



Revista Ordem Médicos

Ano 30 n.º 149 Abril | 2014 Mensal | 2€

Ajustamentos, modificações
e fusões no CHUC e outras
unidades da região centro

pág. 24

Amadora-Sintra:
Uma urgência saturada, complexa e
desgastante para médicos e doentes

pág. 36

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 30
N.º 149
Abril 2014

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

Foto de capa:
Paula Fortunato

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

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

Depósito Legal: **7421/85**
Preço Avulso: **2 Euros**
Periodicidade: **Mensal**
Tiragem: 46.000 exemplares
(10 números anuais)

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



editorial

06 O exemplo da Madeira

informação

11 Plano transitório de formação em Medicina do Trabalho

12 Impossibilidades Informáticas no Distrito de Beja

14 Equiparação do interno do 5º e último ano a especialista - anesthesiologia

15 A insubstituível demagogia do Ministério da Saúde

17 Manutenção do serviço de Cirurgia Cardiorábrica no CHVNG/E

18 Segredo Médico e Doentes com HIV

21 PEM e SAM: apelo formal ao bom senso

23 Crítica sobre Prescrição Eletrónica de Medicamentos

actualidade

24 Ajustamentos, modificações e fusões no CHUC e outras unidades da região centro

32 IOGP: falta investimento em recursos humanos e financiamento

36 Amadora-Sintra: Uma urgência saturada, complexa e desgastante para médicos e doentes

42 Contratualização em serviços de Saúde

48 Reunião Geral de Colégios

50 Colina de Santana: à descoberta do património

entrevista

54 Médicos têm papel fundamental no apoio às vítimas

opinião

59 A incongruência dos deputados

60 Egkrateia e Burnout

62 Recursos Humanos e Cuidados de Saúde Primários

64 A escolha de Angola para um estágio opcional - uma aposta no presente

66 Refundar a Emergência Médica - opção estratégica inadiável

67 Porque não um plano para o fígado português?

70 Terapêutica da Hepatite C Os verdadeiros desafios que se impõem ser considerados nos tempos que correm

75 Efeito placebo negativo e o consentimento informado contextualizado

80 Colina de Santana e História da Medicina Portuguesa

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

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

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

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

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

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



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



Consulte também:

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

... em: www.actamedicaportuguesa.com



Com o apoio de:



Brevemente disponível na plataforma Android.



O exemplo da Madeira

Em Portugal são cada vez mais os problemas que assolam a saúde, em geral, e a medicina e os médicos, em particular. Neste momento, a Ordem dos Médicos tem várias frentes em aberto. Destas complexas questões iremos dando conta aos Colegas, mas desde já deixamos a nota para que estejamos todos em estado de alerta máximo e prontidão total

No triénio que este ano principiou, foi possível a Ordem iniciar um ambicioso programa de visitas aos Distritos Médicos, cujos relatos já começaram a ser publicados na Revista, sendo antecipadamente enviados ao Ministro da Saúde para conhecimento formal do competente conteúdo.

As visitas são efectuadas em conjunto pelo Bastonário, Secção Regional e Distrito Médico respectivo. A Ordem sai da sua torre de marfim e vai até ao local de trabalho

dos médicos, ouvir os seus problemas, responder às questões colocadas, dialogar, conviver, procurar soluções e definir estratégias. É extremamente gratificante, produtivo e informativo. Só é pena não ser possível ir a todo o lado.

Da visita à Região Autónoma da Madeira, cuja narrativa será publicada num dos próximos números da Revista, pretendo salientar agora apenas um dos aspectos mais surpreendentes que nos foi relatado e dado observar, pela enorme relevância que tem para a política nacional de Saúde

e para alguns processos legislativos em curso.

A Ordem verificou que, salvo raras excepções, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) da Madeira não há equipas de Saúde, com óbvios e inegáveis prejuízos para os madeirenses e um enorme e indesmentível desperdício para o SESARAM!

De facto, por razões históricas várias que estão a ser progressivamente corrigidas e das quais a tutela tem plena consciência, há três estruturas que funcionam em paralelo e sem interligação nem coordenação eficaz, os administrativos, os enfermeiros e os médicos! Esta situação é agravada pela ausência da figura de Director do Centro de Saúde e por ainda não haver directrizes sobre as Equipas de Saúde.

É o exemplo (um mau exemplo, com maus resultados) do que a Ordem dos Enfermeiros pretende importar para o Continente, defendendo uma filosofia desajustada para figura de "Enfermeiro de Família".

A Ordem dos Médicos concorda com a criação do Enfermeiro de Família, uma função que beneficia de uma especialização própria, mas exercendo as suas vastas competências integrado na Equipa de Saúde e de acordo com a sua missão actual nos CSP, que tão bons resultados tem proporcionado. Naturalmente sob coordenação médica. Não por mero exercício de poder ou de afirmação profissional do médico, mas sim, pensando no doente, por questões de organização do trabalho, por uma hierarquia de competências clínicas e científicas e, sobretudo, pela com-

CORREIO DA SAÚDE

● JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Desperdício

O estudo sobre o número de médicos em Portugal, com o actual 'numerus clausus', mostrou que até 2025 teremos cerca de 9000 médicos acima das necessidades totais do país, ou seja, no desemprego ou emigrados.

A formação de cada especialista médico custará ao país até 500 000 euros.

Ou seja, formar 9000 especialistas médicos em excesso custará aos portugueses, até 2025, aproximadamente 4500 milhões de euros!

A maior parte destes jovens especialistas terá de emigrar.

Portugal gastará 4500 milhões de euros a formar médicos para exportação

Portugal gastará 4500 milhões de euros a formar médicos para exportação, beneficiando outros países e desperdiçando todo esse dinheiro dos nossos impostos numa época de grave austeridade. É um absurdo!

Se Portugal poupasse este dinheiro, com um correto planeamento, já não teria de cortar nas pensões.

É uma das razões pela qual defendemos, a redução do 'numerus clausus' em medicina, sendo que, uma decisão tomada hoje, só terá reflexo no número de médicos dentro de 12 anos, tempo médio de formação de um especialista médico.

CORREIO DA SAÚDE

● JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

VMER paradas

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Hospital de Évora estava inoperacional quando sucedeu próximo dessa cidade um grave acidente de viação com oito vítimas, quatro delas mortais.

Deste grave crime de omissão de auxílio poderá ter, eventualmente, resultado um desfecho mais grave, em termos humanos.

Têm sido igualmente noticiadas na imprensa mais situações de inoperacionalidade recorrente das VMER de vários hos-

É perverso. Os hospitais poupam dinheiro com a inoperacionalidade das VMER

pitais de norte a sul do país, com prejuízos potencialmente muito graves para as vítimas de acidente e doença súbita.

É perverso. Os hospitais poupam dinheiro com a inoperacionalidade das VMER, não pagando às equipas, não se esforçando para dispor dos meios exigidos para que as mesmas estejam aptas ao desempenho das suas funções essenciais, que muitas vezes significam a diferença entre a vida e a morte.

Os Conselhos de Administração e o Ministério da Saúde devem ser responsabilizados por esta desumana omissão de auxílio.

In "Correio da Manhã" - 2 de Janeiro de 2014

In "Correio da Manhã" - 16 de Janeiro de 2014

plexa e exigente responsabilidade médica e jurídica de decisão, sem desprimor para qualquer outro profissional.

Não é isto que acontece na Madeira, na maioria dos Centros de Saúde.

Na Madeira, a institucionalização desvirtuada do Enfermeiro de Família desarticulou completamente os cuidados. O Médico de Família tem uma lista de utentes e os vários Enfermeiros de Família têm listas diferentes e divergentes, elaboradas por critérios geográficos, podendo cada Enfermeiro de Família ter utentes de mais do que um Médico de Família, mesmo havendo muito mais Enfermeiros de Família do que Médicos de Família.

Os Enfermeiros chamam os utentes quando querem, de forma totalmente desintegrada das consultas médicas, obrigando os utentes a duplicação de deslocações ao Centro de Saúde, totalmente desnecessárias, com claro prejuízo das pessoas, mas também com total ausência de um mínimo de organização de cuidados.

Há enfermeiros que recusam vacinar as crianças, ainda que dentro do programa nacional de vacinação, se não for marcada uma consulta de enfermagem, obrigando a mais uma deslocação.

Quando o Médico de Família necessita da colaboração do Enfermeiro, nem sempre está disponível, porque se encontra a realizar consultas de Enfermagem autónomas, desinseridas de um programa global de prevenção da Saúde e acompanhamento do Doente. O Médico é obrigado a despendar tempo em actos



● JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

APEM

APEM é um programa informático da SPMS desenhado à Prescrição Eletrónica de Medicamentos. Envia os dados para o sistema central de registo e controlo da prescrição médica.

A PEM tem criado grandes dificuldades e atrasos ao trabalho dos médicos.

Transcrevemos algumas notas e desabafos de médicos no Facebook.

"Estive das 17h47 às 18h42 para passar dez receitas! Será que esta PEM tem por finalidade pôr os Médicos loucos?!"

"Sinto-me num universo kafkiano, por vezes, sequestrado por uma tec-

APEM tem criado grandes dificuldades e atrasos ao trabalho dos médicos

nologia inoperante e obcecada por nos fazer perder a paciência. Temos cada vez menos tempo para o doente."

"Podemos convocar uma greve contra a PEM? 40 minutos e dois telefonemas para a linha de apoio e não consegui passar a receita! Ao menos consolei-me a insultá-los!!"

"Vivemos sob Stress Profissional diário muito intenso! O programa informático de registo clínico é moroso, falhas frequentes e inexplicáveis, a somar ao programa de receituário..."

Senhor Ministro, resolva os graves problemas da PEM!



● JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Despedida

M.V.M., jovem médica especialista em Pneumologia (doenças dos pulmões), foi despedida do Hospital de Leiria. Por falta de qualidade como médica? Não. Por falta de empenho profissional? Não. Porque discutiu o horário? Efetivamente, depois de acordar o horário com o diretor clínico, o Conselho de Administração (CA) impôs um horário diferente. A colega contestou-o fundamentadamente, procurando o melhor para os doentes. A resposta seca e breve foi o despedimento imediato, sem necessidade de justificação.

O CA do Hospital de Leiria, tristemente presidido por um médico, deveria ser demitido

ção, porque estava no período experimental de 90 dias. Tinha sido contratada por concurso público. Foi despedida ao fim de um mês de trabalho.

Atualmente, está irremediavelmente desempregada, porque as vagas abertas pelo Ministério da Saúde são todas em regime de concurso fechado e ela não pode concorrer. Certamente terá de emigrar. É assim o Portugal em que vivemos. Uma ditadura.

O CA do Hospital de Leiria, tristemente presidido por um médico, deveria ser imediatamente demitido. Obviamente, eu demitia-o.

In "Correio da Manhã" - 30 de Janeiro de 2014

In "Correio da Manhã" - 15 de Fevereiro de 2014

que poderiam e deveriam ser desempenhados por outros profissionais.

Quando os Médicos Internos de MGF necessitam de gabinetes para as consultas e para o seu trabalho, e normalmente até há muitos gabinetes, não conseguem dispor dos mesmos, porque permanentemente ocupados por múltiplas consultas de Enfermagem.

Não obstante as excelentes instalações, por vezes claramente sobredimensionadas, e as dezenas de Centros de Saúde, agora em excesso face às novas vias de comunicação, os cuidados de saúde que se prestam aos madeirenses, nos CSP, são de inferior qualidade e geradores de imenso desperdício quando comparados com o Continente. Precisamente pela ausência de Equipas de Saúde.

É completamente surreal este funcionar “de costas voltadas” de Enfermeiros e Médicos de Família, alimentado por razões que ferem a Ética da Saúde, os interesses dos Doentes e a boa gestão do SNS. É por isso que tem de existir uma Equipa de Saúde, cuja coordenação, com todo o

respeito pelos outros profissionais e pelas competências que lhes são próprias, só pode ser médica.

Finalmente, não pode haver alteração dos horários administrativos sem coordenação com o Médico de Família, como é fácil de entender.

Esperemos que os erros da Madeira,

que parece existirem também nos Açores, não sejam reproduzidos no Continente. Os prejuízos para Doentes e para o SNS seriam enormes e dificilmente reparáveis.

Agora que a Madeira e todo o país estão a muito poucos anos de ter Médicos de Família em número suficiente para uma cobertura nacional de 100%, a melhor forma de potenciar positivamente o binómio Qualidade/Custo é através da prestação de CSP por Equipas de Saúde devidamente integradas e coordenadas.

Aprender com a experiência e, neste caso, com os erros, que a

Na Madeira, a institucionalização desvirtuada do Enfermeiro de Família desarticulou completamente os cuidados. O Médico de Família tem uma lista de utentes e os vários Enfermeiros de Família têm listas diferentes e divergentes, elaboradas por critérios geográficos, podendo cada Enfermeiro de Família ter utentes de mais do que um Médico de Família, mesmo havendo muito mais Enfermeiros de Família do que Médicos de Família

análise de exemplos concretos proporciona, é uma forma de inteligência.

Nota: Chamo a atenção para dois importantes textos sobre Hepatite C. Desejamos que, nesta como noutras matérias, o Ministro da Saúde saiba olhar os médicos como aliados, que o são e que só não o são mais porque o Ministério disso prescinde, e não como inimigos, que o não são. Os Médicos não defendem a indústria farmacêutica, defendem o direito dos doentes ao tratamento.

Agenda de eventos científicos

A ROM vai passar a ter uma secção de agenda. Os pedidos deverão ser enviados através do site oficial (www.ordemdosmedicos.pt), mediante o preenchimento do respectivo formulário (que se encontra no separador "Revista da Ordem dos Médicos"). Só serão aceites eventos científicos que tenham obtido previamente o patrocínio científico da Ordem dos Médicos através do seu Conselho Nacional da Avaliação da Formação sendo obrigatória a informação da data e número do despacho concessão desse patrocínio. Só serão considerados para publicação os eventos cujo pedido seja enviado com uma antecedência mínima de 45 dias em relação à data do encontro. Os pedidos que cumpram estes requisitos serão publicados por ordem de chegada podendo não ser incluídos por razões editoriais, sem qualquer pré-aviso e sem que isso implique qualquer juízo de valor qualitativo em relação aos eventos excluídos.

Nascido para ser ativo



Nós nascemos ativos, cheios de energia, com vontade de correr e saltar.
Ao longo da sua vida cuide da sua saúde. Faça uma alimentação
saudável e pratique actividade física. E continue a ter uma vida ativa.

Um conselho da Fundação Portuguesa de Cardiologia para Maio, Mês do Coração.

APOIOS:



FUNDAÇÃO PORTUGUESA
DE CARDIOLOGIA

Plano transitório de formação em Medicina do Trabalho

O Conselho Nacional Executivo na sua reunião de 28 de Fevereiro de 2014, homologou o novo Regulamento do Plano Transitório de Formação em Medicina do Trabalho, do qual damos nota em seguida.

O documento aprovado em CNE e agora divulgado constitui uma revisão do regulamento do Plano Transitório de Formação (PTF) em Medicina do Trabalho (MT), para obtenção do título de especialista em Medicina do Trabalho pela Ordem dos Médicos (OM), definindo as regras e orientações para a frequência do exercício orientado de Medicina do Trabalho, elaboração dos relatórios de estágio e da monografia científica, assim como da avaliação final.

O documento define igualmente os pré-requisitos para acesso ao PTF:

- Frequência com aprovação de Curso de Medicina do Trabalho reconhecido pela Ordem dos Médicos, concluído até 31 de Outubro do ano anterior ao do início do PTF.
- Pleno gozo dos direitos estatutários, reconhecido pela Ordem dos Médicos.

O plano transitório de formação em Medicina do Trabalho inclui as normas para formalização da inscrição no PTF, os critérios de admissão, a descrição das componentes prática e científica, bem como as competências do orientador de estágio no exercício orientado em Medicina do Trabalho.

Toda a informação complementar relativa a candidaturas e requisitos do Exame de acesso ao título de especialista, o modelo de requerimento, o modelo de monografia científica, o modelo de resumo curricular, etc. fazem parte integral do Regulamento do Plano Transitório de Formação em Medicina do Trabalho e devem ser respeitados pelos candidatos.

O regulamento pode ser consultado integralmente no site nacional, na área reservada ao Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho.



Impossibilidades Informáticas no Distrito de Beja

- a transformação progressiva dos médicos em burocratas informáticos -

A implementação de novas aplicações informáticas nomeadamente SAM, SAPE, etc..., decorreu razoavelmente bem até ao último ano, com a participação empenhada dos profissionais, apesar de algumas imperfeições, quer na operação informática quer no excessivo volume de dados a registar que a implementação das NOC e a imposição de contratualização obrigam.

Porém, um pouco por todo o país, actualmente os médicos reportam uma progressiva e importante diminuição do tempo disponível para a interacção com o doente para poder satisfazer a catadupa de registos inerentes a cada programa e cada consulta.

A aplicação PEM veio agravar dramaticamente o problema, sendo reportado um enorme aumento do tempo necessário para a prescrição médica e frequentíssimas falhas do sistema

e da integração desta aplicação de receituário com as restantes aplicações informáticas.

Isso traduz-se numa sobrecarga técnica (tendo em conta que, para efectuar o mesmo número de atendimentos, a demora global ao fim do dia de trabalho atinge frequentemente mais do que uma hora, com evidente diminuição do tempo disponível para interagir com o doente), mas também uma inaceitável sobrecarga emocional, pela consciência de se poderem cometer erros iminentes, dada a dispersão da atenção e a ansiedade daí decorrentes.

Em muitas instalações dos Cuidados de Saúde Primários, a reduzida largura de banda informática para os Centros de Saúde, por activação de mais postos de trabalho e maior complexidade dos programas informáticos, e a desadequação do hardware levou a uma situação de ruptura total, pelo extremo

agravamento das disfunções atrás mencionadas.

No sentido de assegurar, responsabilmente, a assistência médica à população em moldes aceitáveis e tendo em conta que o atendimento de situações urgentes pode ser realizado sem recorrer a meios informáticos, os médicos da UCSP de Beja (Sede e Extensões) suspenderam a partir do dia 27 de Janeiro os atendimentos dependentes de registo informático, na sequência de decisão da sua Coordenadora, mantendo a assiduidade total ao serviço e assegurando todas as situações de doença aguda e receituário premente.

Deram desta decisão conhecimento ao Conselho de Administração (CA) da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) e aguardam que estes constrangimentos sejam resolvidos de modo a poderem retomar logo que possível a ac-

tividade clínica em moldes normais e em que a qualidade dos seus actos seja integralmente reposta, assim pretendendo ver preservados, também, o respeito devido à sua dignidade profissional e o respeito pelos utentes.

Sublinhe-se, por fim, que, com contornos diversos é certo, estas dificuldades não se confinam ao Concelho de Beja: idênticos problemas se vivem na USF Alfa Beja e no Hospital José Joaquim Fernandes, desta cidade. Em relação a este, transcreve-se o que um Colega hospitalar, pertencente ao Conselho Distrital de Beja, informou:

«Em termos hospitalares, as principais queixas prendem-se com a utilização do portal de C.I.T. (Certificados de Incapacidade Temporária), com o S.I.C.O (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito) e com uma muito interessante particularidade do sistema ALERT.

Em relação aos CIT, é necessário sair do portal “Sclinic”, entrar no portal específico do C.I.T., introduzir a password, de seguida introduzir o número de beneficiário do doente, esperar que esteja tudo bem inserido no que aos dados do doente diz respeito, e só de seguida se pode começar a preencher o certificado para a incapacidade temporária. Tal situação implica perda de tempo e é, no mínimo, caricata, pois no Sclinic, existe, para cada doente, um

link directo para o portal C.i.T., mas que no momento actual simplesmente não funciona.

No que concerne as certidões de óbito, é “obrigatório” o médico conhecer o nome dos pais e o estado civil do doente, pois caso não indique estes dados e opte pela opção de filiação e estado civil desconhecidos (opção esta que está disponível seleccionar) o que acontece é que, no dia seguinte, o encarregado da casa mortuária anda o dia inteiro atrás do médico para que este corrija a certidão de óbito e coloque o nome dos pais e o estado civil do doente. Caso contrário, a certidão de óbito é inválida. Provavelmente, dito desta maneira, não parecem grandes problemas, mas se às 3 da manhã, com 2 politraumatizados graves que chegam à sala emergência, temos o cirurgião de urgência desesperado a tentar preencher uma certidão de óbito, que não consegue porque não sabe o estado civil de um doente, já se conseguirá perceber melhor. Ou então quando temos 20 doentes á espera na consulta e mais 5 altas para dar no piso e a maior parte do tempo é passada a esperar que o portal de certificados de incapacidade temporária se digne a abrir, compreende-se bem porque é que cada vez os médicos perdem mais tempo com burocracias informáticas do que a observar e a tratar doentes!

Quanto à “particularidade do sistema ALERT” é tão simples

quanto isto: escrevemos a observação, pedimos exames e damos alta/internamos doentes da urgência com o sistema ALERT mas, se precisarmos de passar uma receita do que quer que seja, a qualquer doente da urgência, temos que abrir o SCLinic, assumir esse mesmo doente pelo SCLinic e passar as receitas pelo SCLinic porque o programa ALERT permite, efectivamente, passar receitas, mas a actualização do formato das receitas neste programa não foi feita. Resumindo, todo e qualquer doente da urgência tem que ser assumido no Alert e depois no SCLinic para passar qualquer receituário. “Coisa fácil” se tivermos 10 ou mais doentes por ver.»

Em face deste panorama, cada vez mais complexo, difícil, stressante e obrigando a maiores perdas de tempo, a Ordem dos Médicos apela ao Senhor Ministro da Saúde para que não transforme os médicos em burocratas informáticos, para que não sobreponha os indicadores às necessidades dos Doentes e da boa Medicina, para que obrigue a SPMS a resolver todos os constrangimentos informáticos do SNS e para que não faça mais cortes no SNS e invista o que for necessário para dar condições aos Médicos para observarem e tratarem os Doentes com Qualidade e Humanismo.

CNE, Lisboa, 5 de Fevereiro de 2014

Equiparação do interno do 5º e último ano a especialista - anestesiologia

Divulgamos em seguida o parecer do Colégio de Anestesiologia sobre o internato da especialidade e a potencial equiparação do interno do 5º e último ano a especialista, parecer esse que foi aprovado pelo Conselho Nacional Executivo na sua reunião de 28 de Fevereiro de 2014.

O Colégio de Anestesiologia tomou conhecimento de várias situações anómalas relativas à atribuição de funções aos internos do 4º e último ano do Internato de Anestesiologia regido segundo o programa de formação da especialidade de anestesiologia que foi aprovado pela Portaria nº 616/96, de 30 de Outubro, e em vigor para os internos que frequentam o actual 4º ano do Internato, e que abusiva e incorrectamente têm desempenhado as funções de especialistas em anestesiologia.

Assim e nesse contexto, o Colégio de Anestesiologia vem esclarecer que:

1- O grande desenvolvimento registado na última década na especialidade de Anestesiologia, com a diferenciação em múltiplas áreas para as quais é considerada perita (Medicina Peri-Operatória, Medicina de Emergência, Medicina Intensiva e Medicina da Dor) fez com que o

seu programa de formação fosse alargado para uma duração de 60 meses, para os internos que iniciaram a formação específica em Janeiro de 2011.

2- Ainda que nunca definido de forma clara, mas preconizado pela Ordem dos Médicos, considerou-se no novo programa de formação em Anestesiologia, publicado na Portaria nº 49/2011 de 26 de Janeiro, que os internos do 5º e último ano desempenham as funções de especialistas.

3- Contudo, a situação anteriormente descrita não pode em situação alguma:

- pôr em causa a realização dos diferentes estágios tutelados, sob pena dos objectivos definidos para cada um dos estágios não poderem ser atingidos;
- ser realizada contra parecer do Director de Serviço, responsável máximo pela formação dos seus internos;

- ser contra a vontade do próprio interno, que deve sentir-se com competência suficiente para as tarefas que lhe são atribuídas nesse contexto, aliás de acordo com o artigo 36º do Código Deontológico;

- devendo ser desempenhada sob a tutela e responsabilização dum especialista em Anestesiologia, que se disponibilizará para auxiliar o interno sempre que este necessitar,

4- Os internos que assumem funções de especialistas devem ser supervisionados por médicos especialistas, na relação de um interno por cada especialista.

5- Como se compreenderá as funções de especialista não são atribuídas aos internos do último ano cujo programa de formação tenha apenas 4 anos.

A insubstituível demagogia do Ministério da Saúde

Divulgamos em seguida o comunicado do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos sobre as notícias com as quais, "pelo terceiro ano consecutivo, a comunidade médica foi confrontada através da comunicação social com a possibilidade dos enfermeiros verem reforçadas as suas competências profissionais. Essa hipótese foi formulada pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde quando, em entrevista ao Diário de Notícias divulgada a 30 de Março, refere que os médicos, em determinadas circunstâncias, "podem ser mais ajudados no desempenho das suas funções [ajudados pelos enfermeiros, bem entendido], criando condições para que façam tarefas onde são verdadeiramente insubstituíveis". Neste comunicado o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos lamenta e reafirma a sua oposição clara à "tentativa de aumentar números e diminuir custos prejudicando seriamente a qualidade dos cuidados de saúde".

Comunicado

Recentemente, pelo terceiro ano consecutivo, a comunidade médica foi confrontada através da comunicação social com a possibilidade dos enfermeiros verem reforçadas as suas competências profissionais. Essa hipótese foi formulada pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde quando, em entrevista ao Diário de Notícias divulgada a 30 de Março, refere que os médicos, em determinadas circunstâncias, "podem ser mais ajudados no desempenho das suas funções [ajudados pelos enfermeiros, bem entendido], criando condições para que façam tarefas onde são verdadeiramente insubstituíveis". Por outro lado,

o Director-Geral da Saúde disse, no mesmo órgão de comunicação social, que "estão a ser estudadas estas matérias, não só no caso da saúde materna e obstétrica, mas também noutras áreas", seguindo-se o habitual cardápio de funções: "seguimento das gravidezes de baixo risco, renovação de receitas e a prescrição de exames que estejam sujeitos a protocolos escritos, respeitando as normas".

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRN) não pode deixar de lamentar, uma vez mais, o recurso a argumentos demagógicos para tratar um tema tão complexo e que influencia directamente a saúde dos cidadãos portugueses.

Em primeiro lugar, é absolutamen-

te leviano dizer-se que há um conjunto de actividades desempenhadas pelos médicos que não o deveriam ser. Ou mais grave ainda, afirmar-se na praça pública que os médicos apenas devem assegurar tarefas onde são verdadeiramente insubstituíveis, sugerindo que, no limite, todos os médicos são substituíveis ou dispensáveis assim se encontre um profissional – enfermeiro, ou quem sabe um especialista em terapêuticas alternativas – capaz de o fazer. Dessa forma se cumpriria o sonho do Ministro da Saúde: extinguir encargos salariais com os médicos, apertar (ainda mais) o orçamento do ministério e atribuir um 'profissional de saúde' a cada português.

Um raciocínio tão maniqueísta

como o que nos é, frequentemente, apresentado pelos responsáveis da tutela merece esta caricatura. Evidentemente, ninguém imagina que a prestação de cuidados de saúde possa ser realizada sem o contributo e a competência técnico-científica dos médicos. No entanto, alguns idealistas pretendem que uma parte da população aceda a médicos altamente especializados e outra, menos capaz financeiramente, seja atendida e acompanhada pelos enfermeiros. A Ordem dos Médicos não quer doentes de primeira e segunda categoria em Portugal.

Igualmente lamentáveis são as declarações do Director-Geral da Saúde (DGS). O exemplo das gravidezes de baixo risco (como é que ele sabe que são de baixo risco?), da renovação de receitas e da prescrição de exames no cumprimento de “protocolos escritos”, diz bem do objectivo final que pretende dar às Normas de Orientação Clínica (NOC) que a Ordem dos Médicos tem validado. Nesse sentido, por considerar que existem consequências perniciosas no seu cumprimento, o CRN irá propor em Conselho Nacional Executivo a renúncia imediata do protocolo existente entre a DGS e a Ordem dos Médicos.

Perante a gravidade e a ligeireza dos argumentos repetidamente colocados na comunicação social, o CRN não pode ter outra atitude que não a de os refutar publicamente e repudiar, de forma veemente, a campanha inaceitável de desqualificar e desacreditar os médicos e dismantelar a qualidade do nosso Serviço Nacional de Saúde.

1. Os médicos especialistas, nos quais estão incluídos os médicos de Medicina Geral e Familiar, são profissionais que cumpriram uma formação pré e pós-graduada de

11 a 13 anos. As suas competências estão ampla e consistentemente definidas do ponto de vista técnico e científico e, enquanto profissionais, ocupam uma posição primordial e nuclear no nosso serviço público de saúde.

2. As competências adquiridas durante o curso de Medicina e durante a frequência dos internatos médicos não são possíveis de obter de outra forma. Um médico e um enfermeiro têm naturalmente competências diferentes e responsabilidades distintas. A eficácia do seu trabalho conjunto nas diferentes unidades de saúde resulta do respeito devido a cada profissão e a cada profissional. E não é por acaso que nas equipas multidisciplinares a legislação existente consagra o médico como coordenador.

3. Um estudo científico prospectivo datado de Novembro de 2010, publicado pelo British Medical Journal, sobre a morte perinatal na Holanda, país pioneiro na legislação que prevê a possibilidade de haver enfermeiros-parteiros a assistirem partos em casa, concluiu o seguinte: “Recém-nascidos de mulheres que preferiram o acompanhamento de uma parteira a um obstetra durante o trabalho de parto registaram um risco 3.66 vezes superior de morte perinatal, quando comparado com recém-nascidos cujo trabalho de parto foi supervisionado por obstetra”. Mais ainda, o mesmo estudo, concluiu que recém-nascidos de grávidas de baixo risco cujo trabalho de parto foi supervisionado por uma enfermeira-parteira tinham um risco mais elevado de morte perinatal durante o parto e o mesmo risco de admissão em unidades de cuidados intensivos neonatais, quando comparado com recém-nascidos de grávidas de alto risco cujo trabalho de parto decorreu

sob a supervisão de um obstetra.

4. De acordo com o relatório da OCDE de 2013, a taxa de mortalidade infantil em 2011 em Portugal foi de 3.1 por mil nados vivos. Como termo de comparação, refira-se que na Holanda, no Reino Unido, na França e na Espanha, países citados pelo Secretário de Estado Adjunto do MS, a taxa de mortalidade infantil em 2011 foi de 3.6, 4.3, 3.5, e 3.2 por mil nados vivos, respectivamente.

5. Em 2012, a taxa de mortalidade neonatal, de acordo com o portal PORDATA e o Instituto Nacional de Estatística, foi de 2.2 e a taxa de mortalidade perinatal de 4.2. Estes valores colocam o nosso sistema de saúde no primeiro lugar relativo ao declínio da mortalidade infantil.

6. Estes excelentes resultados decorreram de reformas implementadas no passado, que permitiram o acesso universal de todas as mulheres grávidas a consultas e acompanhamento médico durante toda a gravidez, e o acesso ao parto em unidades hospitalares com serviços especializados, garantindo a qualidade das condições assistenciais para a mulher e o recém-nascido.

7. Os médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar são particularmente questionados nesta reiterada posição dos nossos governantes. Será oportuno lembrar que estes médicos especialistas têm desenvolvido um excelente trabalho ao nível das várias unidades de saúde em todas as suas áreas de intervenção, que incluem naturalmente a saúde da mulher e da criança e a vigilância de doentes crónicos. De resto, a criação, em Portugal, da especialidade de Medicina Geral e Familiar foi rapidamente acompanhada por uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e de vários dos

principais indicadores a ela associados.

8. É claro e inequívoco, para todos os intervenientes no SNS, que existem muitos serviços necessitados de mais enfermeiros para prestar aquilo que é da sua estrita competência e responsabilidade. Será na amplificação desta necessidade que os representantes desta classe profissional devem concentrar esforços, respeitando o carácter multidisciplinar e complementar das equipas de saúde.

9. De acordo com o relatório da OCDE de 2013, Portugal em 2011 tinha 4.0 médicos por 1000 habitantes, mais do que a média dos Países da ODCE (3.2), e 6.1 enfermeiros por 1000 habitantes, número claramente inferior à média dos Países da OCDE (8.7).

O CRN tem defendido de forma persistente e continuada a existência de legislação que proteja o direito dos doentes ao acesso a cuidados de saúde qualificados que

respeite de forma clara as competências próprias dos médicos e dos outros profissionais de saúde.

A violação de competências médicas nunca transferiu qualquer benefício objectivo para os doentes. Quer a nível nacional com a Lei da prescrição por DCI quer a nível internacional com a atribuição de competências médicas a outros profissionais de saúde. Os indicadores de qualidade existentes não nos deixam mentir. Os médicos têm o maior respeito pelo trabalho e pelas competências dos outros profissionais de saúde. Acreditamos que os melhores resultados em saúde são obtidos quando se estabelecem relações de trabalho em equipa multidisciplinar e em complementaridade, respeitando as competências próprias de cada profissional.

Não deixamos, porém, de lamentar e de nos posicionar abertamente contra a tentativa de aumentar números e diminuir custos preju-

dicando seriamente a qualidade dos cuidados de saúde.

O Ministério da Saúde tem o dever de publicamente clarificar esta matéria e dizer a verdade aos portugueses. Nós estaremos atentos e disponíveis para defender até às últimas consequências o reforço da relação médico-doente e o direito dos doentes a uma Medicina de qualidade.

Aceda ainda à participação do Presidente do CRNOM no programa Testemunho Directo do Porto Canal sobre «**Reforço das competências dos enfermeiros**» em <https://vimeo.com/90649088>.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

8 de Abril de 2014

Nota: Poderá aceder à notícia do Diário de Notícias sobre este assunto através do link que colocámos no site nacional.

Manutenção do serviço de Cirurgia Cardiotorácica no CHVNG/E

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos tomou conhecimento da posição do ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo, de garantir a manutenção do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), contrariamente ao que determinava a Portaria n.º 82/2014, de 10 de Abril.

Entendemos que esta garantia dada pelo ministro na última audiência da Comissão Parlamentar de Saúde é, em primeiro lugar, um sinal de responsabilidade institucional ao admitir que a classificação do CHVNG/E não pode ser estanque e deve atender a critérios como a competência dos serviços e a sua experiência acumulada. Em segundo lugar, vem confirmar que as críticas à Portaria n.º 82/2014 são legítimas, na medida em que a grande maioria dos seus pressupostos não podem ser aplicáveis.

Vemos como positivo este sinal transmitido pela tutela e esperamos que não só se concretize a manutenção do serviço, como também a melhoria generalizada das instalações e condições de trabalho que actualmente se verificam no CHVNG/E.

Finalmente entendemos que, a Portaria n.º 82/2014, indevidamente fundamentada, mais não faz do que comprometer os cuidados de saúde de proximidade, acentuar as assimetrias no acesso aos cuidados de saúde já existentes no território nacional e criar condições para que o país tenha doentes de primeira e de segunda categoria, ao configurar o encerramento previsível de dezenas de unidades e serviços essenciais para o funcionamento regular do SNS. Por isso, deve ser revogada de imediato.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos - 2 Maio de 2014

Segredo Médico e Doentes com HIV

Divulgamos em seguida um parecer do Departamento Jurídico da OM que indica, do ponto de vista da Deontologia Médica, quais as precauções que não violam o segredo médico, quando estão em causa situações clínicas que envolvem Doentes com HIV.

Foi colocada ao Departamento Jurídico a questão de saber se “após tentativas de persuadir o doente, sem qualquer sucesso, o médico tem o poder de quebrar a confidencialidade médica e avisar o parceiro sexual de portador de HIV, nos casos em que este não o queira fazer e tendo prática sexual não protegida, quando é médico de ambos os utentes?”.

Questiona-nos ainda a consulente se é preciso pedir autorização à comissão de ética antes do médico informar as pessoas em risco.

Sobre a primeira questão que nos é colocada pronunciou-se o Departamento Jurídico em Abril do ano de 2000, nos termos do parecer que se encontra junto a esta informação.

Subsequentemente e a pedido da Ordem dos Médicos pronunciou-se ainda, de forma coincidente com aquela que por nós foi propugnada, o CNECV através do seu parecer 32/CNECV/2000 (vide <http://www.cne-cv.pt/pareceres.php>).

Em 11 de Novembro de 2000 o CNE da Ordem dos Médicos deliberou em sentido consonante com os sobreditos pareceres.

No Código Deontológico, publicado no Regulamento 14/2009, ficou consagrado o seguinte:

“Artigo 89.º

(Precauções que não violam o segredo médico)

1 - A obrigação do segredo médico não impede que o médico tome as precauções necessárias, promova ou participe em medidas de defesa da saúde, indispensáveis à salvaguarda da vida e saúde de pessoas que possam contactar com o doente, nomeadamente dos membros da família e outros conviventes.

2 - Sendo a preservação da vida o valor fundamental, deverá o médico, em circunstância em que um doente tenha um comportamento que traga um risco real e significativo para a vida de outra pessoa, tentar persuadi-lo a modificar este comportamento, nomeadamente declarando que irá revelar a sua situação às pessoas interessadas. Se o doente não modificar o seu comportamento, apesar de advertido, o médico deve informar as pes-

soas em risco, caso as conheça, após comunicar ao doente que o vai fazer.”

Tendo em atenção o preceito deontológico supra transcrito é de concluir liminarmente que a resposta à primeira questão que nos é colocada pela consulente só pode ser afirmativa, ou seja, o médico após ter tentado persuadir o doente a modificar o comportamento de risco e a revelar às pessoas que possam efectivamente ser prejudicadas na sua vida ou saúde, sem que tenha logrado a adesão do doente ao seu aconselhamento, deve informar aquelas do perigo em que incorrem.

No que atine à segunda questão não vemos necessidade ou sequer sentido do médico ter de comunicar às comissões de ética para a saúde os factos ora em apreço já que em nosso entender não se trata de uma questão ética controvertida podendo-se, antes pelo contrário, considerá-la como matéria assente na deontologia médica.

O Consultor Jurídico
Paulo Sancho
2014-02-24

**PARECER DO
DEP. JURÍDICO DE ABRIL
2000**

Assunto: Segredo médico
SIDA

Parecer

Foi-nos apresentada, para análise e informação, a seguinte situação: Uma médica tem um doente, toxicodependente, seropositivo para o vírus HIV, que vive com a mãe e com a mulher.

A progenitora tem conhecimento do seu estado, mas a cônjuge apenas sabe que o marido é toxicodependente e que está a ser medicamente acompanhado.

O doente, apesar de conhecer o risco de transmissibilidade e as formas de transmissão do vírus, nunca informou a mulher da sua doença¹ não prevenindo por qualquer meio a possibilidade de contágio, nem autorizando que a sua médica assistente o faça.

Coloca-se, assim, a questão de saber se a sobredita médica pode convocar a mulher do doente para lhe comunicar a seropositividade do marido, sem ser susceptível de vir a ser condenada por violação de sigilo profissional.

Importa, ainda, saber se caso a médica não actue da forma referida, pode, mais tarde, vir a ser acusada de ter possibilitado a propagação de uma doença com prognóstico fatal.

Analisemos, então, as normas deontológicas aplicáveis ao caso em apreço.

Dispõe o art.º 68º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, sob a epígrafe

“Âmbito do segredo profissional”:

“1. O segredo profissional abrange todos os factos que tenham chegado ao conhecimento do Médico no exercício do seu mister ou por causa dele, e compreende especialmente:

a) Os factos revelados directamente pelo doente, por outrem a seu pedido ou terceiro com quem tenha contactado durante a prestação de cuidados ou por causa dela;

b) Os factos apercebidos pelo Médico, provenientes ou não da observação clínica do doente ou de terceiros;

c) Os factos comunicados por outro Médico obrigado, quanto aos mesmos, a segredo profissional.

2. e 3. (...)”

Não obstante o dever de sigilo, impendem sobre os médicos outras obrigações, como sejam as previstas no artº 72º do sobredito Código Deontológico.

Com efeito, o artº 72º, inserido no Capítulo do Segredo Profissional, prescreve o seguinte:

“A obrigação do segredo profissional não impede que o médico tome as precauções necessárias, promova ou participe em medidas de defesa sanitária, indispensáveis à salvaguarda da vida e saúde de pessoas, nomeadamente dos membros da família e outras que residam ou se encontrem no local onde estiver o doente.”

Ou seja, o médico está colocado perante um **conflito de valoração de normas deontológicas**, em que são considerados fundamentalmente **dois tipos de interesses, por um lado os do indivíduo, da sua liberdade e privacidade** e, por outro, os da **família do doente**, principalmente a mulher, que corre sérios riscos de ser por ele contagiada se não forem tomadas as **medidas adequadas no que atine à sua protecção**.

Nesta matéria, cabe antes de mais esclarecer que não existem parâmetros definidos que permitam uma abordagem com as certezas com que gostamos de enfrentar os

problemas que se nos colocam.

A questão está em encontrar um **justo equilíbrio entre os interesses de respeito pelo indivíduo e da solidariedade social**, mormente o direito à saúde e vida de outrém.

Se o indivíduo tem direito a não ser discriminado, ao sigilo sobre a sua vida privada e sobre o seu estado de saúde, não há dúvida também que a sociedade tem o direito e o Estado a responsabilidade, de tomar medidas de prevenção que evitem a propagação de doenças como a SIDA.

Todavia, regra geral, as medidas de que o seropositivo seja alvo, só serão admissíveis em nome duma **necessidade objectiva de salvaguarda de terceiro, e na medida do estritamente indispensável**.

Se o princípio da igualdade implica o tratamento igual de situações iguais, o seropositivo e o perigo efectivo de contágio que ele representa criam uma situação especial a justificar medidas próprias. Só que essas medidas terão que ser, além de necessárias, adequadas e proporcionadas à **prossecução do seu objectivo**. Por isso é que a **contenção dos direitos individuais do seropositivo será inadmissível, se feita em homenagem a um risco meramente remoto de contágio**.

Neste caso concreto, é posto em causa o direito à saúde e à vida, o que releva para a ponderação dos direitos fundamentais em jogo.

E não há dúvida que o direito à saúde e à vida, por serem bens jurídicos superiores merecem uma salvaguarda maior, ainda que tal implique o sacrifício de um direito protegido, como o é o da reserva da intimidade.

Deste modo, atento o exposto, en-

tendemos que a obrigação de segredo médico cessa, nestas circunstâncias específicas, e na estrita medida do necessário para salvaguardar o direito à saúde e à vida da mulher do doente seropositivo.

Este é, salvo melhor, o nosso parecer.

O Consultor Jurídico

Paulo Sancho

Abril de 2000

1 - Bastaria um dever geral de respeito pelos direitos de personalidade de todas as outras pessoas para fundamentar a necessidade jurídica de um portador do vírus ou de um doente, tomar medidas de protecção para não transmitir a infecção.

Para quem vive em comunhão de vida, os riscos de transmissão são grandes, aproximando-se da certeza.

No âmbito do casamento pode-se, inclusive, dizer que existem obrigações de cada cônjuge correlacionadas com o dever de coabitação e com o dever de respeito.

Em primeiro lugar impõe-se que cada um tome as precauções recomendadas para não ser contaminado – para além do seu próprio interesse de auto conservação, ou seja, conservar a saúde para cumprir os típicos deveres conjugais. Em segundo lugar, impõe-se a obrigação de cada um se sujeitar aos testes necessários para sossegar o outro, ao menos quando se apresentarem circunstâncias objectivas que justifiquem uma dúvida razoável. Em terceiro lugar impõe-se que o cônjuge revele ao outro uma probabilidade de ter sido infectado ou a certeza da sua contaminação; ainda que a revelação não vá a tempo de evitar o contágio, sempre permitirá uma terapêutica mais precoce. Por último o regime matrimonial impõe que o cônjuge infectado tome todas as precauções para evitar a transmissão do vírus.

Neste sentido, ver “Temas de Direito da Medicina”, do Prof. Guilherme de Oliveira, que aborda esta situação na perspectiva civilista e no âmbito das relações da família.

notícia

Exposição: atlas e códices dos melhores arquivos e bibliotecas do mundo

A exposição “O gabinete das maravilhas: atlas e códices dos melhores arquivos e bibliotecas do mundo” (Arquivo Nacional da Torre do Tombo, de 29 de Abril a 21 de Junho) é uma viagem por oito séculos de história através das principais jóias da cartografia portuguesa da época dos descobrimentos e dos manuscritos iluminados mais relevantes do Património histórico europeu de entre os séculos VIII e XVI, que atualmente se encontram nos arquivos e bibliotecas mais importantes do mundo: Arquivo Nacional da Torre do Tombo, Museu Fundação Calouste Gulbenkian, Metropolitan Museum of Art, Morgan Library & Museum, The British Library, Bibliothèque nationale de France, Biblioteca Nacional da Rússia, etc.. Entre as três dezenas de obras incluídas na exposição, destacam-se especialmente as joias relacionadas com a medicina, como o Tractatus de Herbis, um belíssimo tratado médico de 1440 com ênfase na botânica; o Tacuinum Sanitatis, cujas tabelas de saúde, muito difundidas na Idade Média, foram escritas no séc. XI pelo médico cristão nascido em Bagdade Ibn Butlân; o Theriaka e Alexipharmaka de Nicandro, cujos textos sobre venenos de origem animal, vegetal e mineral datam do séc. II a.C.; o Splendor Solis, o mais belo tratado de alquimia alguma vez pintado; ou o Livro da Felicidade, realizado por ordem do sultão Murad III, uma compilação de tratados de índole científico-médica e astrológica em torno do conceito da Felicidade.

O GABINETE DAS MARAVILHAS ATLAS E CÓDICES DOS MELHORES ARQUIVOS E BIBLIOTECAS DO MUNDO

Arquivo Nacional da Torre do Tombo, Lisboa

29 ABRIL - 21 JUNHO DE 2014

—HORÁRIO:

DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 9h30 ÀS 19h30
SÁBADOS DAS 9h30 ÀS 12h15



PEM e SAM: apelo formal ao bom senso

A Ordem dos Médicos remeteu, em nome do normal e eficiente funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários, em nome dos Médicos e em nome dos Doentes, um apelo formal ao Ministro da Saúde para que seja reactivado o link que permitia que, via SAM, todos os Médicos tivessem acesso à prescrição electrónica anteriormente utilizada. Este apelo surge na sequência das múltiplas queixas de colegas sobre os muitos problemas diários que a PEM continua a dar, definindo como "um inexplicável absurdo e uma injustificável obstinação" o facto da PEM estar a ser imposta sem previamente se encontrar completamente operacional. Divulgamos aqui igualmente a carta subscrita pelas unidades funcionais do ACeS do Baixo Vouga, sobre as dificuldades que essa aplicação informática tem provocado.

"Exmo. Sr. Ministro da Saúde,
Assunto: PEM (Prescrição Electrónica Médica) e SAM (Sistema de Apoio ao Médico)

Conforme documento anexo, que confirma e ilustra todas as chamadas de atenção já efectuadas por inúmeros Colegas e por várias organizações médicas, incluindo a Ordem, a Ordem dos Médicos, em nome do normal e eficiente funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários, em nome dos Médicos e em nome dos Doentes, vem fazer um apelo formal a V. Exa. para que seja reactivado o link que permita que, via SAM, todos os Médicos tenham acesso à prescrição electrónica anteriormente utilizada.

A PEM continua a dar múltiplos problemas diários, pelo que é um inexplicável absurdo e uma injustificável obstinação a PEM estar a ser imposta sem previamente se encontrar completamente operacional. Tudo o que pedimos é que haja bom senso e que deixem os médicos trabalhar.

Lisboa, 9 de Abril de 2014"

Carta dirigida pela UF do ACeS Baixo Vouga ao Presidente do Conselho Directivo da ARS Centro

"As equipas das unidades funcionais (UF) do ACeS Baixo Vouga, abaixo identificadas,

subscvem solidariamente, através dos seus coordenadores, a presente reflexão sobre a imposição de utilização da aplicação informática de prescrição, habitualmente designada pelo acrónimo PEM.

Assim:

1- Consideram que a PEM, apesar de haver aspectos a melhorar na óptica do utilizador, é uma aplicação informática com uma arquitectura interessante, integrando um conjunto de princípios que visa o apoio à prescrição médica, o que se saúda.

2- Consideram contudo, que não estão reunidas todas as condições técnicas para que o programa possa ser utilizado de forma eficiente nas nossas UF.

3- As equipas que têm a PEM como única alternativa de prescrição, porque lhes foi cortado o acesso à prescrição anteriormente integrada no SAM, vêm comprometida de forma inequívoca a sua produtividade, com tempos de prescrição que correspondem no mínimo a cerca de 20% do tempo atribuído a cada consulta. Mas em muitas ocasiões aquele tempo é largamente excedido sem que os profissionais o possam aproveitar executando outras tarefas de registo, porque o écran no SAM fica bloqueado. Se desbloqueado antes do fim da impressão causa erros com má formatação no receituário que tem de ser inutilizado e sendo necessário repetir o procedimento. Trata-se de uma efectiva perda de tempo.

4- Também a frequência com que a aplicação não permite o acesso à medicação crónica dos utentes, ou duplica medicamentos, ou os omite é assustadoramente frequente. Quando o acesso é possível a desesperante lentidão com que a PEM faz o carregamento dos dados, gera mais uma vez novos tempos improdutivos excessivos na nossa opinião.

5- Resumindo, todo o processo de prescrição está repleto de múltiplos pequenos passos que duram longos minutos originando no seu conjunto um enorme desperdício de tempo, causando prejuízo aos utentes que ao longo de um período de consulta são sujeitos a atrasos sucessivos, e manifestam o seu desagrado, geran-

do algumas situações de conflito, sem que as equipas possam ultrapassar o problema. Outros solidarizam-se com os médicos, oferecendo-se para passar noutra altura para levarem o seu receituário, inclusive em situações de doença aguda.

6- Os profissionais estão a ficar emocionalmente exaustos com os sucessivos atrasos em que incorrem, com o desdobrar de pedidos de desculpas por responsabilidades que não são suas, exasperam por ver a impaciência dos utentes, o tamborilar dos seus dedos na secretária, a antevisão de mais um conflito para o qual não contribuíram.

7- Temos reportado superiormente estas questões, sem termos qualquer resposta às nossas preocupações, assistindo impotentes à degradação da condição do exercício da nossa actividade, com graves implicações na produtividade, na eficiência e sobretudo na qualidade da assistência aos nossos utentes. Consideramos que a segurança do acto médico está

seriamente comprometida na actual situação.

8- É do nosso conhecimento que no nosso ACeS muitas das suas UF continuam poupadas a este cenário, mantendo os seus níveis de eficiência e de conforto habituais, porque lhes é permitida a prescrição via SAM.

9- É do nosso conhecimento que na ARS que Vexa superiormente dirige, há ACeS onde em nenhuma UF foi imposta a utilização exclusiva da PEM e logo as suas equipas igualmente poupadas ao desgastante quotidiano que alguns de nós vivem.

10- É igualmente do nosso conhecimento que noutras ARS opção semelhante foi tomada, havendo acesso a ambas as aplicações de prescrição.

11- Parece-nos que esta decisão de manter o acesso à prescrição via SAM a múltiplas UF no nosso ACeS, na nossa ARS e em outras, indicia o reconhecimento pela hierarquia da existência de problemas técnicos na implementação da PEM. Quando emitir uma receita manualmen-

Unidade funcional	Coordenador
UCSP Águeda I	António Santiago
UCSP Águeda II	Cristina Paiva
UCSP I Aveiro	Luísa Campos
UCSP II Aveiro	Patricia Morgado
UCSP Oliveira do Bairro I	Fernando Martins
UCSP Oliveira do Bairro II	José Rui Soares
UCSP Sever do Vouga	Manuel Coutinho
USF Águeda + Saúde	Adriano Domingues
USF Alpha	Alcino Santos
USF Atlântico Norte	Manuela Carvalho
USF Beira Ria	Sandra Almeida
USF Costa de Prata	Maria Cavaco
USF Flor de Sal	Graça Conceição
USF Leme/UCSP Ílhavo II	Alice Oliveira
USF Molicheiro	Madaíl Ratola
USF Salinas	Ana Padrão
USF Santa Joana	José Marinho

te é muito mais rápido do que fazê-lo por via informática nos utilizadores da PEM, significa que algo está mal com o processo, seja por razões de hardware, seja por razões de software. E estamos convictos que recomendar a prescrever manualmente não pode ser a solução.

12-Face aos considerandos prévios, temos dificuldades em compreender tendo em conta o princípio da igualdade de tratamento dos profissionais e dos utentes, quais os critérios subjacentes à selecção das equipas para uma ou outra das condições do seu exercício profissional.

13-As equipas subscritoras disponibilizam-se para in loco demonstrarem a quem Vexa entenda as razões aqui alegadas.

Face ao exposto, as equipas subscritoras, solicitam a Vexa informação sobre o cronograma previsto para o processo de implementação das condições técnicas para que a PEM possa ser utilizada de forma eficiente. Solicitam que com a máxima urgência e até estarem reunidas essas condições, seja reactivado o link para que via SAM, todas as equipas do ACeS Baixo Vouga tenham acesso à prescrição electrónica anteriormente utilizada, repondo a igualdade

de condições a todos os profissionais e utentes do ACeS e assim seja travada a progressiva degradação do serviço e a sua repercussão na qualidade do atendimento dos nossos utentes e na saúde dos vossos profissionais.

As UF voltam a reunir para acompanhamento da evolução da situação no próximo dia 17 de Março, esperando poder ter nessa data o conhecimento da sua decisão.

Com os nossos melhores cumprimentos."

Crítica sobre Prescrição Electrónica de Medicamentos

Em resposta a uma solicitação de análise da PEM, a Direcção do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar emitiu um parecer que transcrevemos em seguida

"Relativamente ao assunto em epígrafe, a Direcção deste Colégio de Especialidade após a análise da documentação recebida, emite o seguinte parecer sobre **Aplicações informáticas em cuidados de saúde primários**:

Os Médicos de Família têm sido confrontados com o aparecimento em catadupa¹ de aplicações informáticas destinadas a satisfazer diferentes procedimentos de consulta.

Acresce a inexistência de formação adequada à sua utilização. Para além disso verifica-se que as aplicações não se articulam devidamente entre si, obrigando a uma duplicação de registo de dados e complexificação de procedimentos, centrando a atenção do

médico nas aplicações em prejuízo da relação com o doente.

Não nos move qualquer animosidade contra a aplicação de novas tecnologias, pelo contrário, mas desde que estas sejam facilitadoras da boa prática clínica.

Este tipo de estrutura informática associada a uma rede lenta e não dimensionada para este tipo de utilização gera nos profissionais de saúde exaustão, desmotivação e má comunicação com o paciente que se repercute na qualidade assistencial. Afeta ainda negativamente a formação médica pré e pós-graduada que se faz nas unidades de medicina geral e familiar.

As unidades de saúde não se podem transformar em laboratórios

de aperfeiçoamento destas tecnologias. Está a passar-se para uma Medicina centrada no sistema informático e não no paciente, com claro prejuízo para os interesses dos doentes.

Com os melhores cumprimentos.
O Presidente da Direcção,
José Maria Silva Henriques"

1- ALERT, TAO, SICO, MEDSOFT, VITACARE, MEDICINONE, SIMA RASTREIOS, PEM, MIM@UF, RCCL, SIARES, ATHIS



Visita à Unidade de Cirurgia de Ambulatório (Covões)

Ajustamentos, modificações e fusões no CHUC e outras unidades da região centro

Num esforço de perceber as necessidades e situação atuais de hospitais e centros de saúde da região centro, o bastonário da Ordem dos Médicos (OM), José Manuel Silva, acompanhado pelo presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), Carlos Cortes, e pelo presidente do Conselho Distrital de Coimbra, José Luís Pio de Abreu, dedicou dois dias a visitar alguns dos locais onde se fala e se trata de saúde a nível local. As primeiras impressões indicam alguma dificuldade de comunicação e organizacional que implica um vai e vem de doentes: os HUC transferem para os Covões por falta de camas disponíveis e os Covões recorrem aos HUC porque precisam de complemento de diagnóstico. São três anos de ajustamentos, modificações e fusões no CHUC que ainda não deram os frutos desejados, especialmente na urgência.



José Manuel Silva e Carlos Costa Almeida

Visita ao serviço de urgência do Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e o Hospital dos Covões são, desde Março de 2011, um só. Com a constituição do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) muitas foram as funcionalidades destas duas unidades de saúde vítimas de ajustamentos, modificações e fusões com vista a uma melhor prestação de serviços

médicos em prol do doente.

“Com o empenho de todos esta é uma boa solução, difícil, mas que vale a pena, competindo-nos realizar este projecto bem e de forma estruturada”, afirmou o vogal do Conselho de Administração do CHUC, António Pedro Araújo Lopes, para quem esta fusão tem dois pontos fundamentais: melhorar a qualidade dos cuidados prestados, mantendo a qualidade da acessibilidade dos utentes, sem esquecer a parte financeira. “Se não for esta vertente, não vale a pena fazer fusões”, defendeu.

Com alguns serviços a não serem

Ciro Costa, Enf. Carlos Mesquita, Carlos Costa Almeida

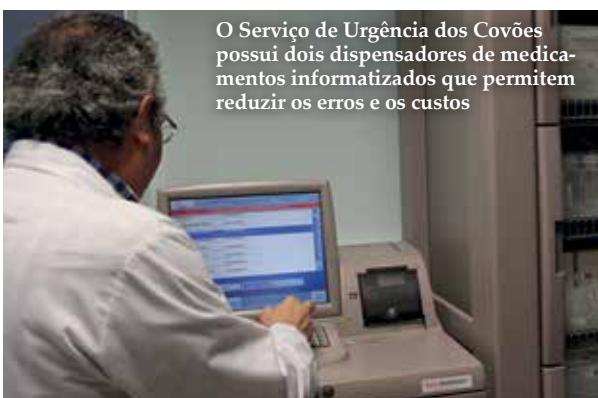


Visita ao Serviço de Urgência do Hospital Geral - CHUC



Adriano José Carvalho Rodrigues

José Luís Pio de Abreu, José Manuel Silva e Carlos Cortes em reunião com CA do CHUC



O Serviço de Urgência dos Covões possui dois dispensadores de medicamentos informatizados que permitem reduzir os erros e os custos

Pedro Lopes e Pedro Roldão - CHUC



Enfermeiro Diretor António Manuel Marques, Diretor Clínico José Pedro Henriques de Figueiredo e Vogal Pedro Lopes - CHUC

totalmente concentrados num único sítio (como é o caso da Otorrinolaringologia) e outros a serem suprimidos, é na Urgência que reside o maior busílis desta fusão. Agora, todos os utentes menores que procuram o serviço de urgência e consultas de Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Cirurgia Plástica ou Cirurgia Maxilofacial, são encaminhados para o Hospital Pediátrico de Coimbra.

Foi no dia 28 de Maio de 2012, para desagrado de muitos utentes, que a Urgência do Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra começou a encerrar às 20h. Tal facto levou ao Serviço

de Urgência dos HUC, à distância de sete quilómetros dos Covões, todos os utentes que até então se dividiam pelas duas unidades. “Antes tínhamos uma média de 400 doentes na Urgência do HUC e agora esse número aumentou para bem perto dos 800”, lembrou António Pedro Araújo Lopes. Com o número de utentes a duplicar, o decréscimo na qualidade e na

rapidez dos serviços prestados é inevitável. “Podemos fazer uma Urgência deste género mas não é o que pretendemos e por isso estão programadas obras significativas na Urgência dos HUC”.

Por outro lado, as Urgências dos Covões recebem utentes entre as 09h e as 20h, mas apenas durante os dias de trabalho da semana. Reduzidos aos serviços de Cardiologia, Pneumologia e Medicina Interna, há uma necessidade constante de recorrer aos serviços dos HUC para complemento de diagnóstico. Tal facto origina movimentação do utente de um lado para o outro e, no final, uma duplicação (ou até mesmo triplicação) do número de entradas “porque cada vez que vão e voltam há lugar a uma nova requisição em cada uma das urgências”, explicou o Director da AGI II – Área de Gestão Integrada II do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), **Ciro Costa**. A somar a esta situação, pouco confortável para profissionais e utentes e potencialmente mais dispendiosa, “não há concentração de informação porque aqui [urgência dos Covões] o processo é electrónico e nos HUC é em papel”. Apesar do número limitado de especialidades em funcionamento no Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, são muitos os doentes transferidos dos HUC para os Covões por falta de vagas no primeiro. “Este hospital acaba por ser uma espécie de copa do HUC”, lamentou **Ciro Costa**. Para isso, a justificação é só uma: área de influência tendo em conta a residência dos utentes. Depois das urgências, e antes de seguir viagem até à Medicina do Sono, a comitiva da Ordem dos Médicos teve ainda oportunidade de conhecer outros Serviços do Hospital Geral do CHUC, nomeadamente a Unidade de Cirurgia de Ambulatório. Trata-se de um serviço permanente, por onde passam alguns internos, embora “a política da cirurgia ambulatória é a de que deva ser feita por

médicos experientes”, afirmou o director deste Serviço, **Carlos Magalhães**. Na sua opinião, o ideal seria que “todos os serviços cirúrgicos possuissem um núcleo de profissionais que fizessem o serviço completo”, isto é, que existisse um corpo clínico próprio e com todas as especialidades cirúrgicas essenciais a uma boa prestação de cuidados aos utentes.

Medicina do Sono passa a unidade funcional autónoma com o processo de fusão mas espera obras desde 2012

Primeiro foi um sector com autonomia mas ligado ao serviço de pneumologia, depois um serviço autónomo, desde 1998; com o processo de fusão deixou de ser “serviço” para passar a Unidade Funcional Autónoma, ficando localizado junto ao Hospital dos Covões tudo o que é Medicina do Sono. “Não acho que tenha sido a decisão mais acertada mas foi a ideia do CHUC”, desabafou o Director deste Serviço, **Francisco José Moutinho**. Concordamos que, pelas suas especificidades, ecletismo e multidisciplinaridade, deveria ser um Serviço, que, pela sua experiência e qualidade,

pode ser uma das características distintivas do CHUC a nível nacional.

Neste momento, a lista de espera é grande, com mais de 700 doentes a aguardar consulta, espera essa que pode ser de meio ano. O aumento da lista de espera deve-se precisamente à concentração da Medicina do Sono num mesmo local. A Unidade dispõe de quatro camas, que funcionam todos os dias, “enquanto os HUC, com cerca de 300 doentes em lista de espera, têm duas camas na Pneumologia e não estão disponíveis diariamente”.

Agora a vontade de **Francisco Moutinho** passa por ter pessoal médico próprio, “deixando de viver das boas vontades dos outros serviços”, para, assim, aumentar a capacidade de resposta. “Com a criação do Laboratório do Sono irão nascer mais quartos e, dessa forma, ficamos com salas livres no edifício actual para gabinetes de consulta”. Ainda assim, “prevê-se que fique resvês com as reais necessidades, porque este será um sector de fim de linha, isto é, virão todos os casos que forem de patologia de sono mais complexa. As obras de adaptação estão previstas desde 2012, num investimento total de 200 mil euros, mas ainda não foram concretizadas”.

Francisco José Moutinho, José Luís Pio de Abreu, Carlos Cortes, **Ciro Costa** e **José Manuel Silva**



Formação pós-graduada preocupa Ordem dos Médicos

A formação dos internos foi um dos assuntos centrais na reunião com o Conselho de Administração do CHUC, tendo Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro, e José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, manifestado preocupação e apreensão quanto à qualidade da formação que está a ser dada aos jovens médicos.

Sobre esta questão, o director clínico, José Pedro Henriques de Figueiredo, começou por afirmar que, no que diz respeito à formação pré-graduada, “uma das grandes vantagens desta fusão é a capacidade de passar o ensino universitário para o Hospital Geral”. Diríamos nós, para o pouco que resta do Hospital Geral...

Por outro lado, na formação pós-graduada, defende o DC não ter havido qualquer alteração relevante da prática do CHUC. “O comportamento dos últimos dois anos é disso ilustrativo e eliminaria qualquer dúvida que houvesse quanto à nossa preocupação com a formação”, disse, acrescentando que se a Ordem dos Médicos atribui capacidade formativa aos serviços do CHUC “é porque entende que temos competências para tal”.

No entanto, o director clínico assumiu que a preocupação manifestada poderia ter a ver com um erro de dactilografia numa deliberação do Conselho Geral e que se prendia com a saída dos internos para o estrangeiro. Tal redacção levantava dúvidas, porque limitava esse tipo de formação a um mês por internato. “Queremos que os internos sejam bem formados para bem deles próprios, do hospital e do país”, defendeu. Dos cerca

de 800 internos “sabemos que o número dos que pedem para estar mais que dois ou três meses no estrangeiro é diminuto, o que significa que a prática adoptada é correcta”, esclareceu.

Carlos Cortes insistiu na relevância da formação médica noutros centros de excelência fora do CHUC e para o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, este é um assunto muito importante, defendendo mesmo que “devia ser obrigatório os internos irem para o estrangeiro alguns meses”, sublinhou, referindo a sua experiência pessoal e quão enriquecedor foi, em termos de formação pós-graduada, ter tido a possibilidade de, durante o seu próprio internato, fazer estágios no estrangeiro. Para além das vantagens em fazer formação fora do país, o bastonário realçou ainda a importância de haver maior mobilidade nessa fase, com colocação dos internos noutros hospitais nacionais (centrais ou distritais) como complemento à formação por ser uma experiência que permite aos jovens profissionais o conhecimento de várias realidades. “É fundamental promover a formação descentrada e as instituições devem aproveitar as *skills* que os internos desenvolverem”.

Aproveitando a presença dos elementos da Ordem dos Médicos, e dado que o assunto era a formação, o vogal do Conselho de Administração do CHUC, Pedro José Duarte Roldão, convidou à reflexão sobre uma questão que o preocupa enquanto cidadão e que tem a ver com a formação dos médicos e não só dos internos. “Parecia-me mais útil assegurar formações, mesmo que no estrangeiro, para médicos dos nossos quadros do que, como tem sido até agora, isto é, com esforços para a fase do internato, dos quais a instituição de

formação não retira proveito nenhum”, diz. E continua: “Se o foco da formação feita no estrangeiro passasse a ser depois do médico se tornar especialista, teria uma aplicação directa. O esforço financeiro nacional seria recompensado porque estaria assegurado o aproveitamento dessa diferenciação”. Pedro José Duarte Roldão defendeu mesmo que seria importante alterar a legislação de forma a poder direccionar a formação no estrangeiro para os especialistas do quadro, algo que o deixaria “mais confortável” em relação à despesa que esse tipo de formação acarreta para as instituições.

Perante esta questão, o Bastonário da Ordem dos Médicos declarou não haver nada “neste momento que obste a que as instituições enviem os seus especialistas para formação no estrangeiro”, decisão que “apenas depende das instituições e de mais ninguém”. Contudo, os constrangimentos financeiros dificultam a promoção da formação, em si mesma, mas também, e sobretudo, “o investimento na tecnologia para aplicação dos conhecimentos adquiridos”, reflectiu.

USF Biosa - Médicos reformados regressam ao serviço

Com poucos anos de vida, a Unidade de Saúde Familiar (USF) Biosa tem dado provas de que está no bom caminho no apoio que se propõe dar aos seus utentes. A satisfação com os serviços que presta e com os incentivos que tem conquistado ao longo dos tempos – “temos ganho 100% de incentivos”, congratula-se a Directora desta USF, Conceição Maia – bem como o envolvimento em projectos de acreditação, é

transversal a toda a equipa. Uma entrega e dedicação tão grandes que até os médicos reformados regressam ao trabalho... gratuitamente.

“É uma atitude louvável e que deve ser valorizada e tida em conta pela sociedade em geral mas sobretudo pelo Ministro da Saúde no que se refere a resolver parcialmente o problema da falta de médicos de família aproveitando a disponibilidade dos especialistas reformados que estão ainda aptos para trabalhar mas retribuindo-os de uma forma condigna e com flexibilidade de horário, permitindo-lhes, desta forma, gozar a reforma ao mesmo tempo que são úteis à comunidade”, ressaltou José Manuel Silva. “Fico satisfeito por haver médicos que trabalham graciosamente, alguns com listas de dois mil utentes, mas a sociedade deve reconhecer o valor do seu trabalho”, salientou.

Actualmente com 12 internos, e outros tantos que já saíram especialistas desta USF, a equipa USF Briosia orgulha-se de ser uma unidade Modelo B. “Em quase dois anos de actividade nestas condições conseguimos manter o nível”, congratula-se Conceição Maia.

E os números falam por si: de acordo com o estudo de satisfação realizado em 2013 pelo Agru-

pamento de Centros de Saúde (ACES) local, para além de ter aumentado o número de consultas médicas e a percentagem de consulta sem utente ter diminuído, 75% dos utentes esperam menos de 15 dias para conseguir consulta com médico de família, o tem-

Reunião com equipa médica do CS Briosia



Projecto de remodelação aprovado no dia da visita da Ordem dos Médicos

Apesar do esforço de todos os profissionais da USF Briosia, no sentido de tornar o espaço aprazível, funcional e confortável para os seus utentes, a verdade é que as necessidades vão além disso. Com sete anos de existência, esta USF começou, em 2013, a realizar planos de melhoria e ampliação do espaço. “Neste momento temos um projecto que foi aprovado pelo Secretário de Estado esta manhã [4 de Março] o que nos deixa bastante satisfeitos”. Agora só faltam as verbas para a sua concretização...

po de espera para consulta programada é inferior a 30 minutos, e 92% das consultas realizadas ao utente são feitas pelo seu próprio Médico de Família.

“Gostava que me deixassem contratar os profissionais que preciso”

Na visita ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra (IPOC), o bastonário da Ordem dos Médicos e o presidente da Secção Regional do Centro foram confrontados com um conjunto de preocupações e ambições manifestadas pelo presidente do Conselho de Administração deste organismo, Manuel António Leitão Silva: começando na falta de colaboração recíproca dos Hospitais da Universidade de Coimbra com o IPOC – relação feita no sentido IPOC – HUC e não o inverso –, passando pela longa espera para poder aumentar o número de especialistas, Manuel Leitão Silva acabou mesmo por verbalizar o desejo de “possuir autonomia para contratar” os recursos humanos de que precisa. “O problema reside no facto de sermos uma entidade empresarial”, lamentou. Como nos explicou, ninguém diz que não

pode contratar mas o assunto é adiado *sine die* o que acaba por representar uma impossibilidade prática para a resolução do problema da contratação.

Por outro lado, a espera – de há três anos a esta parte – de obras de fundo para remodelação de alguns serviços, como o Hospital de Dia e o Serviço de Radioterapia, para melhoramento das casas-de-banho, salas de internamento e de operações “de forma a proporcionar condições mais dignas aos doentes”, preocupa o presidente do IPOC que lamenta o arrastar da situação. E não é por falta de dinheiro que as obras não são feitas: “Não estou à espera do dinheiro do Estado. Nunca fechámos contas a negativo e por isso temos dinheiros próprios para a intervenção”, explicou Manuel Leitão Silva. “Ter dinheiro para obras necessárias e não conseguir fazê-las, só acontece mesmo neste país”, ironizou e lamentou José Manuel Silva.

Apesar de tudo, o Instituto Português de Oncologia de Coimbra faz um esforço constante para proporcionar o melhor serviço e o máximo conforto aos seus doentes. Foi a pensar nisso que criou, na Unidade de Paliativos, “o Hotel de Doentes”. Trata-se de um espaço com ótimas condições e

destinado às pessoas que vivem longe desta unidade e precisam de fazer radioterapia. “Criámos este espaço para não terem de ocupar as camas de internamento e para não necessitarem de ir para um hotel”, elucidou o



Visita ao hospital de dia, Serviço de Oncologia



José Manuel Silva, Rui Silva e Paulo Figueiredo, responsável do Serviço de Anatomia Patológica

Ranking coloca IPOC como melhor... em ouvidos, nariz e garganta

O ranking nacional de avaliação dos hospitais coloca o Instituto Português de Oncologia de Coimbra como o melhor do país nas patologias de ouvidos, garganta e nariz, mas não aparece mencionado no que toca à oncologia. “Quem fez este estudo não tem direito de falar da saúde”, indigna-se Manuel Leitão Silva, uma vez que em Coimbra é o CHUC que se destaca nesta especialidade. “Como é possível essa classificação se somos nós que mandamos uma médica para fazer as poucas sessões de Decisão Terapêutica que lá se realizam?”, indagou.

presidente do Conselho de Administração do IPOC.

“Não podemos esperar que a indústria farmacêutica seja uma misericórdia”

A medicação inovadora que chega ao mercado para o tratamento de doenças do foro oncológico está actualmente no centro da controvérsia entre institutos portugueses de oncologia, Infarmed e utentes.

“Há um medicamento em particular que começou a ser dado em Vila Nova de Gaia. Como viram que era muito caro deixaram de dar e encaminharam doentes para o IPO do Porto que, por sua vez, também deixou de o fazer, concentrando o IPO de Coimbra os oito doentes que iniciaram tratamento”, explicou Manuel Leitão Silva. Neste momento são muitos os doentes a precisar deste tipo de medicação mas o tratamento não será iniciado “porque a nível nacional somos os únicos a administrá-lo e não podemos aceitar todos os utentes”, lamentou. “Trata-se de um medicamento que está autorizado mas cuja legislação precisa de ser clarificada e aplicada de igual forma em todo o país”, acrescentou.

Perante o que foi dito, o Bastonário da Ordem dos Médicos alertou que “não podemos esperar que a indústria farmacêutica seja uma misericórdia por isso têm que existir orga-

nismos públicos que promovam os necessários estudos de farmacoeconomia de forma independente e transparente” e que determinem os que são verdadeiramente inovadores e, quando for esse o caso, devem ser aprovados e prescritos. Há várias formas de limitar os custos, como a partilha de risco e o *pay back*, não sendo legítimo deixar morrer doentes sem poderem usufruir da terapêutica inequivocamente inovadora. Infelizmente, neste processo a Ordem dos Médicos tem sido absurdamente ostracizada pelo Ministério.

Radioterapia é a única no país com internamento

Com uma média de 180 doentes por dia e com uma lista de espera “controlada”, o Serviço de Radioterapia do IPOC está a funcionar a um bom ritmo, ao contrário do que seria previsível. “Já ouvi a sentença de morte deste serviço antes do meu Internato e ainda cá estamos”, afirmou o director do Serviço de Radioterapia, Gilberto Melo. Um serviço que está tão bem que é o único do país com internamento.

Com nove especialistas e seis internos, o director deste Serviço considera haver recursos

humanos suficientes para as necessidades atuais e a boa relação que se sente neste serviço é contagiante. “Este é um serviço atípico, no bom sentido. Temos muito trabalho mas com muito bom ambiente e camaradagem entre todos os profissionais”, admitiu uma das internas do 3.º ano presente no encontro com a Ordem dos Médicos.

O reverso da medalha está mesmo nos programas informáticos que os médicos necessitam de usar enquanto atendem um utente. “Numa consulta normal temos quatro programas abertos e não dispomos de nenhuma aplicação clínica”, referiu Gilberto Melo, reiterando uma queixa que se tem ouvido em todas as zonas e instituições do país.

Centro de Saúde de Mortágua quer agir na comunidade

No segundo dia de visita, a comitiva da Ordem dos Médicos não podia ter terminado de melhor forma a incursão pela região centro: a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Juiz de Fora/ Centro de Saúde de Mortágua abriu portas ao bastonário e elementos da Secção Regional do Centro da OM, mostrando



Ana Paula Cordeiro e José Manuel Silva

as suas mais-valias e os pontos que procuram melhorar, paulatinamente.

Revelando os dados de um inquérito de satisfação realizado de 23 a 27 de Setembro de 2013, aos utentes maiores de 18 anos, a coordenadora, Filipa Falcão Bernardes, congratulou-se pelo facto dos seus utentes se mostrarem 100% satisfeitos com o serviço de enfermagem e com o tempo médio de atendimento pelos administrativos. Para além disso, “os nossos dados revelam que 92% dos utentes conseguem ser consultados no próprio dia pelo seu Médico de Família”. Os resultados são bons mas há muito trabalho para fazer: em Mortágua a população envelhecida precisa de um maior acompanhamento e por isso a coordenadora deste CS quer ir mais além. “Esta



Visita ao Serviço de Radioterapia



Filipa Falcão Bernardes mostrou as instalações da Unidade de Cuidados de Saúde Primários Juiz de Fora, Centro de Saúde de Mortágua

unidade ainda não está a agir na comunidade e por isso precisamos de fazer mais, temos que ser nós a mudar mentalidades e atitudes com a ajuda das entidades que nos governam”.

O apoio necessário foi garantido pelo presidente da Câmara Municipal de Mortágua, Paulo Oliveira, pelo director executivo do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego, António Morais, e pela Ordem dos Médicos. “Percebi que há dificuldades mas depois desta reunião vão ter a vida facilitada porque todos vão ajudar. Temos de saber ser criativos e as diversas entidades têm de saber colaborar umas com as outras”, afirmou o presidente da SR-COM. Carlos Cortes sublinhou ainda que teve a oportunidade de visitar muitos Centros de Saúde durante o processo de candidatura à Secção Regional, visitas nas quais, apercebendo-se que “todos têm as suas dificuldades”, houve uma unidade que se destacou: “retive sempre este CS porque há aqui um processo de mudança importante, com uma equipa de médicos novos, outros com mais idade,

mas todos fundamentais e empenhados neste programa de mudança”. O presidente da SR-COM recordou os colegas que encontrou por toda a região centro que, tal como os que integram este centro de saúde, “trabalham porque gostam dos doentes, da sua profissão e de servir a comunidade. Esta é a essência de ser médico e por isso penso que em conjunto vamos conseguir dar esse salto qualitativo”, concluiu.

“Temos Serviço Nacional da Doença e não Serviço Nacional de Saúde”

Um dos aspectos que esta unidade pretende mudar prende-se com a crescente e habitual procura de consultas de agudos quando, na verdade, as pessoas deviam cultivar uma ida regular ao Médico de Família para prevenir a doença. “Mas para isso precisamos de tempo e de mais recursos humanos para podermos atingir esse objectivo de forma eficiente”, lembrou Filipa Bernardes. Perante o que foi dito e apresentado pela Coordenadora desta

unidade, e depois de uma visita pelas instalações, José Manuel Silva enalteceu o esforço e empenho de toda a equipa como sendo de “louvar” por ser “algo que não se vê em todo o lado”. “O que falta é uma outra cultura das pessoas e a nível da política de Saúde, porque o entendimento do que é o verdadeiro papel dos médicos já existe e reflecte-se na postura e trabalho, por exemplo, dos colegas deste centro de saúde”, frisou o presidente da Ordem dos Médicos, lembrando que alguns Xequês Árabes só pagam aos seus médicos quando estão com saúde e não enquanto estão doentes, e que este é o verdadeiro cerne da profissão médica: preservar a saúde. “Temos que mudar os paradigmas da medicina”, e muito especificamente dos cuidados de saúde primários, “fazendo uma medicina mais preventiva em que se evite que as pessoas adoçam”. Até que essa mudança seja abrangente, “acabamos por ter um Serviço Nacional da Doença e não um Serviço Nacional de Saúde”...



IOGP: falta investimento em recursos humanos e financiamento

Numa visita a convite da administração da instituição, o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, e o presidente do Conselho Regional do Sul, Jaime Teixeira Mendes, estiveram no Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, onde foram recebidos pela presidente do conselho de administração e directora clínica, Luísa Coutinho Santos, pela administradora delegada, Marina Peres, pela enfermeira directora, Cristina Carvalho e por Hélder Almeida, administrador hospitalar do IOGP. O Instituto tem uma história que o dignifica, mas, mais do que isso, tem ainda um presente de importante e reconhecida actividade no âmbito da Oftalmologia, mesmo com constrangimentos provocados pelo seu subfinanciamento e pela artificial falta de profissionais o que condiciona a sua produtividade.

Na reunião inicial foi feito um enquadramento histórico. Com 125 anos de existência, o Instituto Gama Pinto é o único Instituto de Oftalmologia público existente no país e a sua criação remonta ao século XIX, nos reinados de D. Luiz e D. Carlos I, mais precisamente ao dia 8 de Agosto de 1889, quando foi criado por decreto o curso teórico e prático de patologia e clínica oftalmológica, abrindo efectivamente as suas portas a 30 Março de 1891, tendo mudado para o Palacete de Penamacor (actuais instalações) em 1894. Só em 1929 é que o instituto

viria a tomar o nome do seu fundador, Gama Pinto.

Após diversas intervenções para ampliação das instalações, as quais, no princípio do século XIX se traduzem em “obras de raiz”, a dado momento do seu percurso o instituto chega a ter 100 camas de internamento, mas em 2009 já só tinha 14 camas e, actualmente, promove apenas a cirurgia de ambulatorio.

O Instituto dispõe de um vasto conjunto de gabinetes de consulta, salas de exames e salas de tratamentos médicos e de enfermagem, e dispõe da consulta

geral de Oftalmologia, incluindo diferentes valências como retina, glaucoma, estrabismo, cirurgia refractiva/superfície ocular externa, genética ocular, diabetes ocular e subvisão, entre outros.

O quadro médico da instituição é composto por 37 profissionais, dos quais 33 são oftalmologistas, 3 anestesiolistas e 1 especialista em Medicina Interna, havendo actualmente 7 internos da especialidade de oftalmologia (existe idoneidade do instituto nas especialidades de Oftalmologia e Anestesiologia para estágio parcelar de Oftalmologia).

Luísa Coutinho dos Santos recebeu e acompanhou a delegação da OM



O IOGP tem também actividade formativa pré-graduada relativa à prática clínica tutorial do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina de Lisboa. A directora clínica refere que é preciso só mais um anestesiológista, pois em meados de 2013 recebeu um novo elemento após concurso. Nesta altura um novo concurso é difícil devido às verbas limitadas. Outra preocupação é, naturalmente, o envelhecimento potencial da equipa se não se programar a entrada de médicos mais novos. “É preciso renovar, pois só 9 colegas estão neste momento com menos de 50 anos”.

No IOGP não há serviço de urgência, no entanto, os médicos deste instituto fazem urgências

no Hospital de Santa Maria, com a qual o IOGP tem “uma boa ligação”, instituição onde também os internos fazem 12h de urgência semanais. Estas são tarefas ‘não visíveis’ dos médicos do IOGP pois, ao efectuarem as 12h

balho na urgência equivalia a 7 Oftalmologistas a 35h por conta desse hospital e, em 2014, prevê-se que venha a corresponder a 5 oftalmologistas.

Relativamente à formação, o instituto tem acordos, tanto no âmbito da formação pré como pós-graduada, com outras instituições nacionais e estrangeiras.

Com mais de 59 mil consultas por ano, 50% das quais sendo primeiras consultas, o IOGP tem uma actividade que inclui, além das consultas, exames complementares de diagnóstico, acompanhamento e definição de pla-

nos terapêuticos e cirurgia. Esta última valência, que se situa em números acima das 4 mil intervenções por ano, tem estado abaixo da capacidade instalada, essencialmente por falta de anes-

Marina Peres (Administração)



Cristina Carvalho



de urgência no Hospital de Santa Maria, os colegas vêem esse trabalho reflectir-se apenas na produção daquele hospital e não no instituto; não são números de negligenciar, pois em 2013 esse tra-



Ao adentrarmos o instituto, passámos pelo espaço musealizado do antigo balneário que possui interessantes elementos históricos

tesiólogistas, visto que o instituto tem, actualmente, apenas três colegas com essa especialidade. De notar que o Gama Pinto recebe a lista de espera do Hospital Fernando Fonseca.

Também ao nível do financiamento houve cortes drásticos. “Se o IOGP fosse financiado como um hospital EPE, pela produção teria recebido em 2012 - 13,960 milhões euros, em 2013 - 6,100 milhões de euros e em 2014 seis milhões de euros. Como é financiado como SPA recebeu de subsídio de exploração em 2012 - 6,722 milhões, em 2013 - 4,8 milhões e em 2014 - 4,68 milhões”, explica Luísa Coutinho Santos.

A redução de verbas foi agravada a certa altura por um inevitável aumento de despesas: quando em 2012 se dá a transferência das competências do Centro Oftalmológico de Lisboa (COL) para o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, “a nossa despesa aumentou porque transitaram quase todos os recursos humanos para o IOGP. (...) Em 2013 aumentámos a produção mas, pela primeira vez o financiamento não chegou para os gastos”. Além das regras de financiamento poderem ser discutíveis e discutidas, “falta 2 milhões no financia-

mento mesmo de acordo com o contrato que existe e se fossemos EPE, a nível de hospital central, receberíamos mais 1,4 milhões”.

Ao contrário do que nos tem sido relatado na maior parte das instituições de saúde, o IOGP está a cumprir a lei dos compromissos mas, em 2014, prevêem-se grandes dificuldades: “quando chegarmos ao final do ano, ou não teremos dinheiro para pagar os consumíveis ou os ordenados...”, situação que assinalamos como caricata pois a instituição tem “três milhões cativos” – resultado de poupanças de anos anteriores – mas “não nos deixam mexer neles”.

A instituição orgulha-se de uma gestão muito racional em que, por exemplo, “pequenas obras de conservação como pinturas, sempre foram feitas dentro do orçamento, sem qualquer recurso a verbas extra. Vigiamos as nossas contas e se o dinheiro chega fazemos as obras. Mas agora, com cortes constantes, é impossível”. Relativamente à fusão com o COL houve várias coisas positivas, desde logo a vinda dos recursos humanos, bem como o facto de o IOGP ter aproveitado todo o equipamento.

Enquanto somos levados numa visita virtual ao bloco operatório, co-

menta-se o excelente equipamento disponível e como “com quatro salas é uma pena só trabalharmos até às três e meia”. Para alargar o horário, facto que nos pareceu ser desejado pela equipa, faltam enfermeiros e administrativos, para além de anestesiólogistas. É dada uma ideia geral da produção do IOGP e sobre a possibilidade de aumentar os índices dessa produção é referida a existência de muitos obstáculos.

Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul, questionou como se processam no instituto os cuidados pediátricos, nomeadamente qual o circuito, tendo sido explicado pela presidente do conselho de administração que há um dia reservado para esse atendimento específico, fazendo-se, portanto, a concentração das crianças à sexta-feira, e que é permitido o acompanhamento dos pais mesmo na sala de recobro. Dada a ideia que tem sido veiculada de agregação do IOGP a Santa Maria, foram-nos expressas legítimas preocupações de que “se o processo de eventual reestruturação for feito sem o devido cuidado e planeamento, corre-se o risco de desmantelar o instituto”.

Segundo Luísa Coutinho Santos se não se quer perder o conhecimento e *know-how* instalado é essencial que se preserve uma gestão local, próxima e com conhecimento no terreno. A indefinição quanto ao futuro – “desde 2000 que paira sobre a instituição a ideia de que se pretende encerrar a mesma” – é um elemento de desmotivação para os profissionais. Jaime Teixeira Mendes lembrou que no polémico plano arquitectónico para a Colina de Santana se prevê que o IOGP se mantenha como centro de investigação e museu.

A visita efectiva às instalações co-



“Em 2000 o terceiro andar foi todo remodelado. Gostamos de fazer coisas novas mas preservando a memória do passado...”

meçou pela consulta geral. A delegação da OM seguiu o percurso do doente, tendo sido explicado que os doentes começam por ser observados num pré-exame feito por ortoptistas. Foi-nos mostrado, com o orgulho de quem, mesmo numa situação de subfinanciamento, produz obra, como tinha sido tudo pintado e a adaptação que foi feita para se possibilitar o acesso a doentes de mobilidade reduzida, nomeadamente em cadeira de rodas.

Foi abordada a questão da proliferação de técnicos na área da óptica e os riscos para a saúde ocular caso esses técnicos ultrapassem as suas competências. José Manuel Silva lembrou que essa é uma dificuldade que se tem colocado com vários tipos de técnicos, tendo citado, a título de exemplo, os podologistas. “Há outros países europeus, como é o caso de Espanha e Bélgica, que reconhecem esse tipo de profissionais como ‘mais do que técnicos’. Mas a importação dessa realidade para o nosso país não faz sentido porque nós não temos verdadeira falta de especialistas”, sublinhou.

Relativamente às cirurgias, que

são feitas em ambulatório, foi-nos explicado que o recobro, quando muito, funciona até às 20h e que em caso de alguma complicação o doente é transferido para Santa Maria. Actualmente só são usadas duas salas para recobro. “A enfermaria foi diminuindo e sendo ‘ocupada’ por gabinetes de consulta”, o que se explica pela necessidade de espaço para o que foi em 2013 uma média diária de 244 consultas. A média diária em 2013 foi de 19 cirurgias por dia. Da parte informática foram referidas algumas queixas resultantes das dificuldades recorrentes provocadas pelas falhas dos programas.

O IOGP tem uma relevante implantação na comunidade envolvente, cedendo os seus espaços – como o auditório – às escolas e fazendo rastreios visuais às crianças da freguesia. Outra parceria com a Junta de Freguesia é em relação ao jardim do instituto, que se mantém público e aberto à população, com a contrapartida de ser a Junta a assegurar a manutenção desse lindo espaço arquitectónico, que até árvores de fruto tem.

Possui uma biblioteca de oftalmologia – com bibliotecário – aberta ao público e com acesso via internet. O instituto tem certificação internacional para a realização de ensaios clínicos e também da sua farmácia, que tem agora melhor segurança e circuitos bem definidos. O arquivo, que em tempos foi apenas um armazém e onde antes se infiltrava a água da chuva, foi todo remodelado com o devido isolamento e reconvertido num arquivo com muito boas condições. “Fomos aproveitando o pouco dinheiro que fomos conseguindo poupar em anos idos, para fazer melhoramentos”, sublinha Luísa Coutinho Santos e conclui: “Estamos cientes dos tempos de mudança em que vivemos, estamos abertos a novas formas de gestão embora mantendo a individualidade e independência financeira da Instituição de modo a que esta não se extinga a médio prazo. Mas seria bom preservar a ‘marca’ IOGP por constituir uma mais valia reconhecida como uma referência em Oftalmologia”.



Amadora-Sintra: Uma urgência saturada, complexa e desgastante para médicos e doentes

No dia em que visitámos o Hospital Fernando Fonseca (também designado, Hospital Amadora-Sintra), terça, 11 de Fevereiro de 2014, à nossa chegada, cerca das 14h30m, os visores indicavam 97 doentes inscritos, 11 a aguardar triagem e uma previsão de 2 horas de tempo de espera. Às 16h21m, quando voltámos a passar junto dos mesmos monitores, os números haviam evoluído para 105 inscritos, 16 doentes à espera de triagem e 55 minutos de tempo de espera previsto para a triagem.

Comparativamente ao que sucedeu em alguns dias de Dezembro e Janeiro, tudo indica que terá havido de facto um número muito elevado de doentes, que ultrapassou as capacidades da unidade hospitalar e que originou os tais tempos de espera de 20h. Mais doentes e, é claro, menos médicos com equipas subdimensionadas, quer pela saída de profissionais para outras instituições ou para o estrangeiro, quer pelas dificuldades nas novas regras de contratação, numa urgência complexa e desgastante, saturada e saturante, como é a deste hospital.

Primeira urgência da área metropolitana de Lisboa, em termos de afluência, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, serve a população dos concelhos de Sintra e Amadora totalizando cerca de 600 mil habitantes. Na sequência de vários incidentes, nomeadamente o facto de se terem registado neste Inverno picos na afluência aos serviços de urgência, que originaram maiores tempos de espera, o que, no caso do Hospital Fernando Fonseca, significou um dia com mais de 600 pessoas no atendimento urgente, o que se traduziu em

tempos de espera que chegaram às 12 horas, para os casos urgentes e muito urgentes, e às 20 horas, para casos menos graves.

Considerando que as condições de trabalho nesses serviços poderiam estar a colocar em risco a qualidade mínima no atendimento e até a vida dos doentes, o Bastonário da Ordem dos Médicos, acompanhado pelo presidente do Conselho Regional do Sul, Jaime Teixeira Mendes, visitou esta unidade hospitalar onde, além de uma reunião com a administração, visitou a urgência, inteirando-se junto dos cole-

gas sobre qual a real situação que levou à demissão da direcção do Serviço de Urgência deste hospital e quais as dificuldades que ainda se estão a sentir.

Na reunião com a administração foi feita uma análise da actividade do hospital onde foi fácil percebermos a evolução dos números: a urgência básica registou 38.008 atendimentos em 2012 e 46.847 em 2013. Com a alteração de horário do ACES de Sintra, que passou a fechar ao fim de semana, fruto dos cortes na Saúde, a média de atendimentos ao domingo duplicou. Já a urgência pe-

diátrica, desde 2009 que mantém o número anual de episódios de urgência acima de 60 mil. Quando se analisam em conjunto os números da urgência geral, pediátrica e obstétrica, na semana de 27 de Janeiro a 2 de Fevereiro deste ano registam-se mais de 5 mil episódios de urgência. Como nos foi explicado na reunião com a administração, “o Fernando da Fonseca é o hospital com maior número de verdes, porque existem na nossa área de cobertura cerca de 130 mil utentes sem médico de família”, uma área de cobertura que é muito extensa em termos geográficos.

Esta situação dificulta o trabalho do hospital mas, como explicou Luís Marques, presidente do conselho de administração, não é por falta de ligações com a comunidade: “Há uma grande proximidade do Hospital com o ACES da Amadora, com reuniões mensais entre as duas entidades, em que se definem, por exemplo, protocolos de referênciação; o hospital faz parte do conselho geral das escolas da Amadora, o que permite que possamos dar o nosso contributo para a definição das políticas de saúde; Também temos um trabalho profundo na comunidade ao nível da Psiquiatria e outras especialidades também vão aos centros de saúde, como é o caso de Gastroenterologia e Cardiologia, onde fazem consultoria”. Ortopedia foi uma especialidade que nos foi referido “estar em estudo” o aprofundar da ligação da especialidade com os centros de saúde e a Pediatria mereceu um lamentável destaque: “há evidências da existência de casos de mutilação genital em algumas comunidades residentes na região; os colegas participam nas mais diversas iniciativas da sociedade civil, em

Reunião com o CA



áreas como a violência doméstica e a mutilação genital, com trabalhos que pretendem ter uma acção preventiva”.

Apesar dessa forte ligação entre os dois níveis de cuidados, não tem sido possível eliminar os muitos casos, sem gravidade, que recorrem à urgência, como nos explicou o director clínico, Nuno Alves: “A afluência de doentes com menor grau de urgência traduz, na verdade, consultas não programadas porque são, muitas vezes, casos de doentes auto-referenciados que recorrem à urgência para não ter que faltar ao trabalho”. O que nos leva a uma conclusão evidente: os horários do SNS deveriam adaptar-se a esta realidade.

Teresa Branco, assistente graduada em Medicina Interna, directora do Serviço de Urgência desde o início de Fevereiro de 2014, explica outros factores agravantes dessa situação: “a população que servimos não confia muito e nem sequer vai aos Cuidados de Saúde Primários; mais de 40% dos doentes com HIV são imigrantes. Temos uma população com trabalho muito precário e desenraizados, que vêm ao hospital a pé, porque não têm dinheiro para os transportes”...

Estas serão igualmente razões que fazem com que a taxa de

abandono na urgência seja baixíssima, como salientou um dos membros do conselho de administração, referindo como positiva a confiança que a população tem no hospital, mas acrescentando que existem diversos casos sociais de internamento.

“A população procurará sempre as instituições onde será melhor atendida”, frisou o bastonário da OM, José Manuel Silva, “os cuidados continuados não estão a ter capacidade de resposta porque foram mal projectados e subdimensionados, mas a solução não pode ser o internamento nos hospitais”, prosseguiu, lamentando que se esteja a desintegrar a rede de cuidados hospitalares, com o fecho inexplicável de camas hospitalares, que em Portugal já estão muito abaixo da média da OCDE. Além disso, o facto de terem colocado os cuidados continuados desenhados da rede hospitalar, só veio agravar o problema. Sobre o peso económico que as situações de internamento social têm, foi evidenciada a necessidade de rever a legislação para garantir que, se o doente fica internado no hospital, então a sua reforma não deverá ser recebida pela família que não pode cuidar dele, mas sim pelo hospital que o está a acolher.

José Manuel Silva, Fernanda Louro e Teresa Branco, Jaime Mendes e Francisca Veiga Frade



O hospital tem 208 internos da formação específica e 45 do ano comum, tendo sido explicado pelo presidente do conselho de administração que existem especialidades em que é impossível abrir mais vagas para internato. “Os internos fazem neste hospital um currículo que não conseguem em mais lado nenhum: temos diversidade de patologias, como existe em poucas instituições”, esclareceu Teresa Branco. O Hospital assegura o funcionamento de três urgências médico-cirúrgicas (obstétrica-ginecológica, geral e pediátrica) e ainda de uma urgência básica que funciona em Algueirão-Mem Martins. Segundo foi explicado nesta reunião, o Hospital Fernando Fonseca faz muitos ensaios clínicos e é o segundo maior centro de colheita de córneas na região de Lisboa e Vale do Tejo; é igualmente a 2ª maior urgência obstétrica/ginecológica, a 2ª maior urgência pediátrica da ARSLVT, a 2ª maior área de referência primária; em termos de urgência geral, é a maior da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Relativamente à informática, o sistema foi elogiado, pois existe um sistema próprio, com um processo clínico electrónico implementado com acessos

diferenciados para médicos e enfermeiros, mas não deixaram de ser assinalados os constrangimentos induzidos pela falta de largura de banda. “A única coisa que nos pode/deve condicionar é o doente, não o sistema informático”, frisou Luís Marques, explicando que “o sistema clínico é muito bom e sustenta a investigação clínica que o hospital produz” mas que é esse também o princípio subjacente à mudança de processo administrativo de registo que se está a preparar pois pretende-se “um sistema de registo orientado para os doentes”. O presidente do conselho de administração defendeu que a unidade hospitalar que gere é sustentável, havendo apenas um ano menos positivo a assinalar, o ano de 2013, e que tal facto coincidiu com a passagem a EPE. Sobre a lei dos compromissos, Luís Marques assumiu que, dadas as necessidades assistenciais, não foi possível cumpri-la no ano anterior. José Manuel Silva realçou que há um excesso de burocracia e que os hospitais não têm verdadeira autonomia, sublinhando que o facto de que chamar EPE - Entidade Pública Empresarial - é um eufemismo. “Precisamos de autonomia de decisão”, referiu, lembrando que “um burocrata só

justifica a sua existência através do reforço da burocracia”. Perante a afirmação da administração de que até para adquirir um simples equipamento é necessária “imensa papelada”, José Manuel Silva afirmou que não defende nem o visto nem a auditoria prévias: “as pessoas têm que ser responsabilizadas e caso, à posteriori, se verifique o incumprimento, deverá haver consequências sérias para o mesmo”.

Especificamente sobre as dificuldades ocorridas no serviço de urgência em Dezembro, o director clínico, Nuno Alves, explicou que o número médio de atendimentos situa-se, normalmente, entre as 4 e as 5 centenas, mas, nos dias que deram origem aos relatos de tempos de espera superiores a 20 horas, a afluência aumentou para cerca de 600 episódios de urgência diários, o que levou a esse acréscimo nos tempos de espera. “Só entre as 12h e as 16h, num desses dias, foram admitidos na urgência 200 doentes”. “Não é aceitável baixar a níveis mínimos as equipas. Os serviços de urgência têm que estar dimensionados para os picos e é, obviamente, necessário o reforço das equipas no Inverno”, afirmou José Manuel Silva, lembrando que “as médias escondem os picos” e que o planeamento estratégico tem que ter em conta essas realidades sazonais. O presidente do conselho de administração garantiu que é isso que se pretende. “Nunca tivemos recursos humanos em excesso. Tínhamos equipas geridas no limite, quer quanto aos médicos, quer aos enfermeiros, por isso, quando saem alguns elementos...”, elucida o presidente do Conselho de Administração. Nesses dias de maior afluência, resultado de maior incidência das patologias

típicas deste período, agravada pelo facto de haver uma população mais envelhecida, havia apenas 18 médicos escalados, o que era reconhecidamente insuficiente para a anormal afluência de doentes às urgências. “Perdemos colegas para instituições privadas e também para o estrangeiro e sentimos dificuldades no recrutamento para reforço da equipa. Neste momento existem 22 elementos mas desejamos uma equipa fixa na urgência com 26 elementos e já temos a devida autorização para a contratação de quatro internistas”, referiu o director clínico, acrescentando que 20 médicos chegariam para um atendimento adequado e com qualidade aos 400 utentes que, normalmente, acorrem à urgência do Hospital Fernando Fonseca mas que é precisamente para precaver as situações de picos de afluência que pretendem ter uma equipa com 26 elementos. Outra explicação que nos foi referida para a situação anómala que se verificou em Dezembro foi o facto de estarmos em período de “feriados e pontes”, o que fez com que, estando os cuidados de saúde primários fechados, as pessoas tivessem ido à urgência hospitalar. “Até 2012 os números da urgência tinham baixado, mas, pelo menos no que se refere à urgência básica, em 2013 houve um aumento de 8 mil episódios”, acrescentou. Luís Marques explicou que foram criadas comissões de inquérito internas para avaliação e análise das situações que não correram bem, mas que foram já desenvolvidos mecanismos para evitar que se repitam, independentemente do que vier a resultar desses inquéritos, e explicou que entrou de imediato em contacto com a IGAS. Reforçou igualmente a ideia da perda



Nuno Alves

de profissionais, ao referir que “num ano e meio perdemos 11 anestesistas”, tendo 2012 sido o pior ano em termos de saída de profissionais. Fernanda Louro, directora do Serviço de Medicina I e adjunta da direcção clínica, refere, com orgulho, que também há casos de colegas que saíram mas que agora querem voltar e exemplifica com o caso de dois especialistas em Medicina Interna. No mesmo sentido, Francisco Rocha Pires, também adjunto da direcção clínica, refere a situação de um médico interno que – sendo o melhor classificado – saiu para um hospital privado mas já voltou para o Amadora-Sintra, o que reflecte algumas das vantagens já anteriormente referidas, como seja o facto de existir neste hospital uma diversidade de patologias que não é comum nas outras instituições.

Os corredores da urgência

As médicas Fernanda Louro e Teresa Branco acompanharam a visita à urgência, onde percorremos, sensivelmente, o circuito



Luís Marques (CA)



Francisco Rocha Pires

do doente, tendo sido explicado que, por falta de espaço, só existem dois computadores/postos para triagem, área por onde iniciámos o percurso.

O Hospital Fernando Fonseca dispõe de assistente social e gabinete de apoio ao utente. Existem 23 boxes para observação mas a área de observação dos doentes estende-se pelo corredor, com macas a ocupá-lo em toda a sua extensão. “Várias especialidades vêm a esta área e temos psiquiatria em permanência, mas num gabinete à parte”.

O Serviço de Urgência Geral desenvolve a sua actividade assistencial nas vertentes de internamento (possuindo uma Unidade de Internamento de Curta Duração com 29 camas), exames, pequena cirurgia, reanimação,



No corredor contamos mais de 12 macas numa fila, situação recorrente nesta urgência

triagem e área de balcões (a qual tem a actividade repartida pelas especialidades de Medicina Geral, Ortopedia, Cirurgia Geral, Oftalmologia e ORL).

De referir que nos balcões faltam especialistas em Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar, sendo contratados prestadores de serviço para assegurar os balcões. Seguimos para o S.O. onde existem quatro salas, novamente com recurso ao aproveitamento do corredor: "Aqui cabem 55 doentes, contando com o corredor", refere-nos a médica internista Francisca Veiga Frade, com uma naturalidade que não deixa margem para dúvidas que o corredor é sempre uma extensão do S.O. e que a ocupação que verificamos é, mais do que comum, uma constante. Verificamos, ainda assim, que todos os doentes estão devidamente monitorizados, mesmo os do corredor. "O internamento não

drena o suficiente, quer por causa dos casos sociais quer das patologias crónicas. A média de tempo de internamento nesta zona são 2 dias e meio", refere Teresa Branco.

Como nos foi explicado, o serviço de urgência está dependente das vagas das enfermarias e um aumento da demora média dos serviços de Medicina reflecte-se de maneira negativa na Unidade de Internamento de Curta Duração. Traduz-se assim o desequilíbrio entre a capacidade de resposta das enfermarias e a pressão do Serviço de Urgência, o que resulta em longos tempos de permanência no SU, períodos durante os quais alguns doentes ficam internados em macas, por tempo superior ao que é desejável. Quando é ultrapassada a capacidade de internamento, é inevitável o internamento de doentes em macas nos corredores da urgência.

Em Medicina Interna existem 12

camas. "Talvez seja pouco para este hospital e quando se esgota a capacidade recorremos ao SO5 e SO6". A única coisa que permite fazer face ao excesso de solicitações é o empenho das equipas, explicam-nos. Passamos pela reanimação, que tem uma média diária de 14 doentes, e pela unidade de internamento de curta duração, em que os doentes são vistos pela equipa fixa que está na urgência. Quando passamos por uma sala de internamento onde estão seis pessoas à espera para cirurgia, é-nos explicado que no Amadora-Sintra não há neurocirurgia e, consequentemente, não recebem grande traumatologia. Visitámos a UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, que se integra no departamento de Anestesia e Reanimação, unidade que possui 10 camas, das quais: duas são de isolamento, duas de pneumologia, duas de infecto-contagiosas e 2 de pediatria.



Jaime Mendes e José Manuel Silva

Existe uma grande prevalência de tuberculose multirresistente na população que recorre a este hospital. Enquadrada na UCIP há também uma Unidade de Alta Dependência com 4 camas, que é especialmente dedicada aos doentes vítimas de AVC. “Temos aqui um bom ambiente entre colegas”, referem-nos.

As equipas são as mesmas há muitos anos, o que, por um lado, facilita o trabalho, mas, por outro, significa que muitos dos profissionais têm mais de 50 anos de idade. Fernanda Louro explica-nos que dos 27 especialistas em Medicina Interna, um terço tem mais de 50 anos mas “aqui ninguém pediu isenção de horário nocturno”, permitindo, assim, continuar a assegurar a prestação de cuidados. Uma outra preocupação que nos foi manifestada pelos colegas foi o recurso a prestadores de serviços e a médicos contratados através de empresas e a potencial falta de qualidade que daí pode advir. “Até às 15h a equipa fixa do S.O. é composta por internistas que gostam da urgência. Após essa hora, vêm os internistas dos serviços” ou os contratados mas quanto a estes: “só com currículos e, mesmo assim, alguns já sabemos que não queremos”...

O que acaba por ser desesperante perante a falta de médicos é que existem colegas que foram para outros hospitais, querem regressar “e não temos como os contratar”. “Mesmo alguns colegas do quadro do hospital estariam dispostos a fazer mais horas extraordinárias mas não são aceites/aprovadas. Não há falta de médicos... nem de soluções”, desabafam os colegas. Na verdade, parece haver apenas falta a vontade e autorização superior para implementar as diversas soluções possíveis e conhecidas para a resolução da falta de recursos humanos numa urgência que é, mesmo sem esses problemas, muito desgastante. É um claro sinal de insensibilidade da tutela relativamente ao drama da urgência do HFF, que tem óbvias responsabilidades no congestionamento vivido nesta urgência.

Em busca de soluções

Perante a falta de camas, especialmente durante os picos de afluência de Inverno, a administração do Hospital Fernando Fonseca, mesmo antes das conclusões dos inquéritos às situações concretas, tomou algumas medidas:

- Abertura de uma ala com 32 doentes, com equipa médica dedicada, para resposta exclusiva a doentes provenientes do Serviço de Urgência e que se destina a substituir o internamento na área ambulatória (SO5 e SO6).

- Já foram contratados médicos, enfermeiros e auxiliares (embora a visita da Ordem dos Médicos tenha determinado, como se pode ler nesta reportagem, que todos – profissionais e administração – reconhecem que ainda há falta de contratação de especialistas).

- Reforçaram o número de camas de Medicina Interna em outros serviços e desenvolveram regras para, neste período, haver um internamento electivo, dentro de critérios clínicos, nas especialidades médicas.

- Para garantir que as camas hospitalares seriam ocupadas apenas por situações agudas, foram contratualizadas 20 camas no exterior, para onde se encaminharam casos de doentes que estavam internados, mas com alta clínica, e que permaneciam nos serviços de internamento apenas por razões de natureza social.

- Foram ainda implementadas medidas para reduzir a demora média, tais como a referência precoce para a Rede de Cuidados Continuados e a agilização do agendamento dos MCDTs.

O Hospital tem actualmente uma capacidade de internamento de 772 camas, com reforço, nesta altura, de camas de medicina interna, uma das medidas referidas.

Contratualização em serviços de Saúde

A Ordem dos Médicos promoveu no passado dia 9 de Abril um debate sobre a Contratualização em serviços de Saúde. Nele participaram: Ricardo Batista Leite (Deputado da Assembleia da República - PSD), Bernardo Vilas Boas (Representante da USF-AN), Jorge Roque da Cunha (Secretário Geral do SIM), Alexandre Lourenço (Representante da ACSS) e Pedro L Ferreira (Fac Economia UC/ Econ da Saúde). Das conclusões do debate infere-se que todos os intervenientes concordam com a necessidade de fazer da contratualização um processo com credibilidade, que incorpore uma negociação séria e que tenha em conta a realidade local na escolha dos indicadores aplicáveis, sem esquecer a necessidade de obter ganhos em saúde, sem negligenciar a relação médico/doente nem promover a medicina defensiva, ou, como alguns a apelidaram, uma 'medicina de indicadores'...

Alexandre Lourenço, Pedro Lopes Ferreira e Diamantino Cabanas



Pedro Lopes Ferreira, professor da Faculdade de Economia e investigador do Centro de Estudos e Investigação em Saúde, ambos da Universidade de Coimbra, falou sobre os aspectos da génese da contratualização que considera ainda hoje como válidos, apresentando um resenha histórica do desenvolvimento

deste processo. "Em 1996 foram criadas as agências de contratualização, primeiro em Lisboa. (...) Em 1998 foi criado o sistema de informação para a contratualização, um sistema desenhado conjuntamente pelos responsáveis dos serviços, das agências e das ARS. No ano seguinte, cria-se o conselho nacional das agências",

num período que este orador definiu como sendo "tempos reformistas em que se apostava na refundação democrática da administração pública". Implementava-se então uma contratualização baseada em princípios, em que "objectivos, modelo de avaliação do desempenho e metodologia de avaliação final eram aspectos a definir por negociação", explicou. Tudo isto verificava-se num contexto em que se pretendia reforçar a ideia de uma prestação de saúde orientada para as necessidades. "Enquadrava-se a contratualização numa governação ética do sistema de saúde". Mas aquilo que foi criado num contexto e com contornos promissores, segundo Pedro Lopes Ferreira, começa a ser destruído em 2000 quando, no que se pode

Pressupostos da contratualização: “determinação das necessidades em saúde da população abrangida; desenvolvimento de uma estratégia regional de saúde enquadrada na estratégia nacional; planeamento estratégico dos recursos humanos; divulgação pública da produção e dos resultados e ganhos em saúde obtidos pelos cidadãos que recorrem a esses cuidados; negociação transparente”

chamar de tempos negros para a contratualização, “dá-se a dissolução das agências de contratualização (...)” as quais viriam a “renascer” em 2001 mas transformando-se em departamentos de contratualização sem autonomia, restando do modelo anterior apenas a contratualização externa. “Só com o aparecimento das USFs é que em 2006 renasce a contratualização nos cuidados primários”, frisou explicando em seguida os pressupostos da contratualização: “determinação das necessidades em saúde da população abrangida; desenvolvimento de uma estratégia regional de saúde enquadrada na estratégia nacional; planeamento estratégico dos recursos humanos; divulgação pública da produção e dos resultados e ganhos em saúde obtidos pelos cidadãos que recorrem a esses cuidados; negociação transparente”. Pedro Lopes Ferreira defendeu a necessidade de “discutir e repensar publicamente toda a estrutura de administração da saúde” e lembrou que “a implementação com êxito da contratualização depende em particular dos sistemas de infor-

mação e aprendizagem”, tendo concluído a sua intervenção parafraseando Saltman ao reafirmar que os cidadãos são accionistas do SNS, ou seja, são eles que pagam. “É preciso zelar pelos seus interesses”.

Bernardo Villas Boas da USF-AN referiu-se na sua intervenção especificamente à contratualização enquanto um dos eixos da reforma dos cuidados de saúde primários, o qual é necessário me-

lhorar: com uma “contratualização focada no cidadão, em ganhos de saúde e constituir um compromisso social”, orientada pelo Plano nacional de Saúde e ao nível local pelos planos locais e nas USF pelos planos de acção, explicou, acrescentando que além dos indicadores, a contratualização deve incluir todos os compromissos entre USF, ACES e administração, nomeadamente o que se refere aos recursos humanos, equipamentos e instalações. “É fundamental que os departamentos de contratualização e as ARS percebam que a contratualização é uma

negociação entre duas partes com os mesmos direitos e que se deve traduzir num consenso”. Relembrou igualmente que as USF têm autonomia funcional e que devem ter responsabilidade compatível com essa autonomia, com recursos humanos e instalações/equipamentos que lhes permitam cumprir a sua prestação junto da população. Bernardo Villas Boas referiu a evolução das USF entre 2009 e 2013 explicando como houve uma evolução na “orientação por objectivos dos planos de acção e por processos com impacto em resultados de saúde”. Nestes 4 anos em análise a contratualização tem sido muito centrada nos indicadores e tem-se traduzido numa “imposição de metas cada vez mais elevadas aumentando o risco de induzir uma prática centrada em indicadores e não na pessoa”. O orador explicou os efeitos potencialmente perniciosos de metas excessivamente elevadas e os condicionamentos que podem originar reforçando a existência do risco de os profissionais de focalizarem excessivamente nas metas. “O processo de contratualização necessita de evolução e aperfeiçoamento, como processo de negociação transparente e como processo

Bernardo Vilas Boas



A contratualização tem sido muito centrada nos indicadores e tem-se traduzido numa “imposição de metas cada vez mais elevadas aumentando o risco de induzir uma prática centrada em indicadores e não na pessoa”

Roque da Cunha



“Há indicadores e exigências completamente absurdas” e a ARS não pode “fazer tábua rasa” do que está definido com o Ministério quanto aos consensos necessários para a contratualização.

orientado para servir as pessoas e para gerar ganhos em saúde”. No ano de 2014 “com o alargamento dos números de indicadores e alteração da portaria havia expectativas positivas quanto à evolução do processo de contratualização”. Mas não houve uma total correspondência com as expectativas. Ainda assim Bernardo Villas Boas salientou uma melhoria negocial no que diz respeito à portaria (entre sindicatos e ACSS), a criação da comissões de acompanhamento externo por região para dirimir conflitos entre ACES e USFs e sublinhou o facto de pela primeira vez existir contratualização externa ACES-ARS. “Verifica-se que até hoje ainda não foi publicado o des-

pacho” que viria definir o pedo dos indicadores nacionais, por exemplo, e mantém-se os atrasos na informação disponibilizada às equipas e dificuldades de compreensão, dando como exemplo os intervalos de metas que alguns estão a interpretar como obrigatórios e que estão, consequentemente, a ser impostos às equipas. A agravar esta situação, de um modo geral, os intervalos de metas definidos implicam taxas de esforço demasiado elevadas. Também se mantêm os constrangimentos e erros nos sistemas de informação. Bernardo Villas Boas recordou que o aumento das metas também irá implicar o aumento dos custos o que entra em contradição com as propostas de baixar por utilizador 5% em MCDT e medicamentos. “A contratualização deve ser um dos instrumentos para a afirmação das boas práticas e de melhoria contínua. Deve ser mais inteligente, simples, mais realista, mais transparente e seguindo uma lógica de *win to win*” e lembrou que o racional das metas deve definir-se por “um padrão de desempenho desejável e aceitável de qualidade, baseado na melhor evidência científica e definido inter pares”. O orador definiu como fundamental a contribuição da OM e do seu Colégio da Especialidade em Medicina Geral e Familiar. Um ACES sem autonomia diminui a qualidade porque há uma desresponsabilização. “Defendemos como essencial que as actas e as cartas de compromisso traduzam consensos, em resultado dos processos negociais” contendo, entre outros factores, os compromissos da administração na criação de condições de trabalho para a equipa (recursos humanos, instalações, equipamentos,

sistemas de informação, etc.) explicou e que, quando o consenso não for possível, deverão mesmo assim ficar bem espelhadas as posições das equipas.

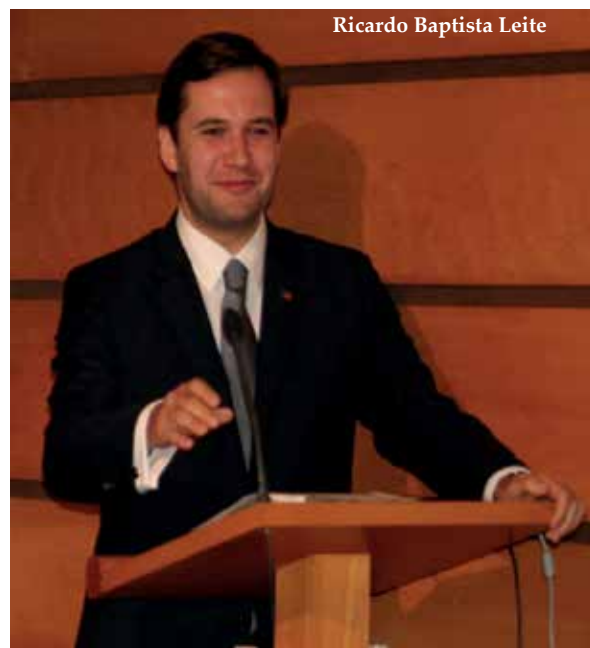
Alexandre Lourenço, do Conselho Directivo da ACSS começou por relembrar a importância da separação formal das funções de prestador e pagador e que, neste sentido, o processo de contratualização teve alguns avanços. Um processo que já é longo e que tem evoluído em termos técnicos. Subjacente à contratualização há uma lógica de responsabilização dos actores da prestação de cuidados. Lógica que já se denotava também em 2006 com a criação das USF, equipas com as quais se pretende precisamente descentralizar e responsabilizar. “Desde essa altura, houve uma grande evolução, nomeadamente em relação aos indicadores e à forma como são medidos”. Alexandre Lourenço também destacou a portaria que criou as comissões de acompanhamento. “entre os desejos normativos e a realidade, às vezes passa algum tempo mas em breve teremos as comissões a funcionar e com representantes das duas partes”. Especificamente sobre as metas explicou que, “naturalmente, e com a devida justificação, as metas poderão não ser cumpridas. (...) Não acredito que o processo seja perfeito mas acredito que todos devemos trabalhar para o melhorar”. O representante da ACSS realçou a importância de existirem grupos de consenso que pré-determinem as metas e lembrou o mérito deste sistema: “além de medir o esforço, premeia-se quem ultrapassa a meta definida”. Quanto aos indicadores, desde 2006 que se defendia o seu alargamento, mas sendo possível que apenas alguns sejam alvo de contratua-

lização e não necessariamente a sua totalidade. Reconhecendo o mérito destes encontros promovidos pela Ordem dos Médicos, Alexandre Lourenço sublinhou que é “essencial discutir esta matéria da contratualização bem como o modelo de governação em saúde em Portugal”.

Roque da Cunha, do SIM - Sindicato Independente dos Médicos, começou por frisar que “contratualizar não é nem impor nem todos os anos aumentar as metas que foram cumpridas ou ultrapassadas”. Com a negociação da Portaria 377-A/2013 ter-se-á alcançado esse desiderato mas Roque da Cunha considera que foi tardio - “a portaria só foi publicada em Dezembro, já muito em cima dos prazos” - mas realçou o mérito das soluções encontradas: “pela primeira vez a Administração Pública aceitou uma forma de dirimir conflitos de igual para igual”. Quanto aos indicadores e às falhas que lhes são inerentes, Roque da Cunha exemplificou com um ACES que, perante o indicador que limitava o número de medicamentos a prescrever aos utentes idosos, recusou-se a prosseguir com a contratualização. “Há indicadores e exigências completamente absurdas” e a ARS não pode “fazer tábua rasa” do que está definido com o Ministério quanto aos consensos necessários para a contratualização. Classificando a contratualização como “objectivamente, uma evolução positiva”, Roque da Cunha deixou transparecer na sua intervenção alguma apreensão, mas também a esperança de que “se consiga identificar os problemas e ultrapassá-los sem se estar a aumentar as burocracias” e que “os indicadores sejam usados para a finalidade com que foram

desenvolvidos: melhorar a saúde dos nossos doentes” e “originar alguma contenção na despesa”. Também Roque da Cunha terminou com palavras de apreço e incentivo ao Bastonário da Ordem dos Médicos por promover o debate de assuntos complexos mas fundamentais para a qualidade da medicina praticada no nosso país.

Ricardo Baptista Leite, médico e deputado da AR pelo PSD, foi o último orador neste debate tendo começado por criticar o facto de a contratualização ter “elevada ênfase nos objectivos de gestão em vez de se focar em objectivos sanitários”. “Não me interessa que aumentem o número de consultas se o doente continuar a sofrer”, frisou, alertando para a necessidade de “evitar o risco de indução artificial da procura”. Outro problema potencial que um sistema de contratualização imperfeito pode gerar é, em sua opinião, “a possibilidade de se escolherem apenas doentes de baixo risco e, portanto, de baixo custo”, com um “aumento da prática defensiva”, o que pode resultar, entre outras questões, da “colocação de profissionais menos qualificados onde deveriam estar especialistas devidamente qualificados”. Numa leitura objectiva destes processos, Ricardo Baptista Leite recordou que já se assiste a este fenómeno ao existirem urgências que estão a ser asseguradas por internos. Numa fase em que “há enormes constrangimentos”, “cortes sucessivos” e “metas ambiciosas”, Ricardo Baptista Leite sublinhou a necessidade de fazer ajustamentos e os desafios que enfrentam os responsáveis pela gestão. “O discurso em torno dos ganhos em saúde tem que ser real” e não apenas letra-morta, frisou.



Ricardo Baptista Leite

“Não me interessa que aumentem o número de consultas se o doente continuar a sofrer”

Numa mudança de filosofia que considera essencial, o deputado questionou se não é óbvio que devemos incluir na análise dos ganhos em saúde factores económicos e sociais como “quantos dias teve o doente que faltar ao trabalho?”, por exemplo. “Se queremos que os cuidados de saúde primários sejam a entrada no sistema de saúde então que se faça a gestão a partir daí”. Segundo este orador, os hospitais não devem discutir preços de medicamentos. “Esse tipo de gestão deve estar fora do âmbito da administração hospitalar”. Sobre indicadores, a opinião de Ricardo Baptista Leite vai de encontro ao que já havia sido afirmado pelos anteriores intervenientes: “É preciso parar, olhar para a região e, naturalmente no contexto da estratégia nacional, ver que indicadores fará sentido aplicar ali e, depois, negociá-los”. “Através do diálogo é que podemos encontrar soluções para que no final



Ana Ferrão



Lucília Martinho



José Robalo

“Se os gestores fossem tão competentes na sua área como os médicos, estaríamos melhor”

feitas fora do racional de metas para a reunião de contratualização e o viu recusado liminarmente à margem das normas. Ana Ferrão referiu como em dois anos consecutivos pediu uma auditoria da avaliação da sua USF mas nem sequer obteve resposta. Estas situações acrescidas a indicadores impossíveis de cumprir é fonte de grande desmotivação dos profissionais. Lucília Martinho, médica igualmente pertencente a uma USF, exemplificou com a exigência da medição do índice de massa corporal em doentes hipertensos, questionando como pode cumprir esse indicador, por exemplo, com os doentes que segue no domicílio e que estão acamados...

José Manuel Silva, presidente da Ordem dos Médicos, interveio questionando qual a razão de se ter burocratizado excessivamente um processo em que, aparentemente, todas as partes estão de acordo, reiterando as diferenças entre a teoria e o que de facto se está a passar no terreno e sublinhou que “existem vantagens na contratualização especialmente se promover ganhos em saúde”. “Se estamos todos de acordo quanto ao caminho a seguir, porque razão se continua a desacreditar a contratualização como se o processo estivesse em piloto automático?”. José Manuel Silva, que concorda com a medição de indicadores mas não com a imposição de “in-

do dia possamos conseguir que os nossos doentes fiquem menos doentes”, concluiu.

Já na fase de debate, o médico António Alvim defendeu a necessidade de melhorar e racionalizar alguns aspectos da contratualização, nomeadamente no que se refere à avaliação das USF mediante o cumprimento do plano de acção. Alexandre Lourenço (da ACSS) defendeu que a contratualização tornou o processo mais “transparente” e aceitou que se pode discutir as fórmulas de cálculo dos indicadores mas que se existe uma análise quantitativa, terá que ser cumprida e terá que existir rigor, definindo a contratualização como uma “forma de alinhamento estra-

tégico entre os prestadores e a administração”, acrescentando que como existem regras, o facto de não estarem a ser cumpridas permite-nos protestar. Sobre a aplicação às UCSPs das regras das USFs, Alexandre Lourenço defendeu ser uma forma de “as preparar para a passagem a USFs, fazendo-as evoluir para um modelo de autonomia”. “Se os gestores fossem tão competentes na sua área como os médicos são bons médicos, estaríamos melhor”, afirmou.

José Robalo, director da Administração Regional de Saúde do Alentejo defendeu que “planeamento e contratualização devem estar numa entidade responsável pela prestação” e não nos ACES ou nos hospitais. Francisco Pedro Forte, assistente graduado de clínica geral, por seu lado, alertou que a contratualização está a “esquecer a importância da relação médico/doente!” e apelou a um processo que deixe as pessoas mais felizes e os profissionais menos frustrados. Ana Ferrão, coordenadora de uma USF, referiu a sua experiência pessoal e o sentimento de frustração que um grupo de profissionais dedicados experiencia ao preparar um dossier completo em que se fundamenta todas as propostas

Unidades de saúde, indicadores e metas

(passamos a transcrever o contributo para o debate da Direcção do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar que não pôde estar presente)

O progressivo desenvolvimento e implementação de indicadores e metas para as unidades de saúde atingiu um volume, complexidade e variedade tais, que ao invés de se tornarem um instrumento claro, útil e facilitador do trabalho médico, seu desígnio, acabaram por ser fonte de confusão, crítica e sobretudo de *stress* profissional induzindo aquilo que se vem chamando de “medicina centrada em indicadores”, relegando progressivamente a relação e o contacto amigável e compreensivo com os pacientes para segundo plano (a essência da prática da Medicina Geral e Familiar). De facto, a excessiva preocupação com o cumprimento e registo de indicadores bem como com o atingimento de metas irrealistas, descentraram o foco de atenção médica do paciente para valores paramétricos de duvidosa utilidade.

Sem pôr em causa o valor e necessidade de indicadores para mais fielmente ser possível medir a quantidade e qualidade do desempenho dos profissionais, julgamos imprescindível que seja tido em conta a realidade de cada unidade de saúde bem como sejam devidamente estudados, negociados e estipulados de acordo com os profissionais e segundo a evidência da sua real utilidade em termos de ganhos em saúde. As metas, por seu lado, sendo estabelecidas com base num histórico e segundo o peregrino princípio de “melhoria contínua” elencam valores baseados em projeções estatísticas com tendência para um “100%” utópico e gerador de *stress*. Ao invés, julgamos que as metas deveriam ser estipuladas tendo sempre como base um indiscutível e assinalável padrão aceitável de qualidade, em determinadas áreas fulcrais que, uma vez alcançadas, deveriam, além do alvo de esforço da sua manutenção, dar lugar a criação de novas metas para outras áreas, fomentando assim uma maior abrangência da grande diversidade dos problemas de saúde, acautelados ainda o esforço permanente, desgastante e utópico da “melhoria permanente” das mesmas metas. Assim, a contratualização resultante do estabelecimento de indicadores e metas realistas, feito de acordo com as realidades locais das unidades de saúde e envolvendo no seu processo de estabelecimento os profissionais, seria um instrumento de afirmação de boas práticas e não um inventário de valores desfasados da realidade e de controversa utilidade imposto de forma autoritária e algo intimidatória, baseado em modelos burocrático-administrativos e de cientificidade duvidosa, com a agravante de ser apoiado em sistemas de informação frágeis e altamente perturbadores da prática clínica. Em conclusão, o Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar não se revê neste modelo de contratualização e avaliação das unidades de saúde, reclamando uma reforma racional, realista, e justa que, democraticamente envolvendo os seus profissionais, preserve acima de tudo, a excelência da qualidade dos atos médicos, sabendo recompensar efetiva e devidamente os profissionais e as unidades cumpridoras.

dicadores irracionais”, defendeu ainda o desenvolvimento de “uma contratualização justa, que não transforme os cuidados de saúde primários numa medicina de indicadores; (...) Um processo que estimule os profissionais, com metas razoáveis e que produza efectivos ganhos em saúde”...

A moderação deste debate ficou a cargo de Diamantino Cabanas, editor do Medi.com. Foi convidado um representante da FNAM, que, infelizmente, não pôde estar presente.

José Manuel Silva e José Martins Coelho, Inspector Geral das Actividades em Saúde (IGAS)





Reunião Geral de Colégios

Com o Ministério da Saúde a pressionar para a abertura de mais vagas de formação para acomodar o número crescente de internos, a Reunião Geral de Colégios teve como tema principal e incontornável a formação pós-graduada e as respectivas dificuldades actuais mas também as que se adivinham: no próximo ano para um número aproximado de 2000 candidatos haverá cerca 1500 vagas para internato da especialidade. A primeira Reunião Geral de Colégios de 2014 teve lugar no passado dia 17 de Março em Coimbra.

Enquanto o Ministério da Saúde insiste na falta de especialistas - embora não responda à OM quando questionado sobre quais as especialidades em falta e onde - a Ordem dos Médicos considera que o problema é a má distribuição dos mesmos e a falta de contratação. Foi essa a opinião expressada por vários representantes dos Colégios que defenderam a criação de medidas de discriminação positiva para fixação de médicos de forma a diminuir as disparidades entre o litoral e o interior (a direcção da OM tem-se pronunciado no mesmo sentido por diversas vezes, com sugestões concretas para resolução da falta localizada de algumas especialidades).

Na fase inicial da reunião, José Manuel Silva, bastonário da OM explicou precisamente que não há falta de especialistas mas "há dificuldades de acessibilidade, que resultam da saída de médi-

cos para o sector privado e da emigração" e recordou aos colegas que "a preocupação da OM deve ser proporcionar o número de especialista necessário à população portuguesa e não formar especialistas a mais para exportação", nomeadamente porque essa formação tem custos elevados: formar um médico custa cerca de 400 a 500 mil euros. Mas, ao contrário do Ministério, a Ordem dos Médicos promoveu um estudo demográfico científico e fidedigno na sequência do qual solicitou às 17 especialidades que foram consideradas mais carenciadas que "façam um esforço para dimensionar o seu número de vagas às necessidades da população". Foi precisamente essa a ideia igualmente expressa por Miguel Guimarães ao afirmar que "a OM tem a responsabilidade de oferecer especialistas à população portuguesa". Dados os custos inerentes, foi defendido por

alguns Colégios, nomeadamente por Anestesiologia, que se impõe aos jovens especialistas que fiquem no SNS durante o tempo correspondente à formação. "Os primeiros 10 especialistas formados este ano na ARS-LVT foram todos para o privado"...

Outra preocupação relacionada com a formação são as fusões e o facto de reduzirem espaço de formação. Palma dos Reis, do Colégio de Urologia explicou que apesar de não ser possível obrigar ninguém a ser formador, também não se pode aceitar um vazio formativo mas lembrou que há um limite e que esse limite é a qualidade da formação: "vamos tentar aumentar as capacidades formativas mas temos que manter a qualidade". De uma forma geral, os representantes dos Colégios concordam com a necessidade de haver incentivos curriculares e financeiros para os orientadores. Miguel Guimarães reforçou a

necessidade de a OM ter um relatório de todas as especialidades que permita não só saber exactamente quantos especialistas são necessários em cada área como um enquadramento de formação com qualidade, em que se definam fundamentadamente as capacidades formativas reais que existem.

A possibilidade de haver uma exploração futura dos colegas que não consigam vaga para a especialidade, foi outra preocupação manifestada pelos representantes dos Colégios pois a falta de capacidades formativas e de possibilidade técnica (falta de tempos operatórios, faltas de materiais ou de *case load*, etc.) para mais vagas para uma boa formação, contratos que não contemplam tempo para orientação de internos e até a própria telemedicina (em áreas como a Radiologia, como exemplificou Amélia Estevão) têm afectado a formação e indicam que, se não forem tomadas medidas, vamos ter médicos indiferenciados para os quais serão necessárias soluções. A possibilidade da formação no sector privado é uma solução alvitrada

por alguns Colégios.

O CNMI defendeu a melhoria dos processos de atribuição de idoneidades e capacidades formativas e reforçou a necessidade de ser feita uma revisão ao regulamento da atribuição de idoneidades. Uma das questões importante é que estes processos das visitas de idoneidade sejam mais transparente, sublinhou Roberto Pinto do CNMI.

Em conclusão: há falta de formadores e de incentivos quer curriculares quer financeiros para os orientadores; é necessária a definição clara e quantitativa da necessidade de médicos em cada especialidade para desenhar um "mapa de necessidade de especialistas" a nível nacional; na definição dos critérios de idoneidade e na respectiva atribuição tem que continuar a existir – e preferencialmente serem reforçados – critérios técnicos objectivos e transparentes. Igualmente inegável é o facto referido por Carlos Cortes: "a qualidade da formação médica é elevada, os nossos médicos são bons profissionais", e cujo valor é reconhecido internacionalmente, o que demonstra que temos feito

um bom trabalho ao nível da formação pós-graduada.

Reconhecido por todos, o valor do trabalho desenvolvido pelos Colégios da Especialidade é fundamental nestas matérias e José Manuel Silva deixou uma nota solicitando ainda mais a sua proactividade.

A inevitabilidade da recertificação e o facto de ir diminuir as capacidades formativas, as tentativas de *task shifting* com clara perda de qualidade, e a valiação de desempenho para especialistas (SIADAP) foram outros dos assuntos abordados. Relativamente a esta última questão, foi explicado aos colegas que esse é um processo em que a OM não foi ouvida e que os sindicatos é que assumiram esse processo.

A reunião foi presidida por José Manuel Silva, bastonário da OM, Miguel Guimarães, presidente do CRN, Jaime Mendes, presidente do CRS e Carlos Diogo Cortes, presidente do CRC. Presentes estiveram várias dezenas de representantes dos Colégios da Especialidade e também do Conselho Nacional do Médico Interno.



Antiga sacristia, capela do HSJ



Colina de Santana: à descoberta do património

O Núcleo de História da Medicina da OM, em colaboração com a Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa, e com a gentil colaboração de Célia Pilão, administradora hospitalar ligada à área do património cultural e de Victor Freire, historiador, fundador e ex-director do Museu Miguel Bombarda, organizou várias visitas aos hospitais da Colina de Santana. De São José aos Capuchos, de Santa Marta ao Miguel Bombarda, mais de 150 pessoas passearam pela Colina de Santana, à descoberta do seu património hospitalar, histórico e cultural.

Célia Pilão



Foram realizadas três visitas aos Hospitais Cíveis de Lisboa, incluindo São José, Capuchos e Santa Marta, nos dias 5 e 12 de Abril, as quais foram magistralmente conduzidas por Célia Pilão, administradora hospitalar ligada à área do património cultural que nos conduziu em São José pelo Colégio jesuíta de S. Antão-o-Novo/Aula da Esfera. Célia Pilão explicou aos visitantes o enquadramento histórico que leva os doentes do Hospital Real de Todos os Santos, destruído com o terramoto de 1755, para o Colégio de Santo Antão-o-Novo, colégio da Companhia de Jesus, espaço que foi sendo adaptado e a que hoje chamamos Hospital de

São José. Parámos no espaço que é o actual Salão Nobre que possui decoração azulejar alusiva a várias disciplinas leccionadas pelos jesuítas, aos planetas e continentes, no que se conhece como a aula da esfera. Seguimos pela Capela do Hospital (antiga sacristia da Igreja do Colégio) classificada como monumento nacional, tribuna do altar-mor da Igreja de S. Inácio de Loyola. Seguimos para o Hospital de Santo António dos Capuchos onde visitámos a igreja, o claustro, apreciámos o relógio de Sol e a boca de cisterna do antigo Convento dos Capuchos e pudemos ainda apreciar a colecção do antigo Museu da Dermatologia

Portuguesa - Dr. Sá Penella, que, segundo nos foi referido, inclui a maior colecção de modelos de cera em Portugal e que está aberta ao público às quartas-feiras à tarde. A visita termina no Hospital de Santa Marta onde nos passeamos pelos espaços do claustro, capela e Sala do Capítulo do antigo Convento de S. Marta.

Ao Hospital Miguel Bombarda foram organizadas duas visitas magnificamente conduzidas por Victor Freire, tendo a primeira delas tido lugar no passado dia 12 de Abril. Esta visita iniciou-se com um breve enquadramento histórico e uma passagem pelo gabinete de Miguel Bombarda, onde Victor Freire descreveu as circunstâncias que envolveram a sua morte. O salão nobre, a igreja, a antiga farmácia, as enfermarias, a cozinha, a casa mortuária e o balneário foram alguns dos pontos visitados, tendo, todos eles, e graças às vividas descrições de Victor Freire, contribuído para a percepção por parte dos



Aula da Esfera, HSJ



Museu Sá Penella, Capuchos



Claustro do Hospital de Sta Marta



Um dos cinco grupos que acompanharam estas visitas



O balneário, inaugurado pela rainha D. Maria II em 1853, ainda conserva o equipamento original que era usado em banhos específicos que se aplicavam no âmbito da psiquiatria, HMB



Victor Freire

visitantes de como estavam perante um testemunho único da história da psiquiatria e da assistência aos doentes mentais, área em que, aliás, Portugal sempre foi pioneiro. A visita inclui uma passagem pelo edifício das Enfermarias, o primeiro do mundo em poste telefónico do arquitecto José Maria Nepomuceno, autor também do Pavilhão de Segurança. A cozinha do complexo do Hospital Miguel Bombarda surpreende-nos com os seus pormenores de arquitectura e engenharia: no tecto vemos um sistema de 33 amarrações e 33 esticadores de ferro, ajustáveis, que convergem num fecho octagonal, e que assim garantem sustentabilidade e segurança. Já quase no final da visita, a inevitável passagem



pelo Pavilhão de Segurança, edifício vanguardista da autoria do arquitecto José Maria Nepomuceno, cuja construção data de 1896 e do qual nos foi feita uma descrição histórica e uma análise pormenorizada dos elementos mais inovadores, para a época, dessa construção em que “a função determina a forma”. Seguiu-se uma passagem pe-

las diferentes salas do Museu Miguel Bombarda, onde está exposta uma pequena parte do acervo museológico deste hospital. Desse acervo destacamos o equipamento clínico, mobiliário, fotografias e manuscritos datados do século XIX, escritos, desenhos e pinturas de doen-

aparteoutsider.org).

De destacar que nas várias dezenas de visitantes que acompanharam estas visitas incluíram-se médicos, arquitectos, biólogos, historiadores, arqueólogos, moradores da Colina de Santana, enfermeiros, investigadores da Universidade de Barcelona e membros das mais diversas instituições.

Recebemos, de dois médicos, a propósito das visitas organizadas pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos em colaboração com a Secção de História da Medicina da SGL, dois artigos. Um da autoria de M. M. Camilo Sequeira que foi publicado no Jornal Público e do qual reproduzimos aqui um resumo e outro da autoria de Maria Cândida Maia, o qual se encontra reproduzido nesta revista, na secção de opinião.

“Viajar em casa, por M. M. Camilo Sequeira

Quando falamos de viajar habitualmente imaginamos distância. Considerando que é a distância que nos mostrará realidades formativas e informativas que o perto não tem para nos revelar. É um preconceito que, demasiadas vezes, nos impede de perceber o encanto do muito que temos junto a nós.

Lisboa é uma cidade linda. E viajar nela é um prazer.

(...) Numa das suas 7 colinas, chamada de Santana, foram construídos ao longo da história vários edifícios religiosos que, após terminarem esta função, vieram a ser as estruturas assistenciais e de investigação que até há pouco se designavam como Hospitais Cívicos de Lisboa.

Estes Hospitais são hoje museus vivos. Porque souberam preservar a memória do que foram mantendo e protegendo os símbolos que os criaram.

A tradição portuguesa de azulejaria tem neles um enorme conjunto de painéis de invulgar qualidade, de épocas diferentes, habitualmente em bom estado de conservação.



(...) E as igrejas, todas diferentes na invocação e na grandeza, também recordam a vida de outro tempo, fazendo-nos reflectir sobre a dimensão do religioso no seu componente místico, introspectivo e meditativo, mas também sobre esse mesmo religioso como forma de procurar saber científico.

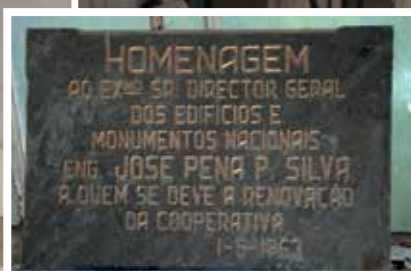
(...) E quantos terão visto, dentro ou fora do país, uma sacristia maior que muitas igrejas com arcazes de pau ébano, ferragens revestidas a ouro e um chão de mármore colorido e embutido tipo italianizante?

(...) Viajar também é pensar sobre o que temos para ver, construído, escrito, pintado, e sobre como estas memórias persistem, como somos por elas representados, como, enfim, a vida que tantos sentem como hostil e difícil, de facto, tem imensas evidências de beleza, de vontade de partilha com o outro, de dizer “sou isto para que tu saibas construir o teu caminho com os mesmos valores: partilha que é solidariedade e beleza que é encantamento”.

Digam lá se viver este património não é uma fantástica maneira de viajar? E com um custo benefício muitíssimo favorável o que não é questão menor nos nossos dias.”

Património em risco efectivo

Na visita aos Hospitais de São José, Capuchos e Santa Marta, instituições de saúde em funcionamento, encontrámos algumas situações de tratamento negligente do património, mas foi no Hospital Miguel Bombarda que verificámos, com maior incidência em algumas enfermarias, a maior degradação do património edificado. Janelas abertas por onde entra a água, paredes e tectos semi-destruídos, vestígios de vandalismo, espaços fechados durante longos períodos sem qualquer manutenção, deixaram os visitantes muito apreensivos. As imagens mostram esses pormenores de destruição, contrastantes com a beleza inerente ao balneário ou ao edifício de vanguarda que é o Pavilhão de Segurança, onde está instalado o Museu Miguel Bombarda e onde podemos apreciar exemplos de trabalhos artísticos dos doentes, que constituem parte de um acervo de relevância artística e documental mas que representam também o inegável valor terapêutico e de combate dos estigmas associados à doença mental. Ironicamente, numa das salas degradadas, encontraríamos, abandonada, uma placa de mármore alusiva a uma homenagem a José Pena P. Silva, director geral dos edifícios e monumentos nacionais...



Nota: nas visitas ao antigo Hospital Miguel Bombarda, o NHMOM contou ainda com a inestimável colaboração do Instituto de Estudos de Literatura e Tradição - IELT da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da UNL. Na segunda visita, os espaços aos quais nos foi permitido o acesso foram limitados pela Estamo ao que é considerado o circuito museológico, isto é: panóptico, balneários e gabinete de Miguel Bombarda. Apesar de lamentarmos estas restrições, é devido um agradecimento à Estamo pela autorização para a realização destas visitas. O Museu está aberto ao público às quartas-feiras (11h30m - 13h) e aos sábados (14h - 18h). As outras zonas só podem visitar-se com autorização prévia.

Maria João Guia

Investigadora da Universidade de Coimbra



Médicos têm papel fundamental no apoio às vítimas

A propósito das Jornadas de Criminologia no Instituto Superior Bissaya Barreto, que decorreram nos dias 10 e 11 de Dezembro de 2013, a ROM entrevistou Maria João Guia, investigadora da Universidade de Coimbra e da CINETS (rede Internacional de Estudos), com a qual conversou sobre o papel essencial que a comunidade médica pode desempenhar na problemática do apoio às vítimas de criminalidade, quer na prestação de cuidados médicos, quer criando pontes com organizações que virão a fornecer o suporte legal e social à vítima, quer na participação em debates e na investigação académica.

Revista da Ordem dos Médicos - As Jornadas de Criminologia no Instituto Superior Bissaya Barreto reuniram diversos especialistas. Qual a relevância dessa heterogeneidade de participantes?

Maria João Guia - Convidei para estas jornadas investigadores, académicos, profissionais e alunos de várias áreas e origens, precisamente para que o diálogo pudesse ser mais rico e abrangente.

Devo dizer que estas jornadas tiveram origem num estudo europeu cofinanciado pela Comissão Europeia e que ainda está em curso, de que fui relatora por Portugal, sobre a implementação

Investigadora associada do IGC (Centro de Direitos Humanos) - Faculdade de Direito, UC, doutoranda em "Direito, Justiça e Cidadania no Século XXI", Universidade de Coimbra (tese: "Imigração e Criminalidade Violenta em Portugal"); autora dos livros "Imigração e Criminalidade: Caleidoscópio de Imigrantes Reclusos" (Almedina, 2008) e "Imigração e Criminalidade Violenta: Mosaico da Reclusão em Portugal" (INCM e SEF, 2010). Tem-se dedicado a atividades de investigação académica e criminal, orientando e co-orientando teses de mestrado e à organização e dinamização de eventos e painéis nacionais e internacionais sobre imigração e crime, direitos dos imigrantes, tráfico de seres humanos, crimigração, dinamizando um grupo internacional de peritos - CINETS (www.crimmigrationcontrol.com).

da Diretiva 2012/29/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de outubro de 2012, relativa aos direitos, ao apoio e à proteção das vítimas da criminalidade. No decurso da investigação que esteve a meu cargo, entre uma revisão da legislação e das práticas implementadas em Portugal neste campo, organizei um *focus group* (que é basicamente uma técnica de recolha de informação semelhante a uma entrevista de grupo) em que participaram 11 especialistas e representantes institucionais de vários organismos (SEF, PSP, GNR, CPVC, INML, CIG, APAV, ONG Saúde em Português e Associação para o Planeamento e Família, um juiz desembargador e um advogado), para além de um médico do INML, que contribuíram de uma forma extraordinária e inovadora para este relatório.

ROM – Como é que se deu a transição do *focus group* para a construção do relatório?

MJG - No decurso desta técnica de recolha de informação, foram tantos e tão importantes os tópicos debatidos que achei que seria um desperdício não partilhar com a comunidade todas as angústias e

soluções que ali foram sendo encontradas, para que, através do debate conjunto, se pudessem encontrar mais e melhores soluções. É que o debate suscitado entre os peritos que já pensaram nestas questões, os profissionais que trabalham diariamente com estas áreas, o meio académico e o público em geral, traz no final um contributo informativo tão mais rico quanto o resultado que obtivemos: um debate acurado, abrangente, diversificado, que permitiu que todos pudessem refletir e colocar as suas questões e reflexões sobre este tema das vítimas.

Este projeto europeu de que falei visou apurar em todos os Estados-membros da UE o apoio que está previsto e que é efetivamente aplicado para com as vítimas, estando neste momento os coordenadores do projeto a fazer um macro-relatório comparativo com os dados que cada relator nacional elaborou para poderem, depois, sugerir propostas para melhorar as leis e práticas nos vários Estados-membros. Esse relatório comparativo vai ser traduzido em todas as línguas dos Estados-membros e brevemente será lançada uma plataforma na Internet que reunirá todos os do-

cumentos, nas várias línguas, sobre o tema em estudo resultante da Diretiva estudada.

ROM - Em que áreas específicas podem os médicos ter intervenção neste contexto?

MJG - Para além daquela que já mencionei e que muita informação trouxe ao nosso debate, no âmbito das perícias médico-legais e dos procedimentos tomados quanto às crianças e ao papel dos médicos no INML, os médicos têm um papel extremamente importante nesta área. Poderei dizer-lhe que há uns anos foi feito um estudo na Suíça sobre os casamentos forçados e foi através de entrevistas a professores e médicos de família que se conseguiram encontrar padrões e problemáticas de determinados grupos específicos de nacionalidades em que os casamentos forçados estavam a processar-se. Se me perguntar o que se conhece sobre esta realidade em Portugal, pouco lhe poderá ser dito, a não ser num ou noutro caso de grupos específicos de população (e mesmo aí, com pouca informação sobre o assunto).

Os médicos, porque têm uma grande proximidade com os pacientes, podem ter um papel essencial no sentido de informar e de sensibilizar as vítimas de criminalidade, quer dos seus direitos, quer fazendo a ponte entre a vítima e o órgão de polícia criminal e/ou a ONG. Não podemos esquecer que, muitas vezes, por ser a primeira pessoa que atende e trata a vítima, o médico cria um laço de afeição involuntário com ela e podem ser as palavras que o mesmo lhe dirige que a podem encaminhar para quem possa efetivamente proporcionar-lhe um apoio institucional. As vítimas desconhecem com frequência que estão a ser vítimas de algo até al-

guém, externo ao seu meio, lhes indicar que haverá alternativas à vida que estão a viver naquelas circunstâncias. Um médico, pelas suas funções e prática, facilmente se apercebe quando uma marca no corpo de uma pessoa foi por mero acidente ou é um sinal de agressão; quando uma mulher tem um problema esporádico de saúde do foro ginecológico ou se o que apresenta são sinais que intuem práticas de prostituição (que podem ser forçadas), só para dar um ou dois exemplos. É por isso fundamental sensibilizar a comunidade médica para o papel essencial que pode desempenhar nesta problemática do apoio às vítimas de criminalidade.

ROM - Para além do cuidado médico, que tipo de apoio pode ou deve um médico oferecer às vítimas?

MJG - Conforme referi, os médicos têm um ascendente imediato sobre as vítimas, precisamente por serem quem lhes proporciona conforto e alívio físico e psicológico numa primeira abordagem. Podem, por isso, aproveitar esse clima de confiança para sensibilizar as potenciais vítimas para os seus direitos, para lhes comunicar a existência de instâncias estatais que estão ao seu dispor para as ajudarem na receção de uma queixa, denúncia ou para que as mesmas possam participar ativamente no processo. Podem também contribuir em debates sobre temas como este, trazendo reflexões advindas da sua prática diária e das informações e preocupações, gerais, claro, que as vítimas lhes reportam para que o sistema possa ser melhorado. Podem colaborar direta ou indiretamente com os órgãos de polícia criminal, respeitando o segredo médico, sem dúvida, mas colocando-se numa posição de maior comunicação com as ou-



tras instâncias da sociedade, para que a mesma possa ser mais efetiva. Reitero que os médicos têm um papel fundamental nesta temática da proteção e apoio às vítimas.

ROM - A crise económica aumentou o impacto em termos de vulnerabilidade nos imigrantes. Será esta uma área que necessita de uma particular atenção no sentido da deteção de eventuais casos de risco?

MJG - Este é um facto muito real. A crise tem atingido todas as camadas da sociedade, mas aquelas cuja vulnerabilidade é maior têm sofrido bastante mais. Os imigrantes, pela sua condição de mobilidade e de risco, estão mais expostos a situações de vulnerabilidade e sujeitam-se mais facilmente a situações de exploração direta ou camuflada. A crise tem vindo a sentir-se a vários níveis, quer com exigências de cuidados médicos que deixam de ser tidos, quer com a renovação de títulos que deixa de ser feito, quer ainda com a vin-

O médico tem aqui um papel fundamental e penso que, se puder fornecer pistas à vítima para que a mesma se sinta mais segura, souber onde se dirigir e como atuar naquele preciso momento, poderá fazer toda a diferença.

da de novos fluxos migratórios, até então pouco comuns em Portugal, mas que implicam desconhecimento da língua (sendo certo que o ACIDI disponibiliza uma linha telefónica diariamente, pelo preço de uma chamada local, em que qualquer médico ou qualquer pessoa pode solicitar um intérprete de uma língua ou dialeto). Nestas circunstâncias, o médico pode servir-se das valências existentes para melhor poder servir a potencial vítima, mas também para a poder informar da existência de serviços de apoio a que poderá recorrer, podendo inclusivamente ser veículo de entrega de informa-

O ACIDI disponibiliza uma linha telefónica diariamente, pelo preço de uma chamada local, em que qualquer médico ou qualquer pessoa pode solicitar um intérprete de uma língua ou dialeto.

ção, caso se possa protocolar (porque não?) com organismos que já têm preparado material para distribuição à população vulnerável.

ROM - Pode fazer-nos um breve resumo das principais conclusões das Jornadas de Criminologia no Instituto Superior Bissaya Barreto?

MJG - As principais conclusões destas jornadas vão ao encontro do relatório que entreguei há umas semanas aos coordenadores do projeto europeu a que já fiz alusão: "A proteção dos direitos das vítimas na UE; a teoria e a prática da diversidade de tratamento durante os julgamentos criminais", Projeto financiado pela Comissão Europeia ao Centre for European Constitutional Law- Themistokles e a Fundação Dimitris Tsatsos, em parceria com o Institute for Advanced Legal Studies of the University of London.

Estas conclusões poderiam resumir-se a alguns eixos principais: as leis portuguesas são pioneiras, quer em medidas adotadas (como as memórias futuras), quer na implementação precoce de diretivas (ainda que com algumas lacunas), mas falhamos na sua implementação prática. Ou seja, não há uma consciência cívica e global sobre os direitos das vítimas, mesmo e sobretudo a partir das próprias; os espaços dos tribunais não estão preparados para separar as vítimas dos agressores; a lei de proteção

de testemunhas é vasta e muito pioneira, mas não é totalmente aplicada, não existe uma definição e um estatuto próprio para a vítima no nosso Código. No que concerne ao reconhecimento da qualidade de vítima para receber cuidados médicos gratuitos e imediatos, apenas as vítimas de violência doméstica veem o seu problema ser resolvido de imediato, sendo-lhes atribuído logo um documento pelo OPC para poderem beneficiar desse apoio médico, ao passo que, por exemplo, uma vítima de tráfico de pessoas que tenha sido espancada não tem ainda as mesmas prerrogativas e tem que pagar pela assistência médica urgente (ainda que, posteriormente, possa vir a beneficiar de um apoio estatal que a Comissão de Proteção às Vítimas de crime lhe possa atribuir, após uma série de passos, entre os quais a observação e a sujeição a uma perícia médico-legal). Foi referida ainda a necessidade de reforço de laços entre as redes institucionais de profissionais, que ultimamente se reconhece que funcionam porque os seus membros acabam por se conhecer e recorrer aos contactos uns dos outros, frequentemente pessoais, para ultrapassar dificuldades.

Haveria muitas outras conclusões e reflexões que foram transmitidas nestas jornadas, as quais iremos trazer a público com a publicação do livro de atas que sairá no fim de 2014 e que se pretende difundir pelo público em geral.

ROM - Tem desenvolvido atividades de investigação académica e criminal, essa é uma área em que a medicina é um parceiro importante?

MJG - Sim, a medicina é um parceiro essencial em ambas as ver-

tentes: a criminal e a investigação académica. Na primeira, porque estão instituídas legalmente formas de atuar que passam primeiro pela observação e elaboração de relatórios a partir de perícias médico legais, mas também pelo atendimento comum do médico que pode despoletar um apoio mais efetivo à vítima, criando pontes com os OPC e as ONG, que virão depois a fornecer o suporte legal e social à vítima, assim que a mesma possa e queira colaborar para fins judiciais. Mas o médico pode também participar no debate e na investigação académica, pois, pela sua formação e pela sua prática diária, contacta com realidades que apenas daqui a uns anos virão a ser conhecidas, quando um investigador se lembrar de entrevistar os médicos e assim venha a descobrir uma ou outra forma de atuação criminosa ou de vitimização. Se as parcerias forem estabelecidas de antemão, de forma proactiva, certamente que o diálogo se estabelecerá já, e o momento de atuar nestes casos de apoio às vítimas é sempre o aqui e o agora; encontrar-se-ão formas de atuação mais profícuas e maximizadoras que possam permitir à vítima fazer-se valer das prerrogativas que a lei lhe concede, por meio de uma linguagem não jurídica, que entretanto a vítima acaba por apreender melhor, uma vez que aquela se revela frequentemente uma linguagem hermética e incompreensível para os autóctones e, em dupla forma, para os residentes não nacionais.

Obviamente que, com esta reflexão, não se pretende imputar ao médico o papel de ter que informar, extravasando as suas competências. Nada disso. Mas o médico tem aqui um papel fundamental e penso que, se puder

Nos tempos de crise e mudança em que atualmente vivemos (...) precisamos de ser criativos e inventivos. As potencialidades do ser humano são imensas e podem ser muito bem exploradas ao serviço da sociedade, dos outros e do melhor acompanhamento das vítimas e dos mais vulneráveis.

fornecer pistas à vítima para que a mesma se sinta mais segura, souber onde se dirigir e como atuar naquele preciso momento, poderá fazer toda a diferença.

A Diretiva em estudo prevê que a formação dos profissionais que lidam com as vítimas seja uma das grandes apostas, fornecendo-lhes as ferramentas para que os mesmos possam dar as indicações mínimas e atuar. Estou disponível para organizar, partilhar, sugerir e lecionar breves cursos formativos e informativos sobre esta temática, fazendo uma revisão da legislação existente e das formas de atuação rápida sobre a temática do apoio às vítimas para que a comunidade médica possa

continuar a ser uma ponte entre a vítima e a justiça, contribuindo assim, ainda melhor, para uma sociedade mais justa e solidária.

ROM - Concorde que o atual impacto mediático da criminologia está diretamente relacionado com filmes e séries em que é desvendado um pouco do procedimento tecnológico e médico inerente a uma investigação criminal?

MJG - Penso que a globalização permitiu que muitos assuntos pudessem ser debatidos de forma mais aberta e mais próxima da comunidade, sobretudo através da televisão. Não tenho qualquer dúvida de que essas séries têm ajudado a que muitas pessoas compreendam melhor determinados fenómenos criminais e a dificuldade e morosidade com que se leva a cabo uma investigação criminal, compreendendo depois melhor o peso atribuído à máquina da justiça. Também penso que estes programas podem ter um cariz educativo se forem bem escolhidos, visto haver outros que quase podem revelar-se uma escola do crime. Os fenómenos criminais funcionam muitas vezes em

forma de espelho e, quando um determinado assunto é muito debatido nos meios de comunicação social, costuma sentir-se um efeito de replicação, havendo mais denúncias a ocorrer se determinado fenómeno for mais debatido, o que leva por vezes a que determinadas soluções surjam e que sirvam de avanço no tecido social dos mais vulneráveis. Não posso deixar de salientar o papel relevante que um determinado videoclip teve há uns anos ("Runaway train") em que a banda *rock Soul Asylum* passou um vídeo com fotografias de crianças desaparecidas, algumas das quais regressaram ou vieram a ser detetadas e encontradas porque muitas pessoas viram o vídeo e se devotaram a fazê-las voltar às famílias de origem. Nos tempos de crise e mudança em que atualmente vivemos, numa "sociedade líquida", para citar Bauman, precisamos de ser criativos e inventivos. As potencialidades do ser humano são imensas e podem ser muito bem exploradas ao serviço da sociedade, dos outros e do melhor acompanhamento das vítimas e dos mais vulneráveis.

dos direitos das vítimas

10 Dez 2013





Carlos Diogo Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

A incongruência dos deputados

A altura dos festejos da Páscoa serviu para ocultar mais uma decisão desastrosa, inábil e imoral tomada no recato da Assembleia da República.

Os deputados do Parlamento recusaram para si, em votação própria, o regime de exclusividade e de incompatibilidades que tinha sido colocado à discussão.

Aquilo que deveria ter sido uma oportunidade de moralização do trabalho dos deputados e uma aproximação à vontade dos próprios eleitores tornou-se um exercício de corporativismo interesseiro e de defesa de conveniências particulares. Bem distante do interesse público advogado em oportunistas campanhas eleitorais...

Aquilo que deveria ser a expressão de uma entrega total a um cargo que merece dignificação e dedicação exclusiva passa a ser a expressão de puro oportunismo e interesse.

Aquilo que deveria ser a moralização através de um sistema transparente de incompatibili-

dades entre os deputados, as empresas a que estão ligados e o Estado continuará a ser a promiscuidade que todos reconhecem e que todos denunciam.

As explicações para mais um adiamento na moralização da política são surpreendentes: inoportunidade de agenda, por estarmos em véspera do processo eleitoral para a escolha dos Eurodeputados, ou simplesmente pelas propostas serem insuficientes no quadro de uma verdadeira reforma do sistema político. “Não é com medidas pontuais que resolvemos alguns problemas que o sistema tem”, desculpava-se um deputado. De tão desonestas e inacreditáveis, estas justificações chegam a ser ofensivas para os portugueses.

Esta é uma forma clara de materialização da expressão “dois pesos, duas medidas”.

Em véspera do Dia da Liberdade, esta era mensagem que a Assembleia República não podia ter enviado aos cidadãos.

Esperava-se por um sinal de mudança e de solidariedade para com as dificuldades que o país e os portugueses atravessam.

A partir deste momento, o Parlamento perdeu o crédito moral para impor a outros regras que recusou para si.

Em vez de termos um sistema político transparente, escrutável e dedicado ao cidadão, continuaremos a apostar no descrédito moral e na desconfiança dos portugueses.

Ao comum cidadão, todos os sacrifícios são exigidos, aos dirigentes políticos do Parlamento, todas as exceções são permitidas!

O fosso entre os políticos e o povo que o elegeu será cada vez maior enquanto o exemplo não vier de cima.

Estaremos atentos quando os deputados exigirem aos seus eleitores aquilo que negaram para si!



Maria Helena Martins

Medicina Geral e Familiar

Egkrateia e Burnout

“Médicos têm frequentemente conflitualidade familiar e divorciam-se 20 vezes mais do que a população em geral”.

Sob a coordenação de Nídia Zózimo, Diretora do Departamento de Formação do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, foi levado a cabo o projeto de sensibilização para a Síndrome de Exaustão/Burnout.

Foram apontados alguns fatores potenciadores de Burnout no caso dos médicos:

- Dedicção integral à medicina e vida adiada
- Formação insuficiente nas relações interpessoais
- Défice de recursos humanos e riscos emocionais
- Mudança de políticas de saúde geradoras de contradições e incoerências
- Conflitos com papéis familiares e sociais

Afinal como se define o Burnout? É uma síndrome psicossocial assumida como uma resposta crónica aos stressores emocionais e interpessoais que ocorrem numa situação de trabalho. Esta síndrome caracteriza-se por sentimentos de exaustão física e emocional, despersonalização e baixa realização pessoal.

É uma síndrome com conotações afetivas negativas que afeta a vida pessoal, social e laboral. Está associada a fatores internos (valores individuais e traços de personalidade) e a fatores externos.

Na revista Acta Médica Portuguesa (Maio- Junho de 2012), foi apresentado um estudo em que se relacionava Burnout, personalidade, afetividade, estratégias de coping e satisfação com a vida, e que englobou 404 professores. Penso que é lícito extrapolarmos, de modo genérico, os resultados para o grupo profissional- médicos.

Foram avaliados:

- Personalidade: Extroversão; Amabilidade; Conscienciosidade; Neuroticismo; Abertura à experiência (BFI).
- Afetividade: Positiva ou negativa (PANAS)
- Burnout: Realização pessoal; Exaustão emocional; Despersonalização (MBI).
- Coping: Análise lógica; Reavaliação positiva; Procura de ajuda e apoio; Resolução de problemas; Evitamento cogni-

tivo; Aceitação ou resignação; Procura de recompensas alternativas; Descarga emocional (CRI).

- Satisfação com a vida (SWLS).

É interessante analisar os resultados:

- A realização pessoal correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a extroversão, amabilidade, conscienciosidade, abertura à experiência, afetividade positiva, análise lógica, reavaliação positiva, procura de ajuda e apoio, resolução de problemas, procura de recompensas alternativas e satisfação com a vida.
- A exaustão emocional e a despersonalização correlacionaram-se com afetividade negativa, aceitação ou resignação e descarga emocional.

Inversamente a amabilidade, conscienciosidade, afetividade positiva e satisfação com a vida, estão relacionadas com menor exaustão emocional e despersonalização.

Ao ler o artigo da Revista Focus (603/2011) “ Quando o trabalho

prejudica a família”, deparei com “Sugestões para escapar ao Burnout”:

- Tentar executar outra tarefa num período da semana;
- Desenvolver expectativas profissionais realistas e aferi-las regularmente, para acautelar sentimentos de frustração relativamente ao trabalho;
- A formação regular relacionada, direta ou indiretamente com a atividade profissional é uma forma de motivação;
- A partilha com colegas, amigos e família relativamente aos problemas profissionais revela-se fundamental;
- Encontrar outras fontes de gratificação fora do local de trabalho;
- Gozar férias repartidas.

Foi precisamente a leitura destas sugestões que trouxe à minha memória a palavra Egkrateia. Egkrateia é uma palavra grega que foi usada cerca do ano 55 pelo apóstolo Paulo para designar temperança. Egkrateia deriva de Kratos, que significa fortaleza.

Temperança – qualidade do que coloca uma fortaleza a si mesmo, que domina ações, pensamentos e desejos. Ter a capacidade de fazer o que determina ser feito, assegurar o domínio da vontade e proporcionar o equilíbrio no uso dos bens criados.

Quando erigimos a fortaleza da temperança na nossa vida, estamos a proteger a nossa saúde física, psíquica, moral, social e espiritual.

Cada um poderá identificar as áreas em que não tem tido domínio, em que a sua fortaleza apresenta brechas.

Temperança será a grande arma para combater o Burnout. Através dela encontra-se o equilíbrio

entre a família e o trabalho, desenvolvendo laços de afeto e de amabilidade que vão, como já vimos, diminuir a probabilidade de exaustão emocional e despersonalização.

A temperança, o saber dominar as nossas ações, palavras, pensamentos e desejos, vai aproximar-nos de forma mais eficaz do outro, na procura de apoio e ajuda, na resolução conjunta de problemas, na conscienciosidade, na abertura à experiência, na satisfação com a vida.

Como escreveu Augusto Cury “ uma mente mal treinada pode transformar as relações sociais num inferno interminável. Maturidade, afetividade, serenidade, ousadia, flexibilidade, altruísmo, tolerância, humildade, simplicidade, não são dons genéticos nem privilégio de alguma casta social, mas são o fruto de mentes treinadas ao longo do traçado da sua história”.

“Sucesso” é muito mais do que dinheiro, é muito mais do que estatuto. “Sucesso” é saber construir, conviver, crescer e transcender.

Temperança origina sucesso. “Sucesso” é o antídoto do Burnout.



Alberto Costa

Consultor Clínica Geral I Me. Saúde Ocupacional



Teresa Lopes

Chefe de Serviço MGFI

Recursos Humanos e Cuidados de Saúde Primários

“É inútil dizer – Estamos a fazer o possível. Precisamos de fazer o que é necessário” – W. Churchill

A Constituição da República Portuguesa assegura o direito à saúde de todos os nacionais e, por isso, compete ao Estado garantir aquele direito constitucional.

A crescente informação dos cidadãos sobre os cuidados de saúde, direitos e deveres, foi um factor decisivo na necessidade de modernização do modelo de prestação dos mesmos.

O Programa do XVII Governo Constitucional assumiu a reforma dos CSP como factor de modernização, com vista à reconfiguração dos Centros de Saúde, orientados para a obtenção de ganhos em saúde.

Com efeito, tornou-se claro que equipas multiprofissionais, motivadas e responsabilmente organizadas, são uma mais-valia para a reforma dos CSP, mas não se esgotam nas Unidades de Saúde Familiar (USF), como por vezes alguns pretendem fazer crer.

As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) devem acompanhar este esforço de modernização e, progressivamente, adequar-se aos novos tempos de mudança.

Recentemente, no Jornal de Negócios, lemos no artigo “Minis-

tro quer dar novos prémios nos Centros de Saúde”, com declarações do Sr Secretário de Estado Leal da Costa: *“Deve dizer-se que há muitas UCSP que funcionam tão bem, ou melhor, que muitas USF e com menor remuneração dos médicos e maior eficiência. Porque sentimos que as UCSP são descriminadas negativamente, temos de encontrar uma forma de poder introduzir uma componente variável, relacionada com o desempenho, nestas unidades. Os profissionais das UCSP devem ser dignificados. É injusto e muito mau para os utentes que não o sejam. Infelizmente, parece que, ao ouvirmos certos políticos e representantes sindicais, só as USF é que são boas e só os profissionais das USF é que merecem benefícios adicionais pelo seu desempenho, nomeadamente na formação de médicos internos”*. A implementação no terreno das USF beneficiou de forte apoio superior, tendo sido um fator decisivo a irrestrita “colaboração” recomendada pela tutela às ARSs e outros organismos do Estado, ao terem sido facilitadas as candidaturas e as mobilidades dos profissionais que optassem por integrar aquelas.

Contudo, é do conhecimento de

todos que, a partir de dada altura, a reforma começou a abranger, coincidindo com as notícias de dificuldades de mobilidade dos seus profissionais.

Pensamos que, na administração pública, as mobilidades devem ser do interesse dos organismos intervenientes, devendo estar sempre assegurado o interesse público.

Não tem sentido, como foi noticiado em alguns locais, a saída de profissionais com evidentes prejuízos para os serviços de origem, não sendo igualmente aceitável dificultar as mobilidades sem qualquer fundamentação.

No que concerne às UCSP e aos proclamados “prémios” em incentivos, visto ter sido constatado pela tutela haver penalização na remuneração em relação aos outros modelos, algumas dúvidas nos surgem.

Motivado pelas reformas antecipadas dos profissionais e pela emigração/migração para estruturas privadas, o rácio dos profissionais entre si e profissionais / utentes não é o ideal, sobretudo nas UCSP.

É evidente que, mesmo considerando as actuais carências de Mé-

dicos de Família, ao ritmo com que estão a ser formados novos especialistas é de prever que as faltas sejam colmatadas a curto/médio prazo. Porém, até lá, como se fará a avaliação de profissionais a trabalhar em sobrecarga e em número insuficiente?

Então, como serão avaliados os profissionais, no sentido de serem atribuídos os incentivos? Segundo os indicadores actuais, eles só contemplam equipas fixas e ficheiros com médico atribuído. Nas UCSP, os utentes “sem médico” também são atendidos, mas neste caso retirando horas ao próprio ficheiro...

Os médicos das UCSP esperam que, no corrente ano de 2014, as ARS e os ACES apliquem sem restrições a “Metodologia de contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2014”, ACSS, Janeiro de 2014, mas acordando ponderadamente os procedimentos e objetivos à realidade do terreno.

Para além disso, os responsáveis políticos não podem esquecer que a contratualização deve ter algum retorno para os profissionais, caso contrário tornar-se-ia apenas num processo impositivo que obrigaria cada vez a mais trabalho a profissionais cada ano mais mal pagos! Isso não seria contratualização... naturalmente, um processo que não fosse bidirecional seria rejeitado pelos trabalhadores!

Nenhum profissional dos CSP deve ficar para trás ou ser excluído do processo de reforma em curso, devendo ser incluído, entre outros, na prestação de contas e na avaliação inteligente do desempenho.

Também as UCSP, não obstante a proletarização dos seus membros, estão empenhadas em participar com rigor no bom uso e

gestão dos bens públicos, particularmente atendendo à atual conjuntura económico financeira que o país vive.

Desde o ano de 2010 que se vem falando em contratualização com as UCSP, mas na realidade ela nunca foi implementada, como seria expectável, e constou de regulamentação da ACSS: “Unidades de Saúde Familiares e UCSP - Metodologia de contratualização para o ano de 2010”.

Em 2014, e no documento “Metodologia de contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2014”, ACSS, Janeiro de 2014, não se compreende como na introdução, nos princípios gerais, ponto 7, as UCSP são excluídas da atribuição de incentivos!

Os profissionais das UCSP exigem tratamento igual aos seus colegas – preenchimento das vagas existentes, para depois os resultados poderem ser comparados e, finalmente deixarem de ser apelidados dos “sem motivação, sem empenho, sem brio...”

A justificação que torna verdadeiras as declarações do Senhor Secretário de Estado reside no

empenho e boa vontade dos profissionais, no cumprimento da deontologia profissional, nunca privando nenhum português de cuidados de saúde. É bom lembrar e sublinhar que são os profissionais das UCSP que atendem os doentes sem Médico de Família.

Não podemos continuar a assistir à existência de dois modelos de prestação de CSP no nosso país, sendo que todo o sistema é financiado igualmente por todos. As “regras” terão de ser iguais, sob pena das declarações do Sr. Secretário de Estado serem mais um “embuste” e “um rebuçado para calar os mansos”, mantendo-os na esperança de uma mudança que não chegará nunca a acontecer, sendo sempre adiada para o próximo Governo...

Entretanto continuarão a ser prestados cuidados de saúde a todos... mesmo que em condições por vezes pouco condignas.

“Todas as coisas foram já ditas mas, como ninguém escute, é preciso voltar a repeti-las constantemente”
André Gide.



Mariana Pinto da Costa

A escolha de Angola para um estágio opcional - uma aposta no presente

"O médico que só sabe Medicina, nem Medicina sabe" foi a máxima que me acompanhou durante o percurso académico, agindo como propulsora da escolha em especializar-me em Psiquiatria.

Perante um crescente interesse nas ciências sociais e a curiosidade em compreender a essência invariante do que é o *nuclear* saber da Medicina, comum a todo aquele que é Médico, escolhi Angola como destino para um estágio opcional. "Porquê Angola?" – surgiu como interrogação frequente, conduzindo a uma justificação escassas vezes eficaz em debelar a perplexidade e surpresa de quem dirigia a pergunta. Julgo que ao ouvirmos relatos de intimidade nesta ciência que cura também pela palavra, é precioso *entender*, exercício que em muito ajuda o domínio da língua, o que determinou a minha escolha de um estágio no seio da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

No mundo contemporâneo, Angola é um país que se evidencia em incontornáveis matérias. Uma vez que a Psiquiatria incorpora as mudanças sociais como seu material, aliado ao meu interesse pessoal pela Psiquiatria Transcultural, atrevi-me ao desafio de contactar com esta realidade na área da saúde, realizando um estágio voluntá-

rio, opcional e de investigação em Luanda. Pretendia com este estágio conhecer o papel da Psiquiatria numa sociedade edificada de um modo diferente e compreender o carácter do funcionamento institucional e na comunidade destes serviços de saúde.

"Quem não se movimenta não sabe as amarras que o prendem."

Rosa Luxemburgo.

Do norte, parti rumo ao sul, em intercâmbio ao abrigo do protocolo bilateral entre Portugal-Angola, inaugurando o propósito para fins académicos de formação no âmbito do Internato de Especialidade, tendo Portugal como *origem* e Angola como *destino*, contrário ao sentido inverso, que surge mais habitual.

Luanda é uma cidade sobrepovoada, em permanente (re)construção, onde o imprevisto é constante e no trânsito impera o caos – tudo sob temperaturas próprias de um país tropical!

Durante os quatro meses que estive no Hospital Psiquiátrico de Luanda, tive oportunidade de trabalhar nos serviços de internamento (homens e mulheres), ambulatório (Psiquiatria de Adultos e Psiquiatria da Infância e da Adolescência), Serviço de Urgência, bem como nos Centro de Saúde do: Bairro Operá-

rio, 4 de Fevereiro, Cassequel e no Lar Kuzola.

Em qualquer país, é comum a Psiquiatria lidar com casos de carácter social, o que em Angola não é exceção. De facto, o contacto com pessoas das várias zonas da cidade, de condições socioeconómicas frequentemente díspares, permitiu-me conhecer muitas das problemáticas sociais e destacar questões de saúde pública, como a frequência da malária, do HIV/SIDA e do consumo de álcool e *liamba*, num meio em que o estigma das doenças neurológicas e psiquiátricas se traduz em comportamentos discriminatórios aos que *sofrem* de Epilepsia e de Psicose.

Há pois um longo caminho a percorrer. A saúde preventiva tem como desafio as deficiências de abastecimento de água e energia, aliado às lacunas no saneamento básico, num meio em que os recursos humanos qualificados ainda são limitados.

"Quando fui para África, ainda que contasse com pouca experiência ... tinha que fazer essas coisas tramadas que há a fazer...."

António Lobo Antunes.

Os eventos científicos crescentes e frequentemente internacionalizados que Angola tem organizado

são sinais do apoio à formação pós-graduada e dos esforços reunidos para a sua melhoria. Destes, tive oportunidade em participar no 1º Congresso de Psicologia em Angola, no Lubango, com a comunicação “Quando a vítima se apaixona pelo agressor – o exemplo da Síndrome de Estocolmo” que deu enfoque a uma das problemáticas sociais e culturais da atualidade da violência doméstica; e em Luanda no IX Congresso Internacional dos Médicos em Angola com a comunicação: “Não há saúde, sem saúde mental”, expondo a visão de Portugal.

Espero que esta minha experiência de intercâmbio e os contactos através dela estabelecidos contribuam para o incremento de Protocolos de Colaboração entre Portugal e os restantes países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), nomeadamente com Angola, na área da saúde no plano assistencial e formativo, agilizando e facilitando efetivamente, de parte a parte, destacando Portugal como parceiro preferencial de relevo na área da saúde.

Muitos são os países que têm acolhido médicos oriundos de vários locais, estando Portugal a destacar-se como país *dador*, e tendo Angola potencial de *recetor*, o que aumentaria o número de quadros especializados neste país. Nesse sentido, seria importante o apoio das instituições formadoras à realização de experiências congêneres nas várias áreas, pois os jovens médicos poderão encontrar em Angola oportunidades que no Portugal contemporâneo se apresentam difíceis de alcançar.

Espero que o futuro reforce a exigência de atualizar os conhecimentos médicos, de aprofundar o espírito crítico, premiando de forma independente, de modo a melhorar a saúde das populações, almejando que o acesso aos cuidados de saúde seja universal e que os serviços oferecidos sejam progressivamente de superior qualidade.

“A vida é curta; a arte, longa; a ocasião, fugaz; a experiência, traiçoeira, e o julgamento difícil.”

Hipócrates.

As mais-valias que assinalo neste estágio são muitas: a possibilidade de diagnosticar patologias que entre nós não se observam, o descobrir e empregar recursos de naturezas diversas, adquirindo competências no contacto com diferentes sintomatologias e opções terapêuticas, por vezes *não tradicionais* e até pouco *convencionais*, aprendendo e compreendendo o valor das diferenças interculturais na área da saúde em geral, e na psiquiatria em particular. De salientar a troca de experiências, a partilha de conhecimentos e toda a socialização com o grupo de pares, fomentando redes de trabalho e a discussão de estratégias profissionais. Claramente de manifesto interesse foi assistir e participar no desenrolar do progresso num país em desenvolvimento que implementa novos métodos.

Além da oportunidade de contribuir em Angola na perspetiva clínica e académica com o saber obtido na aprendizagem em curso no Internato de Psiquiatria no Hospital Magalhães Lemos no Porto e no Mestrado Internacional de Políticas e Serviços de Saúde Mental na Universidade Nova de Lisboa, conduzi também em Luanda um projeto de investigação no âmbito dos consumos de álcool e outras substâncias. O trabalho nestas circunstâncias foi um desafio inesquecível e os frutos

desta experiência serão certamente duradouros. Neste ambiente de mudança, os esforços reunidos permitem que cada dia seja melhor, vivendo-se um sentimento de esperança no futuro.

Regressada de Angola, espero que a partilha desta vivência sirva de incentivo e apoio - é este o meu intuito. Desejo que esta minha experiência seja um estímulo para reforçar a escolha de países da CPLP para a realização de estágios no âmbito do Internato Médico.

Recordarei que o sol nasce só para os acordados, enquanto faço o balanço deste estágio, que é francamente positivo. Deixo lá colegas e amigos, voltando com a sensação de ter em mente projetos para os próximos 100 anos e a vontade de um dia voltar.

De Angola trouxe o *pensador*, a *palanca negra*, o *imbundeiro* e o desejo de continuar a aprender todos os dias, com a máxima de que é preciso coragem para ser diferente e muita competência para fazer a diferença.

A todos os que de muitas formas me apoiaram, incentivaram e permitiram que vencesse as dificuldades e cumprisse os meus objectivos em Angola, o meu muito obrigada!

“Num mundo que almoça valores, janta valores, ceia valores, e os degrada cinicamente, sem qualquer estremecimento da consciência, peçam-me tudo, menos que tape os olhos.”

Miguel Torga.





Abílio Gomes

ex-presidente do INEM

Refundar a Emergência Médica – opção estratégica inadiável

Li com interesse e agrado a carta aberta que o presidente da OM dirigiu ao INEM publicada na Revista da Ordem dos Médicos de Janeiro-Fevereiro, que ataca um ponto nevrálgico da Emergência Médica: o sistema VMER, que tão bem conhece. A disfunção que denuncia é, porém, apenas a ponta do iceberg, isto é, um epifenómeno de um défice estrutural e organizacional profundo, que continua permanentemente a pôr em risco a saúde e segurança das populações.

A questão que agora levanta prende-se com um dos pilares fundadores do sistema: a medicalização da emergência médica e a Regulação Médica que dela emana e que dela se exige. Sobre este princípio têm incidido ameaças recorrentes de vária natureza, não dispondo o sistema de uma ossatura que lhe permita esconjurar de vez este fenómeno. Sabemos que esta questão polariza os diversos tipos de luta pelo poder dentro do sistema e isso faz dela a questão central. A carta aberta do Senhor Bastonário fez-me considerar oportuno disponibilizar à revista uma síntese reflexiva genérica sobre a emergência médica e tornar patente a necessidade de regressar à discussão dos seus problemas, no ponto em que a deixámos nos conturbados anos de 2007 a 2010.

Passada uma fase narcísica, eufórica e despesista, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) viu-se ao espelho e constatou a dura realidade: o crescimento apressado e desregulado fizera dele um gigante com pés de barro. Sem uma organização à altura da grandeza e exigência da missão, e com um positivo territorial disperso, a sua

logística rudimentar e estrutura de recursos são fonte de desperdício e disfunção na prestação do socorro. Nunca foi construída uma estrutura profissional de saúde global e coerente, sendo as carreiras médica e de enfermagem “tomadas de empréstimo” dos hospitais, e as de TAS, TAE e TOTE, embora específicas da Emergência Médica, minadas de fragilidades que só a sua fusão em carreira única de Técnico de Emergência, com formação mista avançada em ambulância de emergência e em telecomunicações de emergência poderá superar. A criação da especialidade de medicina de urgência é também uma necessidade reclamada por largos sectores de opinião com vantagem para a partilha de médicos e meios especializados entre o hospital e o sector pré-hospitalar. A área tecnológica é outro ponto nevrálgico, que continua até agora, como por vezes se torna público, a mostrar fragilidades perigosas, ainda que apenas ao nível da ponta de um iceberg de altíssimo risco.

Desde 2008 alertámos para o conflito de interesses entre função reguladora, financiadora e prestadora de cuidados que o INEM pratica,

por isso deve privilegiar a sua missão essencial, a regulação, e só marginal e supletivamente assumir a prestação. Neste sentido, deve externalizar, certificando a prestação de cuidados, e ainda a formação de profissionais e a educação do público, estimulando e orientando a sua expansão. Valorizar, auditar e dar acreditação a agentes que sob sua regulação se dediquem a estas actividades – eis o caminho.

Finalmente, o Estado deve dizer ao País que sistema de emergência médica quer. Se não está disposto, como parece, a dotar o INEM dos meios adequados a um modelo de padrões europeus, deve dizê-lo claramente. Na opção oposta, deve propiciar os meios e abrir caminhos para lá chegar. Em suma, impõe-se aquilo que desde 2008 tenho chamado a refundação do INEM e da Emergência Médica, para melhorar o atendimento e retirá-los do palco mediático da luta política e de corporações, respeitando os cidadãos, os briosos profissionais do Sistema Integrado de Emergência Médica e a nobreza da sua missão. Esta sim, é a mãe de todas as emergências.



Rui Tato Marinho

Editor-chefe da AMP

Porque não um plano para o fígado português?

No último século a esperança média de vida em Portugal mais que duplicou, aumentando de 36 para 80 anos!

Os avanços da medicina, da saúde pública e os desenvolvimentos das várias especialidades médicas contribuíram para tal.

A hepatologia, uma das áreas da prática médica que agrega o estudo das doenças do fígado, tem contribuído de certo modo para tal. Em Portugal é já uma subespecialidade pela Ordem dos Médicos, desde 2005.

Estima-se que um milhão de portugueses possa ter elevação das provas hepáticas designadamente a ALT (a antiga TGP ou transaminase glutâmico pirúvica). Nalguns países já é proposto que a ALT inclua a avaliação dita de rotina.

Pensa-se que as causas principais de elevação da ALT seja o consumo excessivo de álcool, a hepatite C e a esteatose hepática.

As doenças do fígado estão já no Top Ten das mortes em Portugal, sendo a sétima causa de acordo com dados colhidos no Instituto Nacional de Estatística. O mesmo acontece na Europa, ⁽¹⁾ de acordo com últimos dados do Eurostat.

Quando se fala em mortos por doença hepática tem que se integrar várias entidades como seja a cirrose hepática, o carcinoma hepatocelular, a morte por doença hepática na coin-

fecção VIH, a insuficiência hepática não especificada, entre outras. A causa principal de cirrose hepática em Portugal é a alcoólica, vindo em segundo lugar a hepatite C.

As doenças hepáticas matam mais do que a SIDA, cancro da mama, melanoma, colo do útero, próstata, etc. São também a quinta doença causadora de mortes precoces, i.e. Anos de Vida Potencial Perdidos, antes dos 70 anos de acordo com dados do Plano Nacional de Saúde (2012-2016), 128,5/100.000.

A doença hepática é uma entidade multifacetada, ao mesmo tempo doença do fígado, infecção (hepatite B ou C), doença oncológica, doença para cuidados paliativos, para o mundo do transplante; uma doença silenciosa durante décadas, muito estigmatizante também, uma consequência de uma adição (álcool, hepatite C, obesidade), etc, etc.

Este último tem vindo a subir todos os anos no nosso País e é o segundo cancro com pior prognóstico, logo a seguir ao do pâncreas. É um cancro evitável.

A hepatologia é uma das áreas do conhecimento onde são bem patentes os resultados dos avanços tecnológicos, com benefícios bem evidentes para a sociedade em geral e para as pessoas com doença. Na hepatologia vírica, as inovações revolucionaram por completo a prática médica.

As entidades são múltiplas:

Hepatite A – o número de casos reduziu-se de forma muito marcada em Portugal, para números quase vestigiais, devido à melhoria das condições higieno-sanitárias muito marcadas que o Portugal tem registado. A vacina, não incluída no Programa Nacional de Vacinação, é de ele-

vada eficácia e muito duradoura, constando de duas doses. Aconselhamos a vacinação a viajantes para países do continente asiático, africano, militares, profissionais de saúde e para todos aqueles que possam e queira investir na prevenção de uma doença. Não há casos crónicos. A hepatite A aguda tem um risco de morte de 2% em adultos a partir dos 40 anos.

Hepatite B – é de salientar a inclusão da vacina da hepatite B no Programa Nacional de Vacinação desde o ano 2000. Foi das medidas de saúde pública de maior impacto. É nosso entender que a vacina deve ser promovida nos adolescentes e alargada aos adultos com vida sexual activa. Estima-se que possam existir em Portugal cerca de 100.000 portadores crónicos do AgHBs. É praticamente impossível a cura do portador crónico. No entanto existem dois fármacos anti-

víricos de administração oral (Tenofovir e Entecavir) com elevada eficácia no controlo da replicação vírica (ADN VHB). O controlo da replicação vírica está associado a um grande benefício clínico, com redução do risco de evolução para cirrose e carcinoma hepatocelular.

Hepatite C – O vírus foi identificado em 1989. Este importante facto permitiu o desenvolvimento de um teste (anti-VHC) que permitiu a identificação dos casos infectados. O risco de transmitir a hepatite C através de transfusões foi reduzido praticamente a zero.

Estima-se que existam em Portugal 100.000-120.000 indivíduos anti-VHC positivos. Destes, cerca de 75% têm replicação vírica (ARN VHC). Destes aproximadamente 30% poderão ter já cirrose hepática. Estima-se que possam morrer em Portugal cerca de 1000 pessoas com hepatite C, o dobro de mortalidade associada ao VIH.

A identificação do vírus permitiu que se desenvolvesse de forma muito marcada a terapêutica da hepatite C. A hepatite C crónica é hoje passível de cura, se o ARN VHC permanecer negativo, seis

oral, com muito poucas reacções adversas, consegue reduzir-se o tempo de tratamento para apenas 12 semanas. Aguarda-se a aprovação dentro de 1-2 anos de mais fármacos (Daclatasvir, Ledipasvir, ABT-450; Ombutasvir, Dasabuvir, etc). É urgente agilizar a disponibilização dos melhores cuidados hepatológicos para os doentes portugueses. É urgente identificar quem necessita de ter acesso aos melhores tratamentos disponíveis. É necessário uma estratégia coordenada de orientação central. Os benefícios de tratar a hepatite

são tremendos: redução do risco de evolução para cirrose, de evolução para carcinoma hepatocelular, de morte por doença hepática, da necessidade de transplante hepático. A cirrose hepática pode regressar.⁽²⁾

Hepatite D – só surge em quem tem hepatite B. Neste momento é quase inexistente

em Portugal afectando menos do que 5% dos portadores do vírus da hepatite B.

Hepatite E – De transmissão fecal-oral, é uma zoonose. O vírus da hepatite afecta também o porco. Nos imunossuprimidos pode evoluir para cirrose hepática. Em Portugal o anti-VHE encontra-se em 4% da população. Existem descritos casos pontuais de hepatite aguda E no nosso País.

Cirrose alcoólica – causa principal de cirrose em Portugal. Associada ao consumo excessivo de álcool. Só se deve consumir a partir dos



meses após o final do tratamento. A percentagem de cura ronda os 70-80% com a terapêutica tripla no genótipo 1 com Interferão Peguilado + Ribavirina + Boceprevir ou Telaprevir). Estes dois últimos fármacos foram aprovados em Portugal com quase três anos de atraso relativamente às aprovações internacionais (FDA e EMA). Está em curso uma revolução no tratamento da hepatite C: Já foram aprovados pela FDA e pela EMA novos medicamentos com eficácias perto dos 90% (Sofosbuvir e Simeprevir). Com alguns deles, apenas de administração

18 anos, 1 a duas bebidas por dia na mulher e 2 a 3 no homem. Evitar consumos tipo “binge / embriaguez” que consiste na ingestão em curto espaço de tempo i.e duas horas: não mais de 5 no homem e de 4 na mulher.

Esteatose hepática - NASH - Esta entidade está associada à obesidade, diabetes e hiperlipidemia. A esteatose, se associada a fenómenos inflamatórios é responsável por alteração das provas hepáticas denominando-se Esteatohepatite Não Alcoólica (NASH - Non Alcoholic Steato Hepatitis). A NASH pode evoluir para cirrose hepática e para carcinoma hepatocelular.

Carcinoma hepatocelular – Tem vindo a aumentar em Portugal, relacionado com a hepatite B, hepatite C (60% dos casos),⁽³⁾ álcool, esteatose, diabetes, tabagismo. É um dos cancros com pior prognóstico (sobrevivência < 5% aos 5 anos). Quem tem cirrose tem um risco muito elevado, de 10-40% ao fim de 10 anos.

1. Blachier M, Leleu H, Peck-Radosavljevic M, Valla DC, Roudot-Thoraval F. The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data. *J Hepatol* 2013;58:593-608.
2. Marinho RT, Vitor S, Velosa J. Benefits of curing hepatitis C infection. *J Gastrointest Liver Dis*, 2014;23:85-90.
3. Velosa J, Serejo F, Marinho R, Nunes J, Glória H. Eradication of hepatitis C virus reduces the risk of hepatocellular carcinoma in patients with compensated cirrhosis. *Dig Dis Sci* 2011;56:1853-61.
4. Resolução da Assembleia da República n.º 8/2014. Recomenda ao Governo o reforço das medidas de abordagem integrada das doenças hepáticas <http://dre.pt/pdfs/dip/2014/01/01800/0054300543.pdf>

Em conclusão ⁽⁴⁾:

- As doenças do fígado, no seu conjunto, são a sétima causa de morte em Portugal e na Europa e a 5ª causa de anos de vida perdidos precocemente
- A ALT deve integrar a avaliação laboratorial dita de rotina
- São doenças evitáveis: vacina da hepatite A e da hepatite B, doença hepática alcoólica, esteatose hepática, carcinoma hepatocelular.
- A hepatite B crónica é controlável e a hepatite C crónica é curável com os novos fármacos em 80-90% dos casos.



José M. D. Poças

Médico Especialista em Medicina Interna e Infeciologia
Chefe de Serviço da Carreira Médica Hospitalar de um Hospital EPE
Diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do CHS HSB Setúbal

Terapêutica da Hepatite C

Os verdadeiros desafios que se impõem ser considerados nos tempos que correm

“... Todo aquele que tem Saúde tem Esperança e todo o que tem Esperança tem Tudo...”
(Provérbio Árabe)

Em Setembro de 2012 a CNECV, por encomenda ministerial, emitiu um parecer acerca do financiamento de três grupos de patologias, a saber: Antiretrovirais (para a infeção por HIV); medicação citostática (para as doenças do foro oncológico); medicamentos imunomoduladores/imunossuppressores (denominados de biológicos, para a artrite reumatoide).

Embora se afirmasse textualmente que a opção, em igualdade de circunstâncias, deveria ser, sempre que não contraindicada, pelo medicamento mais barato de entre os melhores, e nunca pelo melhor de entre os mais baratos, este parecer provocou acesa polémica no seio da classe médica (e não só...).

Nessa altura, quer publicamente (em diversas reuniões científicas), quer por escrito (num artigo publicado na Revista da OM), quer ainda numa reunião pública realizada na Sede Nacional daquele mesmo organismo de classe, na qual participei

conjuntamente como o seu Presidente, tendo-o inclusive interpelado frontalmente, não deixei de tomar posição sobre esta problemática. O teor daquilo que então expressei poderá resumir-se da seguinte forma:

- 1)- A CNECV não deveria ter sido apenas reativo nesta matéria;
- 2)- A CNECV (bem como outros organismos afins) deveria ter-se antecipado à necessidade da existência de um parecer desta índole, tendo em consideração o contexto nacional de profundo constrangimento financeiro e da possível interferência deste na boa prática médica, bem como na consequente disponibilização dos meios técnicos (sobretudo farmacológicos) para o adequado tratamento dos doentes;
- 3)- A matéria relevante do ponto de vista ético-deontológico para a conceção de um parecer neste domínio, é então efetivamente a problemática da inovação terapêutica em si mesma, o seu consequente financiamento, e o seu acesso por parte dos doentes;

- 4)- A CNECV não deveria ter aceitado o pedido para se pronunciar sobre qualquer doença em particular, mas antes acerca da problemática geral e comum relativa a todas as eventuais patologias que possam vir a necessitar de uma qualquer inovação terapêutica (designadamente das que comportem um impacto económico-financeiro significativo);

- 5)- Ao aceitar a referida particularização, impõe-se perguntar então porque não se incluíram outras patologias, designadamente as apelidadas Doenças Raras, os Transplantes, as Doenças Neurológicas Degenerativas, e as restantes Doenças Auto-Imunes (que diferença fazem afinal, neste âmbito em particular, da Artrite Reumatoide, nele mencionada explicitamente?);

- 6)- Por último, se o Governo estava fundamentalmente preocupado com as doenças que comportam um impacto económico-financeiro mais significativo (embora não o tendo

confessado), porque se terão “esquecido” afinal, daquela que previsivelmente (mesmo há um ano e meio) iria ter um maior incremento a prazo, em função daquilo que os mais informados desde há muito antecipavam ser o calendário de introdução de novas moléculas e do seu enorme sucesso terapêutico até agora demonstrado, ou seja, precisamente, a Hepatite C?

Nada do que afirmei pode, contudo, fazer depreender que eu próprio (ou os médicos na sua generalidade) devam ser completamente indiferentes aos gastos decorrentes da sua atuação, facto que sabem vir a refletir-se diretamente no orçamento do SNS, o mesmo que a sua enorme maioria ajudou orgulhosamente a edificar e manter, pretendendo pois, genuinamente, salvaguardar a todo o custo, para bem dos doentes e da sua própria realização profissional.

Como afirmei textualmente num artigo também publicado em 2011 na Revista da OM acerca desta matéria, intitulado “Carta Aberta aos Colegas Diretores de Serviço dos Hospitais Públicos Nacionais”: “... Aceitamos ... de bom grado, subir o patamar da ponderação do preço dos medicamentos na decisão final da sua escolha aquando da respetiva prescrição, passando-o de penúltimo para segundo lugar ... se nunca foi na verdade o último fator a ser valorizado, parece-nos igualmente inaceitável que passe agora a ser o primeiro e muito menos o único, porque a Medicina sempre foi e deverá continuar a ser, na sua essência, a arte da ciência personalizada, no respeito pelas características próprias de uma doença concreta em cada doente específico, numa determinada altura da sua vida, e num determinado contexto psico-social, e não a apli-

cação sistemática, indiscriminada e acrítica de uma qualquer norma que tenha apenas um substrato economicista, e seja pois discordante com os fundamentos científicos validados pelas sociedades especializadas e reconhecidamente credenciadas, descontextualizada da experiência individual do médico prescritor, ou ainda, desfasada da idiosincrasia de cada doente...”

Se a grande maioria dos Diretores de Serviço, segundo estou perfeitamente convicto (e também dos restantes médicos especialistas, seus colaboradores), atuam coerentemente na defesa daquele mesmo princípio, também não deixam de reivindicar que, tanto enquanto simples cidadãos, como enquanto médicos, estão legitimamente tão preocupados com essas questões, como com a qualidade da prática da medicina e as suas determinantes ético-deontológicas, logo com a viabilidade efetiva da disponibilização dos medicamentos verdadeiramente inovadores e com uma real mais-valia demonstrada, como é insofismavelmente o que se passa com os novos compostos anunciados para o tratamento da Hepatite C, como o demonstram cabalmente as recentes “guidelines” americanas, europeias e da própria OMS.

Ter respostas virais sustentadas com a terapêutica com o INF clássico (que utilizávamos até há cerca de 15 anos) na ordem dos míseros 10%, e ter passado pelas diversas fases de evolução dos esquemas de tratamento, utilizando sucessivamente, primeiro a sua associação com a Ribavirina, depois a passagem para o PegINF, e de seguida a terapêutica de combinação tripla destes com os Inibidores da protease de 1ª geração para chegar, final-

mente, à perspetiva de poder prescindir da utilização daquele último e, mesmo, da própria Ribavirina (ambos muito limitativos para alguns doentes, tendo em conta a frequência e gravidade dos seus intrínsecos problemas de toxicidade e tolerância), e com a associação anunciada de dois ou três DAAs (antivíricos de ação direta) poder obter percentagens de quase 100%, é um caminho de assinalável êxito nunca antes conseguido na história da Medicina, que deve poder abranger todos os doentes realmente necessitados, em defesa dos quais os médicos têm a inalienável obrigação ética de se baterem com todos os seus melhores argumentos.

Como compatibilizar então aqueles dois desideratos, aparentemente contraditórios, sem conduzir à rotura orçamental do SNS, que nem médicos nem doentes desejam? Sem pretender ter a veleidade de ter descoberto a resposta única e infalível para resolver tão candente e complexa problemática, proporia então a implementação de uma série de medidas que incluí numa Conferência que realizei em Junho de 2013 no âmbito de uma iniciativa da SPMI (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna), e posteriormente parcialmente repetida, antes do final do ano transato, numa comunicação efetuada perante a Comissão de Saúde da AR.

Assim, expressei a necessidade de implementar as seguintes medidas:

- 1)- Compra nacional centralizada de medicamentos;
- 2)- Estabelecimento de um preço de referência igual para **fármacos do mesmo grupo farmacológico e geração**;
- 3)- Estabelecimento de um preço

para as coformulações idêntico ao da soma dos seus componentes (incluindo genéricos);

4)- Estabelecimento de um nº máximo de doentes a poderem ser tratados anualmente para as patologias que utilizem fármacos inovadores com impacto económico significativo (acima desse valor, a IF suportaria os custos);

5)- Conção e implementação de um esquema de financiamento específico por patologia (HIV, HCV, etc.);

6)- O pagamento pela ACSS ao Hospital prestador dever acompanhar o doente (e a sua respetiva doença);

7)- Informatização dos PCs e avaliação periódica de resultados segundo parâmetros a serem consensualizados com as Sociedades Científicas respetivas e os Colégios correspondentes da OM;

8)- Estabelecer uma partilha conjunta de riscos (ex: no doente a quem não se consiga obter o objetivo terapêutico pretendido “a priori”, existir uma forma tacitamente aceite entre as partes de reduzir o pagamento da terapêutica utilizada ao valor do seu preço real;

9)- Constituição de uma CFT nacional com funções de atualizar o formulário terapêutico nacional hospitalar, elaborar “guidelines” nacionais por patologia (em colaboração c/ as Sociedades Científicas e os Colégios respetivos da OM), fazer a avaliação farmacoeconómica prévia dos fármacos inovadores, atribuir os regimes de comparticipação, negociar os preços com a IF, negociar o nº máximo de doentes portadores de patologias com elevada despesa associada e cuja medicação é financiada integralmente pelo SNS, e definir

as condições objetivas dos programas de financiamento específicos por patologias cujo tratamento comporte um impacto económico significativo.

Não deixei, contudo, de chamar ainda a atenção, perante a constatação de alguns anacronismos que infelizmente cada vez são mais frequentes, tornam menos transparentes as decisões, e obstaculizam à equidade no que concerne ao acesso aos imprescindíveis meios de tratamento a todos os doentes em circunstâncias idênticas nos diversos Hospitais Públicos. Para isso, coloquei as seguintes perguntas (seguramente incómodas, mas que julgo, sem sombra de dúvida, pertinentes):

Fará algum sentido o preço dos medicamentos variar de Hospital para Hospital num mesmo país, o preço do medicamento ser determinado com base numa negociação que envolve volumes de vendas que remetem para várias especialidades, e isso pesar nas estratégias de tratamento dentro de cada hospital, o preço compreensivo pago para os infetados com HIV ter sido calculado para os doentes “naíve”, e ser agora aplicado a todos, sem se ter em conta o custo das terapêuticas de resgate, o modelo experimental concebido há cerca de um ano para o preço compreensivo dos doentes com HCV só prever a biterapia clássica, e apenas abranger alguns hospitais (com mais de 150 doentes em terapêutica), os Hospitais PPP terem ficado de fora das negociações na ARSLVT para a implementação do prometido programa de compra centralizada da terapêutica (ex: Cascais, Loures, VF Xira, etc), os Hospitais incluídos em ULS não re-

ceberem nenhuma verba decorrente da aplicação daquilo que se prevê para o preço compreensivo do doente com HIV (ex: Matosinhos) e, finalmente, saber qual é **em concreto** o Hospital que alegadamente trata (eficazmente?) doentes infetados por HIV com uma cifra média de 402 euros/mês, como o sugeriu no ano transato a ARSLVT num pretenso (?) e malogrado (?) processo de implementação de “guidelines” regionais e de compra centralizada dos ARVs nesta região de saúde?

Conclusões e Propostas Finais

“... Só a partir do momento em que a criação e a manutenção de condições decentes de vida para toda a humanidade seja plenamente reconhecida e aceite como uma mera obrigação de todas as pessoas de todos os países é que, com um certo grau de razoabilidade, nós poderemos começar a falar que vivemos num mundo civilizado...” (Albert Einstein, 1945)

O Ministério da Saúde tem ultimamente apostado (e bem!), numa estratégia de desmontar (supostas...) fraudes que envolvem vários atores no âmbito da prestação dos cuidados de saúde (incluindo diversos médicos) a que a imprensa tem dado muita cobertura e destaque, e perante as quais (se forem efetivamente confirmadas...) a OM deve agir sem contemplação.

Contudo, esta meritória atuação, não deve nunca confundir-se com o clima de generalizada suspeição que vem recaindo sobre a nossa classe profissional, e que assim se vai implantando veladamente depois do início do registo dos (potenciais...) conflitos de interesse no INFARMED,

e a consequente incompatibilidade legal para o desempenho de funções de assessoria técnica no âmbito de algumas comissões específicas.

Trata-se de um caminho perigoso, que degrada injustamente a imagem pública de uma classe que maioritariamente é honesta e abnegada, tendo agido sempre na defesa dos superiores interesses dos doentes e do sistema público de saúde. Apetece então perguntar: Porque é que os elementos dos Conselhos de Administração e dos Serviços Farmacêuticos hospitalares que negociam os preços dos medicamentos com a IF, bem como as contrapartidas contra níveis de consumo em nome das respetivas instituições (e supostamente também na salvaguarda prioritária do interesse público), também não têm de fazer uma declaração de teor semelhante à mesma entidade?

As questões que levantei acerca da Hepatite C, não se resolvem pois, a meu ver, sem um Plano Nacional específico (e mesmo eventualmente de âmbito Europeu...) a ser contratualizado a longo prazo entre o MS e a IF, de forma a permitir o tratamento efetivo dos respetivos doentes necessitados, sem prejuízo dos restantes doentes portadores de todas as outras variadas patologias, sendo obviamente de resistir ao “demagógico imediatismo” de, perante as óbvias dificuldades vigentes, achar que a solução está em virar doentes e/ou médicos especialistas uns contra os outros (na alegada tentativa de se resolver este verdadeiro imbróglio, passando a repartir o mesmo orçamento por mais esta patologia!).

Os argumentos anteriormente invocados são então mais do que

suficientes para que se olhe antes com a máxima atenção para o que se passou recentemente na Escócia, onde foi precisamente gizado um Programa Nacional específico com a envolvimento de médicos, políticos e IF, exemplo no qual faz todo o sentido que todos meditem muito bem.

Aos médicos, em concreto, devidamente ancorados na OM, caberá a missão de saber resistir à tentação de se ficarem apenas pela eterna lamúria inconstante, sob a forma dos mais variados desabafos informais. É necessário muito mais do que isso. A bem dos doentes e da sua própria consciência profissional dos seus médicos. Fazer um levantamento exaustivo do número de doentes a serem tratados, produzir “guidelines” nacionais atualizadas e credíveis, e juntar-se seguidamente às Associações de Doentes para pressionar o MS e a IF a fazerem o necessário esforço para que cheguem a um acordo razoável que corresponda efetivamente, quer às necessidades identificadas dos doentes, quer às obrigações éticas dos médicos, sem provocar uma rotura financeira do SNS.

Trata-se de um caso verdadeiramente único na História da Medicina: Em cerca de quinze anos, a investigação científica ter tido a capacidade de poder transformar uma doença crónica de evolução lenta e com graves complicações que afeta um número considerável de doentes, numa doença potencialmente erradicável a médio prazo.

Quanto custa afinal (para o doente, a sua família, e a própria sociedade), em termos diretos e indiretos (não só económicos, mas também sociais, e de saúde física e psicológica), manter vivo um doente com uma insuficiên-

cia hepática crónica terminal? Ou então, o transplante hepático e a terapêutica imunossupressora consequente para toda a sua restante vida? As contas já foram feitas por entidades credenciadas e idóneas: Muito mais do que a terapêutica antivírica específica! E o mesmo se poderá concluir para muitos casos, se decidirmos pela utilização generalizada de esquemas de tratamento sub-ótimos...

Tenhamos pois a necessária coragem de encarar o problema de frente, e sejamos mas é capazes de desencadear as ações que se impõem para conseguir este nobre desiderato. Como se firmava recentemente num artigo da mais conceituada das revistas médicas “... Porventura a questão mais desafiante não deva ser a de saber se irá haver meios tecnológicos para tratar convenientemente, de futuro, a infeção pelo HCV, mas antes se irão existir recursos económicos e empenhamento global da própria sociedade em embarcar numa ambiciosa agenda que irá conduzir à eliminação deste enorme problema de saúde pública ...” (Liang, TJ, et al, NEJM, 2013, 368, 20, 1907-1917).

A nós, médicos, caberá finalmente a missão de não defraudar aquilo que Amato Lusitano deixou eloquentemente lavrado para a posteridade no seu Juramento (Salónica, 5319) “...Nunca fingi, acrescentei ou alterei em minha honra ou que não fosse em benefício dos mortais ... sempre em tudo exigi verdade... nas minhas consultas e visitas médicas nunca pratiquei a menor torpeza... jamais fiz coisa de que se envergonhasse um médico preclaro e egrégio... sempre tive diante dos olhos, para os imitar, os exemplos de Hipócrates e Galeno, os Pais da Medicina,

não desprezando as Obras Monumentais de alguns outros excelentes Mestres da Arte Médica... fui sempre diligente no estudo e, por tal forma, que nenhuma ocupação ou circunstância, por mais urgente que fosse, me desviou da leitura dos bons autores...".

A terminar, uma última mensagem para os políticos e administradores pela voz de Lord Nigel Crisp (Líder da Plataforma de Saúde da Fundação Calouste Gulbenkian) referida no último número da Revista Gestão Hospitalar (órgão de comunicação oficial da APAH, Associação Portuguesa de Administração Hospitalar): "... Se eu tivesse que dar um conselho a um jovem gestor hospitalar em Portugal, dir-lhe-ia: assegure-se que compreende as questões de natureza clínica, assegure-se que compreende o que os doentes desejam, passe algum tempo com eles, oiça as suas opiniões, e passe também algum tempo junto dos médicos e dos enfermeiros..."

Bons e avisados conselhos de alguém insuspeito que, se fossem seguidos, poderiam ser muito úteis, sobretudo se viessem ainda a ser estendidos aos decisores políticos...

Àqueles últimos, eu diria que não podem nem devem deixar de falar com a voz da verdade aos cidadãos, *e que se proclamam que o Estado Social* e o SNS são para manter, então têm que coerentemente propiciar o acesso a estas terapêuticas a quem delas necessita, e não arranjar subterfúgios burocráticos para os médicos se verem impossibilitados de utilizarem os respetivos fármacos na sua prática clínica. O espírito e a letra da Carta de Direitos e de Deveres dos Doentes muito recentemente publicada no DR não pode jamais ser uma vã promessa!

Aos responsáveis da IF eu também recomendaria que demonstrassem que são capazes de indexar estas preocupações nas

suas estratégias, e acordassem num regime de preços que fosse efetivamente comportável pelo país e pelos seus cidadãos, sobretudo nesta altura particularmente difícil, ajudando a tornar assim este nobre desiderato perfeitamente exequível a prazo.

Trata-se pois, eminentemente, de um problema de cariz económico-financeiro que tem uma solução de âmbito político, porque as questões científicas ficam praticamente resolvidas com a introdução dos novos medicamentos para esta doença infecciosa que se estima poder afetar entre 100.000 e 150.000 portugueses.

A Sociedade, os Doentes e os Médicos ficar-lhes-iam pois, justificados, muito reconhecidos...

Setúbal 2013/04/14



Leonor Duarte de Almeida

CHLN/ UCP

Efeito placebo negativo e o consentimento informado contextualizado

Este artigo analisa a encruzilhada ética representada pelo dever de disponibilizar toda a informação possível dos efeitos adversos de qualquer terapêutica ao doente e a possibilidade de uma informação muito detalhada, originar o risco de produção de desconforto inserido nos efeitos acessórios nocebo, nalguns doentes, mais suscetíveis, sob o pressuposto de que a forma como é dada a informação parece modificar o perfil do efeito adverso.

O fim último de qualquer médico é o de ajudar o seu doente no processo de cura. Nessa ação está inscrita a prescrição de fármacos adequados às mais variadas entidades nosológicas (e a cada doente em particular), bem como o explicitar dos seus riscos /benefícios e possíveis efeitos adversos.

Na atuação médica está previsto o respeito pelo princípio do consentimento informado onde se inclui a descrição de efeitos adversos das terapêuticas a instituir.

Cumprindo esse pressuposto mesmo sem o desejar, pode o médico criar no seu doente o fenómeno denominado de *efeito nocebo* ou *placebo negativo*. Este efeito traduz-se na existência de respostas de desconforto, expressas pelo doente depois da informação recebida, mais do que de alívio do sofrimento.

Pensa-se que tal efeito deriva das expectativas negativas do doente face à sua doença, associada à ansiedade que a mesma sempre envolve¹. Tal efeito pode traduzir-se no aumento significativo de sintomas não específicos, originando em consequência alterações do foro psicológico relacionadas com a informação dos efeitos acessórios dos medicamentos.

Estes efeitos acessórios não envolvem sintomas sérios e não estabelecem uma correlação clara com a ação farmacológica do fármaco envolvido, sendo independentes da dose (dificuldade de concentração, cansaço, náuseas, fadiga, cefaleias, insónias e sensação de mal estar geral). Paralelamente ocasionam *custos acrescidos*, motivados pela não adesão à medicação, procura de *consultas desnecessárias*, e ainda um conjunto

não despreciando de utilização de *medicamentos adicionais*, prescritos para agora tratar os resultados acessórios do efeito nocebo². Em contraste, os efeitos colaterais específicos, são alterações fisiológicas reais relacionadas com a ação farmacológica e actividade biológica da droga envolvida, tendendo a ser dependentes da dose.

No contexto da importância que vem ganhando a implementação do consentimento esclarecido, reforçada pela colocação em marcha da Norma 015/2013 de 03/10, em discussão pública, levanta-se a questão de *quanta, como e qual*, a informação que deverá ser fornecida aos doentes, acerca dos efeitos acessórios dos medicamentos prescritos.

É também nesse sentido que a questão ético-jurídica da prescrição de medicamentos *off la-*

bel, discutida anteriormente, ganha pertinência, sendo certo que mesmo sem cobertura legal, a prescrição destes fármacos se centra na boa-fé do médico, que deseja sobretudo preservar a saúde visual dos seus doentes mais vulneráveis.

Estamos pois perante uma encruzilhada ética. Se por um lado deve ser disponibilizada toda a informação possível dos efeitos adversos de qualquer terapêutica ao doente, tal como é requerida pelas normas éticas de respeito pela liberdade do cidadão e pelo seu direito a ser informado (consentimento informado e direito a ser esclarecido), por outro uma informação muito detalhada, corre o risco de produzir desconforto inserido nos referidos efeitos acessórios nocebo, nalguns doentes, mais suscetíveis.

Terá o médico de assumir o seu papel de médico Sherlock Holmes?

É certo que a informação fornecida a um doente quanto aos efeitos adversos, de um dado medicamento não é totalmente inócua, nem constitui um procedimento neutro para quem a recebe. O desenvolvimento de muitos dos efeitos acessórios descritos e experienciados pelo doente, depende do modo como tais efeitos são apresentados. Foi demonstrado, que a utilização de palavras como *dor*, determina nos doentes que a ouvem, o aumento desse sintoma. Pelo contrário se em seu lugar for dito uma *sensação de frio um pouco desconfortável*, a dor diminui³. Recentemente demonstrou-se que a forma como explicamos a um doente o modo como vai ser anestesiado, determina a existência de mais ou menos dor de acordo com a

linguagem utilizada. Se numa anestesia local dissermos: - Vai sentir uma dor, parecida com uma picada de abelha, o doente sentirá mais dor, do que se explicarmos de outro modo como por exemplo:- Vamos anestesiá-lo esta zona junto ao seu olho, vai sentir um adormecimento, o que nos permitirá depois realizar a sua operação, sem sentir dor⁴.

Desse modo a forma como é dada a informação parece modificar o perfil do efeito adverso.

Tem-se especulado sobre a existência de verdadeiros efeitos nocebo nalguns ensaios clínicos, no sentido de os subvalorizar, sendo atribuída a sua existência ao estado psicológico dos participantes. Argumenta-se que muitos desses doentes estariam já de si relutantes em receber novos medicamentos, sendo os efeitos adversos o resultado da ansiedade e/ou desconfiança, sugerindo-se a sua não participação⁵.

Num estudo realizado para deteção de efeitos adversos num grupo de doentes com enxaqueca, onde num dos braços do ensaio se utilizou placebo, verificaram-se semelhanças de efeitos adversos entre o grupo placebo e o grupo recebendo medicação antimigranosa⁶. A informação fornecida aos participantes no ensaio, produziu no grupo placebo, os mesmos efeitos acessórios, imitando os efeitos dados pela informação. Nesse ensaio randomizado, os doentes do grupo placebo ao sentirem os efeitos adversos que imitavam a informação (efeito nocebo), suspenderam o tratamento numa percentagem variável de 4-26%^{6,7,8}. Parece assim que os seres humanos têm

a tendência de experienciar o que esperam sentir⁹. Num outro estudo, ficou demonstrado que os doentes que exprimiam mais efeitos acessórios eram justamente os que tinham mais aptidão para os vir a desenvolver¹⁰. Para alguns doentes uma informação muito detalhada sobre possíveis efeitos acessórios, pode originar o aparecimento desses mesmos efeitos, muitos dos quais não teriam ocorrido, se a informação não tivesse sido dada tão pormenorizada e em tão grande quantidade. Os efeitos acessórios são pois ambíguos, ao género *camaleão*, ainda que a sua informação seja em si mesma um componente importante da relação médico-doente. Não há pois uma só verdade nessa informação, pois informar um doente sobre os efeitos adversos de uma terapêutica, não se resume a uma mera apresentação de factos. É sim um importante componente na arte médica e requer um judicioso *juízo por parte do médico que informa*.

Consentimento informado contextualizado

O chamado consentimento informado contextualizado é uma metodologia ética utilizada na prática clínica, que considera a possibilidade da existência de efeitos secundários em doentes que estão a ser tratados, como resultado de uma informação estandardizada, e que admite modular a informação a cada um em particular, de modo adequado. Pretende dessa forma reduzir os efeitos secundários induzidos por um diálogo médico, muitas vezes apressado, somente respeitador de um mero dever legal. Este processo

personalizado reduzirá a ansiedade induzida pelo conhecimento dos efeitos secundários enumerados, embora mantendo o respeito pelo direito à autonomia do doente, e ao seu direito a ser informado com verdade.

Tal estratégia obriga o médico a estabelecer o justo equilíbrio entre a necessidade em informar o seu doente e o respeito deste como pessoa a quem não se pretende provocar qualquer dano, respeitando igualmente o princípio da não maleficência. Mais do que nunca, quando os princípios entram em conflito teremos de saber eleger aquele que provocar menor dano, dado que tais princípios são *prima facie* tal como ficou expresso na última revisão principialista, que elege o princípio de maior monta para resolver dilemas morais, em situação de constrangimento ético (Principles of Biomedical Ethics - 5ª Edição – 2001).

O argumento de que o consentimento informado pode ser contextualizado fundamenta-se na análise bioética realizada por Manson e O'Neill¹¹ como um novo caminho para pensar o C.I., sem regressar ao “paternalismo” pré Nuremberga. Reconhecem que a informação contida num consentimento informado é dependente *do contexto* e da *sensibilidade* em que e como é fornecida. Consideram que o modelo de consentimento informado clássico, estando muito focado no fornecimento da informação, como um conjunto dados armazenados, não valoriza o processo de comunicação. Propõem então um novo modelo de consentimento centrado não apenas no conteúdo do mesmo, mas também na chamada *transação social*, ou co-

municacional, que se estabelece entre os dois agentes (médico e doente), envolvidos no processo do consentimento informado.

Este modelo reconhece o carácter interativo de uma comunicação de sucesso, para satisfazer normas éticas. Também considera que o consentimento informado não precisa de ser totalmente explícito ou exageradamente específico. Para que uma *transação comunicativa* exista de facto, como reforço de referidas normas éticas, é importante que a informação a fornecer seja adequada e precisa, com relevância contextual, em lugar de uma descrição muito completa de uma informação muito detalhada, cujo significado informativo possa ser apenas ilusório.

Surge em resultado da interação entre o *médico* que é responsável e o seu *doente*, pressupondo que uma boa aliança terapêutica resulta sempre da disposição do médico para respeitar as necessidades particulares de cada um dos seus doentes, seguindo em paralelo as *guidelines* da chamada medicina baseada na evidência¹². Centrar a atenção na relação entre o médico e o doente, permite intuir que uma relação bem conseguida, consegue provavelmente mitigar qualquer reposta *nocebo*¹³.

Práticas consistentes com o consentimento informado contextualizado

A realização de procedimentos médico-cirúrgicos, por médicos internos, sem darem ao doente conhecimento da sua pouca experiência, pode ser consistente com este conceito de consentimento informado contextuali-

zado, no sentido de proteger o doente de ansiedade e desconforto. Contudo para que tais situações sejam adequadas, será mais acertado que o interno informe qual o seu grau de diferenciação, acrescentando que será ajudado por um médico sénior, que em caso de dificuldade tomará o seu lugar.

Outro exemplo deste tipo de prática, surge quando certos médicos ao investigarem a possibilidade de doenças potencialmente graves, não dão de imediato aos doentes as razões da investigação, até receberem os resultados dos exames solicitados. Quando interrogados sobre o porquê de tais testes, respondem: para excluir outras situações, sem especificamente descrever o que está a ser excluído, e assim proteger os doentes de sofrimento desnecessário. O tempo para a informação real surgirá no devido tempo.

Outros exemplos a considerar são os casos de somatização. O modo como o médico informa o doente da sua real situação, da existência de uma distonia neurovegetativa por exemplo, é de extrema importância, para reforçar os laços de confiança. Essa possibilidade só deve ser avançada, depois de todos os testes de causa orgânica terem sido descartados. Se numa primeira abordagem os doentes forem informados desse diagnóstico, de modo apressado, desligam de imediato do médico e perdem a confiança¹⁴.

Um exemplo paradigmático, onde *não se diz a verdade ao doente*, está no conceito de *Número Necessário para Tratar* (NNT). Certos ensaios clínicos são criados para demonstrar os benefícios de uma determinada medicação no tratamento

ou prevenção de uma doença. Os resultados revelam o total número de doentes que necessitam de receber o fármaco, para que se verifiquem os seus benefícios numa só pessoa (Número Necessários para Tratar ou NNT). Quando um médico prescreve uma determinada terapêutica para tratar uma hipertensão ocular por exemplo, não revela a verdade científica, de que terá de tratar 20 doentes, para que apenas um deles saia beneficiado com o tratamento e não desenvolva glaucoma (OHTS; Ocular Hypertension Treatment Study). Se tal verdade fosse revelada, a não adesão seria muito maior e a tendência para *tolerar os efeitos acessórios diminuiria* seguramente.

Finalmente se o objetivo último do médico é ajudar a curar o seu doente, o fornecer dados sobre todos os possíveis efeitos secundários dos medicamentos, impede-o de poder voltar atrás. Na verdade o médico que informa não consegue reverter a informação que forneceu, se o doente experimentar o referido efeito *nocebo*. Se o doente evidenciar uma série de sintomas incluídos nesse conceito, tentar convencê-lo da sua verdadeira origem e possível imitação daquilo que ouviu, pode criar uma desconfiança e maior distância entre o médico e o doente.

Argumentos contra o consentimento informado contextualizado

O maior argumento contra este conceito é o de que ele se parece enquadrar numa perspectiva paternalista, que não valoriza o princípio de respeito pela autonomia do doente e do respeito pela verdade a que este tem

direito. Parece assim que sob a capa do privilégio terapêutico, o médico se julga no direito de determinar o que é melhor para o seu doente em termos de informação a fornecer.

Na verdade a resposta *nocebo* usualmente envolve o desenvolvimento de efeitos acessórios *minor*, mas não informar sobre esses efeitos adversos, pode ser perturbador para quem os sofre. Por outro lado se respeitamos a autonomia do doente como prioridade, sonegar informação sobre efeitos secundários potenciais, especialmente se resultam de sintomas *minor*, constitui um desrespeito à sua liberdade.

Uma comunicação aberta e verdadeira é o pano de fundo para a satisfação do doente para com os cuidados de saúde prestados. O doente sendo encarado cada vez mais como um parceiro, a quem se promove o bem-estar, incorpora nesse bem-estar, o conhecimento sobre a sua situação clínica e efeitos adicionais, de terapêuticas que lhe sejam aplicadas.

Finalmente pode argumentar-se, que ao fornecer aos doentes a informação detalhada de efeitos acessórios dos medicamentos, se esta informação o vier a condicionar, estar-se-á a criar um outra realidade *nocebo*, a qual pode prejudicar a avaliação clínica dos verdadeiros efeitos secundários, que seriam reconhecidos e registados se omitíssemos essa informação.

Conclusão

A resposta *nocebo* veio colocar em marcha um novo tipo de consentimento informado, quanto à informação a transmitir ao doente, relativamente aos

efeitos adversos de medicamentos. Estes efeitos, especialmente se inespecíficos ou vagos, não constituem um fenómeno objetivo, sendo muito influenciados pela interação entre o médico e o doente.

Os efeitos adversos não específicos, não envolvem sintomas importantes, sendo sintomas existentes na população dita saudável, que não toma os referidos medicamentos¹⁵.

A verdade em medicina é raramente absoluta, sendo complexa e incerta e dependendo de vários fatores e intercorrências. Os médicos não podem sonegar informação ao seu doente, mas essa verdade pode ser apresentada de diferentes formas. Adequar a discussão a cada doente específico é não só uma boa forma de comunicação, como de boa prática médica, (*General Medical Council - Great Britain, 2008*), mantendo-se em paralelo o respeito pela autonomia do doente, estando atento ao impacto da conversa sobre ele¹⁶. O *consentimento informado contextualizado*, surge como um método mais adequado e vantajoso na promoção da informação aos doentes, quanto aos efeitos secundários dos medicamentos¹⁷. A decisão de como desenhar esse consentimento e decidir qual o limite entre efeitos adversos, não específicos e específicos é um julgamento a que vulgarmente se chama *Arte de Fazer Medicina*, podendo modelar-se e adequar-se mesmo no decorrer do tempo.

Não há pois uma fórmula única para obter o consentimento informado na prática clínica, devendo ter-se em consideração as muitas variáveis capazes de afetar a sua real obtenção, sendo a contextualização um cami-

nho para reduzir o desenvolvimento de efeitos adversos não específicos.

O consentimento informado contextualizado encarado como uma ferramenta de que os médicos se poderão servir para criticamente refletir sobre que informação providenciar ao seu doente, não deixa de ser alician-

te, mas simultaneamente perturbador. Onde ficará o respeito pela liberdade do outro e a procura de redução de assimetrias entre os dois protagonistas?

Onde colocar o limite? Sem dúvida que esta conceção ainda que teórica e a necessitar de comprovação empírica, constitui um ponto de discussão bio-

ética motivador, pelo que decidimos trazê-la à colação neste apontamento.

Porque é a viajar para outras paragens, para outros territórios, com o contributo de outros olhares e reflexões que exercitamos a imaginação.

Bibliografia

- 1 - (Benedetti et al. 2007) Benedetti F, Lanotte M, Lopiano L, Colloca L. When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*. 2007;147(2):260–71. [PubMed]
- 2 - (Barsky et al. 2002). Barsky AJ, Saintfort R, Rogers MP, Borus JF. Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *Journal of American Medical Association*. 2002;287(5):622–7. [PubMed]
- 3 - Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, Logan H, Kaptchuk TJ. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain*. 2005;114(1-2):303–9. [PubMed]
- 4 - (Varelmann et al. 2010) Varelmann D, Pancaro C, Cappiello EC, Camann WR. Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection. *Anesthesia and Analgesia*. 2010;110(3):868–70. [PubMed]
- 5 - IMitsikostas DD, Mantonakis LI, Chalarakis NG. Nocebo is the enemy, not placebo. A meta-analysis of reported side effects after placebo treatment in headaches. *Cephalalgia*. 2011;31(5):550–61. [PubMed]
- 6 - Amanzio M, Corazzini LL, Vase L, Benedetti F. A systematic review of adverse events in placebo groups of anti-migraine clinical trials. *Pain*. 2009 [PubMed].
- 7 - Rief W, Avorn J, Barsky AJ. Medication-attributed adverse effects in placebo groups: implications for assessment of adverse effects. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(2):155–60. [PubMed]
- 8 - Rief W, Barsky AJ, Glombiewski JA, Nestoriuc Y, Glaesmer H, Braehler E. Assessing general side effects in clinical trials: reference data from the general population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2011;20(4):405–15. [PubMed]
- 9 - Geers AL, Wellman JA, Fowler SL, Rasinski HM, Helfer SG. Placebo expectations and the detection of somatic information. *Journal of Behavioral Medicine*. 2010 [PMC free article] [PubMed]
- 10 - Nestoriuc Y, Orav EJ, Liang MH, Horne R, Barsky AJ. Prediction of nonspecific side effects in rheumatoid arthritis patients by beliefs about medicines. *Arthritis Care & Research*. 2010;62(6):791–9. [PMC free article] [PubMed]
- 11 - Manson NC, O'Neill O. *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. Cambridge University Press; Cambridge: 2007.
- 12 - Barilan YM. Informed consent: between waiver and excellence in responsible deliberation. *Med Health Care and Philos*. 2010;13:89–95.
- 13 - Olshansky B. Placebo and nocebo in cardiovascular health: implications for healthcare, research, and the doctor-patient relationship. *Journal of the American* 2007;49(4):415–21. [PubMed]
- 14 - Kanaan R, Armstrong D, Wessely S. Limits to truth-telling: neurologists' communication in conversion disorder. *Patient Education and Counseling*. 2009;77(2):296–301. [PMC free article] [HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2773836/"](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2773836/) [PubMed]
- 15 - (Stern 2008) Stern RH. Nocebo responses to antihypertensive medications. *Journal of Clinical Hypertension*. 2008;10(9):723–5. [PubMed] College of Cardiology.
- 16 - Barsky AJ, Saintfort R, Rogers MP, Borus JF. Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *Journal of American Medical Association*. 2002;287(5):622–7. [PubMed]
- 17 - Wells RE, Kaptchuk [HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kaptchuk%20TJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22416745"](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kaptchuk%20TJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22416745) [HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kaptchuk%20TJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22416745"](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kaptchuk%20TJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22416745) TJ. To Tell the Truth, the Whole Truth, May Do Patients Harm: The Problem of the Nocebo Effect for Informed Consent. *Am J Bioeth*. 2012 March; 12(3): 22–29.



Maria Cândida Maia

Neuropediatra

Colina de Santana e História da Medicina Portuguesa

No dia 1 de Novembro de 1755, a maioria da população de Lisboa estava nas inúmeras igrejas para comemorar o dia de Todos os Santos e de repente, pelas 9 horas da manhã, a grande tragédia aconteceu: o Terramoto, que segundo os meteorologistas atuais calculam que tenha atingido o grau 9.

Nessa altura, calcula-se que a população de Lisboa devia rondar os 400.000 habitantes*. A cidade tinha imensos e belos palácios da nobreza e dos ricos comerciantes mas o resto da população vivia no limiar da pobreza. A Igreja era poderosa e ditava as regras para toda a Sociedade. O Tejo estava cheio de navios, sendo, a par de Londres e de Antuérpia, um dos mais movimentados da Europa. O Paço da Ribeira, a Casa da Índia, a Ópera e a Sede da Inquisição ficaram em ruínas, bem como o Hospital de Todos os Santos, construído na Praça da Figueira entre 1492 e 1504.

Muitas pessoas dirigiram-se para o rio procurando refúgio em barcos, mas pelas 9 horas e ¼, o Tejo invadiu a cidade: foi um Tsunami, que deve ter atingido os 12 metros e por fim os incêndios, vieram completar a destruição.

As notícias da tragédia chegaram a Paris e personalidades como Voltaire, Kant e Jean Jacques Rousseau, escreveram sobre o assunto.

A Companhia de Jesus vem para Portugal a convite de D. João III e fundam o 1º colégio em Portugal que é inaugurado em 1652. No séc. XVIII, com a expulsão dos Jesuítas, o Colégio de Santo Antão, recebe os doentes do Hospital de Todos os Santos, destruído pelo Terramoto.

A nossa visita ao Hospital de S. José iniciou-se na Biblioteca: começamos por subir à “Aula da Esfera” onde, no tempo dos Jesuítas se ensinava Cosmografia, Astronomia, Geometria, Aritmética, Náutica, Ótica e Engenharia Militar. A sala apresenta lindíssimos azulejos que evocam as matérias que eram aí ministradas. Pelos corredores e diversas escadas do Hospital, íamos encontrando belíssimos azulejos. A Igreja de Santo Inácio foi destruída pelo Terramoto, restando apenas a Tribuna do altar-mor e a belíssima Sacristia, com um pavimento em mármore decorado com elaborados motivos florais.

Seguimos depois para o Hospital





O Museu Sá Penella, situado no Hosp. dos Capuchos, possui uma das mais numerosas colecções de modelos de cera



Pormenor da Biblioteca do Hospital de São José

dos Capuchos que foi parcialmente destruído pelo Terramoto e em 1836 D. Maria II, cria um Albergue de Mendicidade que é aumentado com anexação do Palácio dos Condes de Murça. Em 1928 é criado o Hospital

Logo à entrada está a Igreja de Santo António, ainda revestida de azulejos originais e há que destacar os do altar mor dedicados ao santo padroeiro. Num dos claustros há uma cisterna onde repousa um interessante relógio de sol e no claustro seguinte encontra-se o Museu de Dermatologia.

Seguimos depois para o Hospital de Santa Marta, instalado no Convento de religiosas Clarissas do séc XVI. Tem um lindíssimo claustro, ajardinado no centro e as galerias são revestidas de azulejos em tons de azul e apenas com motivos florais. Mais tarde foi acrescenta-

do um andar a este claustro com azulejos semelhantes ao do rés do chão e donde se pode ver grande parte do centro de Lisboa.

Até 1953 foi Hospital Escolar da Faculdade de Medicina e aqui trabalhou Egas Moniz, pioneiro da angiografia cerebral e que lhe valeu um Nobel, o único atribuído a um médico Português.

Uma semana depois, realizou-se a 2ª visita, desta vez ao Hospital Miguel Bombarda, instalado em 1911 no Convento de Rilhafoles e que tinha pertencido à Congregação da Missão de S. Vicente de Paulo. A construção data de 1730-1750 e foi pouco afetado pelo Terramoto. No edifício de entrada situa-se no rés do chão uma capela, o acesso ao 1º andar faz-se por uma ampla escada com um elaborado corrimão de ferro e lá encontra-se o Salão Nobre revestido de azulejos

com cenas da vida do padroeiro. No 2º andar estão os quartos dos monges: há um enorme corredor central talvez com 5 metros de largura e as paredes de pedra que o ladeiam devem ter quase um metro de espessura.

O Balneário, construído por D. Maria II, em 1853, considerado o melhor da Europa, é um belíssimo edifício, mas neste momento começa a ser invadido por ervas daninhas!...

Perto do Balneário, situa-se uma enorme enfermaria constituída por seis blocos (três de cada lado) tendo ao meio um grande corredor transversal que facilitava a vigilância dos doentes.

A Cozinha é também outra construção enorme com a sala de refeições quadrada, coberta por uma estrutura metálica de grande dimensão e enovadora para a época. Em 1896 é construído o Pavilhão Panótico ou de Segurança da autoria de José Maria Nepomuceno. Os doentes agressivos eram enviados para este Pavilhão mas para que não se agredissem a si próprios houve a preocupação de arredondar todas as arestas do edifício. Existem mais seis no resto do mundo, mas este é o que está em melhores condições e ainda em que o pátio interior se situa ao ar livre.





O Pavilhão de Segurança, onde está instalado o núcleo museológico do HMB, é um excepcional exemplo do utilitarismo arquitectónico



Parte do espólio que pode ser apreciado no núcleo museológico do antigo HMB

Pormenor do Pavilhão de Segurança, uma construção de vanguarda onde cada ângulo foi devidamente estudado para a função a que se destinava



Parte do espólio do núcleo museológico do HMB



Neste hospital trabalharam entre outros Miguel Bombarda (1895-1910) assassinado aqui no seu gabinete e Júlio de Matos (1911-1922).

Eu sei e sinto a época de crise que Portugal atravessa, mas não conservar o Património é esquecer a História e a nossa Identidade.

Recordando o London Museum que mostra a História da cidade através dos tempos podemos, por

exemplo ver num vídeo uma simulação do grande incêndio da cidade em 1666.

Imagino a grande área do Hospital Miguel Bombarda transformada num vasto jardim onde se instalaria condignamente o Museu da Cidade de Lisboa que deveria incluir a simulação do grande Teramoto que deixou atônitos muitos Europeus da época. A sala de refeições da Cozinha poderia alo-

jar a Companhia Nacional de Bailado. As seis enormes enfermarias seriam Salas de Exposição para eventos culturais e toda a área da Colina de Santana seria transformada num enorme polo de atracção turística.

Estou certa que perante um projeto bem elaborado, a Fundação Gulbenkian e a CEE não recusariam o seu apoio.



Mural localizado na Alameda de Santo António dos Capuchos

Referência

* Nicholas Shradh, The Last Day: Wrath, Ruin and Reason in the Great Lisbon Earthquake of 1755, ed. Viking Penguin, 2008

Nota: Quero agradecer à Ordem dos Médicos e à Sociedade Portuguesa de Geografia que promoveram estas visitas: a 1ª foi guiada pela Dra. Célia Pilão e a 2ª pelo Dr. Vitor Freire a quem agradeço penhoradamente estas memoráveis visitas.