

Revista Ordem Médicos

ano 29 n.º 142 Julho/Agosto | 2013 Mensal | 2€



Actualidade

Visita ao Hospital Garcia de Orta e a várias unidades de cuidados primários

pág. 30

Entrevista:
André Biscaia

O Ministro da Saúde
parece ainda não
acreditar nas USF
pág. 46



CURSOS BREVES DEPÓS-GRADUAÇÃO

CDB

Centro de Direito Biomédico
2013
2014

Centro de
Direito Biomédico

Direção: Prof. Doutor Guilherme de Oliveira



www.centrededireitobiomedico.org

Faculdade de Direito de Coimbra
3004-545 Coimbra
Tel. / Fax: 239 821 043
Email: cdb@fctuc.pt

Procure-nos no Facebook
Horário de Atendimento: 9h00-17h00

Documentação para inscrição
Documentação para abreviamento

Curriculum vitae abreviado

Cópia do certificado de habilitações

Cópia do passaporte

Carteira de identidade ou passaporte

Diploma de pós-graduação em Direito da Medicina + Consentimento (Responsabilidade Civil, Penal e Disciplinar da Indústria Farmacéutica e dos Farmacêuticos) + Apresentação a 4 Cursos de Pós-graduação do CDB (Responsabilidade Civil, Penal e Disciplinar da Indústria Farmacéutica e dos Farmacêuticos) + elaboração de um trabalho escrito (propósito de 250 €)

25 de Out. 2, 9h-16 de Nov. de 2013

23 de Nov. 7 de Dezembro de 2013

11, 16, 25 de Jan. de 2014

1, 8 e 15 de Fev. de 2014

15, 22 e 29 de Mar. e 5 de Abr. de 2014

2.º Curso breve de Pós-graduação em Responsabilidade Médica

Direção: Prof. Doutor Guilherme de Oliveira
Duração: 20 horas

Horário: Sábados, das 10h30 às 18h00 e das 14h30 às 17h00

Vagas: 45 vagas (30 juristas, 15 não juristas)

Inscrição: Por ordem de chegada, até 22 de Outubro de 2013.

Condições de admissão: Licenciatura

Preço: (Inscrição: 100 euros; Proposta: 200 euros)

Certificado de Frequência de Pós-graduação: 75% de presença

6.º Curso breve de Pós-graduação em Segredo e Processo Clínico

Direção: Prof. Doutora Helena Moita
Duração: 10 horas

Horário: Sábados, das 10h30 às 13h00 e das 14h30 às 17h00

Vagas: 50 vagas (25 juristas, 25 não juristas)

Inscrição: Por ordem de chegada, até 19 de Novembro de 2013.

Condições de admissão: Licenciatura

Preço: (Inscrição: 150 euros)

Certificado de Frequência de Pós-graduação: 85% de presença

9.º Curso breve de Pós-graduação em Consentimento Informado

Direção: Prof. Doutor Guilherme de Oliveira e Mestre André Dias Pereira
Duração: 15 horas

Horário: Sábados, das 10h30 às 13h00 e das 14h30 às 17h00

Local: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Vagas: 45 vagas (25 juristas, 20 não juristas)

Inscrição: Por ordem de chegada, até 6 de Janeiro de 2014.

Condições de admissão: Licenciatura

Preço: (Inscrição: 100 euros; Proposta: 125 euros)

Certificado de Frequência de Pós-graduação: 85% de presença

3.º Curso breve de Pós-graduação em Direito da Investigação Clínica

Direção: Prof. Doutor Guilherme de Oliveira e Mestre André Pereira
Duração: 15 horas

Horário: Sábados, das 10h30 às 13h00 e das 14h30 às 17h00

Vagas: 50 vagas (25 juristas, 25 não juristas)

Inscrição: Por ordem de chegada, até 26 de Janeiro de 2014.

Condições de admissão: Licenciatura

Preço: (Inscrição: 100 euros; Proposta: 125 euros)

Certificado de Frequência de Pós-graduação: 85% de presença

1.º Curso breve de Pós-graduação em Responsabilidade Civil, Penal e Disciplinar da Indústria Farmacéutica e dos Farmacêuticos

Direção: Prof. Doutor Guilherme de Oliveira
Duração: 20 horas

Horário: Sábados, das 10h30 às 18h00 e das 14h30 às 17h00

Local: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Vagas: 45 vagas (30 juristas, 15 não juristas)

Inscrição: Por ordem de chegada, até 10 de Março de 2014.

Condições de admissão: Licenciatura

Preço: (Inscrição: 100 euros; Proposta: 200 euros)

Certificado de Frequência de Pós-graduação: 75% de presença

S

sumário

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 29
N.º 142
Julho/Agosto 2013

PROPRIEDADE:
Conselho Nacional Executivo
da Ordem dos Médicos

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

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

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

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

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



05 Código Deontológico editorial

- 06 Reengenharia forçada
da Medicina Privada?!
- ### informação
- 10 Competências essenciais
de um especialista
em Saúde Pública
- 11 Concursos fechados
violam normas constitucionais
- 12 Situação dos doentes
com patologia Hemato
Oncológica do CHBM
- 13 1º Congresso SNS:
Património de Todos
- 14 Regime do licenciamento
de clínicas e consultórios médicos
- 15 Reorganização dos Serviços
de Urgência Politrauma
- 20 Solicitação de autorização para
o uso de Telaprevir/Boceprevir
- 22 Princípios orientadores para
a política do medicamento
da CNFT
- 24 Regulamento do Sistema
SIM-Cidadão
- 25 Análise da OM à reportagem
sobre células dendríticas
- 26 CRIM-Sul paralisada pela
ARSLVT
- ### actualidade
- 27 Plantas na História da Dor
- 30 Visita ao Hospital Garcia de Orta
- 36 Visita a várias unidades
de cuidados de saúde primários
- 40 Riscos do *task shifting*
- 42 Contra o «*terrorismo social*
e um SNS *inconstitucional*»
- 44 Sobre o núcleo de Sjögren
da LPCDR



entrevista

- 46 O Ministro da Saúde parece
ainda não acreditar nas USF
- ### opinião
- 53 Medicina, empatia e “estúpidas
barreiras”
- 55 Fazer a diferença
- 56 “Baixas” fraudulentas devem
ter penalizações mais agravadas
- 57 Prescrição por DCI:
razão antes do tempo
- 58 Longevidade: oportunidade
ou não?

informação

- 60 Alterações às regras
de prescrição e de dispensa
de medicamentos

notícias

histórias da...

- 62 Recordações de quem sempre
procurou conseguir
“Ser Médico”
- 68 Os primórdios da
dermatologia e venereologia
em Portugal

cultura

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

PRESIDENTES DOS COLEGIOS 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
 GASTRENTEROLOGIA: José de Almeida Berkeley Cotter
 GENÉTICA MÉDICA: Jorge M. Saraiva
 GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA: João Silva Carvalho
 HEMATOLOGIA CLÍNICA: Alexandra Mota
 IMUNOALERGOLOGIA: Elza Tomás
 IMUNOHEMOTERAPIA: Maria Helena Alves
 MEDICINA DESPORTIVA: Paulo Beckett Rodrigues
 MEDICINA FÍSICA E DE REabilitaçãO: Cecilia 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
 NEURORRADIOLOGIA: 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
 GASTRENTEROLOGIA 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



Reengenharia forçada da Medicina Privada?!

Nos últimos anos, por factores externos à Saúde, temos assistido a uma série de importantes modificações no sector, muitas delas em sentido pouco meritório, motivadas essencialmente por razões estratégico-político-financeiras.

Tem-se discutido muito o SNS, mas fala-se pouco do Sistema Nacional de Saúde e, nomeadamente, de um importantíssimo sector da Saúde, os pequenos e médios prestadores privados independentes e de proximidade.

É este último sector que agora está sob fogo, com as novas regras de Licenciamento e de

acesso às Convenções, somando asfixia burocrática e financeira. Devo começar por sublinhar que temos encontrado uma receptividade muito positiva por parte do Ministério da Saúde para analisar estas duas problemáticas, que, se fossem linearmente aplicadas, liquidariam quase completamente o pequeno e médio sector privado da Saúde.

As reuniões que já realizámos com a ERS e a ACSS foram muito cordiais e produziram bons resultados, que se traduziram nos comunicados emitidos, após aprovação pelas respectivas entidades, publicados de

imediato no Portal da Ordem e também nesta ROM.

Reunimos igualmente com a FNS, Federação Nacional dos Prestadores de Cuidados de Saúde, com a qual reflectimos e partilhámos pontos de vista.

Se o panorama legislativo for modificado de forma construtiva, como esperamos, preservando a Qualidade dos serviços prestados, os interesses dos doentes e os legítimos direitos dos profissionais, tudo acabará bem.

Caso acontecesse o contrário, apenas poderíamos concluir que teria sido concretizada uma maquiavélica estratégia de li-



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Holofotes!

Tudo o que acontece na Medicina, do mais extraordinário ao mais negativo, faz grandes títulos na comunicação social.

Os Médicos são a classe mais vigiada e escrutinada do país.

Foram denunciados mais casos de alegada violação do Código Deontológico dos Médicos, com fraudes, corrupção, incumprimentos e erros. 38 médicos terão sido acusados pela IGAS no ano passado.

Regozijamo-nos que todos os comportamentos ínfimos sejam investigados e penalizados.

99,999% dos médicos são dignos e honrados representantes e cultores da profissão médica!

Em todas as profissões há indivíduos que desonram os seus Colegas e a sua missão. Não nos confundimos com esses.

Aguardamos que nos sejam comunicados os respetivos relatórios, para instituirmos os processos disciplinares, que, em algumas situações, poderão culminar com a sua definitiva expulsão da Ordem dos Médicos.

Mas, em 45 000 médicos inscritos na Ordem, estamos a falar apenas de 0,0009% dos médicos, ou seja, 99,999% dos médicos são dignos e honrados representantes e cultores da profissão médica!

São estas percentagens que queremos salientar.

In "Correio da Manhã" - 6 de Junho de 2013

quidar os pequenos e médios prestadores privados de saúde, com o duplo objectivo de reservar o espaço do sector privado para três ou quatro grandes prestadores, que cartelizariam o sector e capturariam o Estado, e de proletarizar os profissionais entre o sector público e o grande sector privado.

Os Doentes estariam entre os principais prejudicados, com diminuição da proximidade, aumento dos custos e compromisso global da Qualidade para os menos abastados.

No que concerne aos licenciamentos, não é admissível que o Estado imponha regras ao pequeno e médio sector privado como se de grandes hospitais se tratasse e que essas mesmas regras não sejam aplicadas ao sector social e ao próprio Estado! Estranho país este...

Nem é admissível que sejam exigidos níveis de acessibilidade a deficientes a todos os pequenos prestadores, quando o Estado é que tem de responder às suas necessidades e direitos. Naturalmente que as limitações dos deficientes devem ser respeitadas, mas com bom senso e sentido prospectivo, e não é necessário que todos cumpram imposições que nem o Estado respeita e aplica.

Como não é tolerável que qualquer pequeno consultório que pratique um pequeno acto invasivo sob anestesia local seja considerado como uma UPSS de cirurgia de ambulatório, com uma enormidade de exigências, incluindo um farmacêutico!!!

Ao mesmo tempo que, não obrigando à presença de um médico, o Estado tolera que sejam feitos (maus) diagnósticos ao balcão das farmácias, sem exame clínico, sem exames comple-

mentares, sem qualquer registo e com venda de medicamentos, uma situação geradora de inegáveis conflitos de interesses... Um dos aspectos curiosos dos Licenciamentos é que o DL nº 279/2009, que veio substituir o DL 13/93, considerado "inoperacional" por exigir procedimentos "demasiado burocráticos e complexos", previa a sua revisão no prazo de dois anos após a sua publicação, o que ainda não aconteceu. A sua rápida revisão é essencial e as entidades reguladoras deveriam evitar a sua aplicação e fiscalização antes de essa revisão ser concluída. Se o Estado não cumpre com o que se comprometeu, que moralidade tem para exigir aos outros?

Quanto à proposta para o novo regime de acesso às Convenções, um dos aspectos mais gravosos é o regresso dos concursos exclusivamente ao menor preço e o estabelecimento de contratos por períodos de apenas três anos, o que impede qualquer perspectiva razoável de investimento.

Para além de que mataria sucessivamente todos os prestadores que não conseguissem ganhar um concurso, levando a uma concentração progressiva em meia dúzia, ou menos, de gigantescos prestadores, que acabariam por cartelizar o sector e extinguir a concorrência.

Defendemos um regime aberto de Convenções, que têm desempenhado um papel fundamental no Sistema Nacional de Saúde, suprindo carências do SNS, com natural controlo administrativo dos preços.

Porém, não se pode colocar em causa a capacidade de sobrevivência e a Qualidade do sector, pelo que deve definir-se um li-

mite inferior para os preços e devem respeitar-se os conceitos de proximidade, acessibilidade e liberdade de escolha dos Doentes.

O Sector privado convencionado, que emprega cerca de 50000 pessoas, é essencial, pois coloca quase toda a população portuguesa a menos de meia hora dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica e dá resposta a cerca de 18 milhões de requisições e produz mais de 100 milhões de actos por ano. Nos últimos dois anos, a despesa pública com o sector convencionado diminuiu quase 30%, pelo que não se comprehende de que se pretenda esmagar o sector!

Os tempos mais próximos vão ser cruciais.

Sentimos o conforto da recepтивidade e preocupação do Senhor Ministro da Saúde. Sollicitámos uma audiência para transformarmos as nossas preocupações comuns em resultados práticos, concretos e objetivos. A Ordem dos Médicos está atenta, a trabalhar estas questões e permanentemente disponível para a análise e resolução dos problemas. Saliente-se que o papel dos Colégios mais directamente envolvidos tem sido extraordinário.

Aos Colegas potencialmente afectados pedimos que estejam atentos, que nos façam chegar as suas preocupações e dificuldades e que não tomem decisões precipitadas.

A bem das populações, a pequena e a média medicina privada, independente e de proximidade, tem de ser salvaguardada.



JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

A verdade!

Em declarações à Lusa, a presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, Marta Temido, disse recuar que o aumento das horas de trabalho dos profissionais de saúde para 40 horas por semana se traduz em mais custos para o setor.

Segundo ela "... por uma lógica normal, trabalhar mais horas irá trazer uma maior quantidade de cuidados de saúde produzidos. Será que temos a capacidade de a pagar?", questionou.

Para Marta Temido, "para o alargamento do horário de trabalho ser

Os hospitais não trabalham mais horas por dia porque isso originaria mais despesa

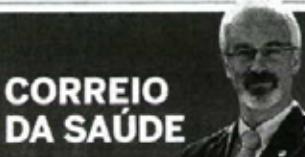
rentável não basta contar com mais horas de força de trabalho. É preciso contar com os custos de exploração concretos: custos com consumíveis, por exemplo. E são mais custos."

Fica provado o que a Ordem dos Médicos sempre tem afirmado, os hospitais e os blocos cirúrgicos não trabalham mais horas por dia porque isso permitira tratar mais doentes, originando mais despesa para o Estado, despesa essa que o Estado não quer pagar.

Afinal, a culpa não é dos Médicos!

Finalmente, a verdade! Dita pela boca de quem sabe.

In "Correio da Manhã" - 20 de Junho de 2013



JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Toneladas de desperdício

Desde a implementação da nova Lei da DCI (prescrição de medicamentos por princípio ativo) assistimos a uma deterioração da qualidade da medicina. Em muitos casos, como nos antibióticos, o médico não pode selecionar o medicamento que pretende dar ao seu doente. As farmácias trocam as receitas para marcas mais caras, com graves prejuízos financeiros e de saúde para o doente, perante o silêncio do Ministério da Saúde.

A Lei nem sequer aumentou a taxa de genéri-

Em muitos casos o médico não pode selecionar o medicamento que pretende dar ao seu doente

cos, tal como a Ordem dos Médicos alertou. É a prescrição médica e a entrada de novos genéricos que vão aumentando a respetiva taxa.

Uma das medidas mais estólicas da Lei da DCI é obrigar a que, em cada receita, apenas se possa colocar um único medicamento com marca, seja genérico ou original. Todos os doentes percebem, porque muitos levam dezenas de receitas! Um doente levou 33 receitas! Com desperdício de toneladas de papel, de toner e de tempo! Desculpem, mas não encontro justificação melhor, é uma absurda estolidez do Ministério da Saúde!

In "Correio da Manhã" - 4 de Julho de 2013

SAVE THE DATE

22 e 23 Nov 2013

Simpósio

II Simpósio Acta Médica Portuguesa

Workshops

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

Auditório da Ordem dos Médicos, Lisboa

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



Competências essenciais de um especialista em Saúde Pública

Divulgámos no site nacional da OM, na área reservada ao Colégio da Especialidade de Saúde Pública, o documento sobre as competências essenciais nesta especialidade, aprovado no Conselho Nacional Executivo de 31 de Maio de 2013, sob proposta do respectivo Colégio.

As *Competências essenciais ao exercício do médico especialista em Saúde Pública* estão definidas num documento que lista as competências do exercício profissional de um especialista médico desta área no seu estádio mais precoce, isto é, após o processo de avaliação final que lhe confere o título de especialista.

Posteriormente, e em complemento deste documento inicial, o Colégio da Especialidade pretende elaborar uma definição das competências mais diferenciadas (como, por exemplo, a avaliação do impacto na saúde das actividades dos serviços de saúde ou das de intervenções externas ao contexto da saúde), competências consideradas mais pertinentes à diferenciação do grau de habilitação seguinte: o de consultor em saúde pública.

A elaboração das *Competências* teve em consideração o perfil nacional do médico de saúde pública português (conforme pôde ser inferido dos documentos legais que enquadram o exercício deste profissional e o dos serviços de saúde em que se integra); as competências listadas para a especialidade pela União Europeia dos Médicos Espe-

cialistas da Comunidade Europeia (UEMS); bem como os princípios definidos para a formação básica na especialidade contidos no Programa de Formação do respectivo internato médico (aprovado pela Portaria n.º 47/2011, de 26 de Janeiro), documento programático que, por sua vez, espelha quer as recomendações europeias citadas quer o internacionalmente consagrado para um exercício moderno destes profissionais médicos.

Em termos de estrutura, o documento expõe alguns conceitos básicos e faz uma listagem das competências e da possível abrangência do exercício de cada uma delas. O todo é complementado por uma enumeração dos fundamentos conceptuais e metodológicos que se torna necessário dominar para um exercício tecnicamente seguro daquelas competências.

Ao estabelecer competências essenciais ao exercício da especialidade de Saúde Pública, pretende-se explicitar regras que permitam: definir o perfil profissional e facilitar a elaboração de enquadramento para legislação nesta área, incluindo aquela que é específica

a concursos de habilitação (especialista; consultor) e provimento; Estabelecer bases para a definição de normas operacionais, clínicas ou médicas, na área da saúde pública ou de especialidades médicas conexas; Estabelecer referenciais para construção de indicadores a usar em contratualização de serviços e actividades, bem como para a fundamentação de critérios de idoneidade dos serviços; Estabelecer referenciais para definição de parâmetros de avaliação do desempenho profissional; e finalmente contribuir para a definição e aperfeiçoamento de competências a nível internacional.

O documento, na sua versão integral, que explica a finalidade, perfil profissional, define locais de exercício, lista as competências do Especialista e os fundamentos e as condições gerais do exercício médico em Saúde Pública **pode ser consultado em www.ordemdosmedicos.pt**, na área reservada ao Colégio da Especialidade de Saúde Pública, no separador ‘comunicados/resoluções/pareceres’.



Concursos fechados violam normas constitucionais

Em face da queixa apresentada pela Ordem dos Médicos, a Provedoria de Justiça considera que os concursos fechados são inconstitucionais dà indicações para a reposição da legalidade.

No final de 2012 o Ministério da Saúde publicou o Despacho nº 15630/2012, tendo em vista a abertura de procedimentos concursais para celebração de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado ou de contrato individual de trabalho por tempo indeterminado ao abrigo do Código do Trabalho, concurso esse exclusivo para os médicos que concluíram a respetiva formação médica especializada na 2.ª época de 2012. A Ordem dos Médicos contestou a iniquidade e injustiça destes concursos fechados, defendendo que os mesmos até poderiam ser inconstitucionais. Fê-lo para o Ministério da Saúde, publicamente e escreveu a solicitar a opinião e eventual intervenção da Provedoria de Justiça. Além disso, a OM prestou aconselhamento jurídico aos Colegas que entenderam contestar esse concurso.

O Ministério da Saúde reiterou as mesmas práticas iniquas, publicando o Despacho 2546/2013, colocando mais vagas a concur-

so, dessa vez apenas para os médicos que concluíram a respetiva formação médica especializada na 2.ª época de 2010, nas duas épocas de 2011 e na 1.ª de 2012. A Ordem dos Médicos recebeu várias reclamações de Colegas que em resultado desses concursos se viram administrativamente impedidos de concorrer a uma carreira profissional no SNS, vendo defraudadas as suas expectativas de acesso a concursos públicos em regime de igualdade com os outros candidatos, ficando até numa situação difícil de ausência de qualquer apoio social. Colegas há que, por terem acabado a sua especialidade até 2010 e, por circunstâncias várias, não terem ficado colocados, se viram ultrapassados por Colegas mais novos.

Perante a queixa da Ordem dos Médicos que considerava como profundamente injusta, constitucionalmente discutível e moralmente inaceitável a abertura de concursos fechados, a Provedoria da Justiça encontrou factos relevantes para a apreciação da quei-

xa e é seu entendimento que há candidatos que foram excluídos à revelia da lei vigente à altura da abertura desses concursos. A Provedoria considerou existirem restrições ilegais à liberdade de candidatura, à liberdade de escolha da profissão (artigo 47º, n.º 1, da CRP) que inclui o direito a «não ser impedido de escolher (e exercer) qualquer profissão para a qual se tenha os requisitos necessários». Terá igualmente sido violado o direito de igualdade no acesso aos empregos do sector público pois a «adopção do contrato de trabalho na Administração Pública não pode defraudar materialmente o princípio da imparcialidade e igualdade no recrutamento que a regra do concurso garante».

Esses concursos terão, portanto, resultado de uma interpretação da lei e consequente exercício de um poder que não estava instituído pelo que se justifica que as entidades superiormente competentes diligenciem no sentido de que seja alterada esta situação e reposta a legalidade.

Situação dos doentes com patologia Hemato Oncológica do CHBM

Divulgamos em seguida a posição do Conselho Distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos sobre a situação dos doentes com patologia Hemato Oncológica do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo.

O Conselho Distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos tomou conhecimento da situação criada aos doentes com diagnóstico de patologia hemato oncológica e seguidos no Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo.

Desde o inicio da sua actividade, em Maio de 1994, que o Serviço de Oncologia do CHBM mantém a prestação de cuidados a este grupo de doentes.

Em 2005, e com o intuito de manter o nível de qualidade dos cuidados, tendo em conta a sua rápida diferenciação, foi possível contratar um Especialista de Hematologia, que passou a observar este grupo de doentes e também exercer as funções de consultadaria para a patologia hematológica não maligna.

Sendo o único Especialista de Hematologia do Hospital, apenas ele possuía a diferenciação e as competências para manter uma prática clínica de acordo com o estado da arte. A sua actividade, ao longo dos últimos 8 anos, caracterizou-se por um rápido crescimento e por resultados que reflectem um nível

de qualidade elevado.

No entanto esta prestação terminou de forma abrupta com a imposição aos Conselhos de Administração dos Hospitais, por parte dos Serviços Centrais do Ministério, da cessação dos contratos de prestação de serviços (modalidade do contrato do médico referido) cujo valor excedesse os 30 € / hora, independentemente dos constrangimentos e restrições que de tal facto decorressem.

Assim, o referido médico cessou as funções a 30 de Junho de 2013, por razões de índole exclusivamente economicistas, dado ser o valor pago superior ao novo referencial. Isto não obstante ser o único Especialista de Hematologia presente no Centro Hospitalar e a sua colaboração ter sido considerada imprescindível pelo Director do Serviço de Oncologia, onde estava colocado, sob pena de não ser possível garantir a continuidade da prestação de cuidados aos doentes já em seguimento, incluindo a realização de tratamentos e outros actos médicos inadiáveis, ou manter a admissão de novos doentes.

Apesar disto, não foi possível alte-

rar a decisão, tendo em conta que o médico em causa não aceitou o valor de referência e que o Conselho de Administração do CHBM não o podia exceder.

Acresce a isto que, apesar de ter sido atempadamente informado da iminente situação de rotura da prestação de cuidados aos doentes, o Conselho Directivo da ARSLVT não tomou, ao que se sabe, qualquer providência no sentido de substituir o médico agora despedido ou de indicar qual ou quais as instituições que iriam receber os doentes.

Deste modo, a partir do dia 1 de Julho, cessaram as consultas programadas de Hemato Oncologia no Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar Barreiro / Montijo, ficando os doentes privados da respectiva prestação. Apenas se têm estado a garantir as consultas urgentes e a continuidade dos ciclos de quimioterapia sistémica já programados.

E só desde 15 de Julho foi possível garantir o encaminhamento de alguns dos doentes com situações mais urgentes para o Serviço de Hematologia do I.P.O. Lisboa, que

aceitou recebê-los, mas desconhece-se nesta data para onde serão encaminhados os restantes.

Deste modo, o Conselho Distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos não pode deixar de lembrar as posições já anteriormente assumidas quanto ao actual modelo de decisão em Saúde, dominado pela obsessão com a redução dos custos e subalternizando os doentes e os seus interesses.

A dispensa do único Especialista de Hematologia do C.H.B.M., exclusivamente por um critério de carácter económico, sem cuidar da sua substituição ou de garantir a continuidade da prestação de cuidados para os doentes envolvidos revela, para além de uma chocante irresponsabilidade, a subjugação

dos valores básicos de um Serviço Público de Saúde aos imperativos da restrição orçamental em curso. Para além da espera pela retoma na prestação de cuidados acresce que os doentes em causa, maioritariamente idosos e com carências de várias ordem, vão ser sujeitos a deslocações para locais afastados das suas residências, o que representa um óbvio prejuízo para os seus legítimos interesses.

Acresce, também, que o C.H.B.M. vai ser amputado de uma valência que sempre manteve em funcionamento e onde conseguiu um nível de excelência na prestação.

Por estas razões, o Conselho Distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos manifesta o seu mais profundo repúdio pelas decisões e

práticas que põem objectivamente em causa o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e não aceita que possam não ser executados em tempo útil os actos médicos inadiáveis necessários à respectiva situação clínica, considerando que tal facto constitui uma violação grosseira dos seus direitos, bem como dos deveres das instituições prestadoras.

E, perante a gravidade destes factos, solicita ao Exº Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos, Prof. Doutor José Manuel Silva, a tomada das medidas que entenda adequadas.

Setúbal, 18 de Julho de 2013

informação

1º Congresso

SNS: Património de Todos

27 e 28 de Setembro de 2013



O Serviço Nacional de Saúde completou 33 anos de vida. Tem sido um fator de proteção da saúde, de bem-estar e de coesão social no nosso País. Contribuiu para que Portugal tenha, hoje, vários indicadores de saúde com valores ao nível dos melhores do Mundo. Por isso, merece o empenho de todos para o aperfeiçoar, reforçar e desenvolver.

A Fundação para a Saúde - SNS vai realizar o 1.º Congresso “SNS: Património de Todos”, que decorrerá na Aula Magna da Reitoria da Universidade de Lisboa nos dias **27 e 28 de Setembro de 2013**.

O Congresso não é um fim em si. Está a ser antecedido por um conjunto de iniciativas preparatórias e será seguido por outras que irão aprofundar as reflexões e debates que aí terão lugar. Neste contexto, foi divulgado no início de Julho um “documento para debate” que será revisto a partir das contribuições dos participantes durante a última semana de Agosto e servirá de ponto de partida para os debates no Congresso:

SNS: Património de Todos

Convite para uma conversação construtiva

O programa preliminar do Congresso, assim como o “documento para debate” acima referido estão à disposição em: www.fsns.pt

A Comissão Organizadora do Congresso

Regime do licenciamento de clínicas e consultórios médicos

A OM tem desenvolvido várias iniciativas relativas ao regime de licenciamento das UPSS, nomeadamente reuniões com a ERS e ACSS, tendo solicitado uma audiência ao Ministro da Saúde para abordar essa mesma questão. Em seguida publicamos as notas referentes às duas reuniões que já tiveram lugar.

Nota pública sobre reunião com a ERS

Em 19 de Julho de 2013, na sede do Porto da Ordem dos Médicos, realizou-se uma reunião entre os órgãos directivos da Ordem dos Médicos e da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

Entre outros assuntos discutidos foi abordada a temática do licenciamento das unidades privadas de saúde com especial enfoque no regime do licenciamento de clínicas e consultórios médicos, relativamente ao qual a ERS apenas tem competências no âmbito da fiscalização e sancionamento.

A Ordem dos Médicos informou a ERS que tem vindo a desenvolver diligências junto do Ministério da Saúde, que demonstrou uma atitude positiva no sentido de ser reavaliado o regime jurídico do licenciamento das unidades privadas de saúde, em particular as portarias que regulam o licenciamento das clínicas e consultórios médicos, bem como dos estabelecimentos onde se realiza cirurgia de ambulatório, para seja melhorada a sua adequação à realidade e, desde já, para que seja adiada a sua aplicação prevista para o próximo mês de Setembro.

Ambas as entidades coincidiram no sentido de entender que atenta a diversidade, complexidade e difi-

culdade desta temática importa assegurar que a sua abordagem terá, nesta fase, como princípio norteador uma actividade fiscalizadora de cariz eminentemente pedagógico, no sentido de se alertarem os prestadores de serviços de saúde para a necessidade de serem sempre salvaguardados a segurança e saúde dos doentes.

Face às iniciativas em curso, desenvolvidas pela Ordem dos Médicos, aconselhamos a que os médicos não tomem decisões precipitadas que possam vir a afectar negativamente a sua actividade profissional privada no presente e no futuro, antes sendo de aguardar o resultado destas diligências.

Nota pública sobre reunião com a ACSS

Em 22 de Julho de 2013 realizou-se uma reunião entre os órgãos directivos da Ordem dos Médicos e da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Entre as várias questões discutidas foi analisada a temática do licenciamento das Unidades Privadas de Serviços de Saúde (UPSS).

A Ordem dos Médicos informou a ACSS das suas preocupações e da sua inquietação quanto à inaplicabilidade linear da legislação e dos seus requisitos.

Foi sublinhado o facto do próprio Decreto-Lei 279/2009 prever a sua revisão, processo já em curso.

Ambas as entidades coincidiram no sentido de se entender que o objetivo é simplificar a garantia de prestação de cuidados de saúde de Qualidade a todos os cidadãos que recorram a uma UPSS e não de tornar inexecuível a prática da medicina privada independente e de proximidade.

Neste enquadramento, Ordem dos Médicos e ACSS irão analisar os principais constrangimentos à aplicação da legislação de licenciamento em vigor e elaborar um manual de procedimentos para a aplicação homogénea dos seus preceitos, mantendo em aberto a reanálise da própria legislação e a sua adequação à realidade, no melhor interesse de profissionais e doentes e da garantia de Qualidade dos serviços prestados.

Face às iniciativas em curso, desenvolvidas pela Ordem dos Médicos, aconselhamos a que os médicos não tomem decisões precipitadas que possam vir a afectar negativamente a sua actividade profissional privada no presente e no futuro, antes sendo de aguardar o resultado destas diligências.



Reorganização dos Serviços de Urgência Politrauma

Transcrevemos em seguida a carta do Colégio da Especialidade de Cirurgia Plástica, Reconstitutiva e Estética sobre as notícias relativas a uma potencial reorganização dos Serviços de Urgência Politrauma em Lisboa e o parecer desse mesmo Colégio sobre Urgência de Cirurgia Plástica e Maxilo Facial na ARS Lisboa e Vale do Tejo, o qual foi enviado ao presidente dessa ARS em 13 de Dezembro de 2012.

«Tem a Comunicação Social veiculado notícias sobre uma iminente reorganização dos Serviços de Urgência Politrauma da Área Urbana de Lisboa com encerramento durante o período nocturno dessa vertente de trabalho pelo menos num dos 3 Centros que actualmente prestam assistência aos Politraumatizados no Sul do País não sendo exactamente claro se este encerramento se estenderá também a outro Centro Hospitalar.

O primeiro comentário prende-se com a funcionalidade actual dos Serviços de Urgência que tem sido boa, ultrapassando as limitações em recursos humanos com uma gestão de pessoal adequada, graças aos esforços conjugados das Direcções de Serviço de Cirurgia Plástica dos 3 Centros Hospitalares que têm entre si excelentes relações pessoais e institucionais e uma profíqua prática de articulação informal, não justificando, por si só, qualquer alteração do esquema existente.

O segundo comentário prende-

-se com os aspectos económicos e, de acordo com um cálculo de que tive conhecimento oficiosamente, o ganho acumulado resultante do encerramento desta e das valências de Cirurgia Vascular e Gastro envolvidas na reorganização referida é residual... num dos centros envolvidos rondaria, pasme-se, cerca de 60 mil euros/ano...

Seja como for só o natural e indispensável reforço de equipas de especialidade no ou nos Centros Hospitalares que permanecem abertos, sem falar nas despesas envolvidas com o transporte e circulação de doentes entre instituições resultante da necessidade técnica e deontológica de manter a assistência em post-operatório pelas equipas deslocadas que asseguraram a terapêutica vai arrastar uma despesa incomparavelmente maior.

Isto dito cumpre chamar a atenção para o prejuízo dos Cidadãos que é inevitável...

Numa das Instituições atingida pelo projecto de encerramento as intervenções em Urgência de Ci-

rurgia Plástica e Maxilo-Facial sob Anestesia Geral foram 423 entre Janeiro e Dezembro de 2012, a que acresce um número bem maior de intervenções em Ambulatório de Urgência que os Sistemas de Gestão das Urgências são incapazes de registar... os atendimentos urgentes desta especialidade no SU desta Instituição rondaram neste período 2800.

Por outro lado a ruptura de assistência no período nocturno levará ao adiamento provável por mais de 24 horas do tratamento de um número indeterminado de doentes com prejuízo grave para o seu conforto mas pior, para o prognóstico clínico, acarretando acumulação de trabalho a montante e, a jusante, um risco de distorções na rentabilidade da actividade de rotina dos Serviços.... Poderia ser escalpelizado o conjunto de razões que a isto obrigam... mas, neste contexto, basta que se refira o facto como inevitável.

Abordado em tempos este modelo no âmbito de Reuniões com a ARS de Lisboa e Vale do Tejo, os

Directores dos Serviços de Cirurgia Plástica da área Urbana de Lisboa produziram um documento de reflexão entregue que aponta ainda vários problemas, conhecedores profundos da realidade assistencial, logística e organizativa dos Hospitais e da visão global do panorama da assistência da Especialidade no país.

Decerto que pesado o deve e o haver desta alteração e porque nem sempre mudar é bom e nem sempre concentrar é racional económica e funcionalmente, não parece que o esquema ventilado na Comunicação Social traga outra coisa que prejuízos económicos, funcionais e assistenciais tornando-o irracional.

Lisboa 26 de Maio de 2013

Parecer do Colégio referente às urgências de Lisboa enviado à ARS:

**Urgência de Cirurgia Plástica e Maxilo Facial na ARS Lisboa e Vale do Tejo
Grupo de trabalho de Cirurgia Plástica criado na sequência de Reunião de 13.12.2012**

1. Introdução

O serviço de urgência de Cirurgia Plástica e Maxilo-facial deve ser enquadrado numa perspectiva alargada no contexto das urgências polivalentes com capacidade de resposta cabal a doentes politraumatizados ou com monotrauma exigindo cuidados especializados.

As equipas de urgência de Cirurgia Plástica cabem numerosas tarefas onde se incluem:

- Serviço urgência a doentes externos de Cirurgia Plástica (CHL-Central) ou Cirurgia Plástica e Cirurgia Maxilofacial (CHLNorte e CHLO);
- Serviço de urgência a doentes

internos do Serviço (que pode implicar também intervenção cirúrgica);

c) Serviço de urgência a doentes internados noutros Serviços dos hospitais respectivos;

d) Serviço de Urgência à Unidade de Queimados (CHLNorte e CHLCentral) (que implica com alguma frequência necessidade de intervenção cirúrgica).

2. Cirurgia Plástica e Urgência Polivalente

Na cidade de Lisboa estão definidos três centros para o efeito o que implica a existência da especialidade de Cirurgia Plástica nessas mesmas urgências. De outra forma estes doentes não poderão ser tratados pelas razões que abaixo se enumeram:

a) Não é possível dissociar a resposta a este tipo de doentes da presença de uma especialidade como a Cirurgia Plástica uma vez que esta é chamada com muita frequência a intervir de forma isolada ou em parceria com outras especialidades;

b) Esta colaboração não é muitas vezes previsível na avaliação inicial do doente vindo apenas a constatar-se no decurso de intervenções de outras especialidades.

Com efeito é frequente uma outra Especialidade constatar a impossibilidade de encerramento adequado no fim de uma cirurgia por exemplo a um membro ou a identificação de lesão de estruturas nobres subjacentes no decurso dessas mesmas cirurgias e requererem a intervenção da Cirurgia Plástica. Nestes casos é exigível e indispensável a presença destes especialistas. Não constitui forma de tratamento adequado e é claramente má prática protelar a intervenção.

c) A solução de transferência de doentes em caso de necessidade de intervenção de Cirurgia Plástica por ausência no momento de uma Equipa de Especialidade levanta inúmeros problemas entre os quais se destacam:

a. Doentes nos quais, como acima se refere, só se constata a necessidade de intervenção de Cirurgia Plástica no decurso de uma cirurgia;

b. Implicar carga adicional para outras especialidades nos locais onde virá a ser observado pela Cirurgia Plástica. Ou seja, é imposto tratamento do doente a outras especialidades não filiadas às áreas de influência das mesmas criando com frequência desentendimentos entre os profissionais de saúde que com facilidade terminam em transferências sucessivas do doente de forma a ser tratado por diferentes especialidades em diferentes locais; Em última análise resulta prejuízo claro para o doente e para o tratamento.

3. Contabilização do trabalho desenvolvido

A mera enumeração dos actos praticados pelas equipas de urgência é muito deficiente nos diferentes centros por diversos motivos:

a) Os sistemas informáticos existentes apenas permitem o registo da actividade de urgência externa. Mesmo esta é feita de forma muito incompleta pois não permite de forma automática e fiável contabilizar todos os doentes observados pela especialidade;

a. Em alguns Centros (CHLO) a informação não permite registar como envolvendo a equipa de Cirurgia Plástica os pacientes que são referenciados por outra Especialidade após entrada no Serviço de Urgência. Esses doentes ficam contabilizados nessa Especialida-

de... Isto é uma situação muitíssimo frequente (doentes reenviados da Cirurgia Geral ou da Ortopedia por exemplo) e geralmente acaba por resultar em intervenção cirúrgica que, a maioria das vezes, também pode não ser registada como actividade da Equipa de Cirurgia Plástica pelas razões que se explicam;

b) Em todos os Centros a actividade cirúrgica feita fora do Bloco Operatório Central nas Salas de Cirurgia da própria Urgência sob Anestesia Loco-regional não é considerada intervenção cirúrgica... Esta é, nesta especialidade, importante parcela da actividade cirúrgica e tem por vezes aspectos complexos merecendo até melhor enquadramento logístico. No entanto o acesso muito dificultado ao bloco operatório por exiguidade generalizada de recursos logísticos e humanos (pessoal de enfermagem) obriga a estas intervenções complexas nas chamadas salas de "pequena cirurgia" onde o registo da quantidade e diferenciação dos actos é claramente deficiente. Este facto é penalizante em diversos sentidos uma vez que muitos desses doentes tem alta de imediato sendo contabilizados como meras observações com muitos dos inconveniente que isso acarreta nomeadamente em termos de determinação dos GDH respectivos;

c) A contabilização dos actos praticados em função de grelha horária é completamente inadequada para ser tida em consideração pois a observação pela Cirurgia Plástica é feita habitualmente de forma muito posterior à hora de entrada do doente por razões de diversa ordem onde se inclui a natureza do próprio circuito montado em cada urgência,

a observação prévia por outras especialidades ou a necessidade de exames complementares; De facto a realidade desta Especialidade difere da duma Especialidade médica, da oftalmologia, ou ORL... Nestas Especialidades a generalidade dos doentes entra, é observado e sofre no máximo um tratamento feito in-loco de imediato... a hora de entrada em SU é relevante... Mas o doente de CPR e CMF precisa de avaliações multidisciplinares e exames auxiliares prévios e condições (jejum p.e.) que tornam impossível tratar o paciente logo após a entrada... O doente entrado às 20 horas poderá assim ser tratado depois das 00:00 pelo que a hora de entrada nesta especialidade é irrelevante.

d) O problema da contabilização por grelha horária é ainda particularmente exacerbado no que se refere às cirurgias no Bloco Operatório uma vez que com muita frequência são efectuadas durante o período nocturno por razões de dificuldade de acesso ao bloco operatório em qualquer dos centros.

4. Comentários a recursos logísticos e humanos, não referentes à Cirurgia Plástica, dos diferentes centros

a) As actuais urgências não estão dimensionadas para conseguir absorver os doentes afectos a outra das urgências centrais qualquer que seja o período do dia. Com efeito é com extrema dificuldade que a Cirurgia Plástica consegue ter acesso ao bloco operatório sendo muitas vezes remetida para a noite a intervenção em doentes que à muito deram entrada no Serviço de Urgência;

b) Experiências de anos anteriores, mormente nos períodos de

Verão, em que se tentou concentrar o trabalho existente em dois centros revelou-se completamente inapropriada pela ausência de condições logísticas em qualquer um dos centros para absorver esse impacto. Esses problemas revelaram-se, nomeadamente, ao nível da acomodação dos doentes na urgência ou acesso ao bloco operatório com prejuízo nítido da qualidade do tratamento.

5. Recursos humanos de Cirurgia Plástica

a. Os actuais recursos de cirurgia Plástica são escassos em cada um dos centros que presta urgência na Cidade de Lisboa;

b. Esta situação tem sido ultrapassada com empenho por cada um dos centros nomeadamente em alturas mais críticas como no Verão;

c. As modalidades anteriormente tentadas como esquemas semanais rotativos ou encerramento temporal dos centros revelaram-se muito problemáticos por diversos motivos entre os quais se contaram:

i. Obrigar a equipas reforçadas (com mais elementos) nos locais com urgência activa de Cirurgia Plástica e manutenção de um elemento de urgência interna nos locais em que a urgência externa estava desactivada. Na prática o número de elementos de urgência era o mesmo.

ii. Revelou clara insuficiência dos recursos locais para acomodar o maior número de doentes nas instalações da urgência e no bloco operatório com tempos de espera inaceitáveis e por vezes com transferência secundária dos doentes;

iii. Sobrecarga mal compreendida e não aceitada por colegas de

outras especialidades que eram chamados a intervir criando problemas relacionais entre as diferentes especialidades que por vezes obrigaram a transferência secundária dos doentes;

iv. Chamada de forma abusiva por parte dos chefes de equipa de urgência do elemento de urgência interna de Cirurgia Plástica para resolução dos problemas de urgência colocando um problema legal e ético difícil de ultrapassar a diversos níveis.

6. Comentários a recursos adicionais potenciais de hospitais ditos não centrais

a. Não têm sido possível mobilizar por diversas ordens de razões (contratuais, saúde, distância, vontade);

b. A serem mobilizados (o que nas situações legalmente possíveis deve ser equacionado, resultando em economia de HE e em facilitação da difícil gestão de recursos humanos dos Hospitais Centrais), deverão sê-lo sob a forma de equipas completas para assegurarem integralmente a assistência no Serviço de Urgência em causa de forma a poderem assumir por completo o tratamento dos doentes afectos ao período em causa nomeadamente no que se refere ao acompanhamento posterior;

Os interesses particulares, nomeadamente no que à rentabilidade respeita, dos hospitais de origem, no entender dos Directores de Serviço dos Hospitais Centrais, deve ceder perante as necessidades básicas do Sistema de Saúde e a urgência é um deles.

c. Não se concorda e não se entende as assimetrias existentes em

termos contratuais entre diferentes hospitais afectos ao SNS. Com efeito é responsável por uma perda desproporcionada de jovens especialistas e em idade de fazer urgência para hospitais mais periféricos e em regimes contratuais que os isentam dessa obrigação bem como vencimentos acima dos praticados nos hospitais ditos centrais. É urgente rever esta situação em toda a sua extensão pois conduzirá inevitavelmente ao agravamento da situação.

7. Constituição das equipas e urgência

a. As actuais equipas de urgência em cada centro já se encontram no limiar ou abaixo do aceitável

i. A recomendação técnica da Ordem dos médicos para o efeito é de 2 especialistas e um interno como número mínimo em cada equipa em regime permanente
ii. Nenhum dos centros cumpre esses requisitos de forma sistemática em todos os dias da semana (na verdade em poucos dias isso se verifica de uma forma geral). Alguns não os cumprem nunca (CHLO)

b. Em caso de encerramento de alguma urgência externa (mesmo que apenas durante o período nocturno) no mínimo teria de ficar um elemento de urgência interna, o que merece as seguintes reflexões:

i. Ser insuficiente em caso de necessidade de intervenção cirúrgica (o que não é raro nos dois centros com Unidade de Queimados);

ii. Ser passível de chamadas abusivas ao serviço de urgência externa por parte dos responsáveis desta como referido noutro ponto

deste documento;

iii. Constituir um não aproveitamento cabal de recursos porque na maioria das situações constitui já metade da equipa actualmente praticada.

8. Conclusão e recomendações

Tendo em consideração as reflexões acima efectuados entende-se o seguinte:

a) A cada Urgência Polivalente deve corresponder uma área comum a todas as especialidades de forma a evitar que o mesmo doente seja afecto a áreas geográficas de diferentes hospitais;

b) As urgências polivalentes devem obrigatoriamente conter em regime permanente uma equipa de Cirurgia Plástica dimensionada ao volume de trabalho a desenvolver;

c) Nas condições actuais nenhum dos centros hospitalares em Lisboa tem capacidade de absorver cumulativamente os doentes de Cirurgia Plástica de outro centro devido à logística implantada em cada um deles e ao número limitado de especialistas;

d) Com as condições actuais sugere-se a manutenção do funcionamento actual embora que precário em termos de especialistas para o efeito;

e) Devem, pelo menos, ser previstas medidas de contingência em caso de rotura por falta de elementos disponíveis para a urgência em qualquer um dos centros nomeadamente identificado de forma clara os especialistas recrutáveis para o efeito nos hospitais ditos periféricos.

Quer ser revisor AMP?

A **Acta Médica Portuguesa (AMP)** é a revista científica da Ordem dos Médicos. Tem como objectivo principal a divulgação dos trabalhos de investigação científica, através da publicação de artigos originais, de revisão, editoriais, imagens médicas e perspectivas. Todos os artigos são submetidos a peer review por dois revisores externos.

Procuramos neste momento alargar a nossa base de dados de revisores, estando disponíveis para receber candidaturas.

As candidaturas deverão ser dirigidas a secretariado@actamedicaportuguesa.com e referir:

- Nome
- Número de Cédula Profissional
- Especialidade e três Áreas de Diferenciação
- Cargo e Local de Trabalho



Solicitação de autorização para o uso de Telaprevir/Boceprevir

Publicamos em seguida a posição do Colégio da Subespecialidade de Hepatologia, homologada em Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos sobre a solicitação de autorização de um grupo de colegas dos serviços de Infectiologia e Gastroenterologia do Hospital de Setúbal para o uso de Telaprevir/Boceprevir, no qual se pode ler não ser ética a recusa de fornecimento destes fármacos aos doentes com hepatite C e que se deve garantir, tão rápido quanto possível, o tratamento tripla com Boceprevir ou Telaprevir aos que têm essa indicação.

«Vimos com atenção toda a documentação que nos foi enviada, que incluía uma cuidada e extensa (40 páginas) apreciação relativamente ao assunto em epígrafe. No entanto, a recusa de fornecimento de medicação aos doentes hepatite C, não merece de modo algum a nossa concordância e aprovação:

- Efectivamente, para garantir isenção da avaliação, validade técnico-científica, justiça, equidade e igualdade no acesso aos tratamentos não podem existir comissões ou elementos individuais em cada Unidade de Saúde. Existem cerca de 100 Hospitais incluídos no SNS. Não há gestão possível, nem equidade de acesso para os doentes, com esta pulverização de opiniões pessoais.
- Depreende-se que a tentação para obter opiniões em cada Unidade de Saúde acaba por

ser uma forma encapotada de atrasar decisões, metodologia tão do agrado dos políticos Portugueses (digo Ministério da Saúde).

- Os Fármacos em questão estão aprovados pela FDA, EMA desde há cerca de dois anos.
- Os dois, foram considerados fármacos para aprovação rápida pela EMA. De 2009 a 2011 apenas 4 fármacos mereceram essa classificação.
- Os dados referentes aos benefícios clínicos destes fármacos estão publicados nas mais importantes revistas médicas a nível mundial (NEJM, Lancet, Hepatology, etc) e foram analisados pelo FDA, EMA, AASLD, EASL, NICE e muitas outras instituições dos mais diversos países. Além do mais a experiência clínica posterior tem demonstrado o reforço da mais valia dos mesmos, apesar

das especificidades (reacções adversas, seguimento mais apertado dos doentes). Veja-se a experiência francesa (CUPIC) em que se verificou a eficácia de 40% em doentes muito difíceis de tratar.

- Com o devido respeito pelas opiniões individuais de qualquer médico ou Administração do Centro Hospitalar, não nos parece que devam ser aceites para justificar a falta de acesso dos doentes à medicação tripla. As opiniões pessoais, ainda que respeitáveis e eventualmente fundamentadas, não se podem sobrepor, a estas entidades reguladoras supra-nacionais.

- Como bem se sabe o aumento da eficácia dos mesmos, em comparação com a terapêutica dupla, é de cerca de 30-50% consoante os grupos de doentes analisados i.e. naïves vs. não respondedores (não resposta

parcial, null responders, recidivantes).

- Quanto à cura: a cura existe como bem se sabe desde há alguns anos: Dizem as guidelines da EASL- European Association for the Study of the Liver (2011) com forte grau de evidência científica que: "the primary goal of HCV therapy is to cure the infection, which results in eliminating detectable circulating HCV after cessation of treatment. Sustained virological response (SVR), is defined as an undetectable HCV RNA level (<50 IU/ml) 24 weeks after treatment withdrawal. SVR is generally associated with resolution of liver disease in patients without cirrhosis. The endpoint of therapy is sustained virological response (A1). Once obtained, SVR usually equates to cure of infection in more than 99% of patients (A1)."

- O próprio NICE utiliza o termo cura evidenciando os benefícios para a saúde pública, por exemplo no texto referente ao Boceprevir: The Committee also acknowledged the significant public health impact that achieving a sustained virological response can have in terms of reducing transmission of HCV to uninfected people. The Committee concluded that a sustained virological response in a patient who did not have compensated cirrhosis could be broadly considered to be equivalent to a cure, and can also have significant positive effects at a population level by reducing HCV transmission rates. O NICE acentua ainda a redução do forte estigma associado à infecção, bem conhecido de quem trata e segue estes doentes.

- Os benefícios da cura são múltiplos dos quais salientamos a

possibilidade de regressão da cirrose hepática, a redução de evolução do risco de evolução para carcinoma hepatocelular, a anulação do risco de transmissão sexual e perinatal, aumento claro da esperança média de vida, redução do risco de complicações graves e de mortalidade por doença hepática, redução do risco de rotura de varizes esofágicas, avaliação positiva no que diz respeito à custo-efectividade, etc. Os benefícios são a nível físico, mental (redução do estigma) e social. A cirrose hepática é das entidades com mais elevado potencial onco-génico, já que cerca de 10-40% dos doentes ao fim de 10 anos evolui para carcinoma hepatocelular. A hepatite C é uma infecção vírica complexa, é uma doença hepática com risco elevado de complicações, é uma doença oncológica.

- Standard of Care: as guidelines da AASLD-American Association for the Study of Liver Diseases (2013) consideram e recomendam também com forte grau de evidência científica que a terapêutica tripla é o padrão de tratamento: Recommendations: 1. The optimal therapy for genotype 1, chronic HCV infection is the use of boceprevir or telaprevir in combination with peginterferon alfa and ribavirin (Class 1, Level A).

- A recusa de fornecimento destes fármacos vai contra as Normas de Orientação Nacional: tratamento da Hepatite C Crônica, Genótipo 1 em Doentes Monoinfetados publicadas já em Dezembro de 2012, assinadas pelo Exmo. Director-Geral da Saúde Dr. Francisco George.

- A idade média destes doentes ronda os 40-50 anos. Estamos a tratar de doentes em plena vida

activa, com menos 20-30 anos de vida próximos da idade média da esperança de vida dos portugueses.

- Entendemos não ser ético nem estar de acordo com os princípios de equidade da Constituição Portuguesa, a recusa de fornecimento destes fármacos aos doentes com hepatite C, designadamente aqueles com doenças mais avançadas (F3/F4, i. e. fibrose intensa ou cirrose hepática). Deve-se garantir tão rápido quanto possível, o tratamento tripla com Boceprevir ou Telaprevir aos que têm indicação.

- Alguns deputados da Comissão de Saúde (PSD e CDS) da Assembleia da República elaboraram já um Projecto de Resolução (N.º 758/XII/2.ª) em que recomenda ao Governo o reforço das medidas de abordagem integrada das doenças hepáticas. No ponto 2 do referido documento salienta-se: "A promoção, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, da equidade geográfica no acesso dos utentes à transplantação hepática, bem como aos medicamentos indicados e com eficiência documentada no tratamento da hepatite C".

A Direcção do Colégio da Subespecialidade de Hepatologia»

Lisboa, 28 Julho 2013

Princípios orientadores para a política do medicamento da CNFT

Divulgamos em seguida a posição oficial da Ordem dos Médicos quanto aos Princípios Orientadores da CNFT, a qual foi enviada a Paulo Barbosa, Presidente dessa comissão.

Posição da Ordem dos Médicos quanto ao documento “Princípios orientadores para a política do medicamento”, documento aprovado pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT).

A Ordem dos Médicos concordou com a criação da CNFT como forma de eliminar as inaceitáveis e antiéticas disparidades regionais no acesso ao medicamento, que já prejudicaram muitos e demasiados doentes, e de tornar mais abertos e participados os processos de decisão.

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos deliberou votar contra o referido documento pelas razões que a seguir se apresentam, sem prejuízo da Ordem dos Médicos continuar a participar construtiva e criticamente na CNFT e nos seus Grupos de Trabalho e de considerar que o documento também contém alguns aspectos e princípios positivos. Porém, o actual documento quanto aos “Princípios orienta-

dores para a política do medicamento” não clarifica de forma evidente os potenciais conflitos de funções entre a CNFT e o Infarmed, de que a primeira é um órgão consultivo, entre a CNFT e as Comissões que estão a elaborar as Normas de Orientação Clínica e perpassa em quase todo o articulado uma filosofia de racionamento e não apenas de racionalização. Para além disso, não incluiu representantes de Associações de Doentes, que deveriam acompanhar e participar dos trabalhos da Comissão, conforme a Ordem dos Médicos tem proposto.

Pretende-se que as decisões da CNFT sejam técnica e cientificamente irrepreensíveis e totalmente transparentes, pelo que os Doentes deveriam ser parceiros activos do seu funcionamento e processos de decisão.

Quanto ao documento:

- Não esclarece o que é um “Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) para o

SNS”, conceito que as discussões na CNFT demonstraram amplamente que carece de definição. Pela letra do documento, passaria a ser possível haver medicamentos com AIM e comparticipados que não integrassem o FNM.

- No ponto 16 pretende-se, sem definir como, estender as regras do FHNM ao FNM, confundindo duas realidades completamente distintas, o meio hospitalar e o ambulatório, o que é potencialmente arriscado.

- Não é aceitável que o FNM seja revisto apenas anualmente. Quando um medicamento for aprovado não pode ficar à espera da revisão anual para a sua inclusão no FNM, que deveria ser automática. Este é um modo encapotado de racionamento.

- Na proposta 3 condiciona-se nos hospitais a utilização extra-FNM, de medicamentos com receita médica sem restrição, à existência de avaliação de custo-efectividade pelo In-

farmed. Não se crê que o Infarmed tenha capacidade para fazer este tipo de estudos em grande escala e não estão definidos quais são os padrões a utilizar nas análises de custo-efectividade. A este propósito, parece-nos que o Infarmed funciona com um número de funcionários abaixo do necessário aparentemente com o único objectivo de lentificar os seus processos de decisão.

- Na proposta 5, estabelece-se um prazo de seis meses ao Infarmed que dificilmente será cumprido. Tal proposta sobrepõe-se ao disposto no Decreto-Lei 195/2006 e à Deliberação 1772/2006. Estes até delimitam um tempo máximo de avaliação pelo Infarmed de 270 dias, o que mesmo assim muito raramente é cumprido.

- A Ordem discorda frontalmente do ponto 7. Não se referem padrões para as análises de custo-efectividade (nem valor terapêutica acrescentado), o Infarmed decide sem ser obrigado a ouvir a CNFT e abre-se a possibilidade do Infarmed implementar o racionamento caso entenda. O Infarmed pode implementá-lo de modo arbitrário ou obedecendo a uma imposição implícita da tutela, bastando atrasar ou nunca chegar a um acordo quanto ao custo máximo do medicamento para o SNS.

- A Ordem sublinha o paradoxo do ponto 8. Não há transparência sem a participação dos doentes, na definição do Orçamento de Estado não há uma justa distribuição de recursos para o SNS, cuja despesa média por doente está muito abaixo da média da OCDE, e mesmo que um medicamento tenha uma boa relação custo-efecti-

vidade aceita-se a hipótese de não ser aprovado, afirmando que as decisões serão tomadas caso a caso.

- Ainda no ponto 8, a título de exemplo, na definição da relação custo/QALY, tolera-se que um doente sem alternativa terapêutica não receba um medicamento desde que desenvolva complicações “não” graves.

- Dificulta dramaticamente a utilização de “AUE”, com prejuízos inequívocos para os doentes. Todos sabemos como os processos de aprovação de medicamentos no Infarmed estão excessivamente (deliberadamente?) atrasados, por vezes vários anos. Como é o caso da hepatite C, por exemplo (quantos doentes já terão passado, neste período, de uma condição definitivamente curável para uma situação clínica de irreversível evolução cirrótica ou neoplásica?). A lista de medicamentos em aprovação pelo Infarmed e a evolução dos respectivos procedimentos deveria ser pública, por uma questão de transparência.

- O número de AUEs aumentou por responsabilidade do Infarmed e dos seus cada vez mais dilatados atrasos. Não é tolerável que se pretenda impor uma limitação administrativa artificial ao acesso à inovação terapêutica. Não são conhecidas quaisquer deliberações, disposições ou procedimentos que visem acelerar os processos de decisão do Infarmed.

- Os prazos que se estabelecem para as decisões do Infarmed são fictícios, pois se esses prazos não forem cumpridos, nada de relevante acontece, mesmo que esteja reconhecido que a CNFT, mero órgão consultivo, “possa” pronunciar-se.

- A crescente dificuldade no acesso não apenas a terapêuticas inovadoras mas também a medicamentos mais antigos com reconhecida eficácia e segurança, sem alternativas terapêuticas disponíveis, resultam primordialmente da insustentabilidade e imprevisibilidade da Política do medicamento e de orientações e práticas regulamentares em vigor, que deveriam ser globalmente revistas.

- No que concerne os “Os critérios gerais a utilizar para a elaboração do FNM”, a maioria são redundantes e dispensáveis, nada obstante à sua inclusão. Porém, o Princípio da Economia não se pode aplicar com esta configuração contundente, pois há medicamentos sem alternativa terapêutica que podem não ser custo-efectivos mas que deverão ser utilizados, como nas doenças raras, por exemplo.

- Deveriam ser proibidas todas as mudanças de medicamentos por razões não clínicas, não se aceitando a formulação do ponto 27.

- Alguns Grupos propostos para as Consultas de Grupo parecem desnecessários e burocratizantes, não foram precedidos de uma avaliação custo/efectiva e são potencialmente geradoras de atrasos de decisão. Não parecem ser necessários, estando adequadamente definidas as Normas de Orientação Clínicas.

- Não foi equacionada a possibilidade de um registo nacional da utilização de alguns medicamentos.

- As questões relativas a “partilha de risco” e “partilha de sucesso” extravasam as competências da CNFT e colocam medidas que recaem exclusi-

vamente sobre a Indústria Farmacêutica, numa responsabilização unilateral do "risco" que pode colocar em causa o acesso à inovação terapêutica!

- A não introdução de medicamentos inovadores em Portugal, consequência inexorável de um enquadramento regulamentar imprevisível e pouco transparente, é já, nes-

te momento, uma importante causa de iniquidade no acesso dos doentes portugueses a tratamentos clinicamente mais eficazes, com superior relação benefício /risco e comprovadamente custo-efetivos.

- Finalmente, uma questão incontornável. Este documento deveria referir explicitamente o respeito pela Normas de

Orientação Clínica emitidas em conjunto pela Direcção Geral da Saúde e Ordem dos Médicos.

CNE da OM, 11 de Julho de 2013

Regulamento do Sistema SIM-Cidadão

Divulgamos a proposta de alteração ao Despacho nº 8958/2013 que a Ordem dos Médicos fez ao Ministério da Saúde no sentido de incluir a participação de entidades independentes e representantes da Sociedade no Observatório Nacional e nos Observatórios Regionais de Apoio ao Sistema SIM-Cidadão.

«Pelo Despacho n.º 8958/2013, o Ministério da Saúde, no seu papel de garante dos direitos dos cidadãos na sua relação com o Serviço Nacional de Saúde, aprova o Regulamento do Sistema SIM-Cidadão do Ministério da Saúde, o qual estabelece as normas aplicáveis ao Sistema SIM-Cidadão, que tem por finalidade recolher, tratar e monitorizar as exposições, reclamações, sugestões e elogios efectuados pelos cidadãos nacionais,

europeus e estrangeiros a unidades prestadoras de cuidados saúde e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Ora, o Ministério da Saúde também deve assegurar a participação activa, ética e transparente dos cidadãos na melhoria da organização e funcionamento dos serviços e na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

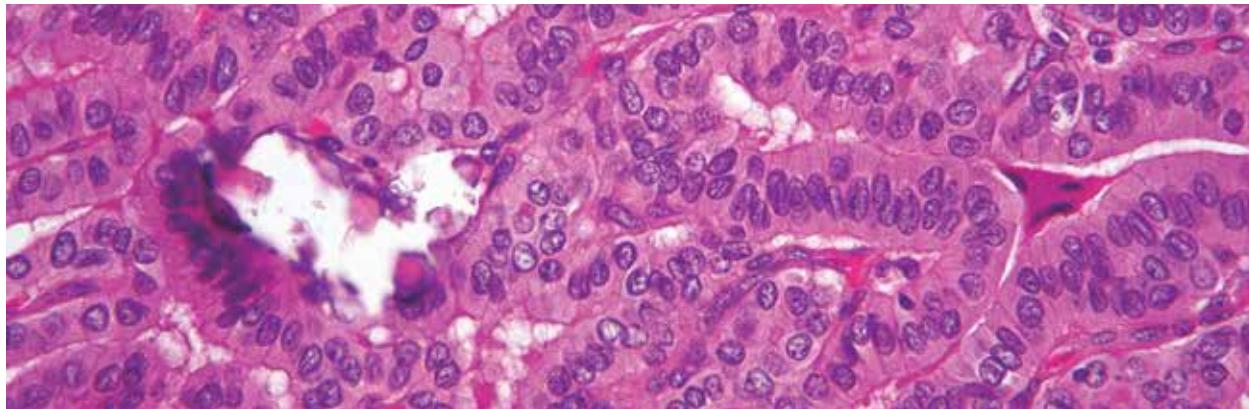
Nesse sentido, a Ordem dos Médicos vem propor a V. Exa. uma

alteração desse Regulamento, no sentido de incluir a participação de entidades independentes e representantes da Sociedade no Observatório Nacional e nos Observatórios Regionais de Apoio ao Sistema SIM-Cidadão, nomeadamente incluindo representantes das Ordens Profissionais da Saúde, da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares e de Associações de Doentes.»



Médico condecorado

O médico João Manuel Varandas Fernandes, especialista em ortopedia e medicina farmacêutica da Secção Regional do Sul da OM, foi condecorado com a Medalha de Honra do Concelho, distinção com a qual foi homenageado no dia 26 de Julho, no âmbito das condecorações municipais. O honroso galardão foi-lhe atribuído pela Câmara Municipal de Loures.



Análise da OM à reportagem sobre células dendríticas

Divulgamos em seguida a apreciação da OM à reportagem da TVI relativamente a células dendríticas no tratamento oncológico.

No sentido de contribuir para o esclarecimento da opinião pública em geral e dos doentes oncológicos, em particular, é o seguinte o conteúdo da apreciação efectuada pela Ordem dos Médicos ao referido programa, intitulado “Células de Esperança”:

1 - No programa em apreço, o Dr. Luís Costa não teve a oportunidade para produzir um esclarecimento sereno e cabal sobre a terapêutica com células dendríticas.

2 - O programa descuidou aspectos importantes na elaboração de qualquer terapia. Concretamente, não evidenciou que o tratamento generalizado com células dendríticas não foi sujeito à avaliação científica exigível a qualquer terapêutica inovadora. A saber, a realização de ensaios clínicos, geralmente transnacionais, que definem, com inabalável rigor, a metodologia a utilizar. Entre outros: os objectivos do ensaio, os critérios de inclusão dos doentes, as avaliações dos resultados encontrados, o

registro da toxicidade detectada, a apreciação do custo/eficácia e mais-valia sobre o tratamento standard nessa situação específica, a apresentação e publicação desses resultados à comunidade científica e a submissão às entidades oficiais para integração nas guidelines terapêuticas.

3 - Até ao momento, não há qualquer trabalho publicado sobre a utilidade, eficácia e segurança do tratamento com células dendríticas, no doente oncológico.

4 - Nenhuma Sociedade de Oncologia (Europeia ou Americana) menciona este tratamento como alternativa, nas suas orientações terapêuticas.

5 - A EMA (European Medicines Agency), entidade europeia competente que valida todo o tratamento, ainda não o reconhece na forma utilizada, estando apenas em investigação, em situações específicas, como “orphan designation”.

6 - Questionados vários oncologistas alemães, nenhum reconheceu esta clínica e, muito menos, considerou esta terapia

válida e recomendável à luz dos conhecimentos actuais.

7 - O programa condicionou e criou exageradas expectativas a alguns doentes oncológicos que, inconsistentemente, manifestam o desejo de se submeterem a esta terapia que os oncologistas portugueses não podem validar por ausência de informação científica publicada.

8 - Ao ser apresentado o exemplo de um doente português que se deslocou ao estrangeiro, com logística e tratamento comparticipados pelo Ministério da Saúde, sem sublinhar a sua especificidade, criou um problema insolúvel aos oncologistas portugueses que não podem recomendar uma terapia que não está científicamente validada. É óbvio que esta questão vai ser colocada por muitos outros doentes que se julgam com direito a um tratamento alternativo.

9 - Pretendemos afirmar o nosso repúdio pela falácia que alguns media passam para a opinião pública, transmitindo a imagem de conluio íntimo dos médicos

com a indústria farmacêutica. Isso foi francamente explícito quando se afirmou, no referido programa, que a comunidade médica não aceita esta terapêutica apenas pelo facto de ser alheio à indústria farmacêutica, por não se tratar de um fármaco comercializável.

10 – A Ordem dos Médicos reitera que apenas pretende que seja demonstrada cientificamente a eficácia da terapêutica, como com todas as outras, acreditando mesmo que, ao tratar-se de uma terapia imunológica, poderá ser útil no futuro, em alguns doentes e em situações específicas, à se-

melhança de outras terapias-alvo já recomendadas e utilizadas na prática clínica.

José Manuel Silva
Bastonário da Ordem dos Médicos

CRIM-Sul paralisada pela ARSLVT

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, reunido no dia 23 de Julho de 2013, em Coimbra, manifesta a sua extrema preocupação com a situação de conflito criada pela ARSLVT, centrada em atitudes discricionárias e conflituantes que contrariam o Decreto-Lei 203/2004, alterado pelo Decreto-Lei 45/2009, que suporta a legitimidade da Comissão Regional do Internato Médico da Zona Sul. Esta atitude desnecessária da ARSLVT, com base na Portaria 251/2011, que já está a ser revista e corrigida, origina uma perturbação inquietante de consequências imprevisíveis ao harmonioso decorrer dos Internatos Médicos.

A actual ausência de representatividade e funcionalidade da CRIM-SUL, com a consequente paralisação funcional em temas importantes, tem prejuízos significativos e imediatos para a formação médica na região Sul.

A Ordem dos Médicos, preocupada com esta situação insustentável, não pode deixar de alertar a tutela para a necessidade de uma resolução urgente da imprevista e insensata situação criada pela ARSLVT.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos

Conferência

17 de Setembro, terça-feira, 21h

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

Sessão temática

19 de Outubro, sábado, 15h

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

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

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

«Pedro Hispano Portugalense: da eleição papal às vississitudes da tumulação» - José Paiva Boleo Tomé

«Razão e experiência na obra “Thesaurum Pauperum”» - Maria Helena da Rocha Pereira

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

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

Informações e inscrições:

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

História da
Medicina

Membros da Direcção do NHMOM: A. Aires Gonçalves, Victor Machado Borges, Maria do Sameiro Barroso e Paulo Coelho



Plantas na História da Dor

Joaquim Figueiredo Lima foi o orador convidado pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos para a sua sessão de dia 14 de Maio. O especialista em anestesiologia e membro da direcção do respectivo Colégio da Especialidade falou sobre «as plantas na história da dor» tendo efectuado uma contextualização da relevância e plantas conhecidas/usadas ao longo da história da humanidade mas também fez referências actuais sobre as plantas medicinais no nosso século e as interações conhecidas entre plantas e fármacos.

Figueiredo Lima começou por felicitar o NHMOM pelo seu trabalho, reconhecendo que, apesar da importância de preservar a memória, em Portugal não se valoriza devidamente actividades desse âmbito. A título de exemplo, referiu que na sua própria especialidade – anestesiologia – é muito difícil escrever sobre o que se passou antes de 1950 porque os documentos não foram devidamente preservados.

«Cada época da História da Humanidade caracterizou-se por atitudes culturais específicas, em função dos contextos geográficos e socioculturais em que se inseriram. A Dor foi um fenómeno transversal a todas as civilizações e para a qual se procuraram encontrar explicações conceptuais», referiu, considerando que a

definição de dor associada a um dano físico é redutora pois deixa de lado a dimensão emocional que também é imprescindível para uma boa apreensão do conceito. O orador trouxe-nos alguns exemplos da dor na arte, citando, por exemplo, Frida Kahlo que toda a vida pintou sobre a dor, física, emocional, mas também a dor que se prende com os aspectos social e familiar; Outro exemplo é a imagem que ganhou o prémio de melhor fotografia do World Press Photo em 2012 e que «retrata a dor de alma, aquela que hoje se sabe que tem reflexos do ponto de vista físico», explicou. Durante muitos anos a dor era temida, vista como punitiva, incompreendida... «Fundamentada em conceitos teosóficos: a dor – e a doença – surgiu como cas-

tigo divino imposto por deuses ou por demónios na sequência de uma rutura nas relações que os humanos teriam assumido com tais divindades». Para tentar fazer face à dor, ou diminuir os castigos, usávamos intermediários, «curandeiros, magos ou feiticeiros» e estabelecíamos pactos, fazíamos oferendas, sacrifícios, etc., processos cujo objectivo era o acesso à divindade para combater o sofrimento... Sendo a dor vista como castigo divino, «as tentativas para aliviar a dor, o sofrimento e a doença, usando ervas, cataplasmas, compostos químicos, etc., eram considerados atentados contra os dogmas, tal como as bruxarias, magias ou rituais xamânicos e, severamente perseguidas e punidas». «As plantas são utilizadas com

Figueiredo Lima



objetivos medicinais desde há cerca de 60 mil anos. As mais antigas referências foram localizadas nas grutas de Lascau (França) e datadas de 13 a 25 000 a.C. e escritos sumérios datados de há cerca de 5 000 a.C. citam a utilização de plantas para tratamento de doenças que afetavam os animais e os seres humanos. Os papiros da civilização egípcia referem a utilização de plantas para fins medicinais, religiosos ou mágicos e as medicinas india (Ayurveda) e chinesa são profícuas em referências». Figueiredo Lima explicou seguidamente a evolução histórica do recurso às plantas para fins medicinais, nomeadamente as reflexões de Hipócrates «sobre a relação entre a Dor e a Doença» e a forma como o mesmo recorreu a plantas para aliviar a dor, nomeadamente Ópio

(*Papaver somniferum*) e o percursor do ácido acetilsalicílico, ou seja, casca de Salgueiro (*Salix alba*). O orador referiu nomes como: *Pedanius Dioscórides* (100 a. C.), que «usou o vocábulo 'Anestesia' cerca de 1800 anos antes que Oliver Holmes o sugerisse a William Morton (1846)!», *Plínio, o Velho* (23-79), que «escreveu *Naturalis Historia*, uma obra volumosa, sintetizada em 37 volumes, onde relatou o saber da sua época», *Lúcio Apuleyo* (125-180), «acusado de magia e feitiçaria, terá administrado Mandrágora e vinho para induzir o sono, durante o qual seria possível amputar um membro sem a menor dor», *Cláudio Galeno* (131-200), «um dos mais entusiastas na utilização do Ópio como analgésico e modificador do comportamento», *Avicena ou Ibn Sina* (980-1037), que «aos 18 anos era médico das cortes» e «introduziu o Ópio, o Álcool, a Cânfora, a Noz-vómica, a Erva-cidreira, a Mandrágora, etc. e descreveu, pela primeira vez a Toxicidade», *Paracelso* (1493-1541), *Walter Raleigh* (1595), *William Withering* (1741-1799), *Nagayoshi Nagai* (1887) e muitas outras referências importantes no contexto histórico do uso das plantas em medicina. Foram igualmente referenciados os herbários e os jardins botânicos, desde o primeiro herbário conhecido «implementado pelo imperador chinês Shen Nung, pai da Medicina chinesa e da farmacologia, cerca de 2695 a.C. Continha a descrição de 365 ervas medicinais e venenosas», ao primeiro Jardim Botânico europeu, feito por Luca Ghini em 1543, ou ao Jardim Botânico da Ajuda (Lisboa) que foi começado a construir em 1768. Figueiredo Lima analisou em seguida os avanços no estudo e consumo de derivados de plantas nos séculos XX-XXI referindo que

o progresso tecnológico e científico verificado nesses séculos «permitiu a análise química dos componentes de muitas plantas, a compreensão da sua atividade farmacológica e a síntese de novas moléculas. Centenas de componentes fitoquímicos de plantas são, atualmente utilizados sob a forma de medicamentos». Numa época em que se calcula que sejam utilizadas cerca de 50 mil espécies de plantas com fins medicinais, o orador deu vários exemplos de plantas com actividade farmacológica ou que contribuíram para a elaboração de moléculas e de medicamentos sintéticos ou semissintéticos e alertou, recorrendo a casos práticos, para o perigo se não se educar os doentes para a necessidade de explicarem ao médico, sempre, se estão a tomar algum 'produto natural'. Apenas a título de exemplo: a Capsaicina, presente nos pimentos e malagueta, tem efeito analgésico, a valeriana tem um efeito sedativo e o Anis Estrelado Chinês, que contém o agente Oseltanivir, tem efeitos antivirais. Mas, enquanto o Anis Estrelado Chinês foi usado na produção de tamiflu, o Anis Estrelado Japonês é proibido na União Europeia por ter efeitos tóxicos mas, ainda assim, o orador referiu que em algumas lojas o que está à venda é o de origem japonesa. «O conhecimento dos mecanismos farmacológicos da interação entre agentes fitoterapêuticos e fármacos convencionais deve ser considerado, sempre que um profissional prescreve determinadas associações medicamentosas complementadas ou não com extractos de plantas», referiu, acrescentando que «os produtos de fitoterapia devem ser parados 15 dias antes de uma cirurgia para evitar interactividade», conforme recomendação da



Laocoonte e seus Filhos - 40-20 a.C. - Museu do Vaticano

Sociedade dos Anestesiologistas Americanos. Além de uma listagem de potenciais interacções, o especialista em anestesiologia explicou que, diariamente, convivemos com plantas que podem ser mortais como por exemplo o ricino, cujas sementes dão origem à ricina que é usada no bioterrorismo, e mostrou alguns exemplos que, pela sua gravidade, foram noticiados na imprensa como o caso de uma senhora que comprou um colar feito de sementes de 'olho-de-cabra', e que teve uma grave reacção alérgica. Note-se que, tal como foi explicado na conferência, é desta planta que se retira uma das moléculas mais perigosas do mundo (75 vezes mais potente do que a ricina); outro caso em que há relatos de morte por ingestão de folhas e churrasco com ramos de uma planta é o loendro. «Cada vez existem mais

publicações sobre esta matéria e estamos na presença de um negócio multimilionário. (...) Suplementos, plantas, fitoterapia, medicina tropical, medicina convencional, medicina alternativa ou complementar e, no meio, temos a pessoa», com a agravante que muitos desses produtos, como foi salientado por Figueiredo Lima, não estão sob a alçada do Ministério da Saúde mas sim do Ministério da Agricultura, embora sejam, na verdade, fármacos... A consequência é que os fitofármacos não são sujeitos aos mesmos critérios de qualidade, não se submetem a farmacovigilância, não têm os mesmos estudos de segurança nem de eficácia, algo que Figueiredo Lima considera que deve ser o futuro: «Em Portugal o futuro deverá passar por mais rigoroso Controlo de Qualidade e Farmacovigilância por institui-

ções dependentes do Ministério da Saúde, pela diferenciação dos Profissionais envolvidos na comercialização e aconselhamento dos impropriamente designados por 'Suplementos alimentares', pela educação médica dos Profissionais da Saúde e apropriada regulamentação na utilização destes fitoquímicos. A Auto-medicina deve ser desincentivada e o aconselhamento comercial por profissionais indiferenciados nos espaços comerciais, tal como a publicidade a 'suplementos alimentares' (quantas vezes enganosa!) deveria ser reprimida pelos potenciais riscos para a saúde daqueles que os utilizam». Um texto mais completo desta conferência, incluindo as listagens de interacções, pode ser consultado no site nacional da OM, na área dedicada à história da medicina.



Visita ao Hospital Garcia de Orta

No dia 7 de Junho o bastonário da Ordem dos Médicos deslocou-se ao Hospital Garcia de Orta, em Almada, onde visitou as instalações e teve contacto directo com os colegas, interagindo-se das potenciais dificuldades inerentes às alterações organizativas que têm ocorrido e das condições em que os colegas exercem.

Nesta visita, o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, foi acompanhado por Amaral Canelas, presidente do Conselho Distrital de Setúbal, Palma Rodrigues, vice-presidente da mesa da Assembleia Distrital e Daniel Travancinha e Jorge Espírito Santo, membros consultivos do Conselho Regional para o mesmo distrito médico. A receber os representantes da OM, Daniel Ferro, Presidente do Conselho de Administração, Lourdes Bastos e José Ferrão, vogais do Conselho de Administração, Paula Breia, directora clínica, Odilia Neves, enfermeira directora, e Nuno Crespo, responsável pelo gabinete de comunicação e imagem.

Daniel Ferro começou por efectuar um enquadramento genérico explicando que o conselho de administração tomou posse há pouco tempo, tendo dado continuidade a alguns projectos e melhorando os aspectos que havia para melhorar outros. «Queremos que o hospital seja

efectivamente uma instituição de referência em termos de qualidade e que proporcione níveis de acessibilidade cada vez melhores», referiu, explicando a visão estratégica que os fez não 'fazer tábua rasa' do que estava a ser feito, sempre com o intuito de procurar uma melhoria contínua. Uma das áreas em que sentiu que há muito a melhorar foi a cultura da organização, estando em curso uma tentativa de «melhorar os circuitos internos com a ajuda da informática», bem como «alguns problemas de eficiência/sustentabilidade que se estão a melhorar». Referindo estar consciente de que nenhuma mudança se faz sem as pessoas, o presidente do CA realçou a importância da promoção do ensino quer em colaboração com as faculdades quer em termos de ensino pós-graduado o que se reflecte em termos de números: para um universo de cerca de 350 médicos no quadro clínico, a instituição tem quase 200 internos em formação. Por outro

lado, «tínhamos a investigação muito dispersa e pouco dinamizada mas temos feito um esforço para contrariar essas tendências e promover a investigação». Para o plano estratégico 2013/2015, o CA procurou a participação activa dos serviços; estando agora em fase de «trabalhar os indicadores clínicos», conforme explicou. «Queremos ter uma análise em relação a cada serviço; (...) Em termos de melhoria de processos estamos a fazer uma aposta na gestão do tempo de internamento, boas práticas clínicas, informatização clínica e auditorias internas aos serviços». Questionado pelo bastonário da Ordem dos Médicos sobre os potenciais cortes orçamentais, Daniel Ferro referiu que «a pressão dos custos é grande» e que 55% do peso é em gastos com pessoal, mas que não quer que os cortes sejam cegos ou feitos de forma administrativa. «Queremos reduzir os custos mas através do aumento da produtividade e do melhoramento dos processos».

Perante o comentário de José Manuel Silva sobre as discrepâncias de preço na compra de medicamentos entre os três hospitais da península e o quanto se podia poupar nessa área, foi explicado que, no passado, o entendimento não foi possível mas se as três instituições estão, de novo, a preparar uma tentativa de potencializar a compra em escala, nomeadamente «na aquisição de produtos em que achamos que há margem para baixar os preços», medidas que podem ter impacto na redução das despesas.

A propósito da acessibilidade, Palma Rodrigues referiu que a melhoria pode não depender só do Hospital Garcia de Orta e questionou, com a concentração de alguns serviços e encerramento de outros na Península de Setúbal, se a instituição estará preparada para assumir a resposta em substituição desses serviços que desapareçam, exemplificando com o possível encerramento do serviço de ortopedia infantil e com as potenciais alterações organizacionais daí decorrentes, alertando para o risco de uma «não resposta às necessidades concretas dos utentes». Jorge Espírito Santo também referiu a sua apreensão quanto ao tipo de organização que vai ser implementada pois, considerando que a área geográfica tem boas acessibilidades e três instituições bem implementadas e que desenvolveram as suas capacidades ao longo do tempo, é inevitável que nos questionemos sobre se a solução melhor é a complementaridade ou a concentração e defendeu que o ideal é uma solução em que «se faça circular os conhecimentos e as capacidades, numa solução mais de partilha do que de concentra-



ção». Daniel Ferro defendeu que a resposta será «ambas» pois «o planeamento tem que ser ajustado à realidade». Considerando que o Hospital Garcia de Orta

melhorou em termos de referenciamento, afirmou a sua convicção de que esta instituição «vai ter uma melhor capacidade de resposta às funções básicas mas

também como hospital de referência», mas reconheceu que o diagnóstico ainda não está completo e que «centralização pode querer dizer que um serviço fica numa só instituição mas também se pode traduzir numa realidade em que outro serviço é prestado nas três instituições por ser essa a melhor forma de servir a população», resumindo uma solução de equilíbrio entre uma «resposta integrada e uma resposta de complementaridade»; «nenhuma instituição pode aceitar pionar a prestação de cuidados à população», concluiu, salientando como exemplo de área em que não haverá dificuldades de resposta a cirurgia pediátrica. Já a directora clínica preferiu realçar exemplos de complementaridade: «neurocirurgia só temos aqui no Garcia de Orta, radioterapia só há no hospital do Barreiro e em Setúbal a Medicina Física e de reabilitação: individualmente e no conjunto, as três instituições dão, assim, o seu melhor na resposta à população».

Recursos humanos

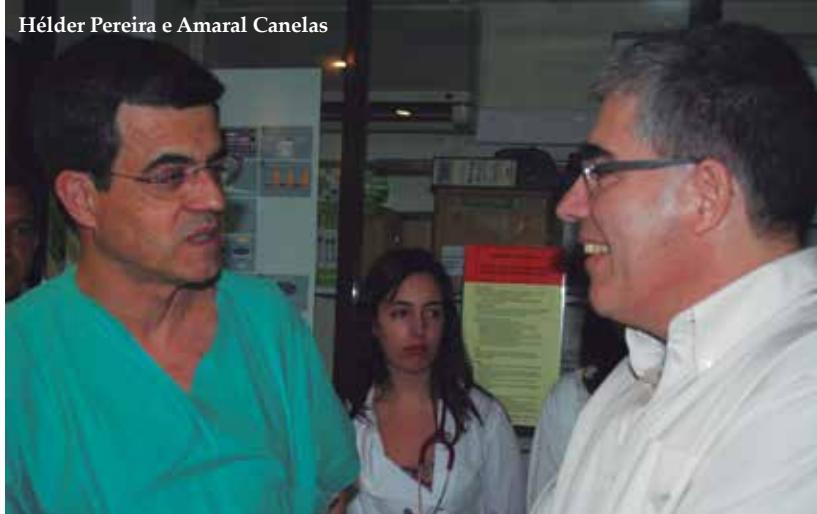
Um dos temas que havia sido referido logo no início da visita foi um problema que tem afectado várias instituições de saúde: o recurso a *outsourcing* sem qualquer tipo de planeamento, facto que foi definido pelos colegas como «muito prejudicial». José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, realçou que «uma equipa é muito mais do que um mero conjunto de pessoas», salientando a necessidade de os profissionais se conhecerem bem, serem complementares e trabalharem com verdadeiro espírito de equipa, o que não se consegue quando alguns dos médicos são 'tarefeiros'. A este propósito, Palma Rodrigues

relembrou que «quase tudo se pode delegar mas não a missão da instituição». Precisamente sobre as dificuldades em termos de gestão de recursos humanos, o presidente do CA, Daniel Ferro, explicou que «cada vez que abre um hospital novo, ficamos desfalcados. Foi o que aconteceu com a abertura do hospital de Loures em que dos nossos 22 anestesistas, seis foram para essa instituição» o que afectou muito a área de cirurgia. «Houve alguma capacidade dos serviços de minimizarem os efeitos desta saída mas ainda não recuperámos totalmente deste processo». Sobre a política de contratação de recursos humanos, explicou ainda que «nenhum serviço do Garcia de Orta está neste momento dependente de prestações de serviços e as áreas em que recorremos a esse tipo de contratação é apenas como complemento». Uma das dificuldades sentida em termos de contratação de novos especialistas é que, a nível da política salarial, a instituição não consegue concorrer com os privados. Não tendo sido autorizada a abertura de concurso, o Conselho de Administração optou por, no cumprimento das regras, não fazer contratação mas não deixa de ser salientado que «outros hospitais conseguem fazer contratações atípicas sem abertura de concursos»... José Manuel Silva referiu que a Ordem dos Médicos já alertou o Ministro da Saúde para as dificuldades que se estão a sentir a este nível, nomeadamente, com a abertura dos concursos de índole nacional e com a demora na contratação que originam. Uma área identificada como de intervenção primordial é a integração de processos com os ACES, algo que, segundo a Administração, já está em curso.

Visita a alguns serviços

Na visita aos serviços foi-nos explicado pelo Director do Serviço de Neurorradiologia, Augusto Goulão, que era habitual receber com frequência doentes dos HUC para serem operados mas que, com a lei dos compromissos, e os HUC a não pagarem as intervenções efectuadas no Garcia de Orta, corria-se o risco de ter que deixar de operar os próprios doentes desta instituição. «Temos capacidade para fazer mais mas os HUC deixaram de nos enviar os seus doentes», referiu. O serviço de neurorradiologia é um centro de intervenção e diagnóstico e perante os exemplos de outros países em que a organização é concentrada, Augusto Goulão explicou: «Na Noruega, por exemplo, há um hospital único com neurorradiologia de intervenção mas tem um avião só para fazer o transporte dos doentes para esse hospital». O presidente do Conselho Distrital de Setúbal, Amaral Canelas, também referiu o exemplo francês em que a área de intervenção de uma maternidade é 350 km mas... com helicópteros para fazer o transporte. Amaral Canelas defendeu que não há necessidade de existirem os 7 ou 8 serviços de neurorradiologia de intervenção e que bastariam dois e que com uma gestão adequada ainda se poupariam recursos. Relativamente aos cortes, Augusto Goulão explicou que não houve faltas de material no seu serviço, tendo apenas sido solicitada a contenção no consumo dos materiais mais caros. Os equipamentos deste serviço, que já foram 'de topo', começam agora a ficar um pouco ultrapassados mas não há dinheiro para fazer a sua actualização. Um dos maiores problemas que foi refe-

Hélder Pereira e Amaral Canelas



José Alberto Clemente



rido são as listas de espera pois, por exemplo, para radiologia com ressonância magnética a lista é de mais de 2 anos, o que se deve, em grande parte, ao corte nas horas. «Tínhamos seis especialistas e três foram embora; um reduziu o horário para 12h e outro para 18h». José Manuel Silva foi peremptório ao afirmar que «listas de espera de 2 anos não são compatíveis com o exercício da medicina». Paula Breia, directora clínica, explicou que as listas de espera poderão não ser fidedignas pois muitos doentes poderão ter feito a ressonância fora, ou poderão já ter entrado pelas urgências ou pelo internamento, sendo necessário expurgar as listas para confirmação da situação efectiva e explicou que, quanto à contenção, o que se pretende é apenas reduzir desperdícios, «não solicitando exames desnecessários» e exemplificou com neuroradiologia que anteriormente operava com TAC e que agora solicita sempre que se faça uma ressonância magnética.

À semelhança do que tem feito habitualmente nas instituições que tem visitado, o presidente da Ordem dos Médicos instigou os colegas a serem pro-activos e

sugeriu que elaborem *guidelines* e as submetam aos Colégios da Especialidade, para potenciar a sua transformação em Normas de Orientação Clínica. «Queremos reduzir as disparidades regionais: se alguém aqui faz um trabalho de qualidade, outros escusam de perder tempo a pensar nas mesmas questões», referiu, salientando a importância da partilha do conhecimento entre colegas.

Hélder Pereira, director do serviço de Cardiologia, e presidente da APIC - Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular, conversou a delegação da Ordem dos Médicos, nomeadamente, sobre o programa europeu, o Stent for Life (SFL), que «visa diminuir a mortalidade por enfarte agudo do miocárdio na Europa, sobretudo nos países, como Portugal, que tem uma taxa de angioplastia primária, o melhor tratamento para o enfarte do miocárdio, abaixo do que se julga adequado: nós realizamos cerca de 300/milhão/ano, sendo que se considera que se deveria tratar 600/milhão/ano». Referiu ainda dos problemas do subdimensionamento da sala de angiografia, onde operaram seis especialidades médicas que tra-

balham ininterruptamente das 8 da manhã até às 23 horas. No entanto, esta situação está em vias de ser resolvida através da implementação de uma sala, específica para a cardiologia, para a qual já terá sido aprovada a verba necessária.

Um dos problemas piores na abordagem desta patologia é o tempo de espera dos doentes que chegam ao hospital 'pelo seu pé': «o protocolo de triagem de Manchester não faz uma triagem adequada e os doentes esperam mais de 100 minutos até entrar». Em cerca de 21% dos doentes o protocolo de Manchester não classifica com emergentes ou urgentes (cores vermelha e laranja). «A solução, que propomos

Pedro Moniz Pereira



para ultrapassar esta questão, será a realização de ECG imediato a todas as dores torácicas, não traumáticas, e a dores ou desconforto supraumbilical. Também seria uma grande mais valia, a presença de um técnico de cardiopneumologia 24/7 na urgência». «Um dos problemas do tratamento do enfarte, em Portugal, é o número diminuto de doentes que contacta o 112 (cerca de 38%), dirigindo-se pelo seu próprio pé para o hospital. Como não é possível haver

cardiologia de intervenção em todos os hospitais, cerca de metade dos doentes com enfarte entra, pelo seu próprio pé, em hospitais sem angioplastia primária, tendo que ser transferidos. Num estudo, realizado em 2012 pela APIC, verificou-se que quando um doente entra nem hospital sem angioplastia, demora cerca de duas horas a ser transferido para um hospital com angioplastia. As *guidelines* consideram que não deveria demorar mais de 30 minutos. No estudo que elaboramos, apenas 3,5% da população preenche esse critério. Enquanto este problema, de sensibilização da população para ligar para o 112, não estiver resolvido, vejo com alguma apreensão o encerramento de unidades já em funcionamento, pois isso pode acarretar agravamento dos nossos indicadores que já não são extraordinários. Se neste momento fossemos redesenhar, ab initio, as salas de angiografia da grande Lisboa, possivelmente o número seria menor. No entanto, o encerramento de algumas delas, no momento actual, poderia acarretar redução da qualidade no tratamento», explicou-nos. Sobre a cardiologia de intervenção, Hélder Pereira considera que do ponto de vista teórico poderemos considerar que há excesso de centros na região da grande Lisboa mas que, face ao facto de um grande número de doentes, com enfarte, se dirigir pelo seu próprio pé para os hospitais, o encerramento de alguns dos centros actuais, poderia levar a atrasos que têm fortes implicações no prognóstico desta patologia. Quanto à Via Verde coronária na península de Setúbal, o director do serviço considera que, dado os elevados tempos, ainda observados na

permanência nos hospitais sem cardiologia de intervenção, a logística e tempo gastos no transporte interhospitalar, faz sentido a existência desta valência, simultaneamente, em Setúbal e em Almada.

Referiu ainda que, apesar do INEM, em geral, ter conseguido importantes avanços nos cuidados pré-hospitalares aos doentes com enfarte do miocárdio, através do contacto directo dos centros de cardiologia de intervenção e da transmissão directa do ECG para as unidades coronárias, o HGO apresenta ainda alguns períodos de inoperacionalidade da VMER, considerando que este é um problema que deverá ser ultrapassado.

Relativamente ao encaminhamento, defendeu que os doentes do Litoral Alentejano, provavelmente, ganham em ser orientados para o Hospital de Setúbal e não para Évora, dado que Setúbal se encontra mais próximo. Hélder Pereira tomou ainda a área do Hospital do Barreiro como um exemplo da vantagem do doente ligar de imediato para o 112: nesse caso, o INEM transporta directamente o doente para um dos hospitais com cardiologia de intervenção. Caso o doente se dirija pelo seu próprio pé ao hospital do Barreiro acaba por perder-se muito mais tempo porque há que efectuar a transferência para o hospital mais próximo com cardiologia de intervenção.

Nas urgências foram referidos problemas directamente relacionados com os recursos humanos e com a «falta de qualidade» de alguns profissionais contratados em *outsourcing*. Como a afluência de doentes torna muito difícil o acompanhamento, José Alberto Clemente, que passou pelos

três hospitais da Península de Setúbal, explicou-nos que está a ser estudada uma metodologia que permita que, assim que o doente esteja estável passe a ser seguido pelos colegas dos serviços de especialidade. Como, por vezes, o doente que está a ser seguido pelo seu médico de família, aparece nas urgências sem que primeiro tenha recorrido a MGF e apesar do problema estar controlado, está igualmente a ser estudado um programa com os ACES que permita reduzir o recurso excessivo, sempre que desnecessário, às urgências.

Seguiu-se a visita ao serviço de Cirurgia II, o qual tem, nomeadamente, quartos individuais e unidades de vigilância, oito camas com ocupação total quase constante, uma unidade de cirurgia ambulatoria, isolamento próprio para pneumologia e infecciologia. O serviço tem 14 especialistas - «devíamos ser 26» - e 9 internos. Francisca Delerue e Pedro Moniz Pereira, acompanharam a visita ao serviço de Cirurgia II. Foi-nos explicado que uma das coisas que a actual administração fez bem foi a criação de uma unidade de cirurgia ambulatoria que tem uma boa capacidade de resposta e resolve muitas situações e permite libertar o bloco dessas intervenções. Os recursos humanos, ou melhor, a sua falta, também se sentem neste serviço e, por vezes, a mesma é colmatada com o trabalho dos médicos internos. Outro problema comum aos hospitais portugueses, e para o qual o HGO não é excepção, é as situações de casos sociais em que a alta não é dada porque não há resposta do sistema de saúde. Problemas sociais a que os colegas não conseguem ficar indiferentes mas que, muitas vezes, condicionam a gestão dos serviços.



Visita a várias unidades de cuidados de saúde primários

Durante o mês de Junho, José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, visitou diversas unidades de Cuidados de Saúde Primários do nosso país para se inteirar das condições de exercício profissional dos colegas que aí trabalham. Resumimos nesta edição o resultado das conversas com os médicos das seguintes unidades: USF Cova da Piedade e UCSP Rainha D^a Leonor, que foram visitadas no dia 7 de Junho, e USF Gualtar, cuja visita teve lugar no dia 12 do mesmo mês.



Cuidados de Saúde Primários em Almada

O número 2 da Av. Rainha D. Leonor, em Almada, um prédio com cerca de 40 anos, alberga uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), ocupando cada uma dessas instituições dois andares do referido prédio. As diferenças entre as duas unidades são notórias e transpareceram na visita que fizemos...

A Unidade de Saúde Familiar Cova da Piedade, situada nos 6.^º e 7.^º pisos assegura, neste momento, a formação de 13 internos do internato complementar, 2 do ano comum e uma interna de pediatria. Dos 10 seniores, oito são orientadores. Maria José Colaço, vogal do Conselho, explicou-nos que «tem sido difícil acolher todos os colegas para formação»

pois, apesar de haver espaço e vontade, os orientadores só são oito. Outro problema da formação que nos foi explicado por Maria José Colaço é que o Ministério esquece-se que a formação é um investimento e não um custo e faz a alocação dos pagamentos dos internos às contas da USF. Este facto faz com que, naturalmente, as unidades onde os colegas escolhem ser orientadores e dar formação - como é, aliás, seu dever ético e deontológico -, sejam as que ficam mais caras... Esta USF inclui consulta de áreas específicas como diabetes, nutrição, cessação tabágica, saúde da mulher, saúde infantil e vacinação. Pudemos ver os diversos gabinetes médicos, sala de reuniões, gabinete de enfermagem e seis gabinetes para internos da especialidade de medicina Geral e Familiar, bem como sala de

tratamentos/pequena cirurgia, sala de observações com electrocardiograma, todas áreas muito espaçosas e em melhores instalações do que a maior parte dos Centros de Saúde.

Nesta Unidade presenciamos o final da reunião de equipa onde os internos também participam e onde se fazem auto-avaliações. «Temos reunião clínica todas as sextas-feiras e, uma vez por mês, reunião com toda a equipa». Um dos receios quanto ao futuro, manifestado pelos internos presentes na reunião é a incerteza se irão exercer a sua actividade profissional numa USF ou numa UCSP... «Temos este nível de formação e qualidade durante o internato, e depois?». José Manuel Silva realçou que existem UCSPs muito boas, mas que tendencialmente a organização das USF será o futuro e defendeu que os internos deveriam poder escolher em que tipo de organização querem trabalhar quando terminarem a sua formação. Maria José Colaço manifestou o seu receio de que se perca material humano de qualidade e realçou o espírito empreendedor de alguns destes internos mas «têm que ser motivados e apoiados».

Outro problema para o qual os médicos presentes alertaram foi



o facto de continuarem a «limpar listas sem perguntar aos médicos» e foi-nos relatado o caso de um menino em idade de vacinação que, como se atrasou, foi automaticamente expurgado da lista do médico de família... José Manuel Silva comprometeu-se a intervir junto do Ministério da Saúde quanto a este assunto pois a atitude da tutela «tem sido evitar problemas onde é possível evitá-los».

Foram igualmente realçadas as excelentes condições de trabalho que, de facto, pudemos constatar no local e a qualidade da equipa de enfermagem que «é muito competente» e contribui para o

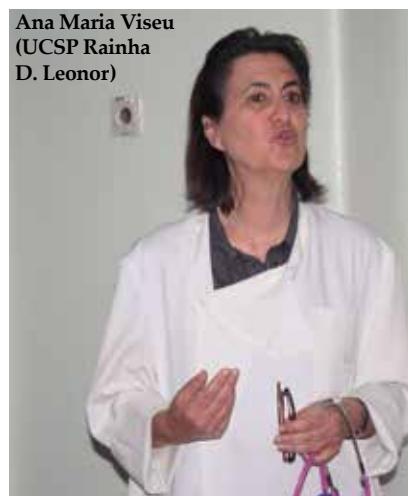
bom desempenho desta USF.

UCSP Rainha D^a Leonor

Quando entramos na UCSP notou-se que o prédio já não é novo... Apesar de ser o mesmo edifício e continuarmos a ter áreas generosas e a falta de espaço não ser um problema, notam-se as diferenças e, enquanto a USF denotava obras de remodelação, a UCSP apenas aparenta ter sofrido intervenção em termos de manutenção. O espaço continua a ser agradável mas não tão moderno quanto o que encontrámos na USF do mesmo prédio. Aqui na UCSP, os serviços também estão divididos por dois andares,



Reunião de equipa na USF da Cova da Piedade



Ana Maria Viseu
(UCSP Rainha
D. Leonor)

Tânia Bonifácio



os quais visitamos na companhia da coordenadora desta unidade, Ana Maria Viseu, que nos explica que oito médicos asseguram a resposta a 19 mil utentes, dos quais cerca de 6000 sem médico atribuído, e que não avançaram para USF porque nem todos os colegas tinham perfil para essa forma de organização. Apesar de nunca ter estado numa USF, a coordenadora desta UCSP defende que a forma de trabalhar numa unidade com uma organização tradicional é que «não há objectivos e, consequentemente, não há pressão; podemos fazer tudo com calma... A esta altura da vida, prefiro trabalhar assim: mesmo que me atrasse, os meus doentes sabem que quando chegar a vez deles também os vou atender com toda a calma».

Perante a informação de que esta instituição não está, actualmente, a receber internos, José Manuel Silva sensibilizou os colegas, na pessoa da coordenadora da UCSP, para o facto de o Ministério ter pedido mais espaço de formação para Medicina Geral e

Familiar, para compensar a falta de vagas formativas a nível hospitalar.

Tanto Tânia Bonifácio, que é interna na USF Cova da Piedade, como Ana Maria Viseu, coordenadora da UCSP Rainha Dª Leonor, referiram que é necessário educar os doentes para as diferenças entre aquilo que são as suas urgências pessoais e a urgência médica pois, para alguns doentes, a urgência que existe é, por exemplo, «urgência em ir para casa fazer o jantar»... Esta visita do presidente da OM, foi acompanhada por Daniel Travancinha, membro consultivo do Conselho Regional pelo Distrito Médico de Setúbal, Anita Vilar, presidente da Mesa da Assembleia Distrital do mesmo Conselho Distrital, e Tânia Bonifácio, médica interna na USF Cova da Piedade.

Cuidados de Saúde Primários em Braga

O presidente da OM visitou no dia 12 de Junho a USF Gualtar, acompanhado por André Luís do Conselho Regional do Norte, onde foi recebido por Márcia Osório Millet, coordenadora da unidade desde 2011. Márcia Mi-



Márcia Millet

llet explicou-nos que o facto de serem uma USF modelo B os faz sentir «o peso da responsabilidade» especialmente quando há falhas em coisas básicas: «o sistema informático, por exemplo, sempre foi muito mau, mas nas últimas 3 ou 4 semanas é muito difícil trabalhar». Conclusão? Uma sobrecarga de trabalho para os médicos que têm que colmatar as falhas do sistema informático. «Há 11 anos que estamos aqui», explica-nos, «e a nossa anterior coordenadora, a Dra Margarida Lima, reivindicou

vários
m e -
lhora-
m e n -
tos que
n u n c a
aconte-



José Manuel Silva e Rui Caetano



ceram»... A equipa tem 8 médicos e 7 internos da especialidade e não há espaço formativo para mais: «o ano passado tive que recusar a vinda de internos, o que fiz por respeito a eles próprios porque já não temos espaço nem condições para mais», explicou a coordenadora. O facto é que as instalações na USF Gualtar não são em nada comparáveis com, por exemplo, as da USF que visitáramos em Almada, conforme foi realçado pela médica Cláudia Melo, uma das orientadoras de estágio que estava na reunião em Gualtar: «não havendo espaço físico adequado às necessidades não se conseguem formar mais internos... Faltam-nos gabinetes de consulta».

Outro assunto que tem perturbado o exercício dos colegas e que nos foi referido é o sistema de prescrição electrónica. Mesmo quando a parte informática funciona, as dificuldades mantém-se: confusão quanto aos preços dos medicamentos, indi-

cações erradas, referência a uma figura do «prescritor», foram queixas que ouvirmos. André Luís, do Conselho Regional do Norte, explicou que, pelo menos uma dessas questões, pode resolver-se no momento da prescrição: «onde diz 'o prescritor' escrevo sempre manualmente 'o

médico'». Perante o que nos foi descrito como uma 'consulta de enfermagem', André Luís, classificando-a como uma «disautonomia», alertou que controlo de qualidade só existe interpares e que não se trata de qualquer consulta mas sim de um mero aconselhamento. Ainda sobre as

receitas, o médico Francisco Fachado explicou que apesar de 'trancar' as suas receitas veio a saber que na farmácia tinham sido alteradas algumas das suas prescrições. «A questão é que eu poderia nem nunca saber. A única razão porque fui informado foi o bom relacionamento médico-doente que mantendo com os meus utentes»...

Relativamente ao congelamento das carreiras, outra das preocupações manifestadas, José Manuel Silva explicou que há um compromisso do Ministro da Saúde em abrir concurso para assistente graduado sénior e que, assim sendo, se espera que essa situação se resolva em breve.

Olinda Caetano e Cláudia Melo



Francisco Fachado, Márcia Millet e os médicos internos Ricardo Silva e Vitor Cardoso

De norte a sul, as dificuldades repetem-se

As constantes avarias do sistema informático e o quanto prejudiciais são para a boa prestação de cuidados de saúde foram, naturalmente, um tema comum a todas as unidades visitadas, independentemente de estarmos a referir a zona norte ou a zona sul, o mesmo sucedendo com a falta de incentivos para a formação.

Um dos problemas que foi conversado nestas visitas são os termos da contratualização pois, como nos explicaram, «há vários aspectos críticos na contratualização e um deles é que não conseguimos atingir os objectivos mesmo não recusando nada; não há qualquer margem de manobra em termos de contratualização». «Há uma imposição de valores e indicadores que não são atingíveis... para chegarmos ao que nos exigem só se fizéssemos má prática...» «'Contratualização' é um eufemismo», concluiu o bastonário da OM, José Manuel Silva.

Riscos do *task shifting*

Perante mais um relato de morte de um doente, poucos minutos depois de ter sido triado com a cor verde, num hospital que tem implementada a triagem de Manchester, é novamente levantada a dúvida sobre a insuficiência dos protocolos que suportam esse sistema de triagem e a validade do mesmo ser feito por não-médicos. Os potenciais riscos do *task shifting* estão, mais do que nunca, na ordem do dia...

A Ordem dos Médicos tem alertado diversas vezes para os riscos do *task shifting*, nomeadamente no que se refere ao sistema de Triagem de Manchester que a instituição considera que deve ser aplicado por médicos experientes e não por enfermeiros, pois só os médicos têm a formação necessária para se aperceberem dos sinais insidiosos que podem apontar para situações potencialmente mais graves. A Triagem de Manchester é uma evolução de um sistema de prioridades desenvolvido em Inglaterra, país em que, por haver falta de médicos, se procurou colmatar essa insuficiência com recurso a enfermeiros, com naturais prejuízos para os doentes.

A replicação desse sistema em Portugal traduziu-se num benefício significativo face à situação anterior. Porém, não ser aplicado por médicos, faz ainda menos sentido quando analisa-

mos que, a curto prazo, haverá no nosso país um excesso de médicos, pelo que não se justifica que se diminua a qualidade do Serviço Nacional de Saúde, o que acontecerá inevitavelmente sempre que se recorra a *task shifting*, em áreas tão fundamentais como a triagem, substituindo os médicos por profissionais de menor formação.

Perante a informação de mais um caso de morte nas urgências, minutos após a triagem com a cor verde, foi solicitado um relatório ao centro hospitalar onde ocorreu o óbito, tendo ficado demonstrado que não houve qualquer intervenção médica até à paragem cardiorrespiratória que originou a morte, o que aconteceu muito pouco tempo depois da respetiva triagem. As manobras de reanimação cardiorrespiratória foram feitas de acordo com as boas práticas, mas revelaram-se infrutíferas. Do relatório

não é evidente que tenha havido qualquer falha ou problema, mesmo na triagem. O que é evidente desse relatório é que, caso tivesse havido, de facto, algum problema, o mesmo teria resultado de uma insuficiência dos protocolos que suportam o sistema de Triagem de Manchester, insuficiência essa que os enfermeiros que aplicam o protocolo não estão tecnicamente preparados para suprir. Infelizmente, são cada vez mais recorrentes os relatos de mortes em doentes triados com a cor verde, pelo que a Ordem dos Médicos continua a insistir que o sistema de Triagem de Manchester tem graves limitações e que devia ser aplicado por médicos experientes, com capacidade discriminatória de sinais de gravidade potencial e não por enfermeiros, pois só os médicos têm a formação e a sensibilidade necessárias para se aperceberem da potencialidade

de existirem manifestações atípicas de situações mais graves do que uma análise algorítmica pode indicar. Aliás, como bem salientam os críticos da aplicação da Triagem de Manchester, não é possível reduzir milhões de situações clínicas diferentes a poucas dezenas de protocolos, sem um risco elevado de erros de triagem. Erros esses potenciados pela aplicação de protocolos por profissionais sem formação em diagnóstico clínico.

Como é fácil de compreender e lógico, a Triagem de Manchester não possui um grau de segurança fidedigno, pelas limitações inerentes às poucas dezenas de protocolos incorporados e para os quais os enfermeiros não têm, nem podem ter, a devida preparação nem as consequentes competências adequadas a este tipo de diagnóstico.

Resumimos para enquadramento, em termos genéricos, o caso de que tivemos agora conhecimento: doente do sexo feminino, com 38 anos, alegadamente saudável e sem qualquer medicação habitual, deu entrada num serviço de urgência no qual foi submetida, por enfermeiro, à Triagem de Manchester. A doente apresentava agitação psicomotora e queixas inespecíficas de ansiedade afirmando que «parece que alguém está a tomar conta de mim». Afirmando a doente que não

tinha qualquer dor a nível torácico, foi escolhido o fluxograma 'comportamento estranho', sendo-lhe atribuída a cor verde, de pouco urgente. Dado que era previsível que, após a observação em 'balcões', fosse efectuado o encaminhamento para psiquiatria, a doente foi de imediato encaminhada para o gabinete dessa especialidade. Mas, poucos minutos depois, quando o médico se dirigia para a doente para observação, deu-se a paragem respiratória. Ou seja, 10 minutos após a admissão na urgência e respectiva triagem com a cor verde, verificou-se paragem cardiorrespiratória, tendo-se iniciado de imediato manobras de reanimação, as quais foram mantidas durante 1h15m sem sucesso, ocorrendo a morte da doente.

A Ordem dos Médicos pretende o melhor para a saúde das nossas populações por isso não pode deixar de salientar que o *task shifting* pode ser prejudicial para os doentes.



Contra o «terrorismo social e um SNS inconstitucional»

No debate promovido pelo Movimento +Saúde no dia 25 de Julho, o porta-voz, o catedrático de Ciência Política José Filipe Pinto, sublinhou que, devido à falta de confiança instalada entre cidadãos, «vivemos na era do terrorismo social no sector da saúde». Cidadãos, personalidades de diversas áreas e juntas de freguesia juntaram-se para denunciar essa situação, demonstrar a sua oposição ao «terrorismo social» e a um «SNS inconstitucional», tendo como principal intuito alertar os cidadãos para a importância de uma participação activa e responsável no sector da Saúde.

O Movimento +Saúde é um projecto que pretende manter vivo o diálogo na sociedade contra as medidas tomadas pelo Estado português para 2013, que prevêem cortes sucessivos nas despesas de Saúde e dificultam o acesso a cuidados básicos. Das várias acções previstas para demonstrar a insatisfação face às dificuldades enfrentadas pelos portugueses e para lutar por mudanças positivas e duradouras neste sector, o Movimento +Saúde levou a cabo mais um debate, desta feita na sede da Associação 25 de Abril em Lisboa no passado dia 25 de Julho. Este Movimento tem manifestado a sua preocupação com o Serviço Nacional de Saúde, especificamente devido aos cortes orçamentais, à falta de medicamentos nos hospitais, à redução do pessoal nos centros de saúde e outros estabelecimentos de prestação de cuidados, ao aumento das taxas moderadoras e à dilatação dos tempos de espe-

ra para consultas e intervenções cirúrgicas, entre outros problemas.

«Chegámos tarde ao Estado Social e já o estamos a matar!», referiu o coronel Vasco Lourenço (*), durante a sua intervenção no debate «Por uma Saúde melhor», em que falou sobre «os portugueses e o Estado Social». José Filipe Pinto, porta-voz do Movimento +Saúde, acrescentou que «o Serviço Nacional de Saúde está no limiar da inconstitucionalidade pois nem previne a saúde nem é tendencialmente gratuito». E exemplificou com alguns dados: «Em 2012 a lista de espera para uma consulta chegava aos 90 dias e não aos 30 previstos e há doentes com Hepatite C que há já dois anos esperam tratamento». Para o José Filipe Pinto, professor catedrático na Universidade Lusófona, o futuro não é optimista pois vivemos um clima de «auténtico terrorismo social – e, a manter-se o SNS sujeito a esta

vertente economicista, apenas aguentará mais dois anos...».

No encontro, activamente moderado pelo ex-bastonário da Ordem dos Advogados Rogério Alves (**), intervieram ainda a AESOP (Associação Nacional de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses); o MUSP (Movimentos dos Utentes de Serviços Públicos); e a ANAFRE (Associação Nacional de Freguesias), coube à Europacolon (Associação de Luta Contra o Cancro do Intestino) uma das intervenções mais polémicas, pois segundo o seu presidente, Vítor Neves (**), «há em Portugal 10 mil novos casos/ano de doentes de cancro do intestino e morrem pelo menos 7 pessoas por dia». Mas se o sistema fosse mais preventivo, conforme realçou, seria possível não só reduzir a mortalidade para um terço mas também reduzir as despesas do SNS. Para o presidente da Europacolon, que falou essencialmente sobre

o papel das associações de doentes na sociedade civil, as taxas de mortalidade seriam ainda menores se os rastreios nacionais, contemplados no programa do Serviço Nacional de Saúde, fossem de facto postos em prática.

O coronel Vasco Lourenço, presidente da Associação 25 de Abril, referiu ainda que «estamos próximos do fim da democracia e da liberdade e que, com a privatização do SNS, iremos destruir o que levou décadas a conseguir». O representante do MUSP, Luís Sales, lamentou as políticas dos vários ministros da Saúde que «têm contribuído para penalizar os profissionais do sector e os cidadãos» e referiu como exemplo o «encerramento de serviços e o

aumento das taxas moderadoras».

Armando Vieira, presidente da ANAFRE, recordou o papel fundamental das freguesias e o «respectivo impacto direto local, bem como a função institucional que pode ser traduzida numa atitude sensibilizadora para as questões da saúde junto da população». O encontro foi encerrado pelo advogado Rogério Alves fazendo referência à máxima: «a Saúde é um estado transitório entre duas doenças».

Compreendendo que a austeridade acarreta graves riscos e consequências para a Saúde Pública, estes debates pretendem cumprir o objectivo imperativo de alertar para o condicionamento e a di-

ficultade de acesso dos doentes aos cuidados do SNS. O Movimento +Saúde é um dos diversos 'actores' que deseja, assim, contribuir para evitar que Portugal perca os bons indicadores de saúde que tem obtido nos últimos anos, regredindo no tempo e na qualidade dos serviços de saúde prestados aos portugueses. Formado por um grupo de cidadãos, este Movimento conta com o apoio de personalidades de renome na Sociedade Civil, como D. Manuel Martins, bispo emérito de Setúbal, e pode ser seguido no Facebook, onde é efectuada a partilha de experiências, casos reais e dificuldades vividas pelos utentes.

Debates em Setembro

16/9 - 21h15

Tema:

Licenciamento das UPSS:

- Quem pretende o fim da Pequena Medicina Privada

Convidados: a anunciar



24/9 - 21h15

Tema:

Ser espiritual: Da evidência à ciência

Convidados:

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

Moderadora: Ana Sousa Dias

Local: Auditório da Ordem dos Médicos - Lisboa

**Maria do Carmo Vieira**

Coordenadora do Núcleo de Sjögren e vice-presidente da LPCDR.

Sobre o núcleo de Sjögren da LPCDR

A 23 de Julho, dia de nascimento de Henryk Sjögren (1899-1986), oftalmologista sueco, celebra-se mundialmente a Síndrome de Sjögren, doença crónica, auto-imune, do foro reumatológico, descrita pela primeira vez por este médico, em 1933. Não ignora a classe médica, independentemente da sua especialidade, a secura das mucosas que caracteriza esta doença, em que o sistema imunitário ataca as glândulas exócrinas, podendo também afectar rins, pulmões, vasos sanguíneos, fígado e cérebro, sendo os sintomas: grande fadiga, pele, olhos e boca muito secos, secura de outras mucosas, desde a nasal à intestinal e vaginal, dores musculares e articulares, alterações do sono e depressão. Criado no final de 2011, sob a dependência da Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas, o Núcleo de Sjögren pretende alterar a situação destes doentes, não só no que diz respeito a medicação e custos, mas também à sensibilização dos médicos para esta doença, à necessidade de criação do Estatuto do Doente Crónico, que lamentavelmente tarda, bem como à alteração da

Tabela Nacional de Incapacidade e Funcionalidade da Saúde, esta última tendo em conta que os doentes crónicos são inexploravelmente avaliados no âmbito da Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais. Entre os problemas realçados pelos doentes deste Núcleo, salienta-se a dificuldade em diagnosticar a doença, o que tem por consequência o seu agravar por falta de tratamento em devido tempo. Casos relatados, e com consequências irreversíveis, falam o facto de alguns médicos não estarem devidamente alertados para os sintomas da doença, interpretando-os como sinais passageiros de momentos de maior stress ou de determinada medicação. Com efeito, casos há que se arrastam longamente em consultas de médicos de família, não sendo encaminhados para a área de especialidade que a situação exigia, especificamente reumatologia ou medicina interna. Ainda que saibamos que as doenças auto-imunes são de difícil diagnóstico, entre elas a Síndrome de Sjögren, há exames que podiam ser feitos e não são

solicitados, há análises que podem ser repetidas e não o são e há, sobretudo, alguma falta de disponibilidade para ouvir atentamente o doente.

Outra situação lesiva dos doentes que padecem de Sjögren diz respeito à legislação, nomeadamente ao Despacho n.º 11 387-A/2003, de 23 de Maio, ao abrigo do qual os doentes com lúpus, hemofilia e hemoglobinopatias recebem gratuitamente os medicamentos comparticipados pelo SNS. Não está em causa o benefício recebido por estes doentes, mas a desigualdade de tratamento. Na verdade, se um doente de lúpus tiver de tomar Salagen (pilocarpina, substância que activa a produção de saliva), por ter associado à sua doença-base a Síndrome de Sjögren secundária (SS2), recebe esse medicamento gratuitamente; já um doente com a Síndrome de Sjögren primário (doença-base – SS1), cujos sintomas de secura são muito mais intensos, necessitando por isso mesmo de Salagen, não pode usufruir desse despacho, pagando pelo medicamento um preço exorbitante. A este absurdo juntam-se

outros, nomeadamente o preço livre das lágrimas artificiais, indispensáveis para os doentes com esta síndrome, tornando-se a sua aquisição quase um luxo, ou dos produtos de higiene oral para a boca seca, incluindo substituto de saliva, ou ainda dos cremes hidratantes para a pele ou géis genitais. E se alguns conseguem comprar a medicação de que precisam, muitos há que o não podem fazer, situação ética e humanamente inaceitável.

Da reunião havida entre este Núcleo e a Comissão de Saúde da Assembleia da República (Março 2013), foi o Ministério da Saúde questionado pelo PCP a propósito do despacho anteriormente referido, e a resposta dada é no mínimo preocupante, concluindo surpreendentemente pela não justificação da inclusão da Síndrome de Sjögren primária nesse despacho. Rodeando a questão, certamente para gerar confusão a quem não domina o assunto, esquece o Ministério, não por ignorância, a Síndrome primária e os problemas mais sérios ocasionados pela mesma, dada a intensidade

da secura, facto que exige o referido medicamento. Aliás, a bula explicita-

-o bem! É forçoso transcrever um extracto da resposta do Ministério: «Caracteriza-se por secura dos olhos, boca e outras membranas mucosas e é, frequentemente, associada a outros sintomas mais característicos da artrite reumatóide ou lúpus eritematoso sistémico. Não existe cura, mas os sintomas podem ser aliviados mediante tratamentos tópicos dirigidos. A aspirina, o repouso e os corticóides são muitas vezes suficientes para alívio dos sintomas. [...] Pode, no entanto, haver situações raras de sintomatologia sobreponível à artrite reumatóide, que poderá beneficiar deste tipo de terapêutica ao abrigo deste despacho.» Refira-se que aguardamos nova resposta do Ministério à pergunta do mesmo teor formulada pelo PSD.

No que diz respeito ao Despacho Conjunto A-179/89 XI, que inclui as doenças difusas do tecido conectivo entre as doenças incapacitantes, concedendo baias prolongadas, repetem-se as

queixas de doentes que se sentem lesados em Juntas Médicas, não beneficiando do despacho-conjunto que os deveria proteger, e ficando, na maioria das vezes, «em situações laborais bastante complicadas». Agrava ainda mais esta situação o facto de a lei 59/2008, que regula o Regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas, não ser cumprida, dado que raramente a entidade empregadora adequa o trabalho à situação do doente crónico.

Estamos convictos de que os problemas apresentados só poderão resolver-se com trabalho empenhado do Núcleo de Sjögren da LPCDR, em estreito contacto com as diferentes associações de doentes crónicos, nacionais e estrangeiras, exigindo-se sempre o diálogo com o Ministério da Saúde que tarda em fazê-lo. Por nós, persistiremos.

À Ordem dos Médicos, na pessoa do seu bastonário, Dr. José Manuel Silva, os nossos sinceros agradecimentos pela possibilidade deste artigo e pelo apoio manifestado.

e entrevista

Unidade de Saúde Familiar Marçal

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR MARÇAL

o logotipo

a nossa missão

os nossos valores

os nossos serviços

o nosso lema

Parceiros na saúde:
juntos, consigo

o nome

Médicos de Família

Enfermeiros de Família

Secretários



Recepção

Setor de Atendimento Administrativo



André Biscaia

Especialista em Medicina Geral e Familiar, médico da USF Marginal do Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais, doutorado em políticas de saúde e desenvolvimento, presidente da Comissão Científica do 5º Encontro Nacional das USF

O Ministro da Saúde parece ainda não acreditar nas USF

Criadas em 2005, as USF surgiram como uma nova forma de organização e trabalho nos centros de saúde. Esta forma de organização caracteriza-se pela autonomia de funcionamento e por regras de remuneração com incentivos financeiros relacionados com o desempenho. André Biscaia, médico de família na USF Marginal, é um defensor deste modelo organizacional, especialmente no modelo B que define como «mais exigente, com maior autonomia e melhores resultados». Crítico da dificuldade que se tem sentido na abertura de novas Unidades e da centralização porque leva «ao afastamento da decisão do terreno» e a consequentes problemas como a falta de material básico, André Biscaia considera que o Ministro da Saúde não acredita convictamente neste modelo organizacional, o que explica que existam tantos entraves e problemas - nomeadamente dificuldades na passagem de modelo A a B, o que não faz sentido porque o modelo B até gera «maior poupança de recursos». Preocupado com os seus doentes, o entrevistado referiu os riscos da troca de medicamentos na farmácia e falou-nos de dados muito concretos que demonstram como a crise está a ter consequências graves em termos de saúde pois as pessoas deixaram de comprar medicamentos, de ir a consultas ou até comer uma refeição que costumavam fazer por falta de dinheiro. Sobre os problemas de prescrição vs medicamento dispensado, não hesitou em definir o balanço individual mensal que recebem como sendo «sempre uma surpresa» o que, naturalmente, pode prejudicar a USF e os utentes porque «os indicadores de custos com medicamentos e MCDT são considerados os mais importantes e as metas têm vindo a ser esmagadas de ano para ano» e a opção na farmácia nem sempre é pelo medicamento mais barato.

Revista da Ordem dos Médicos - **Quais as principais conclusões do 5º Encontro Nacional das USF?**

André Biscaia - A primeira grande conclusão é que já existe evidência robusta que prova que o modelo USF – Unidades de Saúde Familiar e, em particular, o seu modelo B (mais exigente,

com maior autonomia e melhores resultados) fomenta a qualidade, facilita o acesso aos serviços, desenvolve maior racionalidade na prescrição de medicamentos e MCDT e promove satisfação nos utentes que as utilizam e nos profissionais que nelas trabalham. Outra conclusão é que as USF são também centros de forma-

ção - no estudo Momento Actual da Reforma dos CSP que levámos a cabo junto de todos os coordenadores de USF, a totalidade das USF respondentes participava em programas de formação do pré ao pós-graduado e para múltiplos grupos profissionais. São, ainda, centros de investigação com ensaios clínicos, investigação em

serviços de saúde e participação em estudos internacionais.

Para finalizar, penso que este Encontro foi mais um sinal da afirmação da Associação Nacional de USF no panorama da Saúde em Portugal e a nível internacional pelas pessoas que aceitaram participar, pelo alto nível de tratamento dos assuntos abordados, pelo número de participantes e pelo impacto verificado na comunicação social.

ROM - Um dos atractivos deste modelo, no ponto de vista dos profissionais, serão as condições de trabalho. Mas... Um estudo apresentado nesse encontro mostra que, no ano passado, as USF enfrentaram dificuldades no exercício diário da sua actividade devido a falta de material básico e problemas informáticos. Sente que se está a defraudar as expectativas dos profissionais que optaram por essa forma de organização?

AB - Estes são dois dos entraves à actividade normal dos serviços, quer se trate de USF quer não.

A falta de material básico (estamos a falar de luvas, papel para limpar as mãos, para cobrir as marquesas, vacinas do tétano, anticoncepcionais orais, ...) afeta 81,3% das USF, 34,3% mais de dez vezes no ano de 2012 (segundo o estudo Momento Actual da Reforma dos CSP já referido). E este é um problema, na minha opinião, essencialmente de organização. O que se tem estado a assistir é a uma centralização crescente dos serviços, com as ARS a tentar controlar mais fases de todo o processo, contrariando completamente uma ideia-base da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que é a descentralização com uma autonomia alargada dos Agru-



pamentos de Centros de Saúde (ACeS). E esta centralização leva ao afastamento da decisão do terreno e das suas necessidades e ao aumento da probabilidade de ocorrência destas disruptões. Os problemas informáticos são de outra natureza. Há uma apostila no sistema informático de apoio à consulta que menos satisfaz os profissionais (foi outra das conclusões do estudo Momento Actual da Reforma dos CSP) e que está, novamente na minha opinião, obsoleto como o estão os computadores que usamos; por outro lado, o apoio técnico informático não tem a prontidão que acho que deveria ter um serviço desta natureza até porque os registos são fundamentais para a monitorização da actividade.

ROM - Sendo as USF um modelo centrado no cidadão, na eficiência e na qualidade as faltas desse material básico de funcionamento e os problemas informáticos não têm posto em causa a qualidade do atendimento prestado?

AB - São grandes ameaças à qualidade dos cuidados, obrigam a correr riscos desnecessários, a adiar procedimentos, aumentam a probabilidade de erros e levam à perda de informação. Não en-

contro, ainda, garantias de que não voltem a acontecer ou que não venham a ser até mais graves. Os exemplos recentes das alterações no módulo da prescrição e no sistema informático de apoio à consulta no Norte de Portugal que levaram a disruptões graves e demoradas são uma das pontas visíveis de um grande problema que tem de ser abordado de outra maneira e com mais segurança.

ROM - E quanto à passagem de modelo de desenvolvimento (de A para B) e aos consequentes incentivos remuneratórios que leitura faz da situação actual?

AB - Faz parte deste conjunto de problemas. No estudo a que já fiz referência, constata-se que 88,1% das USF em Modelo A querem evoluir para Modelo B e tal não lhes está a ser permitido, mesmo às que já passaram por todas as avaliações e aprovações. As dificuldades nesta passagem de modelo não fazem qualquer sentido porque o Modelo B é o que disponibiliza médico e enfermeiro de família a mais pessoas, que gera maior qualidade dos cuidados e até maior poupança de recursos. Há aqui, na minha opinião, falta de racionalidade. E as faltas de racionalidade nas deci-

sões, e ainda mais com esta importância, têm de ser explicadas. Também faz parte deste conjunto de problemas a contratualização de serviços e o estabelecimento de metas para as USF. Novamente, o estudo dos coordenadores das USF veio realçar que estas consideram o processo pouco transparente, imposto e não discutido, não tendo em conta as especificidades locais e utilizando alguns indicadores e metas sem o necessário suporte científico. No entanto, há que ser dito que está em curso trabalho, envolvendo a USF-AN e outras instituições, para se melhorar este eixo fundamental que é a contratualização.

Ainda, nesta mesma área, é necessário tornar os processo de acreditação acessíveis às USF interessadas. As USF têm cumprido o seu dever de serem auditadas (devem ser das instituições mais monitorizadas do SNS) mas querem também que lhes seja possibilitado o exercício do direito de provarem que estão a fazer um bom trabalho, útil para a população e para o SNS e poderem entrar em processos de acreditação sem tantos obstáculos.

ROM - Acha que o facto de co-existirem vários sistemas remuneratórios pode ser um factor de divisão dos profissionais que exercem a medicina nos vários modelos? E o facto de haver USF e centros de saúde tradicionais a dividir espaços físicos muito próximos, mas com condições de trabalho diferentes, não pode colocar os profissionais de saúde (e os doentes) num patamar de desigualdade?

AB - O país está literalmente dividido ao meio, metade funciona em USF e outra não e nas USF, 46,4% são modelo B e as restan-



tes A. Esta situação gera, obviamente, diferenças e algumas constituem, de facto, desigualdades para cidadãos e profissionais. Agora, não é a Reforma que as está a gerar mas sim a condução, leia-se atraso de implementação, de todo o processo.

Esta reforma dos CSP esteve (e ainda está) aberta a todos os que a ela quiserem aderir. Embora reconheça que em algumas circunstâncias (número insuficiente de profissionais ou situações de grande isolamento) não seja possível constituir uma USF, a grande maioria dos profissionais tem essa possibilidade, assim eles o queiram e a Administração Central o permita. Neste mesmo momento há 78 candidaturas ativas a novas USF e não se percebe porque é que não avançam, até porque dariam médico e enfermeiro de família a mais cerca de 150 mil pessoas.

ROM - De que forma se reflecte o aumento da insatisfação dos profissionais em relação ao Ministério da Saúde e aos organi-

mos da administração central?

AB - O descontentamento com este estado de coisas é grande. Voltando ao estudo, vemos que os coordenadores de USF insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o processo de reforma dos CSP já são mais de 60% do total, quando em 2009 eram os satisfeitos e os muito satisfeitos que somavam mais de 60% e esta insatisfação é máxima com os organismos governamentais e da administração central – Ministério da Saúde, ARS e ACSS.

É de notar, no entanto e por outro lado, que a satisfação dos coordenadores das USF aumentou com a actividade da sua própria USF e com os serviços mais próximos das USF: os ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde.

ROM - Entre 2006 e 2010 abriam 55 Unidades de Saúde Familiar por ano. Em 2011/2012 a média desceu para 39 unidades. A que se deve esse decréscimo (quando a própria Troika defende este modelo)?

AB - A Troika veio, no seu memorando, defender a abertura de mais USF em Modelo B porque reconheceu a vantagem do modelo a todos os títulos. Foi o único serviço do Estado que mereceu nota positiva. No entanto, é a única medida em que este Governo (e o Ministério da Saúde) parece não querer ser um bom aluno. E isto traduz-se na prática neste decréscimo de abertura de novas USF que se acentua cada vez mais: no período de 2006-2010 abriram 5 USF por mês, de 2011 a 2012, 3,25 por mês e nos primeiros 6 meses de 2013, 2,7 por mês. Se se mantivesse o ritmo dos primeiros anos, tínhamos agora mais 82 USF a funcionar. No entanto, temos actualmente 371 USF em actividade que envolvem 7208 profissionais.

Em termos de sistema de saúde, também se continua a aprofundar o fosso entre médicos e enfermeiros a trabalhar nos CSP e nos hospitalais, com os primeiros a estabilizar há muitos anos e os últimos sem parar de crescer.

ROM - O número de USF a funcionar actualmente encontra-se, portanto, aquém do esperado. Há questões burocráticas a mais neste processo?

AB - Parece-me mais ser um problema ideológico. O Ministro da Saúde parece ainda não acreditar nas USF; as USF estão ausentes do seu discurso. No V Encontro das USF, apresentámos um estudo de análise das palavras de todas as intervenções do Ministro da Saúde deste ano e não há uma única referência a USF. Se ler a entrevista do Ministro na revista de 29 de Junho do Expresso constatará que, novamente, não há uma única referência. Claro que não é a única voz do

Ministério mas é a voz mais importante. Essa é uma questão. Outra é que as USF, com a sua autonomia funcional alargada, contrariam um certo modo de administrar, que é notório, por exemplo, na centralização que já referi.

Costumamos dizer que até agora o Ministério da Saúde e as ARS têm-se preocupado com os problemas; quando passarem às soluções, as USF vão estar, seguramente, muito mais presentes nos discursos.

ROM - Nos relatórios da OMS Portugal tem aparecido bem posicionado e com indicadores de sucesso. Em que medida os cuidados de saúde primários são uma causa desse sucesso?

AB - Os cuidados de saúde primários (CSP) têm tido o seu papel, que é muito relevante, ao lado dos cuidados hospitalares e de outros factores. A partilha da responsabilidade nesta evolução muito positiva de Portugal (para alguns indicadores, como os relativos à infância, das mais rápidas do mundo) está bem demonstrada no relatório de 2008 da OMS que referiu casos e estudos portugueses. Mais recente ainda, deste ano, um estudo de um grupo holandês veio dar algumas pistas sobre o que faz a diferença, para o lado da melhoria dos indicadores, nos sistemas de saúde mais orientados para os CSP. A acessibilidade acrescida que estes sistemas permitem é importante, mas é a longitudinalidade (o estabelecimento de uma relação ao longo do tempo com um profissional ou uma equipa) que é a característica que parece dar maior protecção na Saúde, nomeadamente às franjas mais desprotegidas da população, promovendo a equidade e,

assim, a melhoria dos indicadores. Se mais não houvesse, estes argumentos são fundamentais para evidenciar outro dos problemas das USF: a necessidade de garantia da estabilidade das equipas ao longo do tempo (no estudo dos coordenadores das USF 15% dos profissionais que lá trabalham têm vínculos laborais precários).

ROM - No 5º Encontro Nacional das USF referiu que este modelo poderia ser aplicado noutras sectores; em quais, em que medida e que vantagens traria à organização dos serviços públicos?

AB - Sim, vejo com facilidade um hospital, uma escola, um tribunal ou até uma esquadra a funcionar neste modelo USF. É um modelo do Serviço Público Português, pensado para funcionários públicos, que está no terreno há oito anos e tem provas dadas e, por tudo isto, pode inspirar reformas noutras áreas do Sector Público. As vantagens surgem porque é verdadeiramente centrado no cidadão e aposta na micro-eficiência (que é aquela que pode fazer mais diferença) - uma aposta naquilo que pode ser feito no terreno para racionalizar investimentos e adequar respostas às necessidades das pessoas que usufruem dos serviços. Também para os profissionais, as vantagens são várias: para além da satisfação inerente a ser-se verdadeiramente útil para as pessoas, a autonomia funcional que permite acoplada a uma responsabilização exigente, o funcionamento interno optimizado e democrático e uma remuneração sensível ao desempenho abrem a possibilidade de se estar realmente satisfeito no trabalho, como se tem verificado nas USF.



ROM - Considera que as USF estão a ser prejudicadas por não terem qualquer controlo sobre o medicamento efectivamente dispensado nas farmácias, sendo que o respectivo custo é imputado em termos estatísticos à USF, ainda que o médico tenha prescrito um medicamento mais barato do que aquele que é efectivamente vendido ao balcão da farmácia?

AB - Quando recebemos o balanço individual mensal daquilo que prescrevemos é sempre uma surpresa e não o deveria ser, até porque os indicadores de custos com medicamentos e MCDT são

considerados os mais importantes e as metas têm vindo a ser esmagadas de ano para ano. Ainda, os utentes também são prejudicados porque o sistema nem sempre garante que o medicamento dispensado é, por um lado, o que o médico escolheu e, por outro, a opção menos cara, nem aquele que o utente está habituado a tomar, diluindo-se a responsabilidade pela prescrição e potenciando-se os enganos na toma dos medicamentos.

ROM - Que constrangimentos tem sentido com a prescrição electrónica?

AB - Foi um grande avanço quando apareceu, com ganhos no conhecimento e controlo individual da prescrição e com poupança de tempo para profissionais e para utentes, nomeadamente no que se refere aos medicamentos de toma crónica. Contudo, quando as ligações electrónicas são lentas ou o sistema está em baixo, o que é mais frequente do que o desejável, é um caos e uma fonte *major* de stress – há dias em que prescrever é um castigo, podendo, o simples acto de fazer uma receita demorar 10 minutos ou mais ou não ser possível de todo.

ROM - Como Médico de Família, como perspectiva a integração de outros profissionais (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, podologistas) numa equipa de saúde?

AB - O trabalho em equipa sempre foi considerado a trave-mestra da actividade em CSP e naquele estudo holandês de 2013 já referido aponta-se o carácter global da carteira de serviços dos CSP - a amplitude dos serviços que proporciona - como o elemento que pode fazer a diferença na racionalização dos custos dos cuidados de saúde. Por outro lado, em Portugal existe uma percentagem diminuta de outros profissionais para além dos médicos e enfermeiros a trabalhar nos CSP. Portanto, o aumento de elementos de outras profissões e o alargar do leque de profissões nos CSP são mais do que bem-vindos.

ROM - Hoje, em Portugal, morre-se, cada vez mais, nos hospitais. Crê que isso representa uma mudança do padrão social/familiar ou uma falta de resposta no apoio domiciliário às famílias dos doentes?

AB - Considero que o apoio domiciliário nunca foi tanto e de tão boa qualidade mas ainda está longe de ser suficiente. Na minha prática cada vez mais sou chamado, e a equipa com que trabalho, a apoiar as famílias quando se decide morrer em casa e a minha experiência é que se consegue mobilizar uma série de recursos que antes não estavam disponíveis. Concordo, no entanto, que ainda há muito caminho a percorrer para que todos possam usufruir de cuidados domiciliários de qualidade nesta e noutras circunstâncias.

ROM - Que análise faz das consequências desta crise na saúde dos seus doentes?

AB - Na USF Marginal, desde há dois anos, quando fazemos o estudo anual da satisfação do cidadão com os serviços, num censo de um dia, fazemos também perguntas sobre a situação económica das pessoas e que consequências sentem no seu dia-a-dia: cerca de 25% das pessoas referiram que, no ano anterior, deixaram de comprar medicamentos, ir a uma consulta médica ou até comer uma refeição que costumavam fazer por não terem possibilidade de fazer face aos custos que implicavam. É esta a nova realidade com que temos de lidar e para a qual temos de encontrar soluções.

Outras consequências podem acontecer a outros níveis do sistema de saúde. Seria útil saber, com dados objectivos, se o fecho de actividade de pequenos consultórios médicos e de enfermagem privados, centros de fisioterapia e de radiologia e farmácias que parece estar a acontecer é importante ou não. A crise pode estar implicada mas o esmagamento dos valores das comparticipações e a legislação muito exigente que tem vindo a ser publicada sobre o funcionamento destas unidades também o deve estar. Os resultados possíveis são a perda de proximidade dos serviços com as populações mas também a concentração de serviços, profissionais e clientes nos grandes grupos empresariais que atuam na Saúde com consequências que só poderão ser avaliadas dentro de alguns anos. Aliás, há uma série de tendências no sistema de saúde que têm de ser estudadas em profundidade dadas as consequências para a Saúde das populações.

Também com consequências a médio e longo prazo é o favorecimento de soluções que não foram nem validadas pela população nem decorrem de decisões baseadas na evidência. Por exemplo, a opção pela a abertura de cada vez mais ULS – Unidades Locais de Saúde (com Agrupamentos de Centros de Saúde e Hospitais com uma mesma administração) não tem estudos nacionais ou internacionais que a sustente. A decisão de avançar com mais parcerias público-privadas nos hospitais e, agora, nos cuidados de saúde primários com as USF Modelo C também não os tem. Aliás, a experiência em outras áreas da economia e também na Saúde está longe de favorecer esta opção.

Em muitos países aproveitam-se todas as eleições para se pedir a opinião e o voto à população sobre este tipo de assuntos e outros até menores (por exemplo os EUA, que gostamos de criticar, nas últimas eleições presidenciais fizeram 177 referendos). Deste modo conseguem não só a necessária validação pela população mas também uma discussão pública profunda e alargada que leva a melhorias nas soluções a implementar. No entanto, em Portugal a prática de referendos limita-se a poucos exemplos (3 nacionais e 3 regionais segundo as minhas contas) para quase 40 anos de democracia. Ora a democracia também é isto: constrói-se, praticando. E a fazer alterações no nosso sistema de saúde, que, sabemos, tem as suas limitações mas tem tido muito bons resultados, primeiro pergunta-se à população e depois peça-se a participação de todos para construir algo que seja realmente melhor.



Diogo Frasquilho Guerreiro

Médico Psiquiatra, Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa

Medicina, empatia e “estúpidas barreiras”

A empatia é provavelmente a mais importante característica de qualquer técnico de saúde.

Uma pequena introdução: O psicólogo Edward Titchener (1867–1927) introduziu o termo “*empathy*” na língua inglesa em 1909, adaptando-o da palavra germânica “*einfühlung*” (“sentir-se por dentro”). Nos círculos filosóficos alemães dos finais do século XIX este era um conceito importante ao nível de algumas correntes do pensamento, apesar disto o seu uso como “técnica filosófica” não tinha uma grande tradição, era sobretudo utilizado como uma forma de apreciar, por exemplo, obras de arte. Posteriormente o filósofo Theodor Lipps (1851–1914) aprofundou este tema, defendendo que a empatia deveria ter um papel fundamental na análise filosófica e psicológica das nossas experiências, aproximando-o assim mais de uma técnica do que de um conceito teórico vago¹.

A aplicação deste conceito nas ciências psíquicas começou por Karl Jaspers, em sua obra Psicopatologia Geral (em 1913). Nesta obra, propõe que o psiquiatra, ao invés de interpretar, deve “apresentar de maneira viva, analisar em suas inter-relações, delimitar, distinguir do modo mais preciso

possível e designar com termos fixos os estados psíquicos que os pacientes realmente vivenciam”². Ao longo do tempo, a empatia tem sido definida como atributo cognitivo, como estado emocional e, ainda, como combinação de ambos. Em 1959, Carl Rogers referiu-se à capacidade de compreender o estado de espírito de outra pessoa com acuidade, como se se fosse a outra pessoa mas sem nunca perder a condição como se (“*as if*”)³.

O Professor Doutor José Caldas de Almeida, diretor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa define-a da seguinte forma⁴: “a compreensão empática deriva da capacidade do médico se colocar na pele do doente e de o tentar conhecer melhor, recorrendo ao conhecimento que tem de si próprio”.

Por vezes (muitas vezes mesmo) sinto que o sistema atual cada vez menos valoriza esta característica. Só vejo preocupações com números, com contenção de despesas, com redução do tempo das consultas. Tantas vezes a empatia é inibida pelos contextos, como a falta de privacidade

em muitas unidades de saúde (sobretudo em urgências) e pelas fortes pressões de gestores (que de empatia percebem zero).

Vejo muitas pessoas a queixar-se que os seus médicos “não os ouvem”, “que não compreendem o seu sofrimento”, “que os querem despachar”... Infelizmente isto acontece cada vez mais. Mas não creio que a culpa seja fundamentalmente dos técnicos de saúde (claro que há sempre “ovelhas ranhosas”), mas sim fruto desta aceleração constante, da primazia dos números em relação à pessoa e do excesso de “*stress*” que a todos afecta.

Como pode haver capacidade de empatia num médico após 24 horas de urgência? Ou de um médico que trabalha em sítios sem condições mínimas, com falta de pessoal, com falta de material, com os gestores sempre a pressionar para gastar cada vez menos e para passarem menos tempo com os doentes?

Vivemos tempos difíceis. Pode ser a minha visão parcial, mas eu acredito muito que os médicos e os outros técnicos de saúde se esforçam muito. Que não têm dúvidas que a empatia (e obvia-

Referências:

- 1 - Stueber, K (2013): "Empathy", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2013 Edition), Edward N. Zalta (ed.). Disponível em: <http://plato.stanford.edu/archives/sum2013/entries/empathy>.
- 2 - Walker, C (1995): Karl Jaspers and Edmund Husserl IV: Phenomenology as Empathic Understanding. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 2(3): 247-266.
- 3 - Loureiro, J, Gonçales Pereira, M, Trancas, B, Caldas de Almeida, JM, Castro Caldas, A (2011): Empatia na relação médico-doença: evolução em alunos do primeiro ano de medicina e contribuição para a validação da escala Jefferson em Portugal. *Acta Médica Portuguesa* 24(S2): 421-442.
- 4 - Caldas de Almeida JM (1994): Intervenção psicoterapêutica em clínica geral. In: Caldas de Almeida JM, Machado Nunes J, Carraça I, editores. *Saúde Mental na Prática do Clínico Geral*. Edições do Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, pág: 113-120.

mente associada a relação médico-doença) é o pilar de qualquer seguimento e tratamento bem sucedido.

Mas aqui deste lado desta "estúpida barreira" que foi criada entre médicos e doentes, as coisas não estão fáceis. Todos os dias saem notícias que visam culpar os médicos por tudo o que corre mal nos hospitais e nos centros de saúde, todos os dias saem notícias sobre um esquema de corrupção que envolve algum médico (habitualmente no meio de vários outros parceiros de outras áreas) e logo se generaliza "estes médicos são todos uns corruptos". Este constante bombardeamento de notícias que visam tornar os médicos num "bode expiatório" para a visível degradação dos cuidados de saúde em Portugal fortalecem a "estúpida barreira". Tornam os doentes e os médicos mutuamente desconfiados. Dou alguns exemplos de pensamentos cada vez mais comuns:

- **Médico:** "Será que este tipo me vai por um processo, isto agora acontece tanto?", "Será que me vai tratar com duas pedras na mão?", "Será que vai ser agressivo comigo?".

- **Doente:** "Será que este tipo me vai tratar mal?", "Será que é daqueles médicos corruptos e baldas de que tanto se fala?", "Será que este médico vai mesmo fazer tudo para me ajudar?".

Como pode existir uma relação empática nestas condições?... Não pode.

Interrogo-me e penso muito acerca da forma de dar a volta a este problema. Talvez fosse importante mudar o foco dos problemas actuais para os principais "players": os políticos, os gestores hospitalares, o Ministro da Saúde, a Troika. Talvez fosse importante derrubar esta "estúpida barreira" e voltarmos a trabalhar em conjunto: os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.), os doentes e os seus familiares.

Porque precisamos todos uns dos outros e... porque é tão melhor trabalhar em "versão empatia"!

Deixo esta minha reflexão com esperança que um dia as coisas mudem para melhor.

PS: Recomendo a leitura das referências que utilizei para a introdução deste artigo.



Ana Lúcia Afonso Soares

Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar – 4º ano, USF Nova Via

Fazer a diferença

Ensina-nos durante os primeiros anos de especialidade que Medicina Geral e Familiar se caracteriza por “utilizar eficientemente os recursos da Saúde, coordenando a prestação de cuidados (...) assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário”, e também por “desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a Família e a para comunidade”, lidando “com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial”¹.

Embora compreendesse esses conceitos quando me foram transmitidos, nunca, como agora, pareceram tão atuais.

De facto, com o passar dos anos de internato e tendo uma prática clínica cada vez mais autónoma, fui-me deparando (às vezes de forma inesperada) com situações em que foi/é necessário atuar em prol do doente, gerindo os recursos – humanos e da comunidade – para solucionar problemas de natureza física, psicológica e muitas vezes, social.

Tornou-se clara para mim a razão porque é importante – e nos é pedido – que no primeiro ano de internato façamos uma caracterização da comunidade: dessa forma passamos a conhecer os recursos de que dispomos, e a que podemos lançar mão, quando, por exemplo, o problema de saúde tem a sua génese

em problemas sociais graves.

Recordo-me particularmente de um caso de uma doente diabética, insulino-tratada.

Enquanto sua médica, inicialmente apenas conhecia a doente de um par de consultas de rotina onde a ausência de queixas, o pedido regular de medicação e um perfil analítico razoável iam transmitindo que aparentemente estaria “tudo bem”.

Entretanto verifiquei que quando pedia que me trouxesse o livro de registo de valores glicémicos, estes eram valores repetidos (e curiosamente sempre pares!) e não traduziam a glicada que colhia na enfermagem. Suspeitando de uma má adesão terapêutica, passei a marcar consultas mais próximas, para uma reavaliação médica e de enfermagem, pedindo para trazer o glicómetro, o livro de registos, a medicação. Sucessivamente, ora trazia o livro apenas, ora trazia o glicómetro, ora faltava às consultas.

Aconteceu então, que numa consulta em que quis tentar perceber melhor o que se estaria a passar, inesperadamente, a doente que nunca tinha queixas, que “ia andando mais ou menos” de cada vez que vinha à consulta, me diz que não tem dinheiro para a medicação, que a adesão terapêutica depende da ajuda esporádica de vizinhos, e que o mesmo se passa com a alimentação que – embora não me dissesse

diretamente – percebi que algumas vezes seria de apenas uma refeição por dia.

Deparada com esta situação, e após discutir o caso com a Orientadora de Formação (médica de família da doente) encontramos na Comunidade estruturas que puderam ajudar a doente quer a nível da obtenção da medicação crónica quer a nível dos bens de primeira necessidade.

Infelizmente, cada vez mais estes casos são frequentes... E por vezes é o médico o primeiro a constatá-los. A gestão da consulta e da nossa prática passa também pela atenção a tudo isto: na marcação de consultas, na prescrição de exames e terapêuticas e nas referencições para a equipa alargada com quem trabalhamos – nomeadamente a Assistente Social que é uma mais-valia na gestão destes casos.

Infelizmente – e não querendo entrar em questões de natureza política - vou percebendo que nem sempre há benefícios sociais para quem mais deles precisa.

Mas, se nesses casos a visão holística do problema e a gestão adequada dos recursos e da equipa fizerem a diferença, então (também por isto) vale a pena ser Médica de Família!

Referências bibliográficas:

1. Os Aspectos-Chave da Disciplina de Medicina Geral e Familiar: O Papel do Médico de Familiar e Uma descrição das Competências Nucleares do Médico de Família. WONCA EUROPA, 2002.

**Miguel Guimarães**

presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

“Baixas” fraudulentas devem ter penalizações mais agravadas

Publicamos a opinião de Miguel Guimarães relativamente à questão das baixas fraudulentas, resumida em três perguntas que lhe foram dirigidas pelo jornal *Vida Económica* e que tiveram publicação no dia 21 de Junho.

Vida Económica - Admite que alguns médicos emitem um número exagerado de atestados de doença?

Miguel Guimarães - Admito que possam existir episódios de baixa médica que não estejam devidamente justificados do ponto de vista clínico. A complexidade da relação médico-doente pode em muitos casos complicar um processo administrativo, em que o acreditar nas queixas dos doentes é um factor determinante. Na presença de comportamento fraudulento comprovado, os implicados (médicos e doentes) devem ser responsabilizados no quadro penal e disciplinar em vigor. Todavia, devo acrescentar que são bastante frequentes os casos de manipulação dos atestados, com uso de vinhetas e assinaturas falsificadas nas certidões. Por outro lado, têm aumentado os casos de autenticação de atestados sem qualquer vigilância ou contacto médico. Por fim, não se comprehende como é que os serviços da Segurança Social admitem

documentos em que não estejam identificados o nome do médico, o seu número de cédula profissional e a sua unidade de saúde.

Vida Económica - De que forma é possível conseguir um compromisso equilibrado entre a liberdade de atuação dos médicos e o rigor na emissão dos atestados?

Miguel Guimarães - A designada “baixa” fraudulenta é de difícil aferição. Um médico, por dever profissional, mas também ético e deontológico, dificilmente consegue colocar em causa os sintomas referidos pelo seu doente. A responsabilidade dos médicos não só está relacionada com a actividade clínica propriamente dita mas também com a emissão de documentos oficiais que comprovem o estado de saúde do doente. O compromisso referido deve ter início desde logo na coincidência dos momentos ou datas da observação clínica e do atestado. Adicionalmente, uma maior sensibilização dos

doentes e a introdução de penalizações mais agravadas, poderão diminuir o potencial de fraude. Na perspectiva exclusiva do médico é sempre possível introduzir maior rigor no sistema, através da informatização e desmaterialização dos processos e procedimentos associados à adopção de assinaturas digitais qualificadas. A Ordem dos Médicos, neste momento, está a dar um contributo muito significativo para aumentar a segurança e transparência neste domínio com a introdução de novas cédulas profissionais que vão permitir autenticar os documentos com a assinatura digital qualificada do médico. De resto, a existência de registos clínicos electrónicos e a rastreabilidade já existente em praticamente todos os processos documentais, permitem detectar irregularidades com maior facilidade em todo o sistema.

Vida Económica - Para reduzir o elevado número de baixas por doença, por exemplo nos fun-

cionários judiciais a média é de 36 dias por ano, seria razoável prever a compaênci a e tratamento obrigatório em serviços adequados para o efeito?

Miguel Guimarães - Seria razoável, na minha opinião, haver um quadro penal mais apertado para quem prevarica e termos um sistema de fiscalização mais

rigoroso. Também é altura de libertar os médicos dos atestados de curta duração e atribuir essa responsabilidade ao cidadão doente. Se um doente sente que não tem capacidade para trabalhar momentaneamente, deve assumi-lo perante a entidade patronal e responsabilizar-se pela sua decisão. Este *empowerment*

do doente deve ser acompanhado da existência de penalizações associadas para casos de prevaricação. De resto, o recurso a serviços específicos adequados para o efeito deveria ser reservado para situações especiais e sempre que existisse suspeita de comportamento 'abusivo'.

Prescrição por DCI: razão antes do tempo

Com as devidas autorizações, divulgamos a opinião de Miguel Guimarães sobre a obrigatoriedade de prescrição por Denominação Comum Internacional, o qual foi originalmente publicado no jornal Vida Económica de dia 28 de Junho.

Na execução do memorando de assistência financeira, o Ministério da Saúde comprometeu-se em reduzir drasticamente a despesa pública com medicamentos. Esse compromisso levou à adopção de medidas bastante violentas para todos os intervenientes no sector, dos prescritores aos comerciantes. Algumas aparentemente bem-sucedidas, como a redução administrativa dos preços de venda dos genéricos, a adopção de novos países-referência para as margens de comercialização ou a negociação com a indústria farmacêutica para amortização de dívidas. Outras que resultaram no efeito contrário ao que os governantes desejavam.

Uma das iniciativas mais penalizadoras para os doentes, neste momento, é a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI), conhecida também como prescrição pelo princípio activo. Obrigatória desde Junho de 2012, esta tipologia de receita foi amplamente criticada pela Ordem dos Médi-

cos desde a sua concepção, não por questões corporativas ou por promiscuidades com os laboratórios farmacêuticos como se procura fazer passar para a opinião pública, mas por uma questão de princípio e de não impedir que a prescrição do médico fosse desrespeitada, de forma arbitrária, no balcão da farmácia.

O tempo deu-nos razão, infelizmente. A prescrição por DCI não só não aumentou a taxa de penetração dos genéricos em Portugal além da curva ascendente que já se verificava, como tem provocado todo o tipo de iniquidades na hora dos doentes levantarem o seu receituário.

Nesta engrenagem, as areias começam a surgir nas guias de tratamento fornecidas ao doente através dos programas de prescrição electrónica. Nelas pode ler-se não o preço mais baixo possível para um princípio activo, como estava definido na lei, mas sim "o preço máximo possível" em cada caso,

enviesando a mensagem e confundido propositadamente o doente na hora da escolha. Acto contínuo, os casos reportados de trocas de medicamentos aumentam exponencialmente e fazem as parangonas dos jornais, sobretudo quando se tratam de fármacos mais baratos. Por uma razão muito simples: quanto mais baratos forem os medicamentos, menos interesse têm para as farmácias e para a indústria que vivem de margens de comercialização.

O Ministério da Saúde terá, necessariamente, de rever a sua posição sobre esta matéria e cumprir com outro dos pressupostos definidos pela troika, a transparência. Pode começar pela eliminação das mensagens ambíguas nos softwares de prescrição e por cumprir com a lei que, ele próprio, criou, apresentando ao utente o preço mais baixo do mercado. Só assim poderá haver uma decisão informada e consciente por parte daqueles a quem, em última análise, se dirigem estas medidas.



Alberto Costa

Coordenador do Conselho Nacional dos Cuidados Continuados

Longevidade: oportunidade ou não?

Considerando o contexto atual do progressivo envelhecimento demográfico e contínuo aumento das necessidades de cuidados continuados das populações, os serviços e os seus responsáveis devem colocar esta área na lista das prioridades.

Atualmente, assistimos ao declínio das doenças transmissíveis e de carácter agudo e ao aparecimento das doenças crónico-degenerativas. A Medicina atual resultou assim desta transição no modelo das doenças relacionada com a evolução dos indicadores que acompanharam a melhoria sócio-económica e dos estilos de vida. As doenças crónico-degenerativas, pela grande morbi-mortalidade prematura que condicionam fizeram alterar o nosso objetivo, que passou a ser sobretudo a sua prevenção.

Os sistemas de saúde têm dado um contributo importante para o desenvolvimento das sociedades modernas. O aumento da oferta de serviços de saúde, a introdução de novas tecnologias e o aumento da qualidade de vida conseguidas através de medidas preventivas de saúde pública, foram fatores determinantes para a mudança radical do estado de saúde das populações.

Estima-se que em Portugal entre 2010 e 2050 a população diminuirá cerca de 10% mas a população acima dos 65 anos aumentará em 66%.

A população atual com mais de 65 anos (18%) do total, é de 1.787.344 habitantes e a previsão disponível para 2050, é de que esta população será de 2.818.866 habitantes.

O envelhecimento progressivo da população que se está a verificar, vai criar a médio/longo prazo uma nova dinâmica de recrutamento em diversos setores de atividade e entre eles o da saúde. Partilhamos a opinião, que no futuro, o nosso envelhecimento deverá ser tratado também com o bom senso e não exclusivamente pela medicina.

A Medicina do Séc. XXI irá ser tanto melhor, quanto menos dependente estiver dos medicamentos e terá de envolver todos os seus intervenientes: setor público, privado e social.

A organização dos sistemas de saúde, estruturados principalmente com financiamento público, para responder às novas ameaças criadas pelo próprio desenvolvimento, foi dos principais ganhos da humanidade no Séc. XX e continuarão a sê-lo no Séc. XXI.

A organização dos sistemas de

saúde constitui um motor para a economia, gerando emprego, absorvendo mão-de-obra qualificada de elevada diferenciação técnica.

O direito de proteção da saúde é uma importante conquista civilizacional de que todos nos orgulhamos.

Em Portugal, o indicador mais notável, para além da diminuição da mortalidade infantil, é a esperança média de vida, 12 anos maior do que em 1970 e superior à média europeia.

Em Portugal a despesa total com saúde correspondia em 1974 a 10,8% do PIB, em 2003 a 9,2% (Eurostat), em 2008 a 9,5% (Eurostat) e em 2010 atingiu 10,1% do PIB (INE), considerando que destes aproximadamente 2/3 corresponderão a despesa pública.

É comum dizer-se que a saúde não tem preço...mas tem um custo, que no modelo de financiamento atual é suportado maioritariamente pelos impostos.

Promover a funcionalidade possível, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui a base das políticas sociais que mais podem contribuir para

a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

Em 2005 foi divulgado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos para ser implementado em todas as Administrações Regionais de Saúde. Um dos objetivos deste programa era a capacitação das Famílias para a prestação de cuidados informais e a implementação dos Cuidados Paliativos em regime de internamento, no ambulatório e no domicílio.

Em 2006, Portugal implementou a Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), DL nº 101 de 2006, de 6 de Junho, com o objetivo de fazer face a uma série de problemas específicos, entre eles o progressivo envelhecimento das populações, o aumento da prevalência das doenças crónicas incapacitantes e para dar resposta à escassa cobertura de serviços de cuidados continuados integrados a nível Nacional.

Desde a criação da RNCCI, têm sido efetuados estudos para se perceber melhor o desenvolvimento das atividades e para se definirem estratégias visando uma melhoria contínua da prestação de serviços às comunidades. São vários os estudos analisados que mostram a pertinência das necessidades deste tipo de serviços para as populações e que revelam que o modelo de organização da RNCCI cumpre as expectativas e satisfaz as necessidades, (Estudo de acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde, ERS, Porto, 2011). A avaliação dos resultados demonstra que há eficácia, eficiência e efetividade.

O modelo adotado demonstra ter acessibilidade e equidade, mas tornou-se evidente a necessidade de crescer, nomea-

damente na área dos Cuidados Paliativos. Muitos doentes com Doença Crónica Grave Incurável e Progressiva (DCGIP) com necessidades de Cuidados Paliativos (CP) continuam a ocupar as camas hospitalares em serviços sem vocação nem treino na gestão do sofrimento do doente e da família e por vezes submetidos a encarniçamento terapêutico.

Os internamentos prolongados com altos custos associados exigem que seja realizada uma otimização das vagas hospitalares, especialmente no atual contexto sócio-económico que o País enfrenta.

A otimização só será possível com um adequado encaminhamento do doente para o seu domicílio, para unidades/centros de reabilitação, para a rede de cuidados continuados ou de cuidados paliativos se tal houver necessidade, locais e estruturas mais apropriadas ao acompanhamento do doente e de custo habitualmente inferior aos internamentos hospitalares.

As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECCP) são por isso imprescindíveis e precisam de ser implementadas no terreno.

O impacto de uma DCGIP no doente e na família traduz-se em várias reações adaptativas que condicionam alterações na organização e funcionamento familiar.

Estas equipas têm que ser hábeis em comunicar e a lidar com a mudança, com a sobrecarga, com o assumir de novos papéis familiares, gerindo as expectativas, colocando novos objetivos e um novo sentido para o dia-a-dia.

Cuidar de um doente terminal no domicílio implica uma correta avaliação das capacidades físicas, psíquicas e emocionais da famí-

lia. As políticas governamentais devem reconhecer e consagrar estas preocupações. Doente e cuidador têm que ser integrados nesta equipa domiciliária.

Os CP exigem profissionais com disponibilidade e formação específica. A Medicina Geral e Familiar (MGF), não pode nem deve continuar a assumir sózinha esta área dos serviços de saúde. Este modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.

A implementação de unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnicos e humanamente adequados, constitui um desiderato que nos deve nortear nestas situações.

A oferta deste tipo de cuidados de saúde deve adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas de cada região, de forma a garantirmos um acesso o mais uniforme possível para todas as regiões, o que não se verifica neste momento (Entidade Reguladora da Saúde - Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde, Fevereiro de 2013).

O Relatório da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), de Março de 2011, que teve por base elementos colhidos até Dezembro 2010, conclui existirem ainda desigualdades, em algumas regiões do país no acesso a este tipo de cuidados de saúde.

Em 5 de Dezembro de 2012, com a publicação da Lei nº 52/2012

de 5 de Setembro, Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (CP), é consagrado o direito e regulado o acesso aos cuidados paliativos, sendo criada a Rede Nacional dos Cuidados Paliativos (RNCP), define CP como cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doente em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada ou progressiva, assim como às suas famílias (Lei nº52/2012 de 5 de Setembro). As unidades de CP, as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, criadas no âmbito do DL nº101/2006, de 6 de Junho, bem como outros estabelecimentos

e serviços idênticos no âmbito da RNCCI, foram integrados na RNCP agora criada.

Dispondo de uma dotação orçamental específica no quadro do ministério da saúde, estabelece-se que o financiamento da RNCP, é da responsabilidade do Ministério da Saúde e rege-se pelos princípios constitucionais, pela Lei de Bases da Saúde e de mais legislação aplicável.

A Ordem dos Médicos e o seu Conselho Nacional dos Cuidados Continuados, devem continuar interessados, atentos e disponíveis para colaborarem com todos os intervenientes, na defesa de um Sistema de Saúde, que também nesta área, distinga Portugal no apoio aos seus seniores. Portugal, dispõe ainda de outras áreas, como o turismo de saú-

de, com condições de excelência quer em recursos humanos e técnicos, quer em equipamentos construídos de raiz para o efeito, quer ainda pelo nosso clima ameno, que poderiam ser uma mais valia e oportunidade inovadora, transformando este setor num importante objetivo estratégico para o nosso País.

O slogan que o Conselho Nacional dos Cuidados Continuados propôs foi:

"Em Portugal a longevidade é uma oportunidade!"

Nota da redacção: uma versão mais completa deste artigo, pode ser consultada no site nacional em www.ordemdosmedicos.pt, bastando para tal usar a pesquisa (situada no canto inferior direito) e inserir a palavra 'longevidade', o nome do autor ou outra palavra chave.

Alterações às regras de prescrição e de dispensa de medicamentos

Divulga-se a Circular Informativa Conjunta N.º 02/INFARMED/ACSS datada de 11 de Julho de 2013 relativa às alterações às regras de prescrição e de dispensa de medicamentos.

«Com a publicação da Portaria n.º 224-A/2013, de 9 de julho, e do Despacho n.º 8990-C/2013, de 1 de julho, as regras de prescrição e de dispensa foram alteradas no seguinte:

Vinhetas médicas

A aposição de vinhetas apenas é obrigatória nas receitas pré-impresas, ou seja, nas receitas manuais.

Prescrição

Deixa de ser necessária a segregação de medicamentos de marca sem similar ou que não disponham de medicamento genérico similar comparticipado (original e licenças), bem como os que incluem justificação técnica.

Assim, estas prescrições já não têm de ser efetuadas em receita médica isolada.

Dispensa

Perante a prescrição de um medicamento de marca sem similar ou que não disponha de medicamento genérico similar comparticipado (original e licenças), o farmacêutico apenas pode dispensar o medicamento que consta de receita;

Perante a prescrição de medicamento com justificação técnica, o farmacêutico apenas pode:

- dispensar o medicamento prescrito - justificações técnicas a) e b)
- dispensar o medicamento prescrito ou um equivalente mais barato (se o utente exercer o direito de opção) - justificação técnica c).

Softwares

Os softwares de prescrição, dispensa e conferência devem adaptar-se à Portaria n.º 224-A/2013, de 9 de julho, e ao Despacho n.º 8990-C/2013, de 1 de julho, conforme as respetivas datas de entrada em vigor.

Adicionalmente, informa-se que as normas técnicas de prescrição e de dispensa serão adaptadas à legislação agora publicada e serão oportunamente divulgadas.»

Campanha «encontrar os outros 150»

Durante os próximos meses, cerca de 40 crianças de todo o mundo irão viajar para Boston, nos EUA, para participar no Triple Drug Trial, um ensaio clínico que vai testar potenciais tratamentos para a progeria. Para marcar este acontecimento, a Progeria Research Foundation (PRF) está a relançar a campanha «Encontrar os outros 150» para localizar as crianças com progeria que ainda não foram identificadas em Portugal e no resto do mundo.

A progeria, ou Síndrome de Hutchinson-Gilford, é uma doença rara, genética e fatal caracterizada pelo aparecimento de um envelhecimento acelerado ainda durante a infância. Os sintomas da progeria passam pela paragem do crescimento, queda de cabelo, perda de gordura corporal, rigidez articular, deslocamento da anca, doenças cardiovasculares, entre outros.

«No lançamento desta campanha em 2009, afirmámos que descobrir pelo menos uma criança seria um grande sucesso, mas excedemos as nossas expectativas de forma significativa e identificámos cerca de 50 casos em poucos anos», afirma Audrey Gordon, presidente da PRF. «O nosso sucesso é um testamento para o poder da colaboração global. Sabemos que através dos nossos esforços globais e contínuos poderemos encontrar cada vez mais crianças com progeria e proporcionar-lhes cuidados médicos essenciais, promovendo a investigação médica para desenvolver tratamentos e uma cura».

«Precisamos de continuar a identificar tantas crianças quanto possível», afirma Leslie B. Gordon, Diretora Médica da Progeria Research Foundation. «Já conhecemos o gene que provoca a progeria e em Setembro último anunciamos o resultado do nosso primeiro ensaio clínico e o seu sucesso no atraso da progressão da doença». Esta campanha faz parte de um programa global que tem como objetivo descobrir e tratar crianças que vivam com esta doença rara, a progeria. Mais informação sobre a doença e como ajudar os portadores em www.progeriaresearch.org

Certificados de incapacidade temporária

A transmissão electrónica dos certificados de incapacidade temporária (CIT) passa a ser obrigatória a partir de 1 de Setembro. O envio dos serviços de saúde para a segurança social terá que ser por via electrónica para evitar fraudes no subsídio de doença, conforme estabelece a portaria 220/2013 de 4 de Julho. Na portaria lê-se que um dos objectivos da medida é «o reforço da eficácia do sistema de segurança social na atribuição das prestações no âmbito das eventualidades de doença e de maternidade, paternidade e adopção». O CIT «passa a ser obrigatoriamente transmitido electronicamente entre os serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os serviços de Segurança Social (SS)». A portaria estabelece ainda que a versão impressa só pode ser usada em «situações em que não seja possível a sua transmissão electrónica, por motivos de força maior».

Oferta formativa do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Iniciou-se em Agosto a segunda fase de candidaturas aos seguintes Mestrados e Doutoramentos que se iniciam em Outubro no IHMT (<http://www.ihmt.unl.pt>):

Mestrados (2.º Ciclo)

- Mestrado em Ciências Biomédicas (120 ECTS)
- Mestrado em Epidemiologia (93 ECTS)
- Mestrado em Microbiologia Médica (120 ECTS)
- Mestrado em Parasitologia Médica (120 ECTS)
- Mestrado em Saúde e Desenvolvimento (93 ECTS)
- Mestrado em Saúde Tropical (120 ECTS)

Doutoramentos (3.º Ciclo)

- Doutoramento em Ciências Biomédicas (240 ECTS)
- Doutoramento em Genética Humana e Doenças Infeciosas (240 ECTS)
- Doutoramento em Medicina Tropical (240 ECTS)
- Doutoramento em Saúde Internacional (240 ECTS)



António de Castro Caldas

(artigo gentilmente enviado pelo seu neto Miguel Castro Caldas Cabral, médico oncologista e actualmente sacerdote católico)

Recordações de quem sempre procurou conseguir “Ser Médico”

Este artigo foi originalmente publicado, há muitos anos, pelos Drs. Gomes-Pedro e António Barbosa (Departamento de Educação Médica da FML) num um pequeno livro intitulado “Ser Médico” e no qual colaboraram os Professores Castro Caldas, Pinheiro de Almeida, Pratas Ferreira, Santos Ferreira, Torres Pereira, Carlos Ribeiro, Pádua, Paredes, Ribeiro da Silva, Machado Macedo, M^a Lourdes Levy, Sequerra Amram (já todos na altura jubilados).

Foram tirados 2.500 exemplares desse pequeno livro. Ref.: ISBN 972-9349-09-06, DEPÓSITO LEGAL Nº 161 044/01.

António Teixeira de Queirós de Castro Caldas (Lisboa, 1910-2003), 6 filhos e 16 netos. Foi um dos grandes obstetras do seu tempo. A sua Clínica de São Miguel, no bairro lisboeta com o mesmo nome, era justamente afamada. Professor Catedrático de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa de 1970 a 1980, ano da sua jubilação.

Doutorou-se em 1943 com a tese “O Corpo Amarelo Gravídico: sobre as causas da sua permanência”; 1945: Regência do Curso de Ginecologia e Obstetrícia; 1946: Responsável pelos Serviços de Obstetrícia nas Maternidade de Sta. Bárbara - H.SJ e Magalhães Coutinho; 1946: Professor Agregado da FML; 1962: Professor Extraordinário da FML; 1967/69: Presidente da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Obstetrícia; 1970: Professor Catedrático da FML; 1972: Director do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Santa Maria.

Pedem-me o meu testemunho sobre o que me foi dado observar ao longo da minha vida profissional, testemunho esse que consistirá no relato de episódios em que participei ou de que tive conhecimento e que servirão para mostrar, a quem deseje vir a “Ser Médico”, quais são as regras fundamentais de comportamento a que terá de obedecer se desejar viver uma profissão que, como nenhuma outra, lhe dará ocasião para se sentir totalmente absorvido pelo seu trabalho e feliz por contribuir para a saúde e bem-estar de tantos que lhe vêm solicitar o seu auxílio.

Ao evocar tais episódios

da minha vida de médico surgi-me, antes de qualquer outro e talvez por ser o mais antigo, a lição que recebi dum dos meus velhos mestres, o **Professor Moreira Jr.** Estava eu no início do internato dos H.C.L. quando um companheiro de equipa de urgência me pediu que o ajudasse a resolver uma dificuldade da clínica, pouco frequente, podemos dizer mesmo rara. A sua Avó, senhora de avançada idade, encontrava-se gravemente doente. Após ligeira gripe entrou em insuficiência renal acentuada. Os valores da ureia no sangue subiram para níveis extraordinariamente altos. Estábamos nos anos 30 do século XX e ainda não se criara qualquer meio capaz de substituir a função do rim. Por isso, o Professor Fernando Fonseca, o grande clínico do século que tantos de nós ainda conhe-

emos e admirámos, chamado em conferência, aconselhou, como única terapêutica paliativa possível, praticar uma sangria e injectar na veia soro glicosado isotónicogota agota. Havia, contudo, uma dificuldade. A doente não tinha qualquer veia visível ou palpável e, por isso, nunca tinham conseguido dar-lhe uma injecção endovenosa. Tornava-se necessário dissecar uma veia que tivesse trajecto bem definido e neste caso optava-se pela veia que passa atrás do maléolo peroneal, no tornozelo. Era isso que me solicitavam e para tanto, acompanhado de um colega que me iria ajudar e transportando o material necessário, devidamente esterilizado, dirigi-me à moradia onde se encontrava a doente. Estava presente o seu médico assistente, o Professor Moreira Jr. que os doentes tratavam com todo o respeito, mas de forma carinhosa, por Professor Moreirinha.

Era um homem com extraordinárias qualidades. Muito inteligente, com uma actividade estonteante e conhecendo, como ninguém, a melhor forma de tratar com todos aqueles com quem convivia. Antigo Ministro da Marinha, ainda no tempo da monarquia, Cirurgião dos H.C.L., Professor de Obstetrícia na Faculdade de Medicina e que, juntamente com a sua actividade pedagógica e intensa vida de cirurgião e de clínico, tinha ainda a capacidade de ser um grande empresário na indústria dos tabacos. Eram muitos os grandes industriais e banqueiros que o tinham como seu médico assistente e de toda a família, e só nele confiavam. Como a doente era Mãe dum dos mais conceituados advogados da Lisboa de então, o Professor Moreirinha não podia



deixar de ser o seu médico e de comparecer para assistir à simples descoberta cirúrgica dum a

veia. Uma vez terminada a pequena operação para que fora convocado e quando me preparava para me retirar, surgiu a grande lição que nunca mais esqueci. O Professor Moreira Jr., reunida, no salão da casa, toda a família, juntamente comigo e com o colega que me ajudou, fez um discurso em que disse: *"Eu estou satisfeito, estou satisfeitíssimo. Todos sabemos que a Avó vai morrer em breve e, todavia, como seu médico, eu não posso deixar de me sentir satisfeito pois sei que nunca nenhum doente foi tão bem tratado, sem um deslize, sem uma falha e com tanta correcção. Assim, ainda hoje, veio até nós o Professor Fernando Fonseca e nos deu os seus concelhos, tão valiosos por virem de quem tem tanta experiência e tão completa informação médica. Desde sempre que o Dr. Ernesto Roma tem amparado a doente, controlando a sua diabetes. E, até agora, estes dois jovens colegas vieram aqui praticar um acto cirúrgico que a todos pareceu tão simples o que é executado com uma técnica perfeita e auxiliado por vastos conhecimentos de anatomia".*

Eu ouvia-o abismado. Numa época em que não era raro ouvir-se, aos médicos, criticar a actuação e a competência dos colegas,

eu ouvia o Professor Moreira Jr., elogiar a competência e a actuação de todos os médicos que se empenhavam no tratamento da doente, só não fazendo qualquer referência a si mesmo, que parecia não ter tido qualquer influência na luta que se estava a travar contra a doença da Avó. Só no final é que percebi e nunca mais esqueci aquela lição. A Família, terminado o discurso, angustiada, chorou a gravidade do estado da Avó e com sinceridade agradeceu-nos a nossa intervenção, louvou a actuação dos outros médicos e, acima de tudo, manifestou, ao Professor Moreirinha a sua gratidão porque fora ele que conseguira criar as condições para que desse à Avó o melhor tratamento possível em doença tão grave.

Esta lição ensinou-me, e nunca mais o esqueci, que enaltecer a actuação e a competência técnica dos colegas, com verdade e no momento oportuno, é a melhor forma, não só de nos respeitarem e acarinharem, mas, mais do que isso, de tornar respeitada e admirada toda a classe médica, na sociedade em que vivemos.

Todavia, pelo que me foi dado observar ao longo da minha carreira, o factor mais importante para manter o prestígio dos médicos é que na sociedade todos

se apercebam que a principal preocupação dos médicos reside na defesa dos interesses, da vida e do bem-estar dos seus doentes. E isto depende principalmente da forma como todos os médicos procedem e se manifestam. Assim, eles nunca deverão esquecer que **não é suficiente que o doente seja tratado com competência técnica. Isso é evidentemente, indispensável e necessário. Mas tão importante como isso é tratá-lo com humanidade.** Nas actuais unidades de cuidados intensivos o doente não pode estar entregue à exclusiva vigilância de máquinas sofisticadas que apitarão se surgir a mais pequena complicaçāo. O doente necessita mais do que isso. Ele tem necessidade de ver e contactar, com frequência, o médico que o trata para que esteja confiado e tranquilo.

Mesmo fora das situações de alta gravidade, os homens necessitam, para viver com confiança e tranquilidade, que lhe seja assegurada assistência médica rápida e eficaz, sempre que dela precisarem.

Todos sabemos as dificuldades com que deparamos para tal conseguir. Todavia, é minha convicção de que a mais importante condição para o conseguir é que o médico, melhor, todos os médicos, considerem que é o seu principal dever de cumprir o contrato tácito que fizeram com os doentes ao iniciarem a sua profissão, contrato que os obriga a estar permanentemente ao serviço de todos aqueles que necessitem ser socorridos.

Ora isto impõe que o médico não tenha horário de trabalho, com horas certas de entrar e sair, horas extraordinárias pagas por tabela mais elevada, descanso completo aos domingos e feria-

dos e muitas outras regalias próprias dos contratos de trabalho das outras profissões. É que o médico para Ser Médico", tem de aceitar que a sua profissão é realmente diferente de todas as outras profissões e, por isso, deverá renunciar a ter o seu contrato de trabalho, escrito e assinado depois de longas discussões, pois é obrigado a manter-se fiel ao contrato tácito a quem acima me referi e que se mantém inalterado desde a mais alta antiguidade. Poderá suceder, se não houver um horário de trabalho, que o médico tenha dias seguidos com escassa ou nula actividade, mas está sempre sujeito a que, inesperadamente, se sigam muitas horas, ou dias, em que ele não terá tempo nem para poder comer sem ser interrompido, nem para dormir sossegado.

Isto exige do médico trabalho árduo, impossível de planear e impõe-lhe uma actividade cheia de imprevistos. Todos os médicos que procederem desta forma o podem testemunhar.

Por mim, recordo sempre um episódio que muitas vezes tenho contado e volto a repetir. Chamado, pelo telefone, com urgência, no princípio da noite, disse à minha mulher: "É coisa rápida, volto em menos de uma hora". E, no dia seguinte, de manhã, fui preso, nas Caldas da Rainha, sob suspeita de ter roubado um automóvel. É pitoresco e inesperado. Explico como tal sucedeu. Sempre que foi possível deitei-me cedo. Só assim podia estar acordado antes do nascer do sol e aproveitar o sossego dessas horas. Era esta, para mim, a melhor ocasião para me dedicar a trabalhos que exigem concentração e para, pela leitura, me manter actualizado como exigia a minha actividade clínica e académica.

Por isso, quando o telefone tocou, cerca das 11 horas da noite, acordei supondo que já era manhã. Chamavam-me da Maternidade Magalhães Coutinho.

Nesse tempo a assistência aos partos era feita pelas parteiras. Técnicas com grande prática e notável senso clínico que eu muito admirava e respeitava. Quando qualquer dessas parteiras percebia que havia necessidade de intervenção médica chamava-me e sempre confirmei a exactidão das suas indicações.

Como eu morava ao lado da Maternidade, envergava um casaco e enfiava umas calças, por cima do pijama e rapidamente estava junto da parturiente. Assim sucedeu nessa noite e em pouco tempo se resolveu a dificuldade. Ia regressar a casa quando me chamaram ao telefone. Era um colega que frequentara um estágio na Maternidade Magalhães Coutinho e depois se instalou nas Caldas da Rainha. Telefonava-me do Hospital e disse-me: *"Tenha paciência, estou no Serviço de Urgência e acabo de receber um caso raro e difícil que muito me preocupa. É uma pobre desgraçada e penso que só você poderá resolver esta situação".* A amizade que este colega me dedicava levava-o a pensar e agir desta forma.

Ele dissera que uma pobre desgraçada necessitava de auxílio. Não havia que hesitar. Tinha o automóvel a dois passos, à porta da minha casa. Parti imediatamente para o Hospital das Caldas. Aí, com o auxílio do colega que me telefonara e outros médicos do Hospital, resolvemos a situação e de manhã a doente, depois de operada, estava em franca recuperação e com bom prognóstico. Por isso, retomei o automóvel e voltei para Lisboa. Foi então à saída das Caldas, na

bifurcação das duas estradas, a que vai para Óbidos e a que liga ao Cercal, onde existia um posto da Polícia de Trânsito, que um guarda me mandou parar e me pediu os documentos. Como disse, estava com o fato por cima do pijama, não tinha qualquer documento. A ordem de prisão era inevitável. Só a boa vontade do guarda, que telefonou para o Hospital a confirmar as minhas declarações, permitiu que chegassem a Lisboa sem mais percalços.

Este episódio mostra de forma perfeita e inesquecível o que é a irregularidade de vida do médico desde que ele cumpra a obrigação de estar permanentemente ao serviço dos doentes que necessitam ser socorridos.

Todavia, se este episódio for analisado com mais atenção, encontramos, nele, motivos para compreender porque se apaixonam, os médicos, pela profissão. Assim, vejamos: para socorrer uma desgraçada, que se encontrava em iminente risco de vida, se não fosse tratada com urgência, reuniram-se alguns médicos que naturalmente e com a melhor boa vontade se entregaram ao fascinante trabalho de combater uma situação que, se eles a não corrigissem, iria provocar a morte da doente. A nenhum desses médicos eu ouvi o mais pequeno queixume por ter de trabalhar durante as horas em que deveria estar a dormir sossegado e sem que ninguém o fosse compensar por este trabalho extraordinário. **Estou plenamente convencido que também nenhum deles se preocupou com a circunstância de me terem convocado sabendo que ninguém me iria remunerar pelos serviços profissionais que estava prestando. É que todos eles sabiam que eu**

estava a cumprir, tal como eles, uma obrigação inerente à nossa profissão, ou seja, socorrer um doente que necessita do nosso auxílio.

Mas, mais do que qualquer dos meus colegas, eu sentia-me amplamente compensado porque sabia e nunca o poderia esquecer que, se estava naquela noite na sala de operações de um hospital a cujo corpo médico eu não pertencia, a tratar uma doente de quem ignorava tudo excepto que ela iria morrer se nós todos não estivéssemos ali, é porque um colega, sem dúvida arrastado pela sua amizade e talvez pelas recordações do que comigo aprendera quando estagiou no serviço onde eu trabalhava, me chamou porque entendeu ser eu o médico mais indicado para colaborar no tratamento daquele doente. E esta escolha, feita por um colega, é para qualquer médico um dos mais honrosos prémios que lhe poderá ser concedido durante a sua carreira profissional.

O valor que todos os médicos atribuem a este prémio é muito grande. Quando o recebe, qualquer médico sente-se respeitado. Mais do que isso, ele sente que está a ajudar a manter o respeito com que era distinguida a classe médica nas gerações do princípio do nosso século, quer entre nós, quer em todo mundo.

Para evocar a amizade e o respeito que, nesses tempos já distantes, toda a sociedade dedicava, especialmente aos médicos mais eminentes, poderia citar numerosos exemplos mas prefiro destacar o que nos conta **René Leriche** nos seus inesquecíveis "Souvenirs de ma vie morte" a propósito da sua viagem aos Estados Unidos, em 1921, quando visitou **Halsted**, um dos grandes criadores da cirurgia norte-americana.



Do lado direito,
René Leriche

Conta-nos Leriche que o motorista do táxi que o transportou, recusou-se a receber o preço do transporte, declarando: "Os amigos do Dr. Halsted não pagam. Muitos serviços já ele prestou aos habitantes de Baltimore". É uma típica homenagem dum norte-americano, que assim manifesta o seu agradecimento, a um médico que ele admira e estima. E admira e estima-o porque a todos ouve dizer que Halsted é um médico que todos os seus colegas respeitam e admiram em virtude das suas extraordinárias qualidades. Qualidades estas que Leriche põe em evidência ao contar-nos outro episódio desta sua viagem. Quando, em 1921, Leriche visitou Halsted, Dandy, que mais tarde foi um dos mais famosos neurocirurgiões e que, nessa época, era assistente de Halsted, tinha publicado, pouco antes, os resultados das primeiras ventriculografias cerebrais que executara. Leriche manifestou interesse em ver as películas radiográficas, já que as figuras do artigo não eram muito claras. Dandy mostrou-lhe toda a coleção e ao terminar revelou-lhe: "A ideia de injectar ar nos ventrículos, para os visualizar, não é minha, é de Halsted. Como calcula eu dizia-o logo no início do artigo que publiquei. Mas quando o levei a Halsted, para o aprovas-

se, ele disse-me: - Corte isto, sou um velho a quem isso nada acrescentará, enquanto você joga o seu futuro com essa ideia". E Leriche proclama: "Tal generosidade e desprendimento são dignos dos antigos romanos". É, com efeito, esta atitude de Halsted, uma extraordinária manifestação de desinteresse pessoal e defesa dos interesses dum colaborador mais novo, só própria dos grandes homens, dos verdadeiros superiores.

São homens como Halsted e tantos outros médicos com estas qualidades na sua vida profissional que criam os laços de amizade e respeito entre colaboradores e largamente contribuem para tornar a medicina uma profissão que nos prende e a quem totalmente nos dedicamos.

Com o decorrer dos anos, os médicos, ao sentirem que a sua competência profissional é admirada e reconhecida pelos seus colaboradores, são naturalmente levados a contribuir, da melhor forma que lhes for possível, para facilitar a carreira profissional dos médicos mais novos e sentem-se felizes quando assistem ao seu triunfo.

Sempre verifiquei que todos aqueles que são verdadeiramente médicos recebem os pedidos de auxílio dos seus colegas mais novos com gratidão, pois os consideram como prova de estima e confiança e procuram dar a sua melhor colaboração, sempre com total desinteresse e a maior discrição para que a competência profissional, de quem solicitou esse auxílio, não possa, de qualquer modo, ser afectada. É muito importante, com efeito, que os médicos mais experientes prestem a sua colaboração, quando solicitada, com a maior discrição, pois só assim se assegurará que nos casos particularmente

graves o médico mais novo, sem que tal possa comprometer a sua competência profissional, se faça substituir por um colega que tenha maior experiência da terapêutica que tal caso exige. E esta é a forma de defender a vida e o bem-estar do doente, o que deverá ser sempre a maior preocupação de todos os médicos. Além disso, os médicos mais novos nunca esquecerão estes auxílios que receberam de colegas mais experientes, como nunca esquecerão tudo quanto aprenderam com os médicos com quem colaboraram. **Isto cria estreita amizade entre os companheiros de trabalho e qualquer prova de confiança nas suas qualidades profissionais, que lhes seja dado por esses companheiros, especialmente por aqueles que mais respeitem e admirem, será o prémio que mais ambicionem.** Sinto a verdade desta afirmação quando, ao evocar as minhas recordações, me lembro do seguinte episódio. No meu internato nos H.C.L. foi meu chefe, na equipa de serviço ao Banco do Hospital de S. José, o Dr. José da Cunha Paredes. Era um cirurgião admirável com quem muito aprendi. De correção exemplar, durante as operações, nunca se indisponha com quem o ajudava, nunca falava alto, nunca atribuía culpas ao material ou aos colaboradores quando surgiam dificuldades. Operava com gestos vagarosos em que se sentia o cuidado de não traumatizar os tecidos em que trabalhava, mas como, desde o início da operação, quando avaliava as lesões que era necessário corrigir, sempre escolhia a melhor tática, a mais simples e a mais fácil de executar, como todos os pontos eram dados no local exacto, sem nunca serem emendados, sem partir uma li-

nha ao dar o nó, sem emendar um gesto, as suas operações demoravam muito menos tempo do que as de cirurgiões que pareciam muito rápidos. Perfeito na técnica, tinha um senso clínico admirável e assim conseguia os melhores resultados.

Durante a minha preparação cirúrgica fui seu ajudante quase diário e fiquei a dever-lhe, além das suas lições e duma larga amizade, favores inesquecíveis, tais como, o cuidado e a dedicação com que operou, por vezes em situações de grande gravidade, tantos dos meus familiares mais queridos. Segui um caminho diferente do da cirurgia geral e isso afastou-me do seu convívio e colaboração diária.

Mais tarde, não sei dizer quando, mas numa altura em que eu já atingira o cume da minha carreira, recebi, na minha Clínica, uma doente que me procurava para eu a operar por sofrer de doença ginecológica em que, praticamente sempre, se consegue cura rápida e sem complicações. Pela doente soube que era muito amiga da Família do Dr. José Paredes. Contou-me que ele abandonara, havia pouco, toda a sua actividade profissional, em consequência de insuficiência respiratória que o obrigava a inactividade quase total. Fora ele que lhe recomendara que me viesse procurar para me pedir que me encarregasse de a operar. Ao ouvi-la corei de orgulho. Depois, foi com ansiedade que acompanhei o decorrer do pós-operatório que evoluiu sem a mais pequena complicação.

Quando teve alta surgiu a pergunta habitual: "Doutor quanto é que devo?" Voltei a corar e disse-lhe: "Minha senhora, peço-lhe que acredite na minha sinceridade. A senhora nada me deve. Sou eu que lhe devo e muito. O Dr. José Paredes

foi para mim um mestre e um amigo que muito me ensinou e a quem eu fiquei a dever os maiores favores. Ao mostrar-me a sua confiança aconselhando-a a que me procurasse, ele concedeu-me o prémio que eu mais poderia ambicionar nesta altura da minha vida. Por isso, acredite, que ao trazer-me este prémio e ao dar-me a possibilidade de eu poder trabalhar só com a única compensação de ser agradável ao Dr. José Paredes, presta-me um favor enorme que sempre lhe agradecerei. Só lhe peço que não diminua a verdadeira extensão deste grande favor, que lhe estou a dever, procurando pagar-me de qualquer outra forma que não seja com a sua amizade que eu tanto prezo".

A doente ouviu e compreendeu a sinceridade com que lhe falava. Mas não resistiu e foi contar ao Dr. José Paredes o que eu lhe dissera e passados poucos dias, ao terminar a consulta, fui chamado ao telefone. Era o Dr. José Paredes que me queria agradecer.

Pareceu-me que estava comovido. A sua respiração era difícil, arfava, o que dificultava perceber o que dizia. Atabalhoadamente respondi com palavras de justificação e agradecimento que me pareciam ser também incompreensíveis. Só tenho a certeza de que, quando desligámos, na outra extremidade do fio, o Dr. José Paredes também chorava.

São emoções como esta que nos aquecem a alma e nos dão a força que necessitamos para "Ser Médico". Suponho que tais emoções só na profissão médica poderão existir e em mais nenhuma outra e tenho, para mim, como seguro que só serão sentidas, na sua verdadeira plenitude, por aqueles que sigam, com todo o rigor, as regras éticas fundamentais que, desde a mais alta antiguidade, se mantêm imutáveis. Por isso, aqui deixo, àqueles que agora iniciam a sua carreira em medicina, esta simples mensagem que procurei

fundamentar com a apresentação de episódios reais da vida profissional do médico. **Nesta mensagem procurei mostrar, a todo aquele que sinceramente deseje "Ser Médico", que nunca deverá esquecer os princípios de ética que o obrigam a respeitar os seus colegas, prestando-lhes, com total desinteresse e disciplina, todo o auxílio que eles lhe solicitarem e sem nunca hesitar em pedir o auxílio dum colega, se entender que tal beneficia o doente, já que, acima de tudo, terá como sua principal obrigação a defesa dos interesses, da saúde e do bem-estar dos doentes.**

Prezado e jovem colega, tudo isto exige um trabalho árduo mas, acredita, vale a pena. Só assim te poderás dedicar à mais fascinante de todas as profissões.



A. Poiares Baptista

Professor catedrático de Dermatologia,
jubilado, Faculdade de Medicina de Coimbra

Os primórdios da dermatologia e venereologia em Portugal¹

A instituição do ensino médico em Portugal teve o seu início aquando da criação dos Estudos Gerais, em 1 de Março de 1290. Até então a arte médica era transmitida pela prática e vivência com os que se consideravam médicos, os que se dedicavam à observação e estudo das doenças. O exercício da profissão médica abrangia a totalidade da patologia médica. Havia, no entanto, alguma separação entre as doenças médicas ou “internas”, isto é, nas quais a sintomatologia era pouco aparente e as queixas subjectivas, de difícil análise e localização, susceptíveis de serem tratadas mediante a dietética ou terapêuticas várias, e as doenças cirúrgicas ou “externas” com sinais evidentes, de natureza traumática, tumoral ou outra necessitando de intervenção operatória. As primeiras eram do domínio dos médicos ou “físicos”, as segundas dos “cirurgiões” ou curandeiros. Esta separação acentuou-se com o decorrer dos tempos, manteve-se durante séculos, mesmo após a criação das escolas e das universidades. Os “físicos” tinham um ensino próprio, submetido a regras definidas,

tinham um reconhecimento legal. Os “cirurgiões” não tinham ensino instituído nem reconhecimento oficial, embora algumas universidades a tivessem incluído no seu currículo (Bolonha, Pádua,...). A fusão das duas “profissões” efectuou-se no séc.XVI, sobretudo devida à acção do “Mestre barbeiro-cirurgião” francês Ambroise Paré (1510-1590). Em Portugal a integração deu-se em 1556, por alvará de D. João III, com a criação do ensino da anatomia e cirurgia no Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, e no ano seguinte, na Universidade de Coimbra. Porém, durante ainda longos anos, até ao séc. XX, manteve-se a tradicional separação, pelo menos na terminologia médica, entre a patologia médica designada “Patologia Interna” e a patologia do foro cirúrgico, designada “Patologia Externa”. Compreende-se que as doenças cutâneas e as afecções venéreas, por se manifestarem essencialmente por uma sintomatologia “externa”, tenham sido inicialmente consideradas no âmbito da cirurgia, estudadas, tratadas e ensinadas por professores de cirurgia.

Em Portugal a estrutura medieval do ensino médico manteve-se até à reforma pombalina (1772); a licenciatura tinha inicialmente a duração de 5 anos, após 3 anos de bacharelato em Artes. A matéria médica era leccionada pelos “lentes” que procediam à leitura e comentários das clássicas obras de Hipócrates, Aristóteles, Galeno, Celsus, Dioscorides, Razes, Avicena, etc. O programa não era pré-estabelecido; a ordenação da matéria era condicionada pelo livro utilizado nesse ano escolar e a aprendizagem prática pelos doentes observados no hospital-hospedaria. Era o esquema comum às Universidades da época. As referências às doenças da pele nos poucos livros de autores portugueses estão dispersas e com as habituais descrições clínicas confusas e imprecisas. São conhecidas as referências de **Frei Gil de Santarém** (1190-1265) que viveu no mosteiro de Sta Cruz de Coimbra e em Paris, à lepra do rei Sancho I e de seu filho, Afonso II², assim como os escritos de **Pedro Julião (Pedro Hispano, Papa João XXI)** (1210?-1277), natural de Lisboa, estudante em Paris, teólogo, médico e profes-

sor em Siena, falecido em Viterbo. A sua obra mais conhecida é o “*Thesaurus Pauperum*” (1247), uma colectânea de receitas para numerosas enfermidades, muitas delas cutâneas (sarna, pediculose, erisipela,...). Contudo as receitas são, como o foram durante longos anos, fantasiosas, baseadas em sortilégios, orações, mesinhas, purgas e sangrias. Mencionemos também o livro de **Vasco (Velasco) de Taranta**, radicado em Montpellier, escrito em 1418: -“*Philonium: Pratica sive Philonium pharmaceuticum et chirurgicum de medendis omnibus cum internus tum externus humani corporis affectibus*”. Para cada doença indica o diagnóstico, as causas, os sintomas, o prognóstico e a terapêutica. Teve por tal motivo grande êxito, com várias edições cerca de duzentos anos. Contudo, como em todas as obras de então, as descrições clínicas não permitem a identificação da maioria delas.

É no ano de 1539 que surge em Portugal o primeiro tratado especificamente dedicado a uma doença do foro dermatovenereológico da autoria do médico espanhol, **Ruy Diaz de Ysla** (1462-1542): “*Tratado cõtra el Mal Serpentino. Com privilégio imperial e do rei de Portugal. Tratado contra o mal serpentino: que vulgarmente em Espanha é chamado bубas que foi ordenado no hospital de todos os Santos em Lisboa; feito por Ruy Diaz de Ysla*” (fig. 1). Baseia-se na observação dos primeiros casos diagnosticados em Barcelona logo após as viagens de Cristóvão Colombo e dos numerosos doentes observados nos 10 anos em que trabalhou, como cirurgião interno, contratado por D. Manuel I³, no Hospital de Todos os Santos, em Lisboa. De sublinhar que estes doentes eram hos-



Fig. 1
Tratado de Ruy Diaz de Ysla (1539)

pitalizados num sector diferenciado, denominado a “Casa das Boubas”, criado em 1504.

No “Tratado” é discutida a origem da doença, descritas as fases evolutivas, o modo de contágio e o tratamento, essencialmente baseado em compostos mercuriais, no guaiaco ou pau castro, na raiz de China e na salsaparilha. Ruy Diaz de Ysla justifica a designação de *Mal Serpentino*, afirmando que “segundo a sua fealdade não há coisa a que mais naturalmente a possa comparar que é à serpente”⁴.

Assinalemos igualmente o nome do médico humanista **Amato Lusitano** (João Rodrigues de Caste-

1 - Palestra integrada no programa do XII Congresso Nacional de Dermato-Venereologia (Tróia, Outubro – 2012).

2 - Na opinião do leprologista Campos Magalhães, ambos teriam tido lepra lepromatosa, sendo a de Afonso II expressa sob a forma de síndrome endócrina (macromastia, ausência de pilosidade,...).

3 - Embora a obra tenha sido publicada em Sevilha, é dedicada a D. João III, sucessor de D. Manuel I.

4 - A designação Sifilis passou a ser utilizada após a publicação, em 1530, do poema “*Syphilis sive Morbus gallico*”, por G. Fracastoro. A designação “doença venérea” foi utilizada pela mesma época por J. Bethencourt, “rendando culto a Venus”.



Fig. 2 – A.N. Ribeiro Sanches

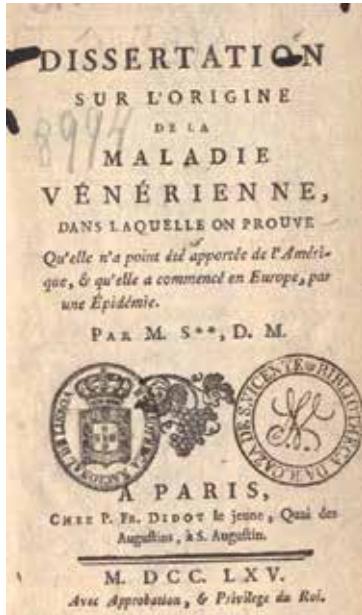


Fig. 3
Dissertation (Ribeiro Sanches, 1765)



Fig. 4
Bernardino António Gomes

lo Branco) (1511-1568). Natural de Castelo Branco, de origem judaica, compelido a emigrar, estudou na Universidade de Salamanca e exerceu em Antuérpia, Florença, Ferrara, Dubrovenik e Salónica, onde faleceu. Médico de grande prestígio, publicou, além do *“Índex Dioscoridis”* (1536), as *“Centúrias”* (*“Curationum medicinalium centuriae septem”*), publicadas de 1546 a 1561. Constituídas por sete volumes, descreve em cada um dos volumes, cem casos clínicos, respectivos comentários e terapêuticas; muitos são de patologia cutânea ou venérea, prováveis casos de sarna, vitílico, pediculose, morbo gálico, fimose, bubões, púrpura, etc. Reeditadas durante os séc. XVI e XVII foram referências para o ensino e de consulta. Sublinhamos que num dos casos assinala, pela primeira vez na medicina, as válvulas venosas, facto que contudo passou despercebido, sem repercussões na compreensão da circulação sanguínea. De igual modo descreve uma prótese metálica para obstruir a perfuração do palato, de origem sifilítica. Também refere novos medicamentos resultantes das descobertas marítimas.

No mesmo período surgem as primeiras publicações europeias dedicadas às doenças dermatológicas: - em 1544, Giovanni Manardi publica nas *“Epistolas medicinales”* as *“doenças da parte exterior do corpo”* e, em 1572, Heronymi Mercurialis o primeiro livro dedicado inteiramente às dermatoses, *“De morbis cutaneis et omnibus corporis humani exrementis tractatus”*⁵.

No séc. XVII são publicados os primeiros escritos de autores portugueses. São de destacar as obras de **Duarte Madeira Arraez** (1550-1652), formado em

Salamanca, *“Methodo de Conhecer e Curar o Morbo Gallico”* (1642) e de **António Gonsalves** (? – 1654), *“Tratado de Gonorréia”*.

Há ainda a referir algumas obras de divulgação não especificamente de patologia cutânea: *“De medicorum principium historia”* de **Zacuto Lusitano** (1575-1642), *“Luz verdadeira e recompilado exame de toda a cirurgia”* de **António Ferreira** (1616-1679), *“Recopilação da cirurgia”* de António Costa (1546-1626).

É no decurso do séc. XVIII que decorre o início da sistematização das doenças da pele. Salientam-se os nomes de Daniel Turner (1667-1714), de Londres, A. Charles Lorry (1726-1783), de Paris, e de J. Plenck (1732-1807), de Viena. São os *“Protodermatologistas”* (Crissey et al.).

Entre nós destaca-se **António Nunes Ribeiro Sanches** (1699-1782) (fig.2). Natural de Penamacor, de origem judaica, estudante em Coimbra mas licenciado em Salamanca, logo emigrou como tantos outros, receando as perseguições pela Inquisição. Após passagem por Londres, permanece três anos em Leiden (Holanda) sendo discípulo de Hermann Boerhaave, então um dos grandes nomes da medicina; por indicação deste, seguiu, em 1731, para S. Petersburgo, onde foi médico militar e da czarina Ana Ivanovna. Em 1747 fixa-se em Paris, relacionando-se com o meio intelectual de grande influência no movimento inspirador da Revolução Francesa (1789), como Jean Jacques Rousseau, Voltaire, Diderot (1713-1784) e o cientista J. d'Alembert (1717-1783), estes dois últimos promotores da *“Encyclopédie”*, de 33 volumes, de grande renome e que visava mostrar o progresso humano em todos os domínios, particular-

mente no âmbito técnico, favorecendo a razão contra os preconceitos. São numerosos e variados os seus escritos. De entre eles há a assinalar os respeitantes às doenças venéreas: "Maladies Veneriennes", capítulo inserto na "Encyclopédie" (1750), "Dissertation sur l'origine de la maladie venéreienne" (1752) (fig.3), "Examen historique sur l'apparition de la maladie venerienne en Europe et sur la nature de cette épidémie" (1774) e a obra póstuma, "Observations sur les maladies veneriennes" (1785). Nelas expõe os conhecimentos actualizados sobre as doenças venéreas, descreve com relativa precisão lesões distróficas da sífilis congénita, propõe o tratamento da sífilis pelo sublimado mercurial (mais tarde conhecido por licor de van Swieten) e afirma que este "mal n'est pas venu d'Amerique, mais qu'il a commencé en Europe, par une Epidemie"⁶

No século XIX prossegue a individualização e o estudo sistematizado das afecções cutâneas e venéreas, na base da progressiva uniformização da nomenclatura, da semiologia e da consequente nosologia. Numerosos são os pioneiros: - R. Willan (1757-1812), Th. Bateman (1778-1821) e E. Wilson (1809-1884), de Londres, J.L. Alibert (1768-1837), L. Biett (1781-1840), A. Cazenave (1802-1877), E. Bazin (1807-1878), de Paris, e a escola de Viena com F. Hebra (1816-1880), H. Auspitz (1835-1886), I. Neumann (1832-1906) e M. Kaposi (1837-1902).

É também na mesma época que são publicadas as primeiras gravuras pormenorizadas, em regra de grandes dimensões, modo a permitir a correcta reprodução das lesões em desenhos coloridos à mão. Eram obras volumosas, poucos os exemplares e sobretudo dispen-

diosas, pouco propícias à divulgação. São exemplos os atlas de Alibert (1806), de Willan (1808), de Bateman (1817) ou de Rayer (1828).

O mesmo movimento se reflete em Portugal através de **Bernardino António Gomes** (1768-1823) (fig.4). Natural de Paredes de Coura, licenciado em Coimbra em 1793, alista-se na Armada Real em 1797 e nesse mesmo ano segue para o Rio de Janeiro. Aqui tem várias tarefas do foro médico, nomeadamente sobre o saneamento da cidade, estudos botânicos e médicos de várias plantas do Brasil, como a caneleira, a ipecacuanha e algumas outras. A sua bibliografia está bem expressa na publicação "Noticia da vida e trabalhos científicos do médico Bernardino António Gomes", redigida em 1857 pelo seu filho, do mesmo nome e também médico, numa edição comemorativa do V Centenário da Fundação do Hospital Real de Todos-os-Santos e por ocasião do 50º Aniversário da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, em 1992, bem resumida no opúsculo da autoria de J.C. Fernandes Rodrigues.

Na sua primeira estadia no Brasil redige "Memória sobre as Boubas" (1801?) abordando a clínica e os diferentes estádios, diferenciando-a da sífilis, admitindo como causa principal o contágio sexual, e propondo a salsa-parilha como a terapêutica mais indicada". Regressado a Portugal prossegue o estudo químico e farmacológico de plantas brasileiras ("Ensaio sobre a Cinchonina e sobre a sua influência na virtude da Quina e de outras cascas") que estarão na base do estudo e posterior isolamento da quinina e de outros alcalóides.

5 - Curiosamente também na mesma época, são publicadas duas obras sobre cosmética: em 1555, por M. Nostredame, "Diverses façons de fardements & senteurs pour ilustrer & embellir la face" e, em 1582, por Jean Liebault, "Trois livres de l'embellissement et ornement du corps humain". Em Lisboa, na mesma época, 12 mulheres estavam autorizadas a fazer "pasturas", isto é, pastas para aplicar na face com fins cosméticos...

6 - É de assinalar que embora tenha emigrado desde cedo, correspondeu-se com figuras da governação, relacionadas com Marquês de Pombal; publicou sobre assuntos vários, nomeadamente sobre a juventude ("Cartas sobre a Educação da Mocidade", 1760), sobre o ensino da Medicina ("Método de aprender e estudar a Medicina", 1763) e de higiene e cuidados sanitários ("Tratado da conservação da Saúde dos Povos", 1756).

O mesmo relacionamento epistolar ocorreu com outros médicos de origem judaica e também emigrados, como Jacob de Castro Sarmento, licenciado em Coimbra, refugiado em Londres onde foi elemento de destaque na sociedade médica. Em 1731, ofereceu à "Academie conimbrigenci in usum medicinae professorum ad observations botanicas et anatomicas coficiendas", o primeiro microscópio introduzido em Portugal.



Fig. 5
Ensaio Dermosographic (2^a ed, 1823)



Fig. 6 – Boubas

7 - Destacamos os nomes de Zeferino Falcão, Luís de Freitas Viegas, Thomaz de Mello Breyner, A. Rocha Brito, Álvaro Lapa, Sá Penela, Morais Cardoso e Caeiro Carrasco. A maioria estagiara nos principais centros europeus da época (Paris, Viena, Berlim, Londres,...).

Em 1817 retoma o seu interesse pela patologia cutânea baseado na experiência clínica no Hospital de S. Lazaro em Lisboa e nos lazaretos do Funchal e do Rio de Janeiro. Publica, em 1820, "Carta aos Médicos Portugueses sobre a Elephantíase noticiando-lhes um novo remédio para a cura desta enfermidade" e, em 1821, "Memória sobre os Meios de Diminuir a Elephantíase em Portugal e de Aperfeiçoar o Conhecimento e a Cura de Doenças Cutâneas". Pela mesma ocasião propõe ao "Ministério Portuguez" o "projecto de formar em Lisboa um hospital de enfermidades de pelle e de estabelecer nelle uma cadeira para o ensino das mesmas".

Contudo, na história da dermatologia portuguesa tem o maior significado a publicação, em 1820 e 1823, do pequeno livro de 170 páginas, a que chama "opúsculo", intitulado "Ensaio Dermosographic ou Succinta e systematica descrição das doenças cutâneas, conforme os princípios e observações dos Doutores Willan, e Bateman, com os respectivos remédios aconselhados por estes célebres autores, e alguns outros" (fig.5). É a primeira obra portuguesa dedicada exclusivamente às doenças cutâneas. De notar que tenha seguido a orientação apresentada por Willan (1808) e Bateman (1813), bem diferente da de Alibert (1806-1814). Como escreve no início do texto, as doenças cutâneas que "pelo aspecto externo que mais as caracteriza nesta Dermosographia, dividem-se nas seguintes oito ordens, denominadas pela affecção cutânea predominante, e característica. São as *papulae*, *squamæ*, *maculæ*, *exanthemata*, *bullæ*, *væsicæ*, *pustulae*, e *tuberculæ*, depois chamadas "lesões elementares". As doenças por sua vez

são divididas em géneros e em variedades, seguindo as regras gerais da classificação botânica proposta por Lineu. Contudo introduz algumas modificações, pois como escreve na longa "Prefação", "o fim desta dermosographia não he dar meramente um extracto da Synopsis da Bateman, em que este se limita a descrever quasi somente as enfermidades que teve occasião de observar, mas he apresentar um quadro de todas as enfermidades cutâneas.....addicionei muitas outras espécies e alguns géneros que não se acham nas obras de Bateman e de Willan. Também de sublinhar a justificação de ter introduzido o "novo termo Dermosographia": "porque ou o havia fazer ou servir-me da periphrase equivalente: Quadro succinto e systematico das doenças cutâneas; como porém gosto pouco de periphrases, que indicação pobreza ou imperfeição da língua.....pareceo-me que não era liberdade censurável formar, á imitação dos termos Nosologia e Nosographia, feitos pelos Francezes, o termo Dermosographia, derivado semelhantemente de tres raizes gregas, o qual, na accepção de Nosologia e Nosographia equivale à periphrase acima mencionada: Quadro succinto &c."

O "Opúsculo" foi escrito durante a viagem na nau D. João VI, em 1817, de Liorne (Itália) ao Rio de Janeiro acompanhando a arquiduquesa de Áustria, Maria C. J. Leopoldina, a quem dedica a obra, noiva do futuro Imperador do Brasil, D. Pedro I. Como gentilmente escreve "este Opúsculo he o producto da minha ocupação, ou a ociosidade, em que felizmente me poz, durante toda a viagem, a prospera saúde de V.A.R. e de toda a sua corte"!... A primeira edição do livro contém uma gravura dos oito tipos

das lesões elementares, copiada do livro de Bateman, e uma segunda, “absolutamente original”, de excelente qualidade, de um doente negro com boubas (fig.6), desenhada por J. Paltière, no Rio de Janeiro e gravada em zinco por J.J. Van Den Berghe (1752-1824), em Paris. É de realçar que, embora não haja informação de ter frequentado os centros “dermatológicos” já então existentes, Bernardino António Gomes revela bons conhecimentos clínicos, os diferentes critérios de classificação e as terapêuticas mais correntes, pois com frequência refere-se às recentes obras de Willan e de Bateman, e a alguns outros autores de prestígio da mesma época (Sauvage, Plenck, Gibert, Alibert,...).

A biografia de Bernardino António Gomes justifica plenamente que seja o patrono da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia.

Ainda do séc. XIX há alguns trabalhos de algum significado. São exemplos os escritos de António Almeida, no “Tratado da Inflamação”, de Caetano Beirão “Memória Acerca da Elephantise dos Gregos e de várias Moléstias Chronicas da Pele”. Contudo devem ser destacadas: - o conjunto de artigos de **José António Marques** (1822-1884) sobre venereologia publicados no Jornal de Facultativos Militares e no “Escholiaste Médico” depois reunidos no livro “Moléstias Venéreas e Syphiliticas; Exegese das doutrinas que a esse respeito interessam seguida de uma summula pathológica e therapeutica e de um formulário especial” (1868, 1878); - as “Lições sobre as doenças da pele até então não estudadas” de

Manuel de Jesus Antunes Lemos (1859-1885), professor de Anatomia Patológica no Porto; - o livro “A Syphilis” (1878), com as lições proferidas por **Manuel Bento de Sousa** (1835-1899), professor de Clínica Cirúrgica na Escola Médica de Lisboa e o “Vade-mecum de Dermatologia” (1898), de **Lopes Vieira** (1841-1910), professor de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, baseado nas “Lições do célebre professor Kaposi, da Escola de Vienna d'Austria, a primeira de todo o mundo na especialidade”. Estes três últimos médicos foram pioneiros no ensino específico da dermatovenereologia, embora não oficializado. São publicações com fins pedagógicos, de actualização dos conhecimentos com algumas notas baseadas na experiência pessoal.

No decorrer do séc. XX a especialidade afirma-se, sequência natural da actividade dos médicos que a ela se dedicaram⁷. Foram criados serviços hospitalares diferenciados em Lisboa, Porto e Coimbra, iniciou-se o seu ensino oficial, embora “de graça e com a ajuda de Deus” (como escreveu Mello Breyner), nestes mesmos hospitais e nas Escolas Médicas de Lisboa e Porto e na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, oficializou-se a autonomia da disciplina de Dermatologia e Sifiligráfia (1911), consagrou-se com a fundação, em 1942, da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia e com o reconhecimento oficial da especialidade pela Ordem dos Médicos (1943).

Referências

- Crissey, J Th, Parish, L Ch, Holubar, K - “Historical Atlas of Dermatology and Dermatologists” - The Parthenon Publishing Grup, 2002
Fonseca, Aureliano da - “A dermatologia portuguesa na viragem dos sec.XIX/XX” - Trab. SPDV, 1997
Fonseca, Aureliano da - “Dermatology in Europe. Historical approach”, 1997
Fonseca, Aureliano da - “O ensino da dermatologia em Portugal. Seu despertar e desenvolvimento - Trab. SPDV, 2000
Loser, Chr., Plewig, G, Burgdorf, W H - “Pantheon of Dermatology. Outstanding historical figures” - Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2013
Rasteiro, A - “O ensino médico em Coimbra. 1131-2000”, Quarteto Editora, Coimbra, 1999
Rodrigues, João Carlos F - “Figuras e factos da Dermatologia Portuguesa - (séc XIII-1979)”, Vol. I, 1992
Rodrigues, João Carlos F - “Notícia da vida e trabalhos científicos de Bernardino António Gomes” - Comissão Organizadora do V Centenário da Fundação do Hospital Real de Todos-os-Santos, 1992
Tavares de Sousa, A - “Curso de História da Medicina. Das origens aos fins do século XVI” - Fundação C. Gulbenkian, 1981
Thilles, G - “La naissance de la dermatologie (1776-1880) - Ed. Roger Dacosta, Paris, 1989
Xavier Sierra - “Historia de la Dermatología”, 1994



Capela Real de São João Baptista

No lastro da fama das encomendas de D. João V (r. 1706-1750) aos principais artistas de Roma, o grande palco diplomático de então, a esplendorosa Basílica Patriarcal de Lisboa era celebrada por toda a Europa. A exposição “A Encomenda Prodigiosa. Da Patriarcal à Capela Real de São João Baptista” que evoca essa encomenda, dividida entre o Museu Nacional de Arte Antiga e o Museu de São Roque, decorre até dia 27 de Setembro.

Com a subida ao trono de D. João V, em 1706, foi consolidado o processo de afirmação da monarquia portuguesa, iniciado por D. Pedro II.

Actuando num quadro em que Roma era o grande centro da

diplomacia internacional, o soberano encontrou no desenvolvimento eclesiástico da corte o modo para afirmar o seu poder, no plano interno e externo. A elevação da Capela Real a Basílica Patriarcal, em 1716, com prerrogativas quase pontifícias, foi um dos reflexos das complexas relações políticas, diplomáticas e eclesiásticas do monarca com a Santa Sé. A Basílica Patriarcal, considerada uma das mais magníficas igrejas de então, foi destruída pelo Terramoto que consumiu Lisboa em 1755. Possuía, porém, uma extensão pouparada pelo cataclismo: a Capela de São João Baptista construída na Igreja de São Roque, casa mãe da Companhia de Jesus e património da SCML. Encomendada a Nicola Salvi e Luigi Vanvitelli, a capela formava com a Patriarcal um conjunto único, edificado sob a direcção de João Frederico Ludovice, arquitecto e ourives de origem germânica, ao serviço do rei.

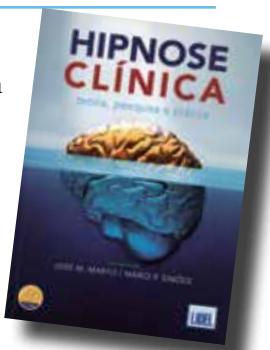


Gestão da qualidade em cuidados de Saúde

A Monitor – Projectos e Edições, Lda. editou recentemente a obra ‘Gestão da qualidade em cuidados de saúde’, a qual pretende com abordagens diferentes analisar os vários aspectos dessa temática. A obra inclui textos da responsabilidade de instituições como o National Committee for Quality Assurance ou o European Observatory on Health Systems and Policies, mas também de especialistas como Brent James, do Hospital Research and Educational Trust ou Carla Gonçalves Pereira da SINASE. Com este livro pretende-se dar aos decisores políticos uma melhor compreensão da panorâmica geral da garantia da qualidade neste sector, apresentando-se, entre outros aspectos de relevo, um levantamento dos instrumentos de gestão da qualidade em Saúde e propostas de metodologia de melhoria dessa qualidade nas unidades de saúde.

Hipnose clínica

A Lidel lançou em Junho a obra ‘Hipnose clínica – teorias, pesquisa e prática’, coordenada por José M. Marto, psicoterapeuta de orientação transpessoal, e por Mário P. Simões, professor agregado de psiquiatria e saúde mental e de introdução às ciências da consciência da Faculdade de Medicina de Lisboa. Este livro pretende ajudar à compreensão do que é a hipnose clínica e a sua utilidade no contexto da relação de cura mente/corpo. A obra inclui um resumo histórico, aspectos psiconeurofisiológicos da hipnose em situação clínica, elementos anatómicos e neurofuncionais do estado hipnótico, analgesia, anestesia e hipnose, hipnose em gastrenterologia e em quadros clínicos de ansiedade e depressão, etc.



Gestão da mudança na Saúde

As Edições Sílabo lançaram o livro ‘Gestão da mudança na Saúde – Fundamentos e Roadmap’, da autoria de Ana Rita Martins (fisioterapeuta com um mestrado em gestão) e José Crespo de Carvalho (professor catedrático, licenciado em engenharia civil e doutorado em gestão de empresas com experiência prática de consultoria, nomeadamente, em unidades hospitalares e farmácias, etc.). O livro parte da premissa de que o sector da saúde está a atravessar uma fase de profundas transformações abordando a necessidade de mudança e de gestão dessa mudança num processo em que os profissionais de Saúde têm que estar envolvidos.

