, segurança social, autarquias, indústria, comércio, emprego, etc. A abordagem do envelhecimento da população implica a cooperação de vários sectores, algo que não estamos a fazer. Essa cooperação pode ser facilitada de forma central, mas tem que acontecer efectivamente na periferia. Precisamos de estratégias locais de saúde e protecção social integradas, onde os actores locais se juntem para uma intervenção eficaz.

Dou-lhe um exemplo concreto: nas últimas décadas ganhámos anos de vida, como todos os europeus. Simplesmente, não ganhámos qualidade de vida na mesma proporção. Ou seja, os portugueses não envelhecem bem: mesmo antes da crise, pois os dados disponíveis são de 2009/2010, se olhar para a esperança de vida com saúde aos 65 anos de idade, uma sueca terá em média 14,5 anos de vida saudáveis, uma irlandesa terá 10, uma espanhola terá 8 e uma portuguesa terá 6 anos de vida saudável pela frente, aproximadamente. São diferenças tremendas que têm a ver com o envelhecimento de má qualidade e que têm um peso enorme para a segurança



social. Esta constatação leva-nos a questões interessantes no que se refere à crise, sustentabilidade e aos cortes em saúde: podemos reconhecer que dada a situação da europeia não vamos convergir neste indicador tão rapidamente como desejaríamos. Mas vamos aceitar divergir ainda mais? Ou ficar na mesma? É aceitável termos muito menos anos de vida saudável e não tentar reverter a situação? Vamos continuar a cortar na saúde, de forma cega, sem equacionar as consequências das políticas adoptadas? Para onde queremos ir?

ROM – São questões muito concretas...

CS - Se a saúde não se coordenar com a segurança social, a parte económica, a reforma, a educação, etc. não vamos a lado nenhum. É preciso uma visão de conjunto. Se as questões forem todas colocadas em termos vagos não mobilizamos a população nem as forças políticas e sociais. Um plano nacional de saúde que não estimula, nem enquadra ou apoia, estratégias locais não funciona.

Estamos demasiado centralizados

no cumprimento das consequências de um programa de ajustamento que, na verdade, é fatal para as aspirações do nosso país em termos de desenvolvimento económico e social. E esse 'entretém' tira-nos o foco... O ministro Paulo Macedo é uma pessoa inteligente mas está muito entretido com as consequências que decorrem do programa de ajustamento, esquecendo a abordagem ao que é central...

ROM - Lidar de forma estruturada com a realidade demográfica do envelhecimento da população activa - que representa a força de trabalho de um país - será o maior desafio desta crise?

CS - Há três grandes desafios a enfrentar: empobrecimento infantil, desemprego da população activa e envelhecimento de má qualidade. Estes desafios não se resolvem Ministério a Ministério, nem em Lisboa. É preciso espaço e uma visão alargada de inclusão que consiga mobilizar as pessoas. É preciso assegurar que se integra vários pontos de vista nas estratégias que se desenham.

Essa é uma dinâmica essencial que não está a acontecer porque o programa de ajustamento é extremamente centralizador e essa centralização não estimula o tipo de concertação local adequado à resolução dos problemas.

O que impressiona mais é a falta de coordenação: o Ministério que trata dos transportes deixa aumentar os transportes, o que trata das energias aumenta a luz, o Ministério da Saúde aumenta as taxas moderadoras, o que trata dos ordenados, baixa-os... É como se se estivesse a lidar com diferentes pessoas mas todos esses efeitos se produzem cumulativamente em cada cidadão e ninguém os soma previamente... Não há ninguém que articule a acção dos Ministérios e se ninguém olhar para o conjunto dos efeitos e das razões, ninguém dará uma resposta adequada.

ROM – Os efeitos da crise na saúde são já demasiado evidentes, não concorda?

CS – Tenho ouvido muitos economistas alegarem que os únicos dados que existem são de saúde mental. Mas saúde mental é muita coisa! Na região norte do país, por exemplo, mais precisamente no Alto Minho, sabemos que nos registos dos clínicos gerais – com base em dados de confiança – há um aumento da depressão de 30%. E há também um aumento das tentativas de suicídio de cerca de 40%. Uma depressão não é um ‘fastiozinho’. Os antigos chamavam à depressão ‘tristeza maligna’ e não é por acaso: a depressão é uma doença que causa um profundo sofrimento.

Por outro lado sabemos que esse sofrimento, esse *stress* crónico, quando afecta as crianças e se prolonga durante muito tempo origina um compromisso de-

finitivo da capacidade de aprendizagem, o que se reflecte para o resto da vida. Temos que abordar esse problema com urgência pois o empobrecimento infantil está a crescer. O que está a acontecer nas nossas escolas é que metade das crianças aparece sub-nutrida e a outra metade obesa... Estamos a criar um problema agora e para o futuro desta geração.

Por outro lado, sabemos que a ansiedade, a depressão e a diminuição de autoestima – consequências da crise económica – são factores de risco de doenças crónicas degenerativas, o que, obviamente, tem consequências na saúde mas também financeiras. Sabemos que a dificuldade de acesso a certos medicamentos, a cuidados de saúde (às vezes por causa do aumento das taxas moderadoras, outras por medo de faltar ao emprego para ir ao médico) têm como consequência que as pessoas não seguem os cuidados preventivos nem sequer os cuidados necessários em relação às suas doenças crónicas, nem na toma de medicamentos, nem em relação à forma como comem e isso não tem só efeitos imediatos, tem também efeitos a médio e longo prazo.

O efeito de uma crise como esta na saúde não chega sequer a ser controverso: é perfeitamente observável e observada... Desde que queiramos ver.

ROM - Um estudo de 2011 (Role of social welfare in European suicide prevention. Int J Soc Welfare 2011; 21: 26-33) mostra que a confiança da população no sistema de segurança social tem um efeito preventivo do suicídio. Mas, neste momento, confiança é o que não existe nos portugueses...

CS - Parece que ninguém lê os estudos. Nenhuma informação parece passar e chegar aos decisores. Os partidos políticos preparam-se para atingir o poder mas não se preparam para governar. Se não o fazem nos primeiros dois anos do ciclo político ou já não acontece

ROM - Será que a nossa classe académica foi excessivamente teórica durante demasiado tempo e que foi isso que provocou o afastamento da decisão política?

CS - Tomemos como exemplo a Escola Nacional de Saúde Pública: enquanto as ciências naturais (medicina, farmácia, economia, engenharia, etc.) correspondem a ciências concretas, já uma escola de saúde pública é uma construção artificial porque reconhece que sem o conjunto dessas competências não consegue influenciar os caminhos da saúde e por isso junta economistas, médicos, enfermeiros, sociólogos, etc.. Reconhecida a necessidade da conjugação de competências, para que esta construção artificial funcione tem que haver um equilíbrio entre produção de conhecimento e a sua aplicação. Esta escola foi construída não tanto para produzir conhecimento puro mas antes para fazer chegar esse conhecimento à acção. Mas este é um conceito complexo de explicar a um reitor. Se fosse apenas para produzir documentos teóricos não precisávamos de uma escola de saúde pública. O que precisamos é de usar 50% do nosso tempo para traduzir o conhecimento que produzimos. Essa deve ser a função da Escola Nacional de Saúde Pública: traduzir conhecimento para levar à acção. Mas se a nossa liderança técnico-científica não valoriza esse papel de ‘tradução do conhecimento’,



não conseguimos fazer o caminho necessário para ter políticas de saúde actuais e fundamentadas. Nós, os académicos, também temos que aceitar aquela que tem sido a nossa relativa incapacidade para influenciar as políticas. E temos que, para além da crítica, mostrar a nossa disponibilidade em fazer um trabalho construtivo.

ROM – Há ou não racionamento implícito nas nossas instituições de saúde? E em caso afirmativo, quais as consequências do mesmo?

CS - Temos relatos de fontes fidedignas que dizem que existe racionamento implícito, embora não tenhamos nenhum estudo que o demonstre. Temos, portanto, sinais da existência desse racionamento implícito, embora não tenhamos dados. Se temos sinais de origem credível e persistente e se esses sinais dizem respeito a um assunto sério e têm uma explicação razoável, que neste caso é a existência de uma crise financeira que pode estar a levar certos serviços a tentar poupar tudo o que podem nem que seja adiando tratamentos,

então é plausível que os sinais correspondam a uma realidade. Cabe às autoridades que têm dados para o fazer confirmar se isso acontece ou não. Mas, embora várias entidades tenham relatado essa preocupação, não temos nenhum relatório, com garantias de objectividade, que ao menos reflecta uma procura sistemática do significado dos sinais detectados. Mas, por não fazerem a investigação que deviam, isso não os autoriza a dizer que o

racionamento implícito não existe. E, a existir, esse racionamento tem implicações sérias na saúde das pessoas porque se traduz no facto de haver um acesso a formas de diagnóstico e tratamento sub-óptimas que são proporcionadas em vez das que são necessárias.

ROM – Se fossem investigados os sinais de racionamento implícito, o que mudaria?

CS - Se se fizesse o estudo necessário, deixava de existir críspação para haver concertação e todos trabalharíamos em conjunto para melhorar os resultados. Assim, o que está a acontecer são cortes cegos, o que nunca leva a boas consequências.

Percebemos que se os cortes tiveram que ser feitos de forma urgente mas, então, temos que fazer a análise num momento posterior e 'corrigir a mão'. Não reconhecendo as consequências para a saúde das políticas adoptadas e dos cortes efectuados não podemos melhorar.

Há uma questão de política central que potencia os efeitos negativos dos cortes: suspeitávamos há três

anos - e confirma-se agora - que um programa de ajustamento a três anos não pode funcionar porque provoca um conjunto de soluções apressadas com muito mais desvantagens do que vantagens, fundamentando-se numa base de conhecimentos que, cada vez mais, se verifica que é pouco consistente. Para qualquer observador informado o plano de ajustamento para Portugal deveria ser de 6 anos. Mas isso não é igual a 3 mais 1, mais 1, mais 1... Porque ao fim de 3 anos deprimiu-se de tal forma a sociedade que tudo o que se acrescenta encontra um terreno destruído. Reconheceu-se agora que eram precisos mais anos mas continua a não se admitir que as consequências desse erro são gravosas.

Muitas coisas que se estão a fazer em consequência do programa da Troika na saúde são necessárias, mas não são passíveis de ser bem feitas no prazo determinado. Muitos destes erros eram escusados. Mas pior do que cometê-los é quando não o reconhecemos, porque a primeira condição para melhorar é reconhecer as dificuldades. Reconhecer erros na política não é fácil, mas se estamos numa situação especial também seria bom mudar de hábitos...

ROM - O presidente alemão, Joachim Gauck, referiu em março de 2012 que se deve procurar construir mais Europa, nomeadamente através de programas para a saúde, a equidade e o desenvolvimento sustentável. Concorda que o caminho tem que passar pela efectiva europeização das políticas de saúde?

CS - Sim, esse é o caminho e não só para a saúde pública, aliás. Há um conjunto de responsabilidades

de saúde pública que já são europeizadas: temos a Agência Europeia de Segurança Alimentar (European Food Safety Authority - EFSA), temos sistemas de monitorização de saúde pública também de âmbito europeu, etc. Historicamente, a integração das economias europeias foi também um veículo para a paz. Mas ao equacionar a integração das economias colocou-se a questão sobre como integrar os contratos sociais que são de âmbito nacional e aí ainda temos muito caminho a percorrer. O que não foi europeizado foram precisamente os cuidados de saúde, ou seja o espírito de protecção social, porque os países mais fortes não o querem fazer... Um sistema de protecção social traduz-se em três coisas: cada um contribui de acordo com os seus rendimentos, recebendo de acordo com as suas necessidades, a segunda coisa é que contribuimos durante a vida, quando somos saudáveis e novos, para receber mais tarde quando ficamos mais doentes e idosos (princípio da previdência) e a terceira é o princípio da inclusão, ou seja, todos fazemos parte do mesmo sistema. Esta dissociação na saúde, em que os cuidados são nacionais e as políticas de saúde pública europeias, só tem uma razão de ser conceptual e política e resulta apenas do facto de os países mais ricos não quererem uma caixa única de segurança social. A política europeia não permitiu chegar aí. Os europeus não avançaram o suficiente para desenvolver uma União Europeia que incluía aspectos financeiros, económicos e sociais por isso fizeram-se divisões artificiais entre a saúde pública que é de todos e a protecção social que é das nações; mas esta crise fez com que o problema seja agora comum na

pior altura e pelas piores razões e nada mudará enquanto nós que estamos em maiores dificuldades – Portugal, Espanha, Grécia, etc. – não trabalharmos junto da opinião pública europeia para mudar a forma como nos vêem. Temos que mostrar que temos as qualidades necessárias para sermos os parceiros que devemos e queremos ser.

ROM - Sendo que uma população saudável é um pré-requisito para uma economia funcionante, não seria essencial que a Europa – se quer sair da crise financeira – promovesse a inclusão social em vez do desmantelamento do Estado-social?

CS – Evidentemente que sim. Há um pensamento hierárquico linear instituído neste momento que é: primeiro resolvemos os problemas financeiros, depois vamos ver se crescemos em termos económicos e, no fim do dia, lembramo-nos de espreitar para o que entretanto aconteceu na saúde... Em vez de analisarmos a questão no seu conjunto, que é a única forma de pensar inteligentemente sobre estas questões, aceitamos - ou somos forçados a aceitar - este pensamento hierárquico. O problema é que a situação torna-se um ciclo vicioso: como estamos a empobrecer não podemos pagar o Estado Social e isso gera as consequências de que já falámos como é o caso do aumento das depressões. Mas a aspiração do bem estar produz sociedades mais empreendedoras, com vontade de encontrar soluções de crescimento económico e social, sociedades mais competitivas que promovem o que é necessário para se desenvolver o Estado Social. Se aderimos passivamente a esse pensamento hierárquico simplificado de que somos

obrigados a empobrecer, por consequência teremos menos dinheiro e com o dinheiro que temos não conseguimos fazer nada. Não podemos aceitar como dado adquirido que temos que empobrecer e consequentemente cortar mais na saúde, pois cortar mais e de forma cega leva-nos a empobrecer ainda mais porque a saúde tem valor económico. É urgente quebrar de forma activa esse ciclo vicioso, voltar a aspirar ao bem estar, ser mais agressivos, mais arriscados. Temos que partir da vontade de resolver as questões para ter um Estado Social melhor. Esta abordagem tem que ser feita por nós mas também ao nível das redes profissionais, académicas e sociais europeias, caso contrário não conseguimos reverter a situação.

ROM - Com a crise e o aumento da emigração há outras questões de saúde pública que se tornam particularmente relevantes...

CS – De facto. Mas os efeitos a longo prazo não entram no debate como se as questões de saúde fossem mera engenharia mecânica. Vários fenómenos devem ser tidos em conta para o futuro: a população está a envelhecer, quer porque as mães não querem trazer filhos para este mundo incerto quer devido à emigração de jovens casais qualificados (em 2012 os números da emigração triplicaram em relação a 2011), estamos com isso a contribuir para a separação de famílias, conflitos nas relações intergeracionais, violência familiar, etc. Precisamos de coesão e estabilidade intergeracional ou estaremos a pôr em causa os princípios do Estado Social que construímos.

Contudo, quando ouvimos a estratégia política, o que parece é que se está apenas a falar de

contas sem significado social, sem nenhum complemento sobre o impacto real na vida das pessoas. Há uma espécie de 'anemia' de pensamento único em que se afirma só existir uma solução, numa postura que não permite sequer discutir outras possibilidades; é esse tipo de pensamento que nos faz sentir deprimidos e com menos futuro.

ROM - Há muitos anos que se fala da potencial falta de sustentabilidade do nosso SNS. Concorde que os riscos de degradação por perda de qualidade são o principal motor das dificuldades financeiras do sistema?

CS - O SNS não é sustentável? Claro: se as pessoas que têm qualidades de liderança, que desenvolveram os serviços, ensinaram os mais novos, etc. começam a emigrar, o SNS não será seguramente sustentável mas não apenas porque cortaram o orçamento... A insustentabilidade será o resultado de um conjunto de circunstâncias que incluem a degradação dos serviços que pode fazer com que as pessoas pagam deixem de ver no SNS algo que serve os seus interesses e deixem de recorrer a ele... Numa comunidade é a classe média que pode assegurar o serviço de saúde - para ela e para os que não podem pagar; Se a classe média diminui... Vejamos o exemplo dos cuidados de saúde primários: as Unidades de Saúde Familiar conseguiram reconvocar a classe média que tinha deixado de ir ao centro de saúde por causa das filas de espera. Agora, com as USF, há uma sensibilidade e preocupação com as pessoas e num serviço sem tempos de espera. Ao captar de novo a classe média reforça-se a sustentabilidade porque não



se pode pedir às pessoas para pagar algo - para eles e para os outros que não podem pagar - quando não lhes serve. Esta ligação é um verdadeiro factor de sustentabilidade. A ideia de solidariedade tem subjacente o princípio de pertença a uma comunidade; aliás, se existisse uma efectiva comunidade europeia a crise não podia estar a acontecer nos moldes em que está.

ROM - E quem é que decide quanto se deve investir no SNS?

CS - Todas as sociedades mais avançadas põem - e querem pôr - cada vez mais dinheiro no orçamento da saúde. Não pode ser ao contrário. O que queremos fazer das coisas públicas tem que nos ser perguntado e não pode ser um facto consumado. Não podem simplesmente dizer-nos que alguém decidiu que só temos este valor para a saúde. Decidiu como e porquê?

Sustentabilidade não é saber o que vamos fazer com os sete milhões que nos dão. Essa noção contabilística de sustentabilidade está desfocada. A verdadeira questão é saber como cumprimos o contrato social, como é que reivindicamos a parte que queremos para a saúde, de que

forma somos capazes de captar para o SNS grande parte da população, que o defenda, que sinta que lhe pertence, que o reconhece como uma instituição portuguesa. Isso sim traduz-se na sustentabilidade.

Há poucos países no mundo que tenham uma instituição como o nosso Serviço Nacional de Saúde (tem o Reino Unido mas agora a tendência é estragá-lo). Se olharmos o sul da Europa não há nenhum país que tenha uma instituição como esta. Portanto o SNS, o mais prestigiado e mais avançado no sul da Europa, é português.

ROM - Como analisa as tentativas de impor a concorrência entre público e o privado no sector da saúde?

CS - Uma instituição pública tem uma missão, não visa o lucro como os privados. Estabelecer regras de concorrência entre a saúde pública e a privada é uma concepção ao arrepio do que é uma instituição pública que tem uma missão que é configurada de acordo com aquilo que precisamos. E, à volta do sector público, há um sector social e um sector privado que complementam, mas o que tem que regular o sistema é a nossa

I Congresso do Serviço Nacional de Saúde - SNS Património de todos 27 e 28 de Setembro de 2013, no Auditório do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

vontade de configurar o Serviço Nacional de Saúde que nos pertence.

É mais adequado falar em contrato social do que em Estado Social neste contexto porque o contrato põe no centro a comunidade e aquilo que ela quer sendo o Estado um instrumento. No sistema tradicional nós contribuíamos para uma caixa que sentíamos como sendo nossa. Com a transição para um paradigma em que a saúde se financia de outra forma - através do orçamento geral do Estado - esquecemo-nos de desenhar o sistema de forma a não perder o sentido de pertença. Essa incapacidade de manter a ligação entre a comunidade e o contrato social fragiliza-nos. Antigamente as pessoas iam à caixa e defendiam os seus direitos afirmando 'eu sou beneficiário'... Era uma espécie de mutualismo. Esta tradução de uma comunidade com um contrato social num Estado - mesmo que lhe chamem Estado-Social - faz com que o Estado nos dê o que quer e apenas quando quer. Temos que defender o regresso às concepções básicas: somos proprietários de um contrato social, pagamos para a saúde e a reforma e esperamos que o Estado seja um instrumento de gestão que nos beneficie a todos. O SNS é uma peça central desse contrato social e temos que o defender. O Estado está ao nosso serviço, não é nosso proprietário.

ROM - Qual o papel das

organizações da sociedade civil europeias no actual contexto?

CS - Não podemos ter uma postura passiva de deixar tudo para os Governos resolverem. É indispensável encontrar organizações na sociedade civil capazes de complementar, influenciar, criticar, apoiar quem está nas instituições formais a fazer o seu papel. Temos pouco capital social: o índice de capital tem um elemento tangível que é a capacidade da comunidade tomar a iniciativa e um intangível que é a confiança das pessoas. Os estudos indicam que isso é algo que nos falta. Temos pouca capacidade de iniciativa, receio de assumir o risco e as consequências do mesmo, e falta de confiança nos outros. Para inverter esta falta de capital social temos que tomar iniciativas e, preferencialmente, juntarmo-nos a outros países europeus e concertar esforços. Se não conseguimos falar com os alemães, holandeses, finlandeses, etc. para criarmos uma imagem comum na Europa, não vão ser os Governos que o vão fazer. É um desafio enorme que ainda não enfrentámos de uma forma séria. Mas é um papel fundamental: as organizações da sociedade civil influenciam a sociedade civil e não nos esqueçamos que a opinião pública é a única coisa que os Governos temem. Se não conseguirmos fazer evoluir a opinião pública no sentido de termos uma visão de conjunto europeia sobre as necessidades de política financeira, económica e social teremos que enfrentar ainda mais dificuldades.

ROM - Foi essa necessidade que motivou a criação da Fundação Serviço Nacional de Saúde?

CS - É precisamente nessa lógica que se integra a ideia da Fundação

que tem procurado o diálogo com organizações congéneres europeias. Mas, em primeiro lugar, queremos recuperar o essencial do contrato social e afirmar peremptoriamente que o SNS é nosso, não do Governo, nem do Ministério da Saúde. Nós é que o pagamos, nós é que o frequentamos, nós é que o gerimos, nós é que lá trabalhamos. Pretendemos reivindicar essa propriedade, com a intenção de ajudar a encontrar soluções de melhoramento.

Neste momento estamos a centralizar todas as nossas energias para a organização do I Congresso do Serviço Nacional de Saúde. Queremos desenvolver uma linguagem, uma percepção dos factos que nos permita conversar sobre o Serviço Nacional de Saúde com conhecimento de facto porque a primeira condição para transformar uma realidade é conhecê-la concretamente: Qual é a base da existência do SNS? Quais os princípios que o norteiam? O que é que está a acontecer? Quais são as respostas possíveis? O congresso é um elemento importante dessa linguagem na medida em que permitirá discutir um conjunto de teses e aperfeiçoá-las. Queremos envolver a sociedade civil, não numa postura conservadora de defender o SNS, com uma postura de melhorar o SNS, mesmo num contexto difícil como aquele em que estamos a viver, tentando condicionar de maneira informada as decisões políticas.

ROM - O que é que já aprendemos com esta crise?

CS - Quem? Os académicos? O sistema político? A comunidade?... A comunidade científica aprendeu muito, o poder político e a comunidade pouco.



José Manuel Silva

Bastonário da Ordem dos Médicos

O “FALSOESTE” e os Cirurgiões Borda-d’água...

Escrevi recentemente acerca do “FAROESTE”, na sequência de uma visita de trabalho aos Hospitais daquela região, Torres Vedras e Caldas da Rainha. Naturalmente, reitero tudo o que então escrevi, mas não posso deixar de esclarecer o que agora carece de clarificação.

A visita resultou do indisfarçável mal-estar e descontentamento de muitos profissionais e população, pela decisão política de fundir os Hospitais daquela região, no pressuposto de uma melhor organização e obtenção de ganhos em saúde, melhor dizendo, corte esperada de alguns milhões. Mais uma decisão sem estudos conhecidos...

Para concretizar o propósito, nada melhor que nomear para a Administração quem subscrevesse sem hesitações os objectivos traçados e decidisse “sem ouvir” de forma construtiva os principais interessados, apesar do jogo do “faz de conta que ouve”, que só resulta para mentes menos atentas e menos bem informadas ou mais subservientes... Genericamente, impressiona mesmo verificar como alguns, quando nomeados para o tal transitório “cargozinho” passam a fazer quase o contrário do que até aí defendiam. Habitualmente é assim... Por que razão terá a Assembleia

Municipal de Caldas da Rainha pedido a demissão do Presidente do CA do CHO? Por razões políticas é que não foi! Certamente por defender as populações locais e por ter perdido a confiança e estar descontente com as atitudes do CA do CHO. Após inúmeros alertas para os riscos que os doentes corriam, nomeadamente de infecções hospitalares graves, os médicos do Hospital das Caldas da Rainha não foram deixados com outra alternativa, vendo-se obrigados a manifestarem a sua indisponibilidade para continuar a trabalhar num Bloco Operatório com o ar condicionado avariado há meses.

Na sequência desta necessária decisão médica, vem o Presidente do CA do CHO dizer que não foram adiadas quaisquer cirurgias e que das dez salas de operações do Centro Hospitalar só quatro é que estão avariadas. Curiosa e falaciosa manipulação das palavras, tipo esperteza simples, pois o Hospital das

Caldas da Rainha não tem dez salas de operações, mas sim todo o CHO! Chama-se a isto deturpar a realidade e o contexto, a pretexto de tentar explicar o inexplicável, querendo seguramente confundir os menos informados.

Além do mais, as cirurgias só não foram adiadas porque não foram programadas, e, na realidade, os doentes da Cirurgia Geral não foram ontem operados, nem o serão nas Caldas da Rainha até que o ambiente dessas quatro salas de operações se torne suportável para proporcionar adequadas condições de trabalho e segurança para os doentes e os profissionais. Vivemos no século XXI. Os cidadãos do Oeste também têm direitos! O Oeste não pode ser “Faroeste” nem “Falsoeste”.

Logicamente, em defesa dos doentes, os cirurgiões não aceitaram, nem podiam aceitar, a peregrina sugestão de operar somente quando o tempo estivesse mais fresco ou programar

apenas cirurgias “mais pequenas”. Teriam sido os precursores de uma nova e inusitada especialidade, a de “cirurgião Borda-d’água”.

A Ordem dos Médicos não pode deixar de criticar a postura do CA do CHO, de apelar

aos cidadãos do Oeste para que defendam a Qualidade das suas instituições de Saúde e de, em nome e em defesa dos doentes, saudar e suportar a corajosa, ética e inevitável decisão dos médicos do Hospital das Caldas da Rainha.

É com atitudes como a dos médicos do Hospital das Caldas da Rainha que, colectivamente, podemos evitar a destruição da Qualidade do SNS.

Lisboa, 21 de Maio de 2013

informação

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Realizou-se no dia 29 de Maio uma reunião na DGS sobre o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSI), com a participação da Ordem dos Médicos. O objectivo da reunião foi a apresentação de algumas vertentes do PNSI, nomeadamente no que diz respeito à nova cronologia das consultas de vigilância em idades-chave, o uso das curvas de crescimento da OMS e a concretização de instrumentos de registo “on-line”, concretizados em 3 aplicações - o “Nascer Utente”, que irá permitir que, à semelhança do que já acontece com o registo civil, seja possível que a criança seja inscrita como utente do SNS logo à nascença, ainda nas maternidades, a “Notícia de Nascimento” desmaterializada, com a sua transmissão por

meios informáticos e a também desmaterialização do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil pela utilização do eboletim, esta última aplicação por opção dos pais - para aqueles que não aderirem manter-se-á a versão em papel, sendo que a informação será sempre carregada na aplicação, podendo a qualquer momento ser activada pela adesão dos pais. Segundo a informação prestada pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde durante a reunião está assegurado que as aplicações SAM e SAPE estarão já preparadas para se interligarem com estas aplicações, evitando a duplicação da tarefa de introdução de dados, estando a decorrer conversações com os responsáveis do MedicineOne para, a breve trecho, também o mesmo ser

possível com esta aplicação. Outras aplicações, que estão a ser usadas nalgumas unidades de saúde, não se disponibilizaram para fazer essa actualização. Para quem não tenha estas aplicações, nomeadamente os pediatras que exercem a sua actividade em ambiente privado, a introdução dos dados e o seu acesso far-se-á através da Plataforma de Dados em Saúde. A entrada em vigor destas inovações será faseada, iniciando-se a partir do próximo dia 1 de Junho do corrente ano. A reunião contou com a presença de representantes de várias entidades e pediatras. A Ordem dos Médicos foi representada por José Mendonça da Costa, vogal do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos.



José Dias Pereira

Assistente Hospitalar Graduado, Conselho Consultivo da SRC da OM
Associação Portuguesa dos Médicos da Carreira Hospitalar

Miller Guerra, Serviço Nacional de Saúde e Carreiras Médicas

Num artigo por si publicado, o Dr Paulo Mendo historiou o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e as Carreiras Médicas que o integram, nas quais continua a alicerçar-se. Referência ainda, à simultaneidade das suas origens, no fim dos anos cinquenta.

Ao lembrar o Prof. Miller Guerra e o grupo de médicos por si liderado, como autores do SNS e das Carreiras Médicas já nos fins dos anos cinquenta, clarificou do ponto de vista histórico quanto às suas origens, a ainda mais importante iniciativa social e humanística da sociedade portuguesa.

Relembremos, que na sequência do reconhecimento Constitucional do direito à Saúde de todos os portugueses, com a proposta e defesa do Dr. António Arnaud, foi em 1979 aprovado na Assembleia da República (A.R.) o SNS, instrumento e garante da praticabilidade universal desse direito, na sociedade portuguesa. Assim, esta iniciativa política, da responsabilidade do Dr. António Arnaud e do Partido Socialista (P.S.) que então representava e a sua consequente aprovação pelo Parlamento, são passos indissociáveis do ainda existente SNS e dos incommensuráveis benefícios que trouxe à população, resultantes da sua consequente implantação.

Esta aprovação pela A.R. foi o

corolário tardio de um projecto de enorme repercussão social que o regime Salazarista rejeitou e proibiu, pressionado por uma parte dos interesses privados já nessa época instalados na Saúde e, pelo próprio exercício liberal da Medicina, que ainda sem concorrência e regulamentação então se praticava, só ao alcance da minoria dos portugueses que o podiam pagar. Os outros, não se tratavam.

É neste cenário de egoísmo e de insensibilidade social, que já no fim dos anos cinquenta – cerca de vinte anos antes da sua criação – num genial rasgo de visão social futurista, o Prof. Miller Guerra então dirigente da Ordem dos Médicos (O.M.), e o grupo de médicos por si liderado, sustentado por um relatório por si elaborado das Carreiras Médicas – pela primeira vez referidas na história da Medicina Portuguesa – teve a iniciativa de propor a criação de um serviço público de Saúde, com quadros profissionais próprios, financiados pelo Estado.

Fê-lo, não só por uma questão

de cidadania no sentido lato do termo, mas também no exercício de cidadania médica, no seu entender, respectivamente, «por dever patriótico» e «sentido de missão», considerando nesta época as dificuldades sócio económicas da maioria da população portuguesa, sem dinheiro para se tratar. Lembremos a mortalidade infantil da época.

Irónica coincidência dos tempos. No momento em que as referidas dificuldades sócio económicas se repetem e agravam exponencialmente, a concomitante e também exponencial transformação da Saúde em negócio.

Neste seu pioneirismo futurista que caracterizou o projeto de um serviço público de Saúde por si criado e apresentado ao governo de então, lançou as bases estruturais em que ainda assenta o actual SNS, referência óbvia ao citado Relatório das Carreiras Médicas, em preocupante processo de destruição.

Assim, não é justo apagar o nome do Prof. Miller Guerra do processo



original
da criação do SNS.

Com efeito, o seu nome tem sido permanentemente esquecido nas diversas circunstâncias e eventos, alusivos ao SNS.

Juntemos assim o seu nome ao do Dr. António Arnaud a quem, também com o sentido cívico e patriótico de missão que os portugueses de forma isenta lhe reconhecem, na qualidade de então Ministro dos Assuntos Sociais, se ficou

a dever a aprovação do SNS na A.R, facto sem o qual, por cair no esquecimento, este projeto de reconhecida utilidade pública se teria perdido e hoje não estaríamos aqui a referi-lo.

Injusto seria ainda, não citar o nome do Prof. Mário Mendes também médico, então seu Secretário de Estado da Saúde, a quem se deve a execução do projeto, traduzida pela sua implementação.

Contudo e essencialmente, porque criado por médicos sob a direção do Prof. Miller Guerra como então dirigente da OM, embora pertença de todos os portugueses, propõe-se ao Conselho Nacional Executivo (C.N.E.), passar este projeto do S.N.S., a integrar formalmente o património imaterial da OM.

Assim, além do reconhecimento de autoria médica considerando o envolvimento direto da própria OM, pois terá sido na qualidade de seu dirigente que o Prof. Miller

Guerra concebeu e apresentou o referido projeto, reconhecer-se-á simultaneamente, a importância determinante e espontânea, com a qual os então jovens médicos implantaram e desenvolveram o SNS em todo o País, com o Serviço Médico à Periferia (SMP), instrumento por si criado e organizado para o efeito. Só por miopia (?) política, foi eliminado do organigrama da Saúde em Portugal, considerando entre outros, a sua importantíssima vertente formativa médica pós graduação, bem como a vertente assistencial.

Reconhecer-se-á ainda, o valor ético e humano e a mensagem subjacente ao projeto do Prof. Miller Guerra, quando o justifica por espírito cívico de missão e dever patriótico. Valores, que inerentes à identidade da Classe Médica, neles se revêm a maioria dos médicos.



Comunicado

Distrito Médico de Setúbal

Divulgamos o comunicado do Distrito Médico de Setúbal sobre a imposição administrativa da redução no valor a pagar em trabalho extraordinário e o processo em curso de generalização da contratação de médicos através do recurso a empresas de prestação de serviços.

O Conselho Distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos tomou recentemente posição pública relativamente à situação dos Serviços de Saúde na sua área de influência.

Desde então, as informações que foi recolhendo vieram não só confirmar as razões que a motivaram, como também, revelaram o agravamento da perturbação ao normal funcionamento dos Serviços, então denunciada.

A imposição administrativa da redução no valor a pagar em trabalho extraordinário, necessário para garantir algumas actividades essenciais como por exemplo o Serviço de Urgência, ou a ordem de rescisão dos contratos aos médicos que se encontram em regime de prestação de serviços, recentemente emitidas, está já a condicionar negativamente as Instituições e poderá a curto prazo, vir a limitar de forma significativa a continuação da prestação de um conjunto de cuidados necessários aos doentes.

Possuindo alguns destes médicos grande qualificação técnica, a

resultante perda da capacidade para executar actos médicos que exigem competências e conhecimentos muito específicos vai limitar a acessibilidade a estes cuidados e reduzir a diferenciação já adquirida por algumas Instituições.

O processo em curso de generalização da contratação de médicos através do recurso a empresas de prestação de serviços, marginalizando os Directores dos Serviços interessados no processo de escolha dos elementos por cuja prática médica serão, em última análise, os últimos responsáveis, e da dispensa de um conjunto de trabalhadores de vários Serviços de Saúde, nomeadamente enfermeiros ou assistentes administrativos e operacionais, vai certamente conduzir à rotura de muitas equipas e à sua desorganização e por esta via à redução da qualidade dos serviços prestados, alterando de forma profunda a normal actividade das Instituições.

O Conselho Distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos não pode, por isso, deixar de manifestar a sua

mais veemente discordância com estas medidas, tomadas de forma meramente administrativa e sem qualquer fundamentação técnica ou organizativa que as sustente, que mais parecem destinadas a encerrar Serviços ou a limitar a capacidade de prestação de cuidados das Instituições e a acessibilidade dos cidadãos aos mesmos e que poderão, no limite, configurar actos de gestão danosa das Instituições Públicas de Saúde. Por isso, volta a afirmar que está totalmente disponível para participar na elaboração e aplicação de todas as medidas de carácter técnico e organizativo destinadas a melhorar a prestação de cuidados de saúde na sua área de influência e que tudo fará para impedir que sejam postos em causa os interesses dos cidadãos e dos profissionais.

Setúbal, 28 Maio 2013



Amadeu Prado de Lacerda

Chefe de Serviço de Medicina Interna
Centro Hospitalar de Setúbal

Serviço Nacional de Saúde - Um valor civilizacional

O PIB mede mais ou menos tudo, excepto aquilo que torna a vida digna de ser vivida
- Robert Kennedy

Aos quinze dias de Setembro de mil novecentos e setenta e nove nascia na maternidade popular uma robusta criança do sexo masculino, filho muito desejado de um povo sofrido e sofredor, a quem foi dado pelo seu padrinho António Arnault - que sempre o protegeu e por ele se bateu - o nome de Serviço Nacional de Saúde.

A criança nasceu cheia de vitalidade e abriu as goelas logo à nascença, berrando a plenos pulmões o seu protesto pelo opróbio que se abatera sobre os seus progenitores.

Pimpolho forte e bem constituído, foi crescendo em graça e habilidades sob o olhar atento e vigilante do seu povo nem sempre complacente com as suas diabruras, por vezes impiedosamente fustigadas por uma crítica cega, à revelia do que de bom o jovem ia fazendo.

A espaços as línguas viperinas acalmavam-se e, condescendentes, lá viam nele algumas virtudes merecedoras de realce e até de elogios – elas no fundo não eram de rancores.

A criança, que em adolescente se tornou, apesar das precárias condições das escolas por onde andou, foi dando boa conta do seu recado e, não sendo um aluno brilhante, ia subindo de forma segura na classificação a que hoje eufemisticamente se chama ranking, chegando a atingir, para ciúmeira de muitos colegas dotados não só de melhores condições naturais mas também de apoios logísticos e formativos, o décimo segundo lugar, deixando-os, como diz o povo, a ver navios no Alto de Santa Catarina. A sua formação ia-se consolidando com resultados progressivamente mais positivos, o que em nada o salvaguardava da língua afiada, sempre pronta a verberar os seus devaneios de jovem com o sangue na guelra, nem sempre resistindo às sedutoras tentações da vida.

O investimento efectuado na sua educação era fortemente compensador, mesmo deduzidas algumas aventuras mais exaltadas de uma juventude a fumar por todos os poros, como prova o nível de qualidade nunca antes

atingido e usufruído.

Esquecidos estavam os tempos já longínquos do século dezanove, em que só a doença era democrática, sendo a saúde um bem somente acessível a quem tinha posses para a sustentar.

Em mil oitocentos e oitenta e nove, o doutor Ricardo Jorge cria a primeira medida com carácter institucional e sistematizado de organização dos serviços de saúde pública, regulamentada em mil novecentos e um, e que entrou em vigor em mil novecentos e três. Até então o Estado apenas assegurava a assistência aos pobres, sendo a restante de índole privada.

Um longo lapso de tempo de pasmo governativo caracteriza a vida da saúde, até que em mil novecentos e quarenta e cinco, ciente das graves condições sanitárias do país, Trigo de Negreiros, Subsecretário de Estado da Assistência e Corporações do Ministério do Interior, onde a saúde estava integrada, desencadeia uma reforma sustentada pelo Decreto Lei nº 35108 de sete de Novembro de mil novecentos e quarenta e cinco,

que ficaria conhecida pelo nome do seu autor. Criam-se então institutos vocacionados para áreas específicas consideradas mais candentes como a tuberculose e a saúde materna.

No ano seguinte a Lei nº 2011 de dois de Abril de mil novecentos e quarenta e seis lança as bases da rede hospitalar.

Só no ano de mil novecentos e cinquenta e oito, já Humberto Delgado sacudia os pilares do Regime, é que a saúde se autonomiza do Ministério do Interior.

Este facto, que hoje pode parecer banal e valer apenas como realidade histórica, não deve ser descontextualizado da importância da saúde e das implicações políticas que assumem as medidas com ela relacionadas.

A sua sujeição a um ministério eminentemente político, e à época de carácter repressivo, ilustra bem a importância política da saúde e os seus reflexos na sociedade.

Esta abstrusa relação sem paralelo na Europa democrática merece, para além de um olhar histórico, uma reflexão para os nossos dias. Em mil novecentos e sessenta e três, definem-se de forma clara, pela Lei nº 2120 de dezanove de Julho, as competências do Estado e a sua articulação com a iniciativa privada na prossecução dos considerados superiores interesses nacionais.

O Decreto-Lei nº. 48358 de mil novecentos e sessenta e oito regula o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais. Verdadeiramente, só em mil novecentos e setenta e um, na Primavera Marcelista, com a reforma de Gonçalves Ferreira assente no Decreto Lei nº 413/71, é que surge o esboço do futuro serviço nacional de saúde, com a

proclamação do direito de todos os portugueses à saúde, cabendo ao Estado assegurar as condições para o exercício deste direito. Surgem então os primeiros centros de saúde denominados de primeira geração.

Sucessivamente vão-se definindo os limites e o papel dos diversos agentes em jogo.

Em mil novecentos e setenta e três aparece pela primeira vez o Ministério da Saúde autonomizado do Ministério da Assistência, mas transformado posteriormente, em mil novecentos e setenta e quatro, em Secretaria de Estado e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais.

Em mil novecentos e setenta e quatro, com a eclosão do vinte e cinco de Abril, e aproveitando as profundas alterações humanas, sociais e políticas que ele opera, estão criadas as condições que permitem finalmente a emergência do Serviço Nacional de Saúde.

Em mil novecentos e setenta e seis é constitucionalmente consagrado no artigo 64º que “todos os cidadãos têm direito à protecção da saúde e dever de a defender e promover”. A partir de agora a sua realidade como projecto político é insofismável.

Em mil novecentos e setenta e oito é publicado no Diário da República, 2ª Série de vinte e nove de Julho, o que ficaria conhecido como Despacho Arnaut, verdadeiro embrião do Serviço Nacional de Saúde, e em que é garantido o acesso de todos os cidadãos aos serviços médico-sociais, independentemente da sua capacidade contributiva.

Finalmente, a quinze de Setembro de mil novecentos e setenta e nove eis que ele vê a luz do dia com a Lei nº 56/79. O Ministério da Saúde só

em mil novecentos e oitenta e três é que se assume como entidade autónoma, atendendo ao volume dos serviços, infraestruturas e importância reconhecida pela comunidade.

Progressivamente ao longo dos anos, sucessivos despachos e decretos-leis vão-no estruturando juridicamente: da carreira de enfermagem, da criação das administrações regionais dos cuidados de saúde, da autonomia administrativa e financeira, da carreira de clínica geral, da direcção geral dos cuidados de saúde primários, da lei de gestão hospitalar, do regime das carreiras médicas, da prestação da assistência médica no estrangeiro, das taxas moderadoras, fonte de polémica intemporal, da rede nacional de cuidados continuados integrados.

Todo este labor legislativo ergeu um sólido edifício jovem na idade, com raízes fundas no povo que serve, mas nem sempre compreendido.

O Serviço Nacional de Saúde é uma das mais belas obras de pedras vivas da nossa história; um monumento civilizacional que, sem estultícia, considero comparável a esses outros monumentos civilizacionais, como a abolição da pena de morte, de que Portugal foi pioneiro no século dezanove; a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em vinte e sete de Agosto de mil setecentos e oitenta e nove, proclamando que os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos; e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em dez de Dezembro de mil novecentos e quarenta e oito.

No século vinte, Portugal tem dois grandes momentos civilizacionais. Um, de carácter activo - a criação do Serviço



Nacional de Saúde - e outro, passivo - o ter sido berço pátrio dessa figura invulgar de humanista que foi Aristides de Sousa Mendes, émulo e paradigma do herói do futuro que não mata para conquistar, mas que se sacrifica para que a vida seja uma conquista que perdure. Este monumento de civilização erguido por uma das mais velhas nacionalidades da Europa que, na sua pequenez geográfica e humana teve o génio e a ousadia de rasgar os mares e unificar os mundos sonhados e imaginados no mundo do homem, alargando os horizontes que criariam os fascinantes espaços abertos do Renascimento, e que ainda hoje é quimera não alcançada por povos poderosos, ricos, científica e tecnologicamente avançados, tem de ser preservado como património e testemunho de um povo.

Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades.

Açoitam-no ventos fortes soprados por Adamastores que, não tendo a coragem de o fazer naufragar, o que seria socialmente desastroso e politicamente in-

correcto, preparam o seu afundamento em banho-maria.

Aumentam-se as taxas moderadoras, justas em alguns casos; planeiam-se agrupamentos hospitalares que podendo constituir uma adequada medida de gestão, têm que garantir de forma inequívoca a mesma acessibilidade que as partes faziam por si, do que duvidou nas condições de grave carência que assola o povo português, podendo, sim constituir mais um acto

de segregação dos menos afortunados; impõem-se medidas de controlo à actividade médica propícias a passarem de medidas correctas de gestão clínica quando efectuadas inter-pares, a instrumentos sub-reptícios de constrangimento.

O Serviço Nacional de Saúde apresenta, no seu modelo actual e sem sofrer grandes alterações estruturais, condições de melhoria apreciável na qualidade e no custo de produção.

A qualidade dos seus gestores é pedra de toque para se obter este desiderato.

Há que estabelecer regimes remuneratórios aliantes de forma a captar os mais aptos para uma tarefa gestionária das mais difíceis e complexas, mas gratificante e provável trampolim para voos mais altos.

Impõe-se afastar definitivamente o compadrio pessoal ou político assim como o espírito burocrata ou de manga-de-alpaca que mais não faz que mastigar a gestão. São necessários gestores com visão estratégica e capacidade de liderança, que consigam concitar e congregar a colaboração, o

empenho e entusiasmo de grupos profissionais diferenciados que não se arregimentam com coacção, mas se mobilizam com projectos desafiantes; com espírito de inovação e competitividade, e sentido de dedicação à causa pública.

Para tal, é imperativo, dentro das grandes linhas políticas traçadas por cada governo, dar o máximo de liberdade à gestão e exigir dela o máximo de responsabilidade.

Gerir com rigor, combater sem tréguas o desperdício, criar receitas, recuperar dívidas, mobilizar, responsabilizar e incentivar os profissionais, eis a grande e ingente tarefa.

Temos que estar atentos aos desafios da contemporaneidade e equacionar soluções alternativas ou complementares. Algumas delas já estão implementadas com qualidade e a contento dos doentes. Quanto aos benefícios delas resultantes para o interesse público subsiste a dúvida. Os privados sabem fazer contas, o que nem tanto se passa com o Estado. Em regra, os primeiros queixam-se mas ganham, os segundos vangloriam-se mas talvez percam. É um problema da Portugalidade, nem sim nem não, nim.

Tudo se pode analisar e discutir. Desde o modelo actual puro e duro até à sua evolução para formas parcial ou radicalmente diferentes, contanto que sejam salvaguardados os direitos inalienáveis dos cidadãos. Poder-se-ia caminhar para sub-empreitadas da saúde, contratualizando a prestação de serviços, sempre sujeitas a rigoroso controlo; para as parcerias público-privadas, chegando na versão extrema ao emagrecimento anorético do Ministério da Saúde cingido a

um centro de contratualização e vigilância dos termos contratuais no respeito estrito dos preceitos constitucionais que regem o Serviço Nacional de Saúde.

Parece-me que esta seria uma inadmissível demissão do Estado numa área fulcral da cidadania, para além dos problemas que se levantariam no que respeita aos aspectos menos apetitosos da medicina em termos de negócio, nomeadamente no que respeita à medicina preventiva e à saúde pública.

No momento em que os povos hoje emergentes dão, à custa de sacrifícios inenarráveis, os primeiros passos no caminho que os conduz às benesses materiais do desenvolvimento, nomeadamente nos cuidados de saúde, nós, que afortunadamente já nos encontramos num estágio superior, não podemos consentir no seu desmantelamento.

O Serviço Nacional de Saúde é um desses manjares da nossa doçaria tradicional de massa fina e estaladiça envolvendo uma magia de sabores de ovos, amêndoa e gila, desfazendo-se aos primeiros acordes dentários em partículas delicadas que se derramam pelas papilas gustativas numa sinfonia de sabores.

Sucessivas medidas que os portugueses com menos recursos vão sentindo na pele-aumento das taxas moderadoras, concentração de especialidades que à primeira vista poderiam parecer medidas de gestão adequadas para as circunstâncias do momento que se vive, mas que se não se salvaguardar a acessibilidade, constituirão uma violação de preceitos constitucionais; a obrigatoriedade de efectuar os exames complementares de diagnóstico no hospital que os solicita forçando os cidadãos de

débeis recursos a dispêndios de deslocação perfeitamente desnecessários, quando não impeditivos, como se afinal não fossemos todos abelhas do mesmo favo. Discute-se em reuniões e congressos médicos, assim como em assembleias laicas de diversos quadrantes, de forma acrisolada, cínica ou empenhada, a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

Compreende-se que, pelo seu peso financeiro e pela sua importância política, social e humana assim seja. Mas porquê não nos debruçarmos também preocupadamente sobre os custos dos executivos nos diferentes níveis do Estado, onde se acolhe uma plêiade de secretários, adjuntos, consultores, conselheiros, amigos, compadres, confrades e correligionários de duvidosa necessidade e eficácia, a quem os brasileiros no seu humor aparentemente ligeiro e superficial, mas mordaz e corrosivo denominam de Aspon (Assessor de Porra Nenhuma) e Caspon (Conselheiro do Assessor de Porra Nenhuma)? Discute-se porventura a sustentabilidade das forças de segurança ou das forças armadas?

Não. Estas são os pilares da segurança interna e externa do Estado - tanto basta.

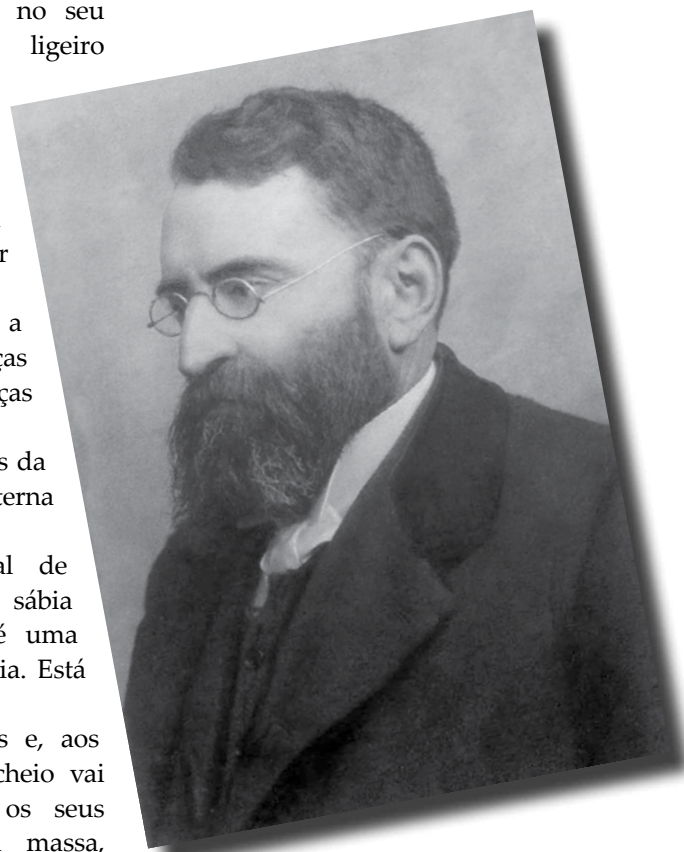
E o Serviço Nacional de Saúde? Na expressão sábia de Adriano Moreira é uma questão de principiologia. Está dito.

Difíceis vão os tempos e, aos poucos, o delicioso recheio vai secando e perdendo os seus matizes gustativos. A massa, de estaladiça esboroando-se ao contacto, torna-se seca e

empedernida, sem gosto nem jeito.

Cabe aos Portugueses no exercício de uma cidadania consciente, empenhada e responsável, e aos profissionais de saúde, em particular no caso vertente aos médicos, ultrapassarem querelas e divisões e, sobrepondo o bem plural aos interesses singulares, serem os guardiões e profetas do Serviço Nacional de Saúde, a última flor viçosa de Abril.

Se ela definhar, definha a Liberdade. Se ela morrer, morre a Liberdade.



Ricardo Jorge



Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da OM

Um caminho pouco sustentável

É cada vez mais transversal à sociedade portuguesa a noção de que a política de saúde seguida pelo Governo está a ter graves repercussões ao nível do acesso e da qualidade dos serviços prestados.

Indicadores como a quebra no número de consultas e episódios de urgência, atrasos nas listas de espera para cirurgia ou constrangimentos vários nos tratamentos oncológicos, confirmam esta noção genérica de retrocesso, apenas desmentida pelo discurso oficial da ineficiência no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A este nível importa reflectir sobre um conjunto de intervenções proferidas por decisores e pessoas com responsabilidade directa na gestão do sistema, cujo objectivo é claro: sustentar a política que está a ser seguida e abrir caminho a uma intervenção, essa sim, estrutural e que vai no sentido de enfraquecer o sector público da saúde.

Um exemplo muito concreto foi dado recentemente por um responsável de um grande hospital público ao afirmar que poderia dispensar 20% dos seus recursos humanos sem qualquer repercussão na organização e qualidade dos serviços. Menos de um mês depois, o ministro da Saúde intima as

administrações regionais de saúde a definirem qual o número de funcionários “prescindíveis” nas respectivas unidades que tutelam. A coincidência de posições, por demais evidente, demonstra a preocupação de testar primeiro a opinião pública para, posteriormente, actuar em conformidade e cortar de forma indiscriminada.

É preciso dizer sem tibiezas que este é um caminho insustentável e que aquilo de que carece o SNS, com carácter de urgência, é de uma definição clara e rigorosa por parte da tutela sobre o que quer fazer dele. Desde logo, determinando o que vale a saúde dos portugueses em termos líquidos, contrariando a desorçamentação verificada nos últimos anos e clarificando os recentes números avançados pela OCDE de que o Governo, em 2012, teria cortado o dobro do que estava previsto no acordo de assistência financeira.

Um segundo aspecto tem a ver com o modelo de financiamento adoptado. O procedimento vigente castiga o sistema de forma transversal, aplicando os mesmos cortes a todas as regiões de saúde, independentemente de estarem há anos a cumprir com as metas orçamentais (como é o caso da região Norte e do Grande Porto em particular) ou de não o

estarem a fazer (como é o caso da região de Lisboa e Vale do Tejo e cujo financiamento per capita é o maior do país).

O caminho da sustentabilidade passa, evidentemente, por mais eficiência e melhor gestão. É verdade que o SNS ainda é gerador de múltiplas ineficiências e que estas devem ser objecto de um combate sério, rigoroso e motivado por todos os intervenientes. É também verdade que só uma aposta clara na qualificação dos serviços prestados pode reduzir este capital de desperdício e melhorar de forma sustentada os indicadores financeiros. Este esforço de racionalização passa ainda por iniciativas como a criação de centrais de compras para medicamentos e dispositivos médicos, pela reutilização de dispositivos médicos, pela redução das infecções associadas a cuidados de saúde, pela melhoria da performance individual e colectiva, pela melhoria generalizada das condições de higiene nas unidades de saúde e pela optimização dos níveis de organização.

Há um outro aspecto bem mais sensível do ponto de vista político e convenientemente ignorado pelos decisores, que passa por uma luta sem tréguas ao

clientelismo. O sector da saúde continua, apesar de todas as denúncias, a ser um repositório de cargos de nomeação política verdadeiramente escandalosos, cujos ocupantes não reúnem qualquer competência para o seu exercício além, claro, da militância no partido do poder. De uma vez por todas, há que tornar o sistema transparente e não fazer da meritocracia uma bandeira invocada de acordo

com as conveniências.

Na rota da sustentabilidade e caso todas as medidas de racionalização estejam esgotadas, a sociedade terá então de discutir da forma mais abrangente possível a introdução de prioridades éticas no SNS. Este tema pode e deve ser abordado de forma rigorosa, propondo medidas de contenção com base não em critérios ad-hoc, mas respeitando princípios

de legitimidade e justiça, com base nos direitos humanos e na dignidade de todos os cidadãos. O caminho de sustentabilidade do SNS passa por tudo isto e acima de tudo por uma vontade política inequívoca e determinada em garanti-la. Exista essa vontade e todos os intervenientes saberão cumprir o seu papel.

SNS: Liberdade de Escolha e Concorrência

A percentagem de financiamento público dos gastos em Saúde per capita diminuiu de forma significativa a partir de 2009-2010 em praticamente todos os países da Europa, Portugal incluído. Entre nós, concretamente, a distribuição da despesa por financiador, que em 2008 era de 66% da responsabilidade da Administração Pública e de 34% da responsabilidade de financiamento privado, está hoje mais equilibrada entre financiamento público e privado. O Orçamento do Estado inicial para a Saúde deixou de crescer a partir de 2010, situando-se nos últimos anos em menos de 5% do PIB e cerca dos 8 mil milhões de euros.

A consagração legal da liberdade de escolha configura as suas próprias limitações. Em geral, a capacidade financeira, os recursos existentes e disponíveis e a organização dos serviços são, desde logo, limitações que se podem encontrar na oferta de cuidados de saúde no sector privado. E no caso dos recursos e da organização, também no sector público. Já quando se fala de regras de organização (Lei de

Bases da Saúde), a limitação pode colocar barreiras no acesso aos cuidados de saúde, que não são eticamente aceitáveis no SNS. A negação do acesso a doentes que não pertencem às respectivas áreas geográficas de influência de alguns hospitais é um exemplo elucidativo e negativo de regras de organização que só prejudicam a dinâmica do SNS, e em nada contribuem para melhorar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal.

As medidas aplicadas nos últimos anos na área da Saúde (e em particular a designada “Lei dos Compromissos”), conduziram a uma mudança de paradigma no sector. Os hospitais EPE têm orçamentos que são forçosamente obrigados a cumprir. Assim, a sua preocupação principal foi desviada da prestação de serviços de qualidade e em quantidade suficiente para diminuir (ou pelo menos não aumentar) os tempos de espera, centrando-se no objectivo nuclear de cumprir os orçamentos, reduzindo custos, muitas vezes de forma cega e sem qualquer preocupação com a sua função essencial: tratar

doentes de acordo com o estado da arte ao mais baixo custo.

Esta mudança de paradigma veio acentuar de forma dramática a questão da liberdade de escolha dos doentes, que no SNS verdadeiramente nunca existiu. Os doentes não só não escolhem o médico que os vai observar como também não escolhem o médico que os vai operar. Muitos doentes são observados, diagnosticados e aceitam ser submetidos a uma determinada intervenção cirúrgica proposta por um determinado médico (e que um colega da mesma especialidade poderia não indicar), e acabam a ser operados por outro médico, que não só não conhecem como não escolheram, para além de não terem tido qualquer oportunidade de com ele estabelecer a empatia própria da relação médico-doente.

Mas antes de qualquer reflexão sobre a consagração prática do princípio da liberdade de escolha e concorrência no SNS é obrigatório abordar algumas questões prévias, tendo sempre em mente que o SNS é um bem essencial que deve ser preservado a todo o custo, que

o investimento em Saúde nos últimos 30 anos correspondeu a uma melhoria notável nos indicadores de saúde pública a nível internacional (relatórios da OCDE e da OMS) e que os nossos profissionais de saúde competem em qualidade com os melhores do mundo ocidental.

Algumas dessas questões prévias são as seguintes:

Quanto estamos dispostos a pagar pela Saúde? Qual a percentagem dos nossos impostos que aceitamos (devemos) alocar à Saúde? Qual o valor da saúde em geral (da saúde de cada um e da saúde do conjunto dos portugueses) em percentagem do PIB e que percentagem para os cuidados de saúde (ou para o SNS) se reserva no Orçamento Geral do Estado (OGE)? Terá o Estado português dinheiro suficiente para um modelo de financiamento diferente do actual, que permita a não existência de listas de espera? Será que é possível implementar um modelo em que 'o dinheiro segue o doente' dentro do SNS? Como resolver o problema dos

Serviços de Urgência, o "busílis" de todo o Sistema de Saúde?

Algumas destas questões têm uma resposta simples e directa. Outras são mais difíceis de responder. Seja como for, a resposta a estas questões prévias constitui, na minha opinião, o primeiro passo para que se possa considerar a possibilidade de estruturar uma reforma sustentada do Sistema de Saúde português, com base num SNS de excelência e socialmente inabalável. A começar pela justiça distributiva do OGE, onde a Saúde poderia e deveria ter um peso maior, se fosse essa a vontade legítima dos portugueses e dos seus governantes.

Centrar o sistema no cidadão, organizar o trabalho dos profissionais de saúde e das unidades de saúde, e alterar o modo de financiamento dentro do SNS, preservando a sua essência e as Carreiras profissionais, são três caminhos possíveis e possivelmente complementares para uma reforma positiva no sentido de tornar o SNS mais

justo, mais flexível e com mais liberdade de escolha. O princípio de que o financiamento da Saúde per capita deve ser igual em todo o país é essencial, para que exista de facto justiça social.

Centrar o sistema no cidadão significa dar poder ao doente e responsabilizar o doente pelas suas decisões (o que nos leva ao poder da informação, da informação sobre a despesa e custos em Saúde; do valor, da complexidade e da qualidade dos actos médicos; dos resultados, complicações e eventos adversos dos cuidados e das unidades de saúde). Na prática, tornar o sistema mais aberto e transparente. Dito de outra forma, o doente para poder fazer uma escolha informada e responsável, deve ter acesso a toda a informação sobre os resultados dos tratamentos existentes, para as várias patologias, nas diferentes unidades de saúde do SNS. E a informação deve ter por base indicadores de qualidade credíveis e auditáveis regular e externamente.

notícias

Trabalho sobre informação de saúde galardoado

O trabalho «Controlo de acesso à informação de saúde. Da legislação à prática: um caso de estudo do Break-The-Glass», da autoria de Pedro Ferreira Farinha Silva, obteve uma menção honrosa no concurso Prémio Ensaio CNPD 2012. O autor galardoado é detentor de uma licenciatura em Ciência dos Computadores e de um mestrado em Informática Médica, área na qual trabalha como analista de sistemas e programador informático.

Investigadores portugueses premiados

A Fundação MAPFRE Espanha atribuiu três prémios a projetos nacionais inovadores, sendo um deles na área da saúde: um dos prémios atribuído na área da Saúde foi para Sónia Casado, da Escola Superior de Saúde de Bragança, da Unidade Local de Saúde do Nordeste, em Bragança, com o «Projeto DPOC - Respire qualidade de vida, implementação de um programa de enfermagem de reabilitação no domicílio em utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica»



José M. D. Poças

Diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do CHS HSB Setúbal

Carta aberta ao CA do Hospital onde trabalho

“... a competição só é civilizadora enquanto estímulo: como pretexto de abater a concorrência, é uma contribuição para a barbárie ...” (sic. Augustina Bessa-Luís, 1922)

Ex.ºs Sr.s:

De nada vale fingir a inexistência de uma grave situação que, atingindo todo o país, afeta logicamente também o setor da saúde em geral, e o nosso hospital, em particular. No primeiro, graça uma notória crise socio-económico-financeira e de valores, no segundo, assiste-se ao dismantelamento progressivo e inexorável daquele que foi (e ainda é!) o melhor serviço público nacional que se implementou após a emergência do regime político democrático, mau grado o reinante discurso de cariz eufemístico. Finalmente, quanto ao último, esvai-se lentamente espartilhado entre a procura incessante de uma simples e mera sobrevivência, e a vontade meio envergonhada de autoafirmação enquanto instituição, perante os cidadãos, a sociedade e o(s) poder(es) político(s) que se foram sucedendo nas últimas quatro décadas, confrontado que está com os constrangimentos decorrentes de um financiamento desajustado à sua real diferenciação e às necessidades efetivas da população que serve, bem como ainda com o anacronismo das regras que

ditam o labiríntico acesso dos cidadãos aos diversos serviços instalados.

A conceção, redação, e a apresentação de um Plano de Ação de um Serviço Hospitalar deverá pois refletir sempre, mas sobretudo nestas condições, a realidade existente com o máximo rigor, pressupor a identificação correta dos principais problemas que lhe afetam o desempenho no sentido de melhor concretizar a missão de que está investido, e propor a implementação das estratégias mais adequadas à sua resolução.

Tudo isto supõe o envolvimento e a participação de todos os setores do Serviço, bem como a articulação profícua com as diretrizes emanadas pela hierarquia institucional e da tutela, sob a coordenação do Departamento em que está inserido e da Direção Médica do Hospital, sempre que elas respeitem os princípios éticos mais elementares, e forem também consonantes com o nível de desempenho profissional que os doentes necessitam para que resolvamos eficazmente os seus complexos problemas de saúde. Se bem que todas as especialidades tenham alguns

aspectos particulares que as distinguem, a Infeciologia tem a característica única de lidar constantemente com agentes microbianos transmissíveis que comportam eventuais e graves implicações epidemiológicas no domínio da saúde pública, representando os meios utilizados para o seu combate (vacinas, antissépticos e antimicrobianos) os maiores avanços científicos jamais verificados em toda a História da Humanidade, sendo responsáveis pelo maior impacto em termos da sobrevivência de muitos milhões de seres humanos, e o consequente aumento da esperança média de vida verificada sobretudo ao longo do último meio século. Infelizmente, a evolução da organização da nossa Sociedade contemporânea, ditou a subjugação de muitas descobertas tecnológicas de fundamental importância, e que poderiam beneficiar muito mais pessoas do aquilo que presentemente o fazem, aos interesses puramente mercantilistas de uns quantos agiotas que manipulam o nosso destino individual e coletivo na sombra clandestina da sua incessante e mais do que iníqua voracidade.

Contudo, estudos de fármaco-economia isentos e idóneos, evidenciam que o impacto da terapêutica da infeção HIV, é das mais efetivas que alguma vez foram postas ao serviço da Humanidade, comparando-se vantajosamente com outras estratégias que a comunidade de políticos, gestores, profissionais, doentes, ou simples cidadãos nem sequer imaginariam questionar, ao ponto da sobrevivência daqueles que se infetam agora e tenham a possibilidade de ter um acompanhamento clínico adequado e regular, poderem usufruir de uma expectativa de vida muito semelhante à da população em geral.

Também a terapêutica da Hepatite C foi muito recentemente contemplada com avanços farmacológicos e tecnológicos significativos, que já provaram poder propiciar a cura de um número muito maior de doentes, evitando que os mesmos evoluam para situações clínicas que impliquem uma diminuição acentuada da sua capacidade de continuarem a ser profissionalmente ativos e socialmente produtivos, e evitando consequentemente internamentos prolongados e dispendiosos, bem como o recurso a terapêuticas alternativas muito mais onerosas e com acentuado potencial iatrogénico (transplante hepático, imunossupressão subsequente, etc.). Também neste caso, pese embora os preços verdadeiramente exorbitantes dos novos fármacos, a análise fármaco-económica efetuada por vários organismos internacionais credenciados teve um resultado positivo.

O Estado Português, através do seu Governo e dos demais organismos oficiais competentes

(INFARMED, etc.), obedecendo a convenções internacionais que vinculam organizações das quais faz parte (EMEA, etc.), tem autorizado a sucessiva introdução de vários fármacos inovadores no armamentário medicamentoso nacional, processo ao qual se seguem os necessários estudos de fármaco-economia para a obtenção de um determinado regime de comparticipação consonante com os diversos valores em apreço (financeiros, terapêuticos, éticos, etc.), e que permita a sua utilização clínica de acordo com as normas nacionais e internacionais cientificamente credenciadas a todos os que dela mais necessitarem.

Após este processo, até por questões éticas de equidade, não se poderá ser mais complacente com injustificadas demoras em permitir o acesso dos doentes a serem tratados pelos respetivos especialistas, a não ser por questões de carência económica institucional verdadeiramente irresolúveis, cabendo então ao poder político, neste catastrófico cenário extremo, a responsabilidade da sua explicitação aos cidadãos e à sociedade. Esta não é decididamente uma matéria estritamente médica enquanto tal, nem será de todo aceitável que seja, ainda que veladamente, por inadmissível demissão de quem de direito, remetida para a sua esfera de ação.

Na realidade, num Estado Social digno desse epíteto, só será aceitável vir alguém dizer que não se consegue propiciar determinado tratamento a quem dele necessite verdadeiramente para a sua sobrevivência, quando todos os implicados no processo decisório já fizeram

todo o esforço que lhes é possível fazerem no âmbito das responsabilidades indeclináveis que lhe são próprias, e mesmo assim, não se conseguem arranjar os necessários recursos para tal.

Explicitando melhor, consciente de que estamos a falar de terapêuticas que são realmente muito onerosas (embora indiscutivelmente eficazes e bem toleradas), já propus oralmente e por escrito, por diversas vezes, aos responsáveis do Ministério da Saúde, o seguinte (que estou sinceramente convicto que pouparia avultados recursos financeiros bem como contribuiria decididamente para garantir a sustentabilidade financeira dos Hospitais):

1-O Estado tem que negociar centralizadamente, através de um organismo oficial competente, a compra dos medicamentos (como acontece em muitos outros países), devendo atribuir um preço de referência igual (nivelado pelo mínimo custo!), a todos os que pertençam à mesma classe farmacológica e respetiva geração;

2- O preço compreensivo pago para os doentes infetados por HIV tem que ser realista e calculado com a indexação dos inerentes gastos com as inovações terapêuticas e ter ainda em consideração a percentagem de doentes em terapêuticas de resgate, já que ele foi de início apenas imaginado para os "naive";

3- Implementar um sistema idêntico para os doentes infetados por HCV a necessitarem de ser tratados, até porque as inovações nesta área vão a breve trecho ser equivalentes (ou mesmo superiores) às verificadas até aqui para a infeção HIV;

4- Convencer a IF a aceitar

fazer um preço para as co-formulações idêntico à soma dos seus componentes, mesmo quando vierem a ser aprovados os ARVs genéricos, pois toda a comunidade de doentes e de profissionais está genuinamente convencida das enormes vantagens destas apresentações para a adesão à terapêutica, logo, para a sua eficácia terapêutica a prazo e para a inerente e atendível qualidade de vida.

Qualquer estratégia institucional que preconize pois o fator preço como o primeiro a ter que ser considerado no tratamento dos doentes, só será possível de ser aceite se houver, por parte do CA quem assuma, por escrito, a eminência séria de uma rutura efetiva de recursos financeiros que possa vir a afetar irreversivelmente os doentes de todos os serviços hospitalares, a estratégia alternativa a empreender seja idealizada e implementada por verdadeiros especialistas na matéria (que só existem no nosso Hospital, no Serviço que dirijo), obtenha a concordância das Comissões de Ética da Instituição e da OM, e seja aceite pelos próprios doentes (com a lógica garantia prévia de ter uma eficácia e uma tolerabilidade minimamente aceitáveis).

Convém pois, lembrar aqui e agora, que a mais polémica deliberação imanada a este propósito pela CNECV dizia textualmente "... o medicamento mais barato entre os melhores, e não o melhor dos mais baratos..." (sic).

O CA da instituição pode estar tranquilo, porque os médicos do Serviço que dirijo têm a genuína preocupação, enquanto profissionais e cidadãos, com a sustentabilidade do SNS e da

Instituição, mas não abdicam logicamente da prerrogativa de defenderem até ao limite das suas capacidades aquilo que acreditam estar demonstrado como sendo o mais adequado e eficaz para a realidade concreta de cada doente específico e em cada momento particular da sua evolução clínica, porque esse é o verdadeiro cerne da sua missão e da sua deontologia profissional. Nesta medida, têm aceitado de bom grado fazer a justificação individualizada de cada proposta remetida superiormente para o tratamento dos doentes com hepatite C crónica, após cada um dos respetivos médicos assistentes apresentar em reunião geral de Serviço o caso clínico em apreço, e que tem merecido a aprovação sem reservas da Comissão de Farmácia da Instituição, bem como do INFARMED, uma vez que têm respeitado escrupulosamente as normas nacionais e internacionais especializadas.

Não é pois aceitável que se demore muito mais tempo a deferir a análise interna das propostas pendentes desde há meses e a dar-lhes o encaminhamento devido, uma vez que existem muitos doentes a necessitarem urgentemente deste tipo de terapêutica, sob pena de evoluírem para uma situação terminal e irreversível, quando a cura ainda está, neste momento, perfeitamente ao alcance para a grande maioria dos casos!

Também no que concerne aos doentes com HIV, foi em devido tempo remetida à ARSLVT uma estimativa das combinações a serem utilizadas durante o corrente ano de 2013 para os novos doentes, a que se seguirá a apresentação neste Plano de Ação de uma espécie de "check

list" para cada médico preencher previamente (tal como envie em forma de texto à Diretora Clínica após o início das suas funções por solicitação da própria), em estilo de justificação explícita das razões da opção terapêutica efetuada, para que não existam mesmo quaisquer dúvidas quanto aos seus reais fundamentos, e permita, se for necessário, facilitar a realização a prazo de uma auditoria clínica! Se a fatura com a medicação dos doentes do Serviço tem crescido consecutivamente (e não vale a pena imaginar fantasiosamente que se irá inverter esta tendência de futuro, a não ser que se implementem as medidas acima referidas, e eventualmente ainda outras de índole semelhante), é tão só porque têm também aumentado proporcionalmente o número de novos doentes, bem como a necessidade de recurso a terapêuticas de resgate dos que entram em falência virológica, e também pela mudança das normas de tratamento que vão no sentido de uma maior precocidade da sua instituição, dado que, tanto a Hepatite C, quanto o HIV, são doenças crónicas e os doentes vão-se consequentemente acumulando, e quando entram em progressão e havendo terapêutica alternativa eficaz disponível, passam então a ser logicamente medicados de acordo com o resultado dos testes de resistência requisitados (infelizmente, quase sempre, com fármacos muito mais dispendiosos).

Mas também, porque me parece ainda perfeitamente inaceitável, em termos de ética profissional e civilizacional, que passem a haver filas de espera para que os infetados possam ter finalmente acesso aos medicamentos de que

tanto necessitam, até porque estamos a falar de doenças transmissíveis, e o consequente impacto epidemiológico seria potencialmente avultado.

E finalmente ainda, porque como convém ter sempre presente quando se discutem estas problemáticas e se procuram definir as respetivas políticas, o custo do não tratamento destas doenças, como está demonstrado em muitos

estudos de cientificidade e atualidade verdadeiramente inquestionáveis, seria certamente muito maior para a própria Sociedade!

Nota Final: O intuito deste artigo vai muito para além de um simples desabafo. Pretende acima de tudo provocar as consciências de todos os envolvidos nesta temática no sentido de cada um assumir as

suas responsabilidades, e dos meus pares sentirem finalmente a necessidade de refletirem em conjunto a essência destes problemas, para que seja finalmente possível propormos as soluções que se impõem a nível nacional. O tempo urge!

Setúbal, 2013/05/20

notícia

José Reis Júnior - In memoriam

No primeiro aniversário do seu falecimento, recordamos o médico José Reis Júnior, pioneiro mundial da geriatria e gerontologia. José Reis Jr. nasceu no Algarve a 20 de Fevereiro de 1908 e faleceu em Lisboa a 17 de Abril de 2012. Foi pioneiro da Geriatria nacional e internacional, fundador em 1950 da International Association of Gerontology (IAG) e em 1951 da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, de que era Presidente Honorário. Foi também pioneiro da imprensa médica portuguesa, fundador e editor de várias publicações médicas, entre as quais o semanário "Notícias Médicas", em 1971, e a primeira revista médica especializada «Geriatria – a revista Portuguesa de Medicina Geriátrica», que fundou com o seu filho, Pedro de Moura Reis, em 1988. Foi membro convidado de várias associações médicas (New York Academy of Sciences, American Association of the Advancement of Science, American Association for Cancer Research, Gerontology Society of America e Real Academia de

Medicina de Galícia). No mesmo ano em que foi condecorado com a Grã-Cruz da Ordem do Mérito, 2008, foi distinguido, com a atribuição do seu nome a uma das mais novas e principais ruas da cidade de Lagos. Foi igualmente galardoado com a Medalha de Ouro de Serviços Distintos do Ministério da Saúde. Durante mais de 65 anos exerceu clínica em Lisboa nos bairros da Ajuda, Belém, Alcântara e Algés. Exerceu também no Chiado e na Av. da República. Recordamos o que este médico escreveu em 1994, no epílogo do seu livro 'Uma vida, uma história, um século': «Quanto aos adultos e idosos a esperança de vida e a sobrevivência serão cada vez maiores e atingirão o seu pleno desenvolvimento físico e mental, pelo que deverá continuar a ser aproveitada a sua experiência a qual tem sido o alicerce do progresso de todas as sociedades ao longo dos tempos. Basta lançar um olhar para a história e constatar que, em muitos casos, a criatividade e o avanço da idade caminharam num sentido positivo. São disso exemplos, a



vida de homens como Kant, Goethe, Da Vinci, Manuel da Maia, Picasso e no século actual a plêiade de Prémios Nobel. Nunca se deverá esquecer que a etapa mais importante da vida é a vindoura, que nos completa e a qual é o somatório das etapas de vida da própria pessoa. O mistério da nossa existência como seres conscientes, a beleza que nos cerca, a comunicação com os outros, são motivos de fascínio que o Universo nos proporciona! Nós devemos amar o planeta Terra, que para um número incomensurável de gerações será a sua morada, pois ficaremos para sempre ligados a esta terra e com a obrigação da preservação do nosso Planeta».



Pedro Azevedo

Interno de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar 3.º ano. USF Fânzeres

Viagens pelos Mundos das Vinhetas

Caros colegas, Venho aqui deixar o meu testemunho da minha viagem pelos mundos da requisição de vinhetas.

Antes de mais deixem-me explicar como até agora realizava a minha requisição de vinhetas. Vivo no Porto, na Rua Fernão Magalhães, logo, tinha que descer a rua, entrar na ACSS, esperar em média uns aborrecidos 15 minutos para ser atendido e fazer a minha requisição de vinhetas, que pagava e trazia na hora. O processo, todo, demorava cerca de 30 minutos.

Por razões profissionais, que não a prescrição de medicação, vi-me na necessidade de encomendar vinhetas. As minhas antigas vinhetas tinham sido gastas em Dezembro e em Janeiro não tinha como realizar a minha encomenda senão pelo novo portal de requisição de vinhetas e receitas. Lembrava-me, vagamente, de em agosto me terem mandado um código para ativar o processo. Não encontrando o papel dirigi-me à Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos onde, como de costume, no próprio dia me deram novo código de ativação. Era o dia 3 de Janeiro de 2013 e, sendo eu um moço prevenido, precisava das vinhetas para 18 de janeiro de 2013.

Chegado a casa lá inseri o código de activação e tudo o mais que me pediam, entre *emails* de

ativações e confirmações, tudo ficou resolvido. Fiz a minha encomenda e, como também sou um rapazinho moderno, fiz o pagamento *online*. Tudo porreiro! Apareceu imediatamente a informação de que a encomenda estava em processo de produção e como a tinha encomendado em modo “normal” demoraria um prazo médio de 3 dias após confirmação de pagamento (que tinha já sido efectuado). Havia ainda a possibilidade de pedir uma expedição urgente (1 dia), mas achei que não precisava, pois tinha bastante tempo para a receção das vinhetas.

Começa então o meu pequeno Calvário! Passada uma semana e por não ter recebido as vinhetas no correio (conferia a caixa diariamente) resolvi ir ao *site* e ver o que se passava: a encomenda ainda se encontrava em fase de produção. Havendo essa possibilidade no site resolvi fazer uma participação de ocorrência. Passados três dias e como nada se passava fiz nova participação de ocorrência e liguei para o número de apoio ao cliente do portal. Fui atendido por um funcionário que me informou daquilo que eu, facilmente, tinha constatado no

portal sem a ajuda do mesmo. Pedi, então, para saber o que se passava com as vinhetas. Fui informado de que estava a falar para a linha de “apoio técnico” do portal e como tal não me podiam mais ajudar, pois a encomenda já não estava nas mãos deles mas, isso sim, ou nas da Casa da Moeda ou nas da empresa distribuidora. Muito desiludido resolvi esperar até ao final de semana e 2ª feira (já estávamos a dia 14 de Janeiro!) liguei, depois de constatar que a encomenda se encontrava exatamente no mesmo estado, para o portal de ajuda técnica para saber se me podiam dar o contacto da empresa distribuidora. Desta vez disseram-me que iriam contactar os responsáveis pelos atrasos (que pelos vistos eram uma constante) e que nesse mesmo dia, ou no próximo, a encomenda estaria nas minhas mãos (confesso que por esta altura o meu tom já era um pouco menos que simpático...). De notar que só consegui este progresso porque recorri à célebre frase “deixe-me então falar com o seu superior”... Caso contrário tinha já ouvido a resposta do “apoio técnico”. Como no dia seguinte de manhã (dia 15 de Janeiro) não tinha ainda

nada na caixa de correio nem o *status* das vinhetas tinha mudado, resolvi ligar para a empresa de distribuição que entretanto tinha descoberto qual era. Fui lá informado, depois de me passarem o telefone de assistente para assistente três vezes, que nessa manhã tinham recebido da Casa da Moeda a minha encomenda e que esta seria expedida nesse mesmo dia ou no próximo (onde é que eu tinha já ouvido isto)... Verifiquei, de facto, que no final desse dia o *status* da minha encomenda tinha maravilhosamente mudado: passou de “em produção” para “em expedição”. Mas que grande vitória! Mas vinhetas, nem vê-las...

Dia 17 de Janeiro, porque ainda não tinha recebido as prometidas vinhetas resolvi, com um novo código da empresa de distribuição que entretanto apareceu no *site*, ir ao *site* da empresa de distribuição e procurar onde estava a minha encomenda. Descubro que tinha andado perdida e que naquele momento estava num armazém perto de Pedrouços. Menos mal, penso eu, se tudo continuar a correr da forma miserável como até agora posso sempre ir lá de carro e pegar diretamente a minha encomenda. Ligo novamente para a empresa de distribuição a perguntar o que se passava e como podia haver a minha encomenda. Reinformaram-me, novamente, daquilo que tinha possibilidade de descobrir pelo *site* dos mesmos. Insisti que precisava das vinhetas

para o dia seguinte e que gostava de saber o que se passava. Rodei novamente três vezes entre assistentes (no fundo é como jogar ao jogo da cadeira, a ver onde explode o cliente) e finalmente foi-me dito que a encomenda seria entregue em minha casa nesse dia e que teria de estar em casa para a receber! Perguntei a hora. Disseram-me que não podiam saber. Expliquei que por muito que gostasse não posso passar o dia todo em casa pois trabalho (o que aparentemente é uma dificuldade à encomenda de vinhetas). Depois de eu insistir muito, a senhora informou-me que tinha que me indicar um período razoável de tempo; que me ligaria. Passado algum tempo ligou-me a informar que a encomenda seria entregue das 14h às 15h dessa mesma tarde. Agradei o que aparentemente foi um enorme favor, pois como a mesma frisou, teve que ligar ao condutor que andava a distribuir as encomendas para saber. Desliguei.

Como a distribuidora me disse que apenas recebeu a encomenda da Casa da Moeda dia 15 e a mesma tinha sido envidada para lá dia 3 resolvi ligar para a Casa da Moeda. Linha de apoio ao cliente: Ninguém atendeu. Linha de contacto geral: atendem e informam-me que devia ter ligado para a linha de contacto ao cliente... Desesperante! Nem me dei ao trabalho de explicar e passei ao meu assunto. Aqui rodei 5 vezes entre assistentes até chegar ao

topo, com quem queria falar, que me informou que a Casa da Moeda não me podia dar informações e que as mesmas teriam que ser pedidas aos funcionários do Ministério da Saúde, do qual me deram o número de contacto telefónico. Como não sou menino de desistir (e tinha que esperar para me entregarem as vinhetas) liguei para o tal número onde, espantem-se, tive apenas que passar por dois assistentes! Que me disseram... Que o processo está atrasado devido ao grande volume de encomendas, para o qual não estavam preparados. Perguntei que fenómeno imprevisível tinha acontecido. Disseram-me que nenhum e que apenas não estavam preparados para a transição entre as vinhetas antigas e as novas e que tal não tinha sido decidido por eles.... Que estavam ali para apenas dar “apoio técnico”...

E pronto... como me acabou o saldo do telemóvel resolvi deixar por aqui a minha saga. As vinhetas chegaram, finalmente, e tive que as receber pessoalmente para assinar a encomenda.

De um processo de 30 minutos passamos para um processo de 15 dias... Vários telefonemas e muitos minutos de espera telefónica a ouvir o melhor de Vivaldi e Beethoven!

Viva o progresso que nos traz cultura!

Bem hajam a todos.

Luis Gonçalves Sobrinho

Ex-Diretor do serviço de Endocrinologia
do IPO, Lisboa

A evolução da prática médica nos últimos cinquenta anos - uma visão pessoal

As breves notas que se seguem são parcelares e subjetivas. Outros descreverão o mesmo intervalo temporal de forma diversa, privilegiando diferentes perspetivas, e dando mais foco a outros eventos e a outros valores. É natural. Cada um tem o seu olhar e teve o seu enquadramento. Mas este testemunho, embora pessoal, não pode diferir essencialmente do que muitos outros poderiam prestar. O que perde em universalidade ganha em autenticidade. Estou disponível para desenvolver cada um dos temas que aqui apenas afloro e respondo sem hesitar por cada uma das apreciações que faço.

Os meios...

Quando iniciei os estudos universitários, em 1956 a cirurgia já tinha uma sólida tradição. A assepsia e a anestesia vinham de meados do século XIX com Lister, Long e Morton. No início do século XX, a eficácia da cirurgia era incontestável. Imensos têm sido os progressos de então para cá. Mas têm sido progressos incrementais. Os alicerces já lá estão desde há 150 anos. A farmacoterapia cientificamente fundamentada e eficaz também já existia mas era muito mais recente. Só a aspirina vinha do fim do século XIX. A insulina tinha aparecido em 1926 (Banting e Best). As sulfamidas em 1932 (Domagk). A penicilina descoberta em 1928 por Fleming só foi ensaiada por Florey e col. durante a segunda guerra

mundial e só depois de 1945 começou a ser disponibilizada ao público em geral. (Nota: Fleming e Florey partilharam o prémio Nobel da Medicina em 1945). A cortisona, identificada nos anos trinta por Reichstein e Kendall só foi disponibilizada como fármaco em 1950. **Os adultos da minha infância tinham crescido num mundo em que estes medicamentos não existiam.** Ainda me foram aplicadas ventosas e sinapismos de papas de linhaça. Ainda ouvi memórias vividas do tratamento de pneumonias que incluía espalhar serradura na rua a fim de minimizar a perturbação que o barulho das carruagens pudesse causar no repouso dos doentes que assim permaneciam até vencerem, ou serem vencidos, pela doença. O

prestígio e a eficácia da medicina dependiam sobretudo da presença e da personalidade do médico. No início do século XX os fármacos eram, com poucas exceções como os opiáceos, os digitálicos e a recém-descoberta aspirina, inúteis e nem sempre inócuos instrumentos de uma liturgia centrada no poder curativo do médico. Só a partir do segundo quartel do século XX a farmacoterapia se libertou do seu papel de hóstia consagrada e adquiriu o valor terapêutico intrínseco que hoje inquestionavelmente tem.

A relação médico - doente

A relação médico-doente baseada na confiança e plasmada no conceito de aliança terapêutica é determinante na qualidade dos resultados. O reconhecimento desta

realidade é hoje praticamente universal. Mas têm evoluído ambas, a natureza da relação e o reconhecimento da sua importância. Vale a pena pensar no que têm consistido estas evoluções. Os médicos são herdeiros dos feiticeiros. O poder destes é um atributo que lhes é conferido *a priori*. A vinculação com os feiticeiros, tal como a das crianças com as mães, dos doentes com os médicos e dos crentes com os sacerdotes, modula não só a vida mental mas também a biologia do corpo.

Na medida em que o médico é, ele próprio, um agente terapêutico os seus efeitos podem ser objeto de estudo tal como os dos fármacos. Quem primeiro teve esta percepção e a desenvolveu na forma de um trabalho científico foi um psicanalista húngaro – Michael Balint – que em 1957 publicou o resultado das suas pesquisas num livro “The doctor, his patient and the illness” (1) que teve sucesso imediato.

Transcrevo, sem traduzir, parte da introdução do livro: “The discussion (num seminário com clínicos gerais) quickly revealed – certainly not for the first time in the history of medicine – that by far the most frequently used drug in the general practice was the doctor himself, i.e., that it was not only the bottle of medicine or the box of pills that mattered, but the way the doctor gave them to his patient – in fact, the whole atmosphere in which the drug was given

and taken”. Mas “...no pharmacology of this important drug exists yet. ... dosage..., in what form, how frequently... possible hazards...allergic conditions...undesirable side-effects”. Eu acrescentaria que faltava também a curiosidade sobre o mecanismo de ação. O reconhecimento da importância da interação médico-doente (e de outros fatores) na avaliação



Pasteur

do efeito dos fármacos levou à criação do conceito de “placebo”, do latim *placere*, agradar, que descreve a eficácia observada de medicamentos, intrinsecamente inativos, apenas pela expectativa positiva que a sua administração induz nos doentes. Daí que o passo seguinte – a obrigatoriedade de avaliar a eficácia dos fármacos com estudos controlados, aleatorizados e cegos – foi inevitável. Mas, apesar do seu crédito na origem deste

indiscutível progresso metodológico, o conceito de placebo contém, por omissão, uma mensagem enganosa. Nem toda a interação é positiva. Qualquer pessoa com espírito crítico tem que admitir esta possibilidade mesmo que, se for otimista, a possa considerar excecional. Os médicos são elementos duma sociedade que se especializaram no tratamento de estados doentes. Outros especializaram-se em cuidar das preocupações dos humanos com a sua finitude e tornaram-se sacerdotes. Uns e outros derivam parte do seu poder da fragilidade dos humanos e dos medos, fundamentados ou irracionais, que os atormentam. Mas a imprevisibilidade é grande e pode acontecer que bem intencionadas intervenções acabem por ter consequências funestas. E não nos podemos esquecer que, individualmente e como classe, a manutenção do poder é uma força motriz dos poderosos. Médicos e

sacerdotes são seres humanos, não são querubins. As suas intervenções não têm, nem seria de esperar que tivessem, como único objetivo o bem-estar dos supostos destinatários. Seria desnecessário e deselegante trazer à colação casos em que, por desconhecimento, negligência ou dolo, os resultados de intervenções médicas foram desfavoráveis. Mas posso apresentar um exemplo, relacionado com a homeopatia, pela ironia e pelos

A homeopatia é uma modalidade terapêutica com grande popularidade apesar da sua disparatada fundamentação e reconhecida ineficácia. Mas esta última proposição nem sempre foi verdadeira. Durante epidemias do século XIX, nomeadamente de cólera, a mortalidade nos hospitais convencionais chegou a ser duas a oito vezes superior à que ocorria nos hospitais homeopáticos (2). Estas observações, a que hoje chamaríamos de medicina baseada na evidência, legitimaram, e bem, a prática da homeopatia. É hoje claro que o sucesso era devido à inocuidade do método que comparava favoravelmente com a nocividade das práticas de purgas e sangrias então adotadas pela medicina académica oficial. Espero que este exemplo nos incite a refletir sobre aquilo que os vindouros, daqui a um século, possam vir a pensar de algumas das práticas atuais...

Voltando às potencialidades terapêuticas da relação-médico-doente podemos agora analisar o seu valor atual. As psicoterapias, por exemplo, baseiam-se exclusiva e assumidamente nesta relação. Quanto ao uso de fármacos a realidade pode ser um pouco mais complexa. Alguns medicamentos são mesmo muito eficazes (e por vezes também muito tóxicos) e essa realidade como que autonomiza a farmacoterapia e minimiza o papel do médico-como-fármaco. Há ainda que distinguir o tratamento de doenças agudas em que predomina o papel da perícia técnica, do acompanhamento a longo prazo na doença crónica ou na intervenção pontual em pessoas basicamente saudáveis,

casos em que a componente relacional continua a ser fundamental.

Também a prática médica atual está em movimento no sentido de a relação de confiança/esperança se descentrar do médico e se recentrar na unidade, instituição ou entidade seguradora. A medicina artesanal privada, paradigma da relação médico-doente, está em declínio. A medicina hospitalar tal como existia até há pouco, mudou muito. A estabilidade que, para bem e para mal, existia, desapareceu. Isto é verdade tanto para os hospitais do Estado como para os privados havendo como principal diferença que os primeiros têm como razão de ser o fornecimento de serviços de saúde à população e os segundos a obtenção de lucros para os acionistas. Os hospitais, de um e outro tipo, tornaram-se unidades de trabalho precário, valorizado à peça. A sua função como centros de produção e transmissão de cultura está em perigo, espero que não ferida de morte. Escasseia o tempo para reuniões clínicas quando a produção de atos assistenciais é o único objetivo, aliás monitorizado de perto por gestores obrigados, eles próprios, à consecução de resultados a muito curto prazo. A própria função de ensinar os mais novos tão estruturante para a sociedade e tão vetusta como

a medicina hipocrática, está em revisão. Por que hei de eu perder tempo (pelo qual sou pago e que irei consumir com prejuízo da minha produtividade) a ensinar alguém que em breve será meu rival e poderá vir a oferecer os seus serviços ao meu atual patrão? Poderei confiar que esse patrão, aliás anónimo, não me irá dispensar para contratar um colega menos diferenciado, é certo, mas que vende algo de parecido com o que eu faço a preço mais barato? Pode argumentar-se, a meu ver com razão, que as dinâmicas subjacentes a estas interrogações sempre existiram. Mas havia hierarquias baseadas em provas de competência, a estabilidade profissional era outra, o tempo (no sentido musical do tempo) era outro e toda a envolvência externa era outra. Tenho fundamentadas esperanças de que as unidades de saúde familiar possam ir evoluindo no sentido de se constituírem como locais onde há médicos com rosto com quem os doentes possam estabelecer sanígenas relações de confiança. Mas a realidade é demasiado plural e o meu conhecimento dela demasiado escasso para me alongar sobre este tema.

As expectativas dos jovens alunos de medicina

Quando o iniciei, em 1956, o curso de Medicina era longo e

“O reconhecimento da importância da interação médico-doente (e de outros fatores) na avaliação do efeito dos fármacos levou à criação do conceito de “placebo”, do latim placere, agradar, que descreve a eficácia observada de medicamentos, intrinsecamente inativos, apenas pela expectativa positiva que a sua administração induz nos doentes.”

“Escasseia o tempo para reuniões clínicas quando a produção de atos assistenciais é o único objetivo, aliás monitorizado de perto por gestores obrigados, eles próprios, à consecução de resultados a muito curto prazo. A própria função de ensinar os mais novos tão estruturante para a sociedade e tão vetusta como a medicina hipocrática, está em revisão.”

A taxa de insucessos era grande, sobretudo no primeiro ano em que a Anatomia constituía um filtro de malha apertada. Era já reconhecido que a formação adquirida até à licenciatura não bastava. Muitos tínhamos consciência (e para tal éramos alertados pelos mais velhos) de que antes de cerca de mais seis anos de tarimba hospitalar escassamente remunerada não poderíamos aspirar a uma prática autónoma. Mas as dificuldades terminavam aí. Sentíamos como garantido que, após essa prolongada iniciação, passaríamos a ter uma vida livre, profissionalmente estimulante e materialmente desafogada, semelhante à que atribuíamos a alguns mestres que eram, na época, figuras de referência. Naturalmente que sabíamos que a necessidade de estudo era continuada mas isso era, pelo menos para alguns, mais um incentivo do que um obstáculo.

Ser médico era pertencer a uma profissão respeitada e privilegiada. Por exemplo - uma multa por transgressão era automaticamente anulada com um sorriso pelo agente da autoridade quando identificava o infrator como médico. Esses privilégios foram desaparecendo com o tempo. Como já há anos comentava João Lobo Antunes (cito de cor) “os médicos agora até já pagam multas de trânsito”. Não me sinto agredido pelo fim deste privilégio. Tal decorre da consciencialização, pela sociedade, de que todas as profissões são respeitáveis, não apenas algumas. Mas recentemente a classe médica tem sido agredida, deliberadamente, no sentido da sua rápida proletarianização e despromoção. Essa agressão é conduzida por entidades financeiras ativas na minimização do valor do componente “trabalho” nos negócios da saúde e na apropriação de todas as mais-valias resultantes. Agente importante no processo é a classe, em ascensão, dos administradores hospitalares que agora pululam nos hospitais sem que tal expansão se tenha acompanhado de melhorias perceptíveis no seu desempenho assistencial ou financeiro. Não é preciso ser marxista para reconhecer o valor heurístico do conceito de luta de classes.

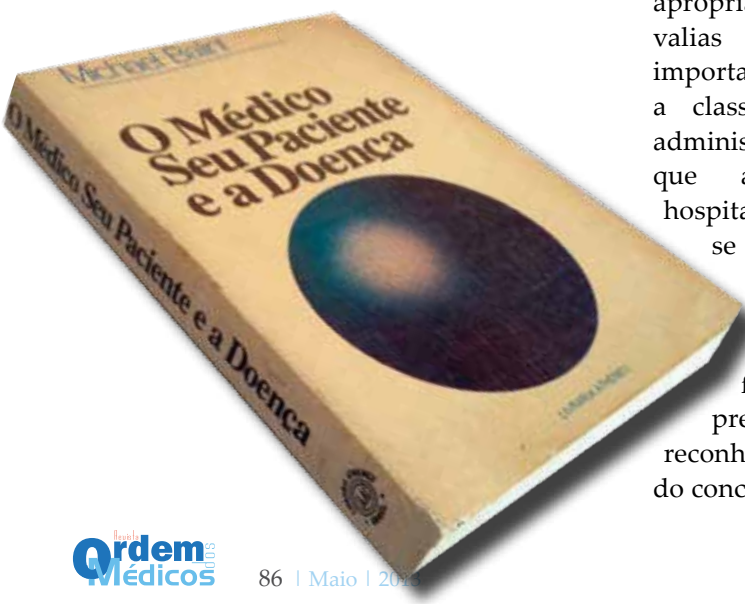
Outras mudanças têm ocorrido, não especificamente relacionadas com os médicos. Como apropriadamente comentou há dias António Barreto numa intervenção que fez na TV (cito de cor): “os jovens de hoje têm muito mais liberdades do que os do meu tempo mas têm muito menos oportunidades”.

A evolução dos valores

É inquestionável que a ponderação dos valores estruturantes na sociedade atual difere daquela que predominava há 50 anos. Houve mudanças nas relações com a autoridade, entre os valores do trabalho e do ócio, direitos e deveres, hedonismo imediato e capacidade de contenção, etc.. Não é dessas mudanças de natureza geral que me irei ocupar. Vamos tratar da emergência de novos ou reformulados valores especificamente ligados ao exercício da profissão médica. São eles os seguintes: A medicina baseada na evidência; A medicina dos fatores de risco; A capacitação dos doentes.

Medicina baseada na evidência

- Numa primeira aproximação a necessidade de uma medicina baseada na evidência (MBE) pode parecer **óbvia**. Em qualquer momento um médico pode ser interpelado: Porque tomou esta atitude e não aquela? Pode até argumentar-se, com sábia ingenuidade, que desde sempre a medicina foi fundamentada em melhor ou pior evidência. Porquê esta moda? A resposta requer uma explicação prévia. Aquilo que hoje se entende por MBE é **um conceito complexo** que tem história própria. Na sequência da evolução das bases científicas



da medicina foi possível sair das fontes autoritárias dos mestres, transmitidas de geração em geração por “lentes” e ir construindo uma fisiopatologia e uma farmacologia credíveis, cada vez mais bem ancoradas em realidades observáveis. Exemplo deste progresso é o método anátomo-clínico que ainda hoje ocupa lugar nobre numa revista tão prestigiada como o New England Journal of Medicine. Enquanto fui aluno, e ainda por muitos anos depois, o raciocínio clínico perante cada caso concreto tinha um grande componente dedutivo a partir das ciências básicas. A epidemiologia estava confinada ao estudo das doenças do ponto de vista das populações. Na prática clínica apenas servia (como ainda hoje continua a servir) para dar indicações acerca das patologias mais prevalentes em cada época e local, logo as mais prováveis em cada caso concreto. O que acontecia é que nem sempre os resultados práticos justificavam o otimismo gerado pelo domínio da fisiopatologia e da farmacologia. Com o tempo a comunidade profissional foi tendo que aceitar a incómoda realidade de que o muito que julgamos saber **é manifestamente insuficiente para prever os resultados de cada intervenção. Assim, foi criado espaço para o empirismo crítico da MBE que se pode resumir no seguinte princípio** – uma dada intervenção só é considerada recomendável quando foi ensaiada em estudos obedecendo a critérios de rigor hoje bem sistematizados (3) e conseguiu demonstrar maior eficácia do que uma intervenção alternativa, seja de placebo ou de outra droga já conhecida. Os

raciocínios subjacentes podem ter sido úteis no desenho do ensaio mas não contam para a apreciação final. Apenas o resultado conta. Sem as exigências impostas pela MBE nunca teria sido possível avaliar as indicações, limitações e perigos das várias modalidades terapêuticas preventivas das complicações da diabetes e da hipertensão, para citar apenas dois dos muitos exemplos possíveis. A exigência de MBE constitui, pois, um progresso incontornável no sentido de fundamentar as decisões terapêuticas, sobretudo quando o número de drogas se expande cada vez mais e os benefícios que delas se esperam são muito diferidos no tempo. Apesar do seu mérito a MBE tem originado muita polémica. Penso que o que está em causa não é o reconhecimento da necessidade de fundamentar as intervenções – que não tem alternativa válida. O que está em causa são as numerosas oportunidades de perversão que a MBE proporciona (4). A aplicação da MBE no mundo atual centra-se á volta de cinco realidades: 1 – A máxima credibilidade é atribuída a ensaios controlados, prospetivos, aleatorizados e com dupla ocultação. Estes ensaios são muito demorados e muito caros. A seleção das perguntas a serem respondidas depende do valor que as respostas têm para quem financia o estudo; 2 – Estes ensaios são tanto mais necessários quanto mais diferidos no tempo **são os eventos procurados e mais fraca a intensidade dos** efeitos. Para drogas muito eficazes pequenas amostras e uma estatística rudimentar chegam e sobram; 3 – As observações

feitas nos grupos estudados, mesmo depois de estratificados em sub-grupos, são expressas em termos de valores centrais e desvios, apagando toda a individualidade de cada caso. Extrapolações só seriam legítimas para casos “típicos” que não são provavelmente os que mais aparecem na clínica; 4 – Apesar disso os resultados destes ensaios, pela robustez científica que se lhes atribui, subjazem a normas de conduta clínica difundidas por numerosas agências e cujo não-cumprimento pode ter valor jurídico; 5 – A tecnologia dos ensaios tornou-se de tal maneira sofisticada que só uma minoria de **médicos** está em condições de fazer uma análise crítica válida dos resultados dos estudos publicados. E praticamente nenhuns têm acesso aos dados em bruto, aos meandros que envolveram os critérios de escolha das variáveis envolvidas, a todo o acervo de informação colhida mas não publicada e aos critérios que condicionaram a forma de apresentação final dos resultados.

Medicina dos factores de risco
- **É consenso geral que vale mais prevenir** do que remediar. O prestígio da medicina preventiva nasceu de duas práticas de incontestável valor – as vacinas, que vêm de Pasteur

“*O número atual de médicos seria suficiente se estes apenas se ocupassem a cuidar de doentes e não de pessoas em risco de poderem vir a estar doentes (que somos todos).*”

(1880) e o saneamento básico que, em resumo, consiste em separar as águas de esgoto das águas de beber. Também ajudou que a medicina preventiva se tenha desenvolvido em paralelo com o reconhecimento dos direitos humanos e da sua universalidade. Todos fruem dos benefícios da medicina preventiva, não apenas os que podem pagar consultas médicas. As limitações das vacinas e do saneamento básico são bem conhecidas – só se aplicam a algumas doenças infecciosas. Nas últimas décadas a prática, e a apologia, da medicina preventiva expandiram-se a todas as doenças, muito especificamente às doenças degenerativas da segunda metade da vida. Não ponho em

na doença, habitualmente designada de medicina curativa; A prevenção terciária, que é a intervenção com o objetivo de minimizar as consequências da doença, habitualmente designada de medicina de reabilitação. O problema não é que esta terminologia seja pior ou melhor do que a anterior. O problema é que ela é difundida como se fosse um conceito inovador quando é apenas uma variante semântica sem valor acrescentado.

A medicina preventiva na sua versão atual impõe um conjunto importante de modificações na praxis.

1 – Explosão das necessidades e do consumo de recursos. O número atual de médicos seria suficiente se estes apenas se

de tempo já que o objetivo do encontro é simples e está claramente definido. Portugal tem excelente desempenho na minimização da mortalidade infantil, hoje comparável às da Inglaterra, Alemanha, França ou EUA (5). Tal deve-se à excelente organização dos cuidados de saúde materno-infantil, nesta área entregues predominantemente a profissionais não médicos. No que diz respeito a adultos a distinção entre consulta médica e vigilância de rotina não é clara e é exercida maioritariamente por médicos.

3 – Inversão da relação médico doente. A minha geração foi educada a pensar que os doentes recorriam aos médicos quando deles precisavam. É

“*Quando entrei para a faculdade a argúcia diagnóstica dos médicos era muito valorizada. Por ela se distinguiam os melhores. (...) As complexidades do diagnóstico e da “arte” terapêutica eram reconhecidas e valorizadas e subjazem à longa duração e exigência da licenciatura e pós graduações em medicina.*”

causa o mérito de tal prática mas é claro que a relação custo-benefício nestes casos é mais difícil de calcular e certamente muito menos favorável.

A prevenção, como objetivo prioritário da intervenção médica, transformou-se numa ideologia que, inclusive, criou um novo léxico. Os “doentes” passaram a ser “utentes”, mudança defensável quando todos, e não apenas os doentes, são incentivados a procurar cuidados de saúde. Muitos consideram a medicina, toda ela, como preventiva, embora exercida a três níveis: A prevenção primária, que é a clássica; A prevenção secundária, que é a intervenção

ocupassem a cuidar de doentes e não de pessoas em risco de poderem vir a estar doentes (que somos todos).

2 – Massificação. Enquanto que o doente pode esperar uma relação personalizada com o/a médico/a que procurou, o utente pode esperar uma resposta normalizada por parte do serviço de saúde. Se esta tiver qualidade (o que, no sentido de gestão que hoje tem, significa que é previsível e auditável) é boa e contém virtualidades. As rotinas de vigilância – medição de tensão arterial, peso, glicémia, exames de rotina, etc. - podem ser delegadas em outros profissionais de saúde e exercidas com grande economia

certo que a relação-médico doente é complexa e muitos doentes sentem um dever filial de obediência que os leva a assumir a obrigação de ir periodicamente “prestar contas” ao médico, como dizia Pedro Eurico Lisboa. Mas a consciência desta dinâmica relacional não pode obliterar o facto de o ato médico ser do interesse do doente, não do médico. Na medicina preventiva os utentes são encorajados a ir ao médico mesmo se assintomáticos. Ao não o fazerem quase que incorrem em crime de falta de cidadania. A recente medida de retirar das listas dos centros de saúde os utentes que lá não compareceram nos últimos três



anos tem o saudável objetivo de repor a verdade das listas, delas expurgando os que morreram, mudaram de residência, etc.. Perante as ambiguidades no sentido das relações médico-doente que atrás mencionei esta medida foi recebida por muitos como tendo um alcance punitivo pela desobediência, ingratidão, etc. dos utentes que não prestam atempadamente a devida vassalagem. Foi uma medida necessária e racional, anunciada e levada à prática da mais infeliz das maneiras.

4 – A mudança do perfil do médico. Quando entrei para a faculdade a argúcia diagnóstica dos médicos era muito valorizada. Por ela se distinguiam os melhores. Naturalmente outros atributos são importantes e o diagnóstico é apenas uma parte de todo o ato médico. Mas as complexidades do diagnóstico e da “arte” terapêutica eram reconhecidas e valorizadas e subjazem à longa duração e exigência da licenciatura e pós graduações em medicina. Para alguns essas complexidades constituíam estimulantes desafios. A prática da medicina curativa dava experiência aos médicos – eles viam e viviam os resultados das suas intervenções. Eram experiências sentidas. Não me esqueço das consequências desastrosas de erros que fiz nem da gratidão de alguns doentes a quem resolvi problemas difíceis. A prática da medicina preventiva apenas proporciona

a experiência que resulta da observação das modificações nas variáveis escolhidas para medir o risco, não nas consequências finais da intervenção. Sempre acontecerá que aos melhores cuidados se seguirão alguns insucessos e que muitos não-utentes viverão longas e prazenteiras vidas apesar do seu total desleixo com a saúde. As diferenças, quando as há, serão observadas em diferido pelos epidemiologistas, não em tempo real pelos clínicos.

Os doentes procuram cada vez mais os médicos para saberem, e para melhorarem, a sua classificação numa lista predefinida de fatores de risco, não por sintomas que urge interpretar. Muitos tempos de consulta são utilizados para atos de rotineira vigilância. O doente com sintomas, aquele que levanta problemas não imediatamente configuráveis, passa a ser um intruso, um elemento perturbador de uma prática mansa, pouco exigente em termos de tempo e de raciocínio. Digo isto não só pelo que tenho observado em outros (em quem é sempre fácil identificar defeitos...) mas também pelo que observo na minha própria prática e na análise dos meus sentimentos. É minha firme convicção que, ao não delegar em outros profissionais a responsabilidade por grande parte das rotinas, os médicos estão a criar condições para uma cómoda, mas degradante, desdiferenciação profissional e pessoal. Ao deixarem estiar o estímulo intelectual que a profissão contém para se confinarem às práticas, de natureza pouco mais do que administrativa, de aplicar normas (*guidelines*) os

médicos correm o risco de se afastarem das bases racionais da sua profissão, arduamente estruturadas desde o século das luzes. As ciências médicas não deixam de ser racionais. Os médicos é que deixam de viver a ciência como participantes para passarem a ler sobre ciência, ainda por cima em fontes frequentemente inquinadas.

Receio que esta desdiferenciação ressuscite a vertente sacerdotal, inscrita no código genético da medicina, naquilo que ela tem de pior. Pode transformar o médico em apóstolo da religião das boas práticas sanitárias, liberto da influência moderadora que o confronto com a realidade sempre proporciona.

Quer isto dizer que a medicina preventiva das doenças degenerativas da segunda metade da vida não tem benefícios? Claro que tem, e muitos, mas o seu real valor tem que ser ponderado conforme a natureza de cada risco e os valores de cada pessoa. A expansão da medicina preventiva, tal como a da medicina baseada na evidência, facilmente abre portas à perversão.

A capacitação (*empowerment*) dos doentes - Até há alguns anos era atribuída aos médicos grande autoridade, extensiva às mais diversas áreas da vida. Tive um colega e amigo que apenas começou os seus estudos secundários aos 16 anos porque até lá tal lhe tinha sido proibido pelo médico devido a “um sopro no coração”. Teve uma vida pessoal e profissional intensa até aos 77 anos... Com o tempo passou a ser atribuído ao doente um papel cada vez mais ativo nas decisões que lhe dizem respeito sobre as quais,

em última instância, é soberano. Este processo radica na evolução das sociedades em geral teve momentos de grande aceleração devida a progressos tecnológicos. Um deles foi a descoberta da insulina na década de 1920. É uma droga salvadora mas com pequena margem terapêutica. Só pode ser administrada de forma injetável. A dose tem que ser diariamente ajustada. A avaliação das necessidades era inicialmente feita pela medição das glicosúrias. Assim, cada doente a quem era prescrita insulina (sem a qual morreria em poucas semanas) tinha de aprender a injetar-se, a fazer uma análise semi-quantitativa da glicose na urina e a ajustar a dose de insulina à glicosúria. Muitas destas pessoas não sabiam sequer ler! Tornou-se necessário criar estruturas eficazes para o ensino destes doentes de forma a transferir para eles a capacidade de executar procedimentos e decidir sobre as dosagens a administrar. Mais recentemente, outra aceleração no processo de capacitação dos doentes veio da facilidade, proporcionada pela internet, com que os estes podem questionar,

com fundamentados argumentos, cada uma das intervenções do médico. Penso que este último fenómeno vai implicar uma maior exigência aos médicos tanto em termos de preparação técnica como de capacidade de diálogo com um semelhante que sofre, que por essa razão os procura mas que, apesar de fragilizado, não é estúpido nem tem que alienar o direito a defender os seus interesses e valores.

O problema com o incremento na capacitação dos doentes está, mais uma vez, nas oportunidades de perversão que proporciona. Os numerosos interesses ligados aos negócios da saúde atuam cada vez mais no consumidor final, o utente. Não é por acaso que os perigos do colesterol são anunciados nos autocarros, e a rádio e a televisão nos inundam com anúncios e programas “educativos” sobre as mais variadas maleitas.

Comentário final sobre valores

A exigência de prova de eficácia das intervenções, a preocupação com a prevenção das doenças e a co-optação dos doentes como parceiros são valores positivos que vieram para ficar. Todos eles contêm vulnerabilidades

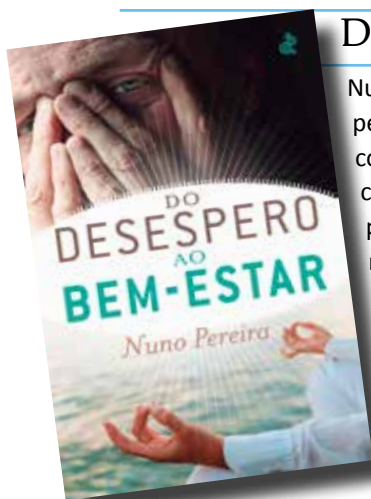
que realcei a propósito de cada um. Convém não esquecer que há (pelo menos) dois processos de corromper. Um consiste em violar a ética. Outro, mais subtil mas mais infiltrativo, consiste em modificar a própria matriz ética tal que comportamentos lesivos para a sociedade, mas convenientes para os poderosos, passem a ser aceites, e até procurados, pelas próprias vítimas.

A evolução da envolvimento socio económica

Muitas e grandes têm sido as mudanças como todos sabemos. Tem sido objeto de inúmeras descrições e análises. A minha contribuição nestas matérias não teria valor acrescentado. Deixo a outros o muito que há para dizer sobre elas.

Bibliografia

- 1 - Balint M (1964) The doctor, his Patient and the Illness. Pitman Medical, 2D Ed.
- 2 - Goldacre B (2007) Benefits and risks of homeopathy. The Lancet 370; 1672-1673..
- 3 - Vale FM (2009) Ética e o erro mitigado pelo método científico. Considerações sobre a investigação em farmacologia. Revista da Ordem dos Médicos, nº de Dezembro, 38-45.
- 4 - Point counterpoint from the corporate funding of Medical Research. Endocrine Society News. Abril, 2002, pgs 4-5.
- 5 - Banco Mundial. www.google.pt/publicdata.



Do Desespero Ao Bem-Estar

Nuno Pereira, psiquiatria, é o autor do livro «Do Desespero Ao Bem-Estar», editado recentemente pela “Esfera do Caos”. A obra trata da depressão e da felicidade, dois temas distintos, mas complementares. O primeiro segue um modelo centrado na doença e o outro, um modelo com base nas determinantes da saúde. Para além do público em geral, o livro dirige-se em particular aos depressivos e às pessoas que os apoiam (familiares e amigos). Não é um manual de autoajuda, pois não dispensa o recurso aos técnicos de saúde – médicos em geral, psiquiatras e psicólogos – profissionais habilitados para orientar o doente. Pode sim auxiliar a missão dos terapeutas. Modernamente, reconhece-se o direito do doente em participar nas decisões clínicas. Significa o respeito pela sua autonomia. A expressão das preferências do doente traduz-se no seu consentimento livre e esclarecido, que se funda, por um lado, na informação dada pelo terapeuta, e, por outro, na voluntariedade e na capacidade psicológica do doente. Na primeira parte do livro, referente à depressão, o autor descreve o diagnóstico, as consequências, as causas (circunstanciais, biológicas e psicológicas) e o tratamento. Na segunda parte, a que concerne à felicidade, expõe uma definição, os benefícios e os fatores (externos, biológicos e psicológicos) importantes para a promoção do bem-estar.»

cultura

Quer ser revisor AMP?

A **Acta Médica Portuguesa (AMP)** é a revista científica da Ordem dos Médicos. Tem como objectivo principal a divulgação dos trabalhos de investigação científica, através da publicação de artigos originais, de revisão, editoriais, imagens médicas e perspectivas. Todos os artigos são submetidos a peer review por dois revisores externos.

Procuramos neste momento alargar a nossa base de dados de revisores, estando disponíveis para receber candidaturas.

As candidaturas deverão ser dirigidas a secretariado@actamedicaportuguesa.com e referir:

- Nome
- Número de Cédula Profissional
- Especialidade e três Áreas de Diferenciação
- Cargo e Local de Trabalho

