

# Revista Ordem Médicos

ano 30 n.º 153 Setembro | 2014 Mensal | 2€

## 35 ANOS - 35 DESEJOS

VERSÃO CULTURA  
SNS  
QUATRO DESEJOS À 1ª DEFESA

INVESTIMENTO NA  
ATIVIDADE DE SAÚDE  
SAÚDE QUALIDADE

NÃO TOLEREMOS A HIERARQUIA  
LUTEMOS PELA SNS!

SE SE MANTIVER SUSTENTÁVEL  
O SISTEMA DE SAÚDE, DEVERÁ  
SER A PRIMEIRA CONDIÇÃO

SNS - LUTA  
DIREITOS

QUE MANTENHA A  
SUA MISSÃO

SNS - DESENVOLVIMENTO DE  
CIDADANOS INTEGRADOS E  
INTERDISCIPLINARIDADE

PERDER O SUS OU A REGRADAÇÃO  
DO MESMO E ANDAR 35 ANOS  
PARA TRÁS

DIREITO À SAÚDE  
IGUALIDADE E NÃO DISCRIMINAÇÃO

SUS - LUTA  
DIREITOS

SNS - 35 ANOS DE EXPERIÊNCIA E  
PROFISSIONALISMO PARA TODOS  
NÓS

QUE ASSEGURE DIGNIDADE  
NOS CUIDADOS NA 3ª IDADE

NÃO NO CARRÃO DAS PRIMEIRAS  
OPORTUNIDADES, MAS EM UM CARRÃO  
DE QUALIDADE, QUE SEJA CAPAZ DE  
LIDAR COM A DIVERSIDADE E A COMPLEXIDADE  
DO MUNDO ATUAL

RECONHECER A EXCELÊNCIA DO  
SNS ATUAL PARA PODER TRANSFORMAR  
O CAMINHO DA CONTINUIDADE

QUEREMOS O SUS  
OS MELHORES MÉDICOS  
DIREITOS À SAÚDE

QUE SE MANTENHA  
TENDENCIALMENTE GRATUITO

SRCO

**SNS: 35 anos  
a melhorar a saúde em Portugal**  
pág. 37

**Saúde nos Açores:  
Terceira precisa de rejuvenescer  
os quadros médicos**  
pág. 44



# XVII CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA

# VIII CONGRESSO NACIONAL DO MÉDICO INTERNO

## 25 a 27 . Novembro . 2014

Aula Magna da Reitoria da Universidade de Lisboa



Secretariado: Secção Regional do Sul

Av. Almirante Gago Coutinho, 151

1749-084 Lisboa

Teresa de Sousa

Telefone 215 917 500

Fax 215 917 539

email [congresso2014@omsul.pt](mailto:congresso2014@omsul.pt)

website [www.omsul.pt](http://www.omsul.pt)

## PROGRAMA PROVISÓRIO

### Dia 25

14h00 Credenciação

15h00 **A Saúde em Portugal**  
17h30

15h00 CONFERÊNCIA  
**Antes do Serviço Nacional de Saúde (SNS)**  
Saúde Pública,  
organização dos serviços de saúde  
**Constantino Sakellarides**

15h40 Café

16h00 MESA REDONDA  
**Com o Serviço Nacional de Saúde (SNS)**  
Moderadores: **Jaime Teixeira Mendes (SRS)**  
**Tiago Costa (CNMI)**

- Serviço médico à periferia: precursor do SNS - **C. Silva Santos**
- Evocação do SNS. Resultados obtidos. Recursos Humanos. Ações de descredito **José Manuel Silva**
- Sustentabilidade e financiamento do SNS - **Eugénio Rosa**

17h15 Discussão

18h45 Sessão de Abertura

19h00 **Juramento de Hipócrates**

### Dia 27

09h00 MESA REDONDA  
**Serviço Nacional de Saúde que futuro?**  
Moderadores: **António Araújo (SRN)**  
**Edson Oliveira (CNMI)**

- Papel dos subsistemas de saúde, seguradoras, e outras entidades prestadoras **Jorge Simões**
- Papel dos hospitais privados e da medicina liberal **José Carlos Lopes Martins**
- Centros de Saúde - UCSP e USF - prós e contras **Bernardo Vilas-Boas**

10h15 Discussão

10h30 Café

10h45 MESA REDONDA  
**Governança das Instituições do SNS - que modelo?**  
Moderadores: **Miguel Guimarães (SRN)**  
**Edson Oliveira (CNMI)**

- Pública ou Privada - **Maria de Belém**
- Formação médica sobre gestão na saúde (Pré graduada? Pós graduada?) - **Correia Jesuino**

11h35 Discussão

11h45 **Sessão Comemorativa**  
• Evocação do Prof. Egas Moniz  
**João Lobo Antunes**  
Presidente - **José Manuel Silva**

**ENCERRAMENTO DO CONGRESSO**

### Dia 26

09h00 MESA REDONDA  
**Carreiras Médicas**  
Moderadores: **Correia da Cunha (SRS)**  
**Nuno Fradinho (CNMI)**

- Evocação, Defesa - **J. Roque da Cunha**
- Contratação coletiva - **Mário Jorge**
- Perspetivas futuras - **João Grenho**
- Recertificação Profissional e Carreiras Médicas - Complementaridade ou Sobreposição?  
**Fernandes e Fernandes**

10h40 Discussão

10h55 Café

11h10 MESA REDONDA  
**Formação Médica**  
Moderadores: **Carlos Cortes (SRC)**  
**Nuno Fradinho (CNMI)**

- Pré graduada - que Faculdades de Medicina? **Joaquim Neto Murta e Luís Taborda Barata**
- Pós graduada - Internato médico, papel dos Colégios da Especialidade **Roberto Pinto e Armando de Carvalho**

12h30 Discussão

12h45 Almoço

14h15 MESA REDONDA  
**Evolução do Conhecimento e da Tecnologia**  
Moderadores: **Luiz Miguel Santiago (SRC)**  
**Nuno Fradinho (CNMI)**

- Nos cuidados de saúde e impacto na sua organização **Vítor Ramos**
- Na definição do ato médico, na relação médico-doente **Correia da Cunha**
- Na bioética **Rui Nunes**

15h30 Discussão

15h45 Café

16h00 MESA REDONDA  
**Consequências da Crise Atual**  
Moderadores: **Jaime Teixeira Mendes (SRS)**  
**Nuno Fradinho (CNMI)**

- Nos Serviços de Saúde e na saúde dos portugueses **Mário Durval**
- No índice de natalidade - como reverter? **Ana Jorge**

16h50 Discussão  
Encerramento dos trabalhos

20h00 Jantar do Congresso

### Cursos

Dia 25  
**SKILLS - Minicurso de Pequena Cirurgia**  
**Radiografia no SU**

Dia 27  
**Workshop de Prescrição Antibiótica**  
**TIMI - Técnicas Invasivas em Medicina Interna**



Revista da  
Ordem dos Médicos  
Ano 30  
N.º 153  
Setembro 2014

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:  
**José Manuel Silva**

Director:  
**José Manuel Silva**

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

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

Redactora Principal:  
**Paula Fortunato**

Dep. Comercial:  
**Helena Pereira**

Designer gráfico e paginador:  
**António José Cruz**

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

Impressão:  
**Multiponto, SA**  
Rua D. João IV, 691  
4000-299 Porto

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

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



# Sumário

## editorial

06 Hepatite C

## informação

08 Clínicas nas grandes superfícies:  
a saúde a retalho

09 Defender a qualidade  
e as boas práticas apostando  
na Certificação/Recertificação

10 A desnecessária contratação  
de médicos estrangeiros

12 O CASO das MORTES  
no Centro Hospitalar  
de Lisboa Ocidental (CHLO)

16 Medicina Física e Reabilitação  
e Médicos de Família

17 Concursos de habilitação  
ao grau de consultor

18 Ordens denunciam desregulação  
da publicidade na área da saúde

19 Licença sem vencimento  
de longa duração

20 Impedimento à menção da  
alínea c) do Artigo 6º  
da Portaria 137-A/2012

21 Recém-nascidos de baixo peso  
e variação nas taxas  
de mortalidade

23 Orientadores de formação  
de MGF após a reforma dos CSP

24 Oncologia, Medicina Desportiva,  
Hepatologia e Doenças Infecciosas

25 Acesso à informação de saúde  
constante de documentos  
administrativos

## actualidade

30 CHEDV: falta de recursos  
humanos põe em risco  
segurança dos doentes



33 7 destaques na medicina  
portuguesa

37 35 anos SNS: a melhorar a saúde  
em Portugal

44 Saúde nos Açores:  
Terceira precisa de rejuvenescer  
os quadros médicos

55 Contribuição portuguesa  
para o progresso da medicina

## entrevista

59 Voltar a Portugal para trabalhar  
não é algo que tenha em mente

## opinião

61 Impedir a destruição do SNS  
e defender a qualidade  
da medicina e os doentes

64 Desastre nas políticas de Saúde

68 Carta de um Médico  
ao (Des)Governo de Portugal

69 Tal trabalhito, tal dinheirito!

70 Da saúde dos trabalhadores  
e da Medicina do Trabalho

72 É possível medir a performance  
de um médico?

74 A Cirurgia Pediátrica  
- Breve análise de uma trajectória

76 O elefante verde ou a importância  
da Medicina Narrativa  
na prática clínica

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

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

## PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

## COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

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

## COORDENADORES COMPETÊNCIAS

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



## Hepatite C

Embora discordando da solução ultra restritiva adoptada pelo Ministério da Saúde, tinha decidido não efectuar mais comentários públicos sobre a grave problemática da terapêutica dos doentes com Hepatite C depois do anúncio ministerial de que, até ao fim do ano, iriam ser tratados 100 a 150 doentes com os novos esquemas terapêuticos.

Isto porque não pretendia inquinar o processo com mais ruído potencial, porque considerava a posição da Ordem claramente explicitada e porque tratar esta centena de doentes até ao fim do ano já se poderia considerar como um começo.

Porém, as contradições do Infarmed/Ministério da Saúde obrigam-me a intervir novamente, espero que pela última vez, em defesa da seriedade, da transpa-

rência e dos médicos, e aconselhar que os clínicos que seguem doentes com Hepatite C cumpram as Orientações Clínicas da Associação Europeia para o Estudo do Fígado (EASL) relativamente ao tratamento da Hepatite C e, sempre que adequado, peçam desde já as respectivas Autorizações Excepcionais (AE).

Na realidade, é o que o Infarmed recomenda para Portugal!

Explico.

No texto a que se pode aceder através do link que aqui se transcreve, o Infarmed, com base num grupo de trabalho que actuou de forma pré condicionada e pressionada, definiu as condições de aprovação dos pedidos de AE para a Hepatite C. [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/SOBRE\\_O\\_INFAR-](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/SOBRE_O_INFAR-)

[MED/ESTRUTURA\\_E\\_ORGANIZACAO/CTE/Comissao\\_Nacional\\_de\\_Farmacologia\\_Terapeutica/MAIS/Parecer\\_net\\_CNFT\\_Criterios\\_Aprovacao\\_Excepcional\\_Tratamento\\_Hepatite\\_C\\_final\\_20140903.pdf](#)

Porém, estas condições são extraordinariamente restritivas, limitam o tratamento a doentes quase terminais, do qual provavelmente alguns já não irão beneficiar, e contradizem frontalmente as orientações da EASL, que privilegiam o tratamento numa fase mais precoce, com um score Metavir F2, F3 e F4 (sendo F4 uma fase já avançada), logicamente sem esquecer os doentes mais graves e descompensados.

Sabemos que as decisões do Infarmed nesta matéria não são determinadas por razões clínicas ou

científicas mas sim pelas restrições financeiras impostas por parte da tutela ministerial.

Por isso mesmo e porque não quer assumir responsabilidades ético-jurídicas nem colaborar cegamente com o extremado economicismo do Ministério, o Infarmed acrescentou as observações 5 e 6 às suas “orientações científicas”, que, no essencial, afirmam que podem ser apreciadas AE que não cumpram todos os critérios e que o Infarmed concorda com as recomendações da EASL.

Ou seja, se surgir algum problema com algum doente que tenha indicação terapêutica pela EASL, nomeadamente litigância judicial, o Ministério da Saúde pode “lavar as mãos” da situação alegando que foi o médico que não pediu a AE, “porque o Infarmed até aceitava apreciar outros pedidos de acordo com as *guidelines* da EASL”. É inteligentemente maquiavélico.

É por isto que venho alertar todos os médicos que seguem estes doentes para, com o máximo rigor na informação clínica, pedirem AE ao Infarmed a todos os doentes em que cientificamente se justifique, de acordo com as indicações da EASL. Posteriormente, o Infarmed/Ministério da Saúde que decida e que assuma integralmente a responsabilidade política relativamente aos doentes que entender não tratar.

Desta forma os médicos cumprem as suas obrigações ético-científicas e não poderão ser responsabilizados por não tentarem tratar os seus doentes de acordo com as *leges artis*. O que aumenta a insatisfação de médicos e doentes com estas questões, tal como coloquei recentemente na minha página do Facebook, é que muita inexactidão e especulação tem sido dita e escrita sobre o tratamento da Hepatite C em Portugal por pessoas que de-

viam ser mais responsáveis e estar mais bem informadas, sendo apresentados valores perfeitamente absurdos, alarmistas e sem fundamentação para o custo dos novos tratamentos da Hepatite C.

Tudo é feito deliberadamente para, com demagogia, justificar a decisão extraordinariamente restritiva do Ministério da Saúde, que pretende tratar apenas cerca de 150 doentes até ao fim de 2014.

Ao contrário do que tem sido transmitido pelo Ministério da Saúde, o custo da nova terapêutica para a Hepatite C é significativamente mais baixo que o referido. Por razões relacionadas com o mercado europeu não podemos entrar em mais pormenores.

Para além disso, mesmo que se tratassem actualmente TODOS os doentes identificados em Portugal seguidos em consultas do SNS, com Hepatite C, cerca de 13000 (não os 100000 das alegadas estatísticas), o custo máximo da utilização do novo medicamento seria “apenas” de 600 milhões de euros! Destes, cerca de 30-40% são prioritários para tratar, os que têm um score F3/F4.

Esta despesa poderia ser estendida ao longo de alguns anos, pois os doentes não têm de ser todos tratados de imediato.

De qualquer forma, estão a surgir novos fármacos para a Hepatite C, pelo que o custo da terapêutica irá baixar, o que significa que NUNCA serão atingidos os irrealistas e mentirosos valores de 4000 a 8000 milhões de euros recentemente referidos sem qualquer fundamento, mais parecendo pretender-se iludir a opinião pública e proteger a determinação ministerial de adiar a comparticipação desse novo medicamento, independentemente do prejuízo para muitos doentes, permitindo assim à comunicação social “amiga” colocar setas para

cima no Senhor Ministro... Fale-se verdade e de forma transparente. Como sempre, a Ordem dos Médicos está disponível para o debate e para o diálogo, público ou privado. Naturalmente que acompanhamos e apoiamos todas as medidas para baixar o preço dos medicamentos, mas não podemos ter ilusões quanto aos resultados e acreditamos que o Ministério não está a seguir o caminho mais construtivo, desde logo porque ignora os interesses da indústria farmacêutica europeia. Entretanto, aqui mesmo ao lado, Espanha já chegou a um acordo de preço.

Pela via seleccionada por este Governo, em que já nos comparamos com o Egipto, o nosso futuro será trágico-faraónico...

Portugal tem de definir o que pretende para o futuro do país.

É essencial que Portugal perceba que a Saúde é o principal negócio legítimo do século e encare o sector como uma prioridade económica, investindo na inovação científica, no aumento de patentes nacionais, na produção industrial de medicamentos e dispositivos médicos e na Qualidade da Saúde. Infelizmente, este Governo e este Ministério da Saúde, sem que se vislumbre qualquer estratégia de futuro, estão a fazer exactamente ao contrário. As marcas portuguesas da indústria farmacêutica que se arriscam e atrevem a fazer investigação bem se queixam!

Portugal tem de criar riqueza e aumentar o PIB com uma aposta não miserabilista para a economia da Saúde!

Para melhor se poder apreciar o total desnorte e incompetência das instituições e políticos portugueses basta um exemplo da área informática, noticiada no Público a 8/09/2014.

“Desde a passada segunda-feira que Paulo Veríssimo, reconhecido



especialista mundial de cibersegurança e até aqui director de uma reputada unidade de investigação universitária em Lisboa, está a trabalhar no Luxemburgo. Durante os próximos cinco anos, o seu objectivo vai ser transformar aquele país europeu numa potência científica numa área estratégica para a integridade de qualquer nação: a dos sistemas de alerta e defesa contra ataques informáticos às infra-estruturas essenciais ao funcionamento da sociedade, que vão da energia às telecomunicações e ao sistema bancário.

Foi ao mesmo tempo que recebeu a notícia de que o seu projecto fora aceite e de que a fundação de investigação luxemburguesa lhe disponibilizava cinco milhões de euros ao longo de cinco anos para o pôr em prática, que Paulo Veríssimo soube que a Fundação para a Ciência e Tecnologia portuguesa (FCT) tinha chumbado o seu laboratório lisboeta, o LaSIGE, reduzindo drasticamente o seu financiamento anual." Parafraseando o Euronews, "no comments"...

Mas será que ninguém percebe que liquidando a investigação e inovação e empurrando os nossos melhores cérebros para o estrangeiro não há sustentabilidade possível para um pequeno país como Portugal? Será que os nossos governantes não têm esta capacidade de entendimento?!

Queremos usufruir a baixo custo da investigação que outros promovem mas não queremos investir na investigação? Curiosa e patética postura. Postura mais estranha e incoerente ainda de quem defende o mercado ultraliberal quando lhe interessa mas que o diaboliza quando lhe convém...

Assim, se nada mudarmos no nosso modelo de Governação, Portugal ficará cada vez mais próximo do Egipto...

## CORREIO DA SAÚDE

● JOSÉ MANUEL SILVA  
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

### A Saúde dos reclusos

A Lei nº115/2009 consagra ao recluso o acesso a cuidados de saúde em condições de qualidade e continuidade idênticas às que são asseguradas a todos os cidadãos e que "o recluso é, para todos os efeitos, utente do Serviço Nacional de Saúde".

Ora, a capacidade da administração penitenciária responder às necessidades de Saúde dos reclusos foi ultrapassada e as soluções que se tentaram estabelecer com o SNS poucas vezes passaram do papel. Este problema faz-se sentir com

### A capacidade da administração penitenciária responder às necessidades de Saúde dos reclusos

premente acuidade nos Centros Educativos (CE) de jovens. Os CE dispõem de espaços destinados à prestação de cuidados de saúde, mas na sua maioria estão desativados e nenhum CE dispõe de profissionais de Saúde do quadro da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais.

Nesta área específica da justiça juvenil tem havido dificuldades particularmente graves em conseguir o apoio pedopsiquiátrico ou psiquiátrico para os jovens em cumprimento de medidas de internamento para reabilitação sociopsicológica.

Exigem-se soluções.

In "Correio da Manhã" - 8 de Maio de 2014

## CORREIO DA SAÚDE

● JOSÉ MANUEL SILVA  
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

### 'Médicos' chineses

As terapêuticas não convencionais (TNC) movimentam hoje colossais fluxos financeiros, mas não são submetidas a estudos com o máximo de rigor. Não querem esses estudos, por não acreditarem em resultados positivos?

De qualquer forma, há pessoas que recorrem às TNC, e estão no seu direito, pelo que a Ordem dos Médicos (OM) apoiou o seu enquadramento legal. As Portarias regulamentadoras das TNC estarão prontas, sem que a OM tenha sido consultada.

### Não querem que haja um controlo tão rigoroso como com os medicamentos... porque será?

Há duas questões fundamentais que são inaceitáveis, para defesa dos doentes:

- Os praticantes das TNC chinesas já começaram a fazer publicidade intitulando-se de 'médicos', sem o serem, procurando enganar as pessoas com objetivos comerciais. Esta publicidade enganosa deve ser proibida.

- Os produtos usados, que têm originado graves problemas em alguns países, escapam ao controlo do Infarmed, por serem qualificados como 'Dietéticos'. Os praticantes das TNC não querem que haja um controlo tão rigoroso como com os medicamentos... Porque será?!

In "Correio da Manhã" - 22 de Maio de 2014



## Clínicas nas grandes superfícies: a saúde a retalho

Divulgamos o comunicado do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos em que se considera que as designadas "clínicas" montadas em supermercados são uma forma de "transformar a medicina em mero comércio" e se apela "a que todos os médicos, sem excepção, cumpram o seu dever ético-deontológico e não pactuem com este tipo de exercício clínico de intuítos meramente lucrativos".

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (CNE) não pode ignorar a intenção de um grupo de retalho em investir na abertura de clínicas médicas nas respectivas superfícies comerciais, uma forma de "vender gato por lebre" e transformar a medicina num mero comércio, que será potencialmente prejudicial aos doentes.

De acordo com a informação divulgada por um órgão de comunicação social, o referido grupo económico tem já uma experiência piloto no terreno, em que um enfermeiro procede à avaliação clínica do doente e encaminha-o para uma consulta médica por videoconferência. Ultrapassando a forma, no mínimo inusitada, como o serviço é disponibilizado aos "clientes", preocupa-nos sobretudo o conteúdo: enfermeiros a praticar actos médicos, como o exame clínico de um doente, e colocar um recurso complementar, como a telemedicina, a servir como primeira linha de diagnóstico, sem possibilidade de intervenção terapêutica ou emissão de

receituário, atenta contra as mais básicas orientações da boa prática clínica.

A situação relatada viola de forma objectiva os artigos 94º a 97º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM), que regulam a utilização da telemedicina, e não cumpre o dever de protecção de dados e confidencialidade defendido pela Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd).

Uma vez mais, as competências específicas e diferenciadas de um médico são ultrapassadas de forma ostensiva, colocando em causa uma garantia de qualidade aos cidadãos, que, mais do que recomendável, é exigível na prestação dos cuidados de saúde. A este nível, Portugal mantém intacta a arbitrariedade legislativa em matéria de Saúde, ignorando uma definição legal de Acto Médico que permitiria definir esferas de intervenção rigorosas nos diversos grupos profissionais do sector. A ausência de legislação específica sobre o Acto Médico é uma inconstitucionalidade que urge reparar para melhor servir os doentes. No nosso

pequeno reduto, o legislador prefere validar métodos terapêuticos ditos alternativos, sem aprovação independente, a reconhecer competências técnicas amplamente validadas pela Ciência.

Vemos com igual preocupação a legitimidade técnica destes espaços, uma vez que a legislação em vigor para clínicas e consultórios privados (Portaria n.º 287/2012 com a redacção que lhe foi dada pela Portaria 136-B/2014) é altamente exigente do ponto de vista das especificações técnicas e coloca sérios constrangimentos à prática da pequena iniciativa particular. Estarão estas clínicas a respeitar idênticas regras de licenciamento? Ou, porventura, estão a ser aplicadas regras mais flexíveis, "amigas" do investimento e das grandes empresas? Nesta matéria, o CDOM é claro: no artigo 24º, referente à localização do consultório, assinala-se que este "não deve situar-se no interior de instalações de entidades não médicas (...) nomeadamente as que prossigam fins comerciais". Entendemos, por isso, solicitar desde já esclare-



cimentos à ARS Lisboa e Vale do Tejo, bem como à Entidade Reguladora da Saúde, sobre as condições de licenciamento da referida clínica instalada em Almada.

Na perspectiva do CNE, associar a prestação de cuidados médicos a uma actividade de comércio a retalho constitui uma flagrante violação deontológica da nossa profissão e a definitiva imposição de um modelo mercantilista na

Saúde. Apelamos, por isso, a que todos os médicos, sem excepção, cumpram o seu dever ético-deontológico e não pactuem com este tipo de exercício clínico de intuítos meramente lucrativos.

A confirmação da existência de publicidade enganosa (anúncio de “consulta médica” realizada por enfermeiro) e do respectivo crime de usurpação de funções, será alvo dos respectivos procedimentos ju-

rídicos junto das instituições e órgãos competentes.

A má prática médica, nomeadamente a violação grosseira do artigo 33º (condições de exercício da medicina) do CDOM entre outros, será alvo dos respectivos procedimentos disciplinares na Ordem dos Médicos.

Porto, 4 de Setembro de 2014, O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos

## Defender a qualidade e as boas práticas apostando na Certificação/Recertificação

A questão da qualidade da prática clínica e da qualificação dos profissionais nela envolvidos, deve constituir imperativo fundamental para a manutenção de padrões de resposta adequados às necessidades dos doentes.

Muito se tem falado sobre esta temática e vários modelos têm sido propostos para aferir sobre competências, qualificações e experiências dos profissionais, validados e postos em prática nalguns países, mas com adesão variável e diversa em relação às diferentes áreas profissionais.

A sociedade em geral exige cada vez mais qualificações reconhecidas que se materializem na prática clínica através de experiência reconhecida e de resultados conseguidos.

O desenvolvimento tecnológico e a inovação obrigam a formações regulares dos médicos como condição incontornável para o reconhecimento da sua qualidade e da sua competência.

Só desta forma os profissionais podem ser escrutinados periodicamente e ser aferida a sua capacidade técnico-profissional.

E nesta matéria devem ser os próprios médicos a implementar e a sensibilizar os pares para essa necessidade de certificar e recertificar os seus profissionais, e não outros organismos ou entidades a fazê-lo baseados muitas vezes em critérios desajustados e aberrantes.

Indo ao encontro desta necessidade entendeu a Ordem dos Médicos criar a Conselho Nacional de Auditoria e Qualidade, que irá apresentar uma proposta de certificação que vá ao encontro destes objectivos, protegendo e salvaguardando também os inte-

resses dos médicos.

Apelamos à adesão dos colegas e precisamos do vosso apoio e participação sem comodismos de zona de conforto nem falsos fantasmas.

Os médicos são das classes profissionais que mais são avaliadas ao longo da sua vida.

Esta causa é de todos nós e todos vamos ter que nos mobilizar como única maneira de demonstrarmos que estamos disponíveis e queremos aumentar a confiança da sociedade portuguesa na sua classe médica.

Jacinto Monteiro  
Conselho Nacional de Auditoria e Qualidade



## A desnecessária contratação de médicos estrangeiros

Divulgamos em seguida a carta enviada à ACSS e o comunicado da OM em que a instituição reafirma o seu respeito por todos os médicos inscritos na Ordem, independentemente da sua nacionalidade. Porém, não pode a OM aceitar que sejam activamente contratados médicos sem especialidade, de um qualquer país estrangeiro, por valores e condições muito superiores aos especialistas em início de carreira residentes em Portugal, a única comparação legítima. Uma situação particularmente grave quando há centenas de médicos especialistas a emigrar e centenas a deixar o sector público para o sector privado, perante a passividade do Ministério da Saúde.

1 - A Ordem dos Médicos (OM) respeita por igual todos os médicos inscritos na Ordem, independentemente da sua nacionalidade.

2 - Porém, não pode aceitar que sejam activamente contratados médicos sem especialidade, de um qualquer país estrangeiro, por valores e condições muito superiores aos especialistas em início de carreira residentes em Portugal, a única comparação le-

gítima. Já considerando todos os custos para o Estado e incluindo o alojamento gratuito disponibilizado aos colegas cubanos, os jovens médicos especialistas residentes em Portugal sofrem uma discriminação negativa de cerca de 1500 euros.

3 - Reafirmamos que as condições implicadas na presente contratação de Colegas Cubanos, num acordo entre Estados que não é politicamente ético e que o Go-

verno português devia explicar, nunca foram oferecidas a médicos residentes em Portugal, pelo que o Ministério não pode dizer que não há médicos disponíveis para esses locais nessas mesmas condições. Como já foi referido, parte dos colegas cubanos até virão para a Grande Lisboa.

4 - No seu falseado “esclarecimento”, a ACSS faz comparações demagógicas e primárias com valores teóricos máximos, e não

médios, que pode pagar a empresas fornecedoras de mão de obra médica e não aos médicos, atingindo o irrealista valor “médio” de 4800 euros, mesmo assim misturando especialistas e não especialistas! Esta política oficial de recurso a intermediários acarreta graves prejuízos para o SNS. Por isso, Ordem e Sindicatos Médicos têm exigido a contratação directa dos médicos e não através de empresas, que só servem para enriquecer intermediários à custa de dinheiros públicos. As próprias administrações se queixam dos bloqueios impostos à contratação de médicos. De qualquer forma, a realidade é muito inferior a este valor de 4800 euros.

5 – Há centenas de médicos especialistas a emigrar, incluindo especialistas em Medicina Geral e Familiar, porque o vencimento bruto que lhes é proposto é de 2700 euros mensais, por um trabalho extremamente complexo, desgastante e de alto risco, com desperdício de milhares de milhões de euros em formação médica especializada.

6 – Há centenas de médicos a deixar o sector público para o sector privado, perante a passividade do Ministério da Saúde, devido à degradação das condições de trabalho e das condições assistenciais aos doentes no SNS, fruto dos cortes excessivos.

7 – Há milhares de médicos precocemente reformados e disponíveis para voltar a trabalhar, incluindo Médicos de Família, desde que com condições minimamente aceitáveis.

8 – Portugal é o quinto país da OCDE com mais médicos, pelo que não necessita de contratar proactivamente médicos estrangeiros por valores e condições muito superiores aos oferecidos

aos médicos residentes em Portugal, independentemente da sua nacionalidade.

9 – A OM defende o direito de todos os portugueses terem acesso a um médico e que há soluções suficientes em Portugal, que vem propondo insistentemente ao Ministério da Saúde, para atingir tal desiderato no imediato, sem recurso a medidas discriminatórias e despesistas.

**Carta enviada à ACSS** a propósito da contratação de médicos cubanos

Segundo a informação pública prestada, “A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) fez as contas e concluiu que um médico português contratado à tarefa poderá custar, em média, “4800 euros por mês” ao erário público, portanto mais 570 euros do que é pago actualmente ao Governo cubano pelos clínicos daquela nacionalidade que têm vindo colmatar falhas nos centros de saúde do Alentejo e do Algarve.”

A Ordem dos Médicos vem solicitar a V. Exa., visto que as contas estão feitas, que envie na volta do correio a explicação de quais foram as premissas e as contas efectuadas para chegar a essa conclusão e se os cálculos foram feitos com valores teóricos máximos ou com valores reais a serem actualmente pagos aos médicos contratados à tarefa.

Mais ainda, a Ordem dos Médicos solicita à ACSS que envie a média real actualizada da contratação de médicos não especialistas para o SNS e o preço médio hora da contratação de médicos não especialistas para o SNS através das empresas fornecedoras de mão de obra médica, bem como o valor bruto que é pago às empresas e o valor que

é pago aos médicos, com os restantes parâmetros estatísticos que permitam compreender melhor os números, como o desvio padrão, a mediana, a tabela de frequências e o valor máximo e mínimo.

Porque esse facto tem sido escamoteado nas comparações, e para já não falar da diferença entre exportação de divisas e investimento na economia nacional e cidadãos residentes em Portugal, pergunta-se qual o valor que a ACSS atribui à oferta de casa, água, electricidade e gás que é feita aos colegas cubanos.

Finalmente, pedimos à ACSS que informe a Ordem dos Médicos sobre quais os locais do país onde foram ou são oferecidas condições semelhantes aos colegas cubanos, de vencimento e estadia, e qual o vínculo contratual proposto, a médicos já residentes em Portugal, com ou sem especialidade de medicina geral e familiar, para que se possa confirmar que, nessas condições, essas propostas não tiveram candidatos.

Para além disso, de acordo com a mesma notícia, “O Ministério da Saúde lamenta afirmações de desconsideração para com estes profissionais”, refere a nota da ACSS, que sustenta que os médicos cubanos “têm tido um bom acolhimento e reconhecimento por parte das autarquias e da população em geral”. A Ordem dos Médicos vem perguntar a V. Exa. quais foram as afirmações de desconsideração para com os Colegas Cubanos a que a ACSS se refere e quem as proferiu. Com os mais cordiais cumprimentos

Ordem dos Médicos, Lisboa, 20 de Agosto de 2014



## O CASO das MORTES no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) - relatório

Ordem dos Médicos reitera e prova as suas denúncias.

A denúncia e exposição pública previamente efectuada pela Ordem dos Médicos levou o Ministro da Saúde a desencadear os mecanismos institucionais de investigação pela IGAS (Inspeção-Geral das Actividades em Saúde), o que é de congratular.

Desde logo, a investigação da IGAS foi muito positiva para os doentes tratados no CHLO, na medida em que o programa VAP (válvulas aórticas percutâneas) estava efectivamente suspenso e foi retomado em Agosto do corrente ano, mas continua condicionado.

Saúda-se o facto do Inspector-Geral ter determinado uma nova Inspeção a todos os Hospitais sobre esta temática, que os médicos não temem, reconhecendo essa mesma necessidade. Desde já solicitamos o envio do respectivo relatório à Ordem dos Médicos, assim que concluído, para análise.

Esta investigação decorreu de forma célere, o que está de acordo com a gravidade dos factos denunciados, mas não pode ser considerada concluída, muito menos definitiva.

Em concreto e relativamente ao relatório da IGAS importa salientar

as seguintes falhas e insuficiências, que condicionaram negativamente as suas erradas conclusões.

1. Foi elaborado por um jurista e uma administradora hospitalar, sem recurso a um profissional de saúde competente na área clínica em causa e sem presença de qualquer representante dos doentes, pelo que é totalmente legítimo considerar que há um potencial conflito de interesses, conforme se provará, pois o Estado investigou-se a si próprio. Aliás, o relatório, pelas suas múltiplas falhas, insuficiências e conclusões enviesadas, é bem demonstrativo como não se pode confiar no Estado a inspecionar-se a si próprio, pois termina sempre auto-ilibado de quaisquer responsabilidades. A inspecção ao Estado, como foi realmente a presente auditoria, não pode ser entregue a funcionários do Estado, devendo ser uma entidade completamente independente a fazer este tipo de auditorias.

2. O relatório deve considerar-se inacabado na medida em que não envolveu qualquer peritagem médica independente, o que é muito criticável e inaceitável perante a natureza e gravidade dos factos. Aliás,

*tal foi reconhecido no ponto 18 (pág. 11/42) onde se diz que “salvaguardando as devidas distâncias de um parecer técnico devidamente avalizado...”*. Não podemos deixar de questionar e manifestar perplexidade porque, tendo sido a sua importância reconhecida, não foi solicitado tal parecer técnico. A quem não interessava esse parecer? A falta de conhecimentos médicos gerais e específicos dos inspectores e o paralelo desinteresse em os procurar, são por demais evidentes em diversos pontos ao longo do relatório:

a. na confusão de termos médicos bem distintos, como a diferença entre procedimento emergente e urgente;

b. na sugestão que ser idoso é, ou passa a ser (?) o bastante para justificar o falecimento de doentes no SNS, configurando uma forma de eutanásia financeira;

c. quando se procura convir que, pelo facto de ser possível usar qualquer um de dois dispositivos concorrentes para fazer substituição valvular aórtica, tal equivale a ser indiferente aplicar qualquer um deles, como se fossem iguais e indiferentes a cada doente, independentemente dos seus acessos

arteriais, anatomia, dimensões e calcificação (ponto 33, pág. 27/42);  
d. na bibliografia incompleta.

3. Não responde à questão fulcral, designadamente saber se os doentes em causa teriam significativamente mais probabilidades de ter sobrevivido se dispusessem do dispositivo em tempo útil. Nesta matéria destacamos:

a. Em Novembro de 2012 deu-se a suspensão do programa por falta de verbas, motivando uma carta aberta do Coordenador do Programa VAP, em 30/11/2012, que aqui se reproduz;

b. No segundo semestre de 2013, novamente por decisão do CA, o programa apresentava-se muitíssimo reduzido, como atesta a limitação absoluta, progressiva e totalmente inadequada, devido aos cortes na Saúde, do número anual de VAPs colocadas no CHLO ao longo dos anos (pontos 37 e 43). Por esse motivo, não era possível nem faria qualquer sentido marcar procedimentos para além do número autorizado. Mais ainda, conforme escrito pelo CA, os médicos só podiam marcar os doentes depois das válvulas serem adquiridas! Estranhamente, o relatório da IGAS não discute a relação causa efeito entre os cortes no número de válvulas autorizadas pelo CA e a sua não colocação atempada nos doentes referidos;

c. Havia muitos doentes no progra-

ma VAP e o CA sabia que o número de dispositivos era muito inferior às necessidades, como repetidamente foi alertado e como demonstram as estatísticas internacionais que evidenciam que o nosso país, em termos relativos, faz apenas entre 1/5 a 1/8 da média deste tipo de procedimentos da União Europeia, colocando Portugal como o pior país da Europa;

d. O circuito da encomenda e disponibilização de dispositivos é primordialmente da responsabilidade do CA e não dos médicos, a quem nunca foi formalmente explicado ou comunicado. Por exemplo, em Agosto de 2013, um doente muito grave aguardou mais de um mês internado, com adiamento do seu procedimento por falta de compra do dispositivo, única e exclusivamente por motivos administrativos e negociais. O CA pretendia que fosse usado um dispositivo diferente mas inadequado ao doente,

sendo incapaz de disponibilizar o dispositivo preconizado pela equipa médica em tempo útil, até que o mesmo foi finalmente implantado, com êxito, em Setembro de 2013;

e. Em 2013 este circuito de autorização do CA requeria 48 horas e em 2014 passou para 14 dias, sem uma justificação e sem considerar as necessidades urgentes dos doentes (ponto 52, pág. 32/42) ;

f. Os escassos procedimentos autorizados no segundo semestre de 2013 obedeceram, como sempre, a critérios claros do programa segundo a gravidade e o tempo de espera. Sem ser por estes critérios clínicos é deontologicamente incorreto, como foi sugerido, que a equipa médica passe a seleccionar quais os doentes com indicação que “merecem” ser “eleitos” e beneficiarem de maiores probabilidades de sobrevivência a curto prazo, deixando para trás outros mais complexos, idosos, onerosos ou “menos

### Carta Aberta ao Serviço de Cardiologia Sobre o Programa VAP HSC CHLO

Rui Campante Teles

Sent: Sexta-feira, 30 de Novembro de 2012 às 07:35

To: Miguel Mendes (mfmendes@chlo.min-saude.pt)

Cc: António Ventosa; António Ferreira; atralhao@gmail.com; Carlos Aguiar; Diogo Cavaco; Francisco Costa; Francisco Morgado; and [25 more](#)

📎 VAP Heart Team HSC Update #11 2012.pptx (1,9 MB) [Preview](#)

Ex.mo Dr. Miguel Mendes,  
Diretor do Serviço de Cardiologia,  
Prezados colegas,

O programa de válvulas aórticas percutâneas (VAP) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) foi parcialmente suspenso - até Janeiro de 2013- pelo Conselho de Administração do CHLO por motivos de ordem financeira. Há autorização para realizar adicionalmente 2 procedimentos VAP mas, ainda assim, tratou-se uma decisão sem precedentes no historial do Serviço de Cardiologia.

No dia 14 de Novembro houve uma reunião das Direcções de Serviço e responsáveis do programa com a Presidente do Conselho de Administração na qual foi decidido dar resposta aos casos mais críticos que apresentassem elevado risco de mortalidade e morbilidade sob a terapêutica médica optimizada em curso. Foi solicitado formalmente à Direcção Clínica e Presidência do Conselho de Administração, com carácter urgente, a devida autorização para 4 doentes em 23 de Novembro de 2012. Não obtivemos resposta favorável até ao dia 28 de Novembro, tendo sido suspensas as intervenções programadas para esse dia.

Lamentamos a selecção negativa que o Serviço de Cardiologia está a ser alvo no CHLO, até porque não há conhecimento de uma decisão similar em todo o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Pela nossa parte poderá contar com o empenho para assegurar, a todos os níveis, que os nossos doentes têm acesso às actuais indicações classe I e IIa das recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia e da Associação Europeia de Cirurgia Cardio-Torácica.

Iremos prestar naturalmente todo o suporte clínico e orientação para minorar as consequências para os nossos doentes e para a nossa instituição.

Sem outro assunto de momento,  
Com os melhores cumprimentos,

Rui Campante Teles  
Coordenador do Programa VAP  
Manuel de Sousa Almeida  
Coordenador da UNICARV  
Serviço de Cardiologia HSC CHLO

importantes”, mas ainda assim com indicação clinicamente clara e consensual pela equipa multidisciplinar para a colocação de VAP.

g. Ao longo de Outubro e Novembro que a equipa VAP foi confrontada com a gravidade que a suspensão do programa implicava para os doentes em lista de espera. Curiosamente não consta do relatório que os médicos, repetida e informalmente, procuraram convencer o CA a autorizar mais procedimentos, até que, no dia 21/11/2013, a equipa VAP, na ausência de posição formal do CA, pediu por escrito a realização de quatro casos urgentes. A Presidente do CA do CHLO apenas respondeu, após insistência, a 6/12/2013, negando-os por motivos estritamente orçamentais (“por restrições financeiras, não é possível autorizar mais VAP’s para este ano”) e nunca clínicos. É gravíssimo e exige uma explicação que este mail, que mais à frente se transcreve, não seja devidamente valorizado no relatório da IGAS.

i. Dois dos doentes foram tratados mal o programa foi retomado, no início de Janeiro de 2014. Evoluíram favoravelmente e estão vivos, o que é muito relevante.

ii. Dois dos casos não puderam ser tratados atempadamente por falta de dispositivos e entretanto evoluíram com complicações, não tendo ulteriormente reunido condições para serem tratados, vindo a falecer.

iii. Num destes casos ignora-se ostensivamente o significado da frase escrita em 13/8/2013 no processo de um dos doentes em causa, segundo a qual o procedimento VAP se adia “por questões logísticas” (penúltimo parágrafo, pág 12/42), não frisando os mails trocados reportando que era por falta de material, assim branqueando a verdadeira razão e a responsabilidade do CA no adiamento do procedimento por razões financeiras.

Obviamente, nada mais podia a equipa médica fazer, sendo obrigada a adiar a substituição valvular, apesar do doente dele necessitar urgentemente (como a sua descompensação e falecimento a curto prazo vieram a demonstrar). Por isso mesmo, na consulta de 24/9 é colocada como indicação a “VAP o mais cedo possível”. O relatório refere que o pedido de aquisição da válvula “só foi solicitada no dia 21 de Novembro de 2013”, como se entretanto não tivessem os médicos diligenciado presencialmente para que fossem possíveis mais procedimentos e como se o despoletar desse circuito administrativo não dependesse da aprovação desses procedimentos pelo CA. Factualmente, o CA impediu em 13/8 o tratamento deste doente e impôs que o doente aguardasse em lista de espera, preferindo “ignorar” que o mesmo residia na região centro e, portanto, recorreria ao CHMT quando piorasse, tal como veio a acontecer, terminalmente, em Dezembro de 2013. Curiosamente, no inquérito da IGAS o CA já considerou (ponto 18.1.6) que o doente deveria estar internado no HSC, como se houvesse dispositivos autorizados por si...

iv. Que fique bem claro que o adiamento dos procedimentos não se deveu a razões clínicas mas sim financeiras, como comprova o email da Presidente do CA enviado a vários funcionários do Hospital a 6 de Dezembro de 2013 e que a seguir se transcreve.

Este email demonstra inequívoca e irrefutavelmente que a Ordem dos Médicos tem razão no que afirmou e que o Relatório da IGAS, por razões que só o Ministério da Saúde poderá e deverá ser obrigado a explicar, retirou conclusões completamente erradas da sua inspecção, ilibando grosseiramente o CA e a tutela de responsabilidades que são

mais do que evidentes. **As válvulas só não foram pedidas formalmente mais cedo por impedimento do CA, como a própria Presidente do CA assume no email, e, mesmo quando solicitadas em situação emergente, foram novamente negadas, sem qualquer preocupação com o prognóstico dos doentes.** A impossibilidade de colocação de válvulas nos doentes que ultrapassam a quota anual do hospital, artificialmente imposta, também acaba por atrasar o estudo clínico desses doentes, pela impossibilidade de lhes poder disponibilizar a terapêutica adequada, obrigando o corpo clínico a dar-lhes alta para o domicílio pela impossibilidade e contraindicação de ficarem meses no hospital à espera do procedimento, como é fácil de entender, nomeadamente pelo elevado risco de infecções hospitalares.

v. Sublinham-se os pontos 41, 42 e 43 do relatório da IGAS (pág 29/42), que confirmam explicitamente o cego corte financeiro do número de VAPs a aplicar por ano no Hospital de Sta Cruz, do CHLO. Só por esse facto os doentes não foram interencionados mais cedo. É evidente que, reduzindo o número de válvulas aplicadas abaixo das necessidades, com diminuição do número de procedimentos de 42, em 2010, para apenas 25, em 2013, é inevitável consequência o aumento de doentes em lista de espera e o aumento dos tempos de espera, o que implica que mais doentes falecerão nessa mesma lista de espera. Se o processo não for invertido, novas mortes desnecessárias irão acontecer, naturalmente de doentes em lista de espera, idosos e com outras patologias, pois são exactamente esses que têm indicação para VAPs. Podemos estar a falar dos nossos pais ou dos nossos avós.

vi. Porque os autores do relatório da IGAS parece não terem entendido,



explica-se que os doentes para quem não havia válvulas autorizadas pelo CA não eram colocados no mapa de programação para colocação de VAPs precisamente porque, não havendo válvulas, era totalmente desprovido de sentido colocar os doentes no mapa de marcação dos procedimentos! De qualquer forma, essa marcação também foi impedida pelo CA, conforme se lê no email, sem antes as válvulas terem sido adquiridas.

vii. A questão da causalidade entre a não realização dos procedimentos e a morte dos doentes não é abordada seriamente no relatório da inspecção. O nexo de causalidade nem sempre é uma questão unânime e constitui matéria de debate mesmo entre os médicos, chegando muitas vezes aos tribunais em situações de litígio. Decorre daí, justamente, a importância da peritagem, que não pode ser substituída por meras opiniões pessoais ou de perguntas mal formuladas, peritagem essa que não foi feita por deliberada falta de decisão dos Inspectores nesse sentido. A opinião dos Directores Clínicos ou de médicos do CA, que não são especialistas na matéria e que têm óbvios conflitos de interesse, pois fazem parte do CA que tomou as decisões gravosas e foram nomeados pelo Ministério da Saúde, é irrelevante e, no caso presente, na nossa opinião, errada. Mesmo a infecção valvular é um risco elevado em doentes com patologia das válvulas, pelo que quanto mais adiadas forem as intervenções terapêuticas dirigidas às deficiências valvulares e quanto mais repetidos forem os

#### RE: Válvulas Aórticas Percutâneas CHLO – Previsão 2014

Maria Joao Pais

Sent: Sexta-feira, 6 de Dezembro de 2013 às 11:56

To: Miguel Mendes

Cc: Rui Campante Teles; Jose Santos Neves; Susana Teotonio Pereira; Maria Celeste Silva; Carlos Galamba

Caro Miguel

Por restrições financeiras, não é possível autorizar mais VAP's para este ano, tal como já tinha sido acordado.

Os doentes mais urgentes terão de ser programados para Janeiro 2014, e só deverão ser marcados depois do Serviço de Compras encomendar as válvulas. Na próxima contratualização com os dois serviços estabeleceremos os limites para 2014 destas próteses.

Relembro que as VAP's colocadas no HSC devem ser aplicadas unicamente em doentes da área de referência do CHLO.

Cumprimentos

Maria João Pais

Presidente do Conselho de Administração

Tel: 210 431 008/10 Fax: 213 0211 66



internamentos, mais cresce o risco de endocardite bacteriana.

vi. Outra questão relevante é o facto da Inspecção não ter questionado a razão da existência de lista de espera numa situação de tão elevada gravidade clínica. A razão de não o ter feito parece simples, tal iria incriminar a tutela, porque a falta de válvulas deve-se à forçada imposição de restrições orçamentais por parte do Ministério da Saúde, para além da fronteira do razoável, olvidando culposamente que os doentes não são números nem estatísticas, são pessoas insubstituíveis e têm um nome.

h. Todos os factos descritos foram reportados superiormente em tempo útil pelos médicos da equipa.

4. Sob o ponto de vista do equipamento podem fazer-se breves considerações:

a. Há vários anos que tem sido insistentemente pedida a substituição da angiografia da sala 3, nas reuniões de contratualização, e esta nunca foi realizada.

b. Lamenta-se que não se tenha exercido o contraditório e consultado oportunamente todos os elementos envolvidos na assistência técnica, designadamente a SUCH e a Siemens.

c. No ponto 23.2.2 (pág. 23/42) é reconhecido o atraso de um mês do Despacho da Vogal Executiva, mas

não é solicitada nem fornecida uma explicação para o mesmo atraso... Será a Lei dos Compromissos?! E os doentes esperam?!

d. A falta de substituição de instalações e equipamentos obsoletos, por razões financeiras, como é exemplo o caso do ar condicionado, implica avarias mais frequentes, atrasos nas respectivas reparações e suspensões de funcionamento, com consequências na capacidade de resposta dos Hospitais e aumento das listas de espera.

#### Sugestões:

- Que seja criado um sistema nacional de gestão da lista de espera destes doentes, à semelhança do que existe para as cirurgias, identificando e defendendo os doentes das esperas excessivamente prolongadas, que decorrem dos cortes cegos que foram impostos ao SNS;
- Que se crie um programa vertical para este tipo de procedimentos, evitando os constrangimentos que os CA enfrentam, da responsabilidade dos cortes impostos pelo Ministério da Saúde, balizando a capacidade nacional de resposta segundo as boas práticas clínicas, criando e potenciando sinergias e alterando modelos de aquisição que permitem ganhar escala e reduzir o custo dos dispositivos. Se for necessário, a Central de Com-

pras do Ministério da Saúde que importe directamente as VAPs, para evitar as rendas excessivas dos intermediários.

- Porque não pode ser um funcionário a auditar o padrão, propõe-se que a IGAS seja elevada a um grau de autonomia funcional e independência do Governo semelhante ao Tribunal de Contas e que das equipas de inspecção faça parte um profissional de Saúde competente na matéria objecto de auditoria, eventualmente indicado pela Ordem profissional da Saúde que for considerada como mais adequada em cada caso.

#### Conclusões:

- A Ordem dos Médicos reitera e prova que os doentes referidos morreram precocemente sem terem tido a possibilidade de colocação atempada de prótese valvular aórtica.

- A Ordem dos Médicos reitera e prova que o CA do CHLO faltou à verdade na Inspeção da IGAS e que, por razões financeiras e ignorando indicações clínicas urgentes/emergentes, impediu a compra de VAPs em número suficiente para os doentes que delas necessitavam.

- A Ordem dos Médicos reitera e prova que os cortes exagerados impostos pelo Ministério da Saúde ao SNS estão a reduzir a sua capacidade de resposta aos doentes, com graves prejuízos para os mesmos, o que significa que o SNS já não está a cumprir os seus desígnios constitucionais.

- Irrefutavelmente confirmada a responsabilidade do CA na não intervenção atempada dos doentes referidos, obviamente exige-se, no mínimo, a demissão imediata do CA do CHLO. A não acontecer essa demissão, significará que é o Ministério da Saúde a assumir po-

liticamente e o Ministro da Saúde a assumir pessoalmente todas as responsabilidades do sucedido.

- No interesse dos doentes, as recomendações científicas nacionais e internacionais da colocação de VAPs, nomeadamente a NOC 016/2013, têm de ser obrigatoriamente respeitadas.

*Uma nota final, dirigida a todos aqueles que colocaram em causa a seriedade e a fundamentação das denúncias da Ordem dos Médicos, para que, de uma vez por todas, independentemente das suas simpatias políticas, percebam que a Ordem dos Médicos só critica e intervém quando tem razão e dispõe de provas daquilo que afirma. Como aqui se demonstra.*

CNE da Ordem dos Médicos,  
Lisboa, 11 de Setembro de 2014

## Medicina Física e Reabilitação e Médicos de Família

Divulgamos em seguida o comunicado em que o Colégio de Medicina Geral e Familiar afirma, peremptoriamente, que não é competência dos Médicos de Família decidir sobre a natureza e duração de actos de MFR e em que exorta todos os MF a expressarem a sua escusa formal no desempenho de tais directivas.

A pretexto da implementação de um novo programa informático que estará a ser posto em prática em alguns Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), visando a avaliação funcional e prescrição de tratamentos de Medicina Física e Reabilitação (MFR) por parte de Médicos de Família (MF), o Colégio de Medicina Geral e Familiar afirma, peremptoriamente, que não é competência dos MF decidir sobre a natureza e duração de actos de MFR.

Nesse sentido, para salvaguardar a qualidade dos serviços de MFR prestados aos utentes e, simultaneamente, cumprindo as regras ético-deontológicas que obrigam os Médicos a só actuarem no âmbito

dos seus conhecimentos e preparação, o Colégio de Medicina Geral e Familiar exorta a que todos os MF expressem a sua escusa formal no desempenho de tais directivas, perante a sua impreparação na matéria e os óbvios prejuízos que tal acarretaria para os doentes, com o que este Colégio não compactuará. Embora parecendo desnecessário, não se deixa, porém, de realçar que os MF não têm conhecimento adquirido para uma correcta avaliação da incapacidade funcional associada a um vasto universo de patologias, mesmo que pré-definida através duma qualquer aplicação informática limitando desse modo a definição do respectivo plano de recuperação por quem tem qualifi-

cação para tal, seja no tipo de tratamentos a administrar, seja na sua duração.

Por fim, lamenta-se que, mais uma vez, se revele uma negligente ignorância sobre a essência da Especialidade de Medicina Geral e Familiar, a qual se acha poder ser sobrecarregada de tarefas que lhe não cabem, independentemente da qualidade do serviço prestado, tal como se lamenta a desconsideração que tal configura em relação aos utentes, aos Médicos de Família e, já agora, aos próprios Colegas de Medicina Física e de Reabilitação.

Porto, 6 de junho de 2014  
A Direção do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

## Concursos de habilitação ao grau de consultor

Divulgamos em seguida a informação da ACSS sobre concursos de habilitação ao grau de consultor e a obtenção da categoria de assistente graduado, no enquadramento da Lei de orçamento de Estado para 2014 e do Acordo Coletivo de Trabalho da carreira especial médica n.º 2/2009- ACCEM n.º 2/2009, de 13/10, publicado na 2.ª Série do Diário da República que esclarece que “os candidatos aprovados no concurso de habilitação, obtêm o grau de consultor e são de imediato providos na categoria de assistente graduado nos termos legais, não auferindo, contudo, qualquer aumento remuneratório daí derivado”.

“Tendo surgido dúvidas por parte de algumas Administrações Regionais de Saúde, sobre a matéria referida em título, esclarece-se o seguinte:

O Orçamento de Estado para o ano de 2014 (LOE/14) - aprovado pela Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro de 2013, manteve em vigor as medidas já tomadas no âmbito do Orçamento de Estado para os anos de 2011, 2012 e 2013, que tivessem repercussão na redução da despesa, nomeadamente, o congelamento das promoções e progressões na função pública, nas empresas públicas de capital exclusiva ou maioritariamente público e nas entidades públicas empresariais.

Nesta senda, a LOE/134, nomeadamente, de acordo como o constante dos n.ºs 1 e 2 do seu artigo 39.º continua, em conformidade com as imposições orçamentais dos anos anteriores,

a proibir as alterações remuneratórias derivadas de promoções ou progressões da carreira especial médica.

No entanto, ressalva-se que, de acordo com o disposto nas alíneas a) e b) do n.º 9, do artigo supra, o provimento na categoria de assistente graduado não se encontra vedado pois trata-se de uma mudança de categoria prevista em disposição legal e que constitui condição para o exercício de funções, concretamente, como médico assistente graduado, apesar de a alteração remuneratória daí derivada se encontrar suspensa.

Ora, os concursos de habilitação ao grau de consultor abertos para as então denominadas carreiras médicas, não foram suspensos em resultado das disposições constantes das Leis do Orçamento de estado para os anos de 2011 até ao ano corrente, daí que aos médicos integra-

dos na carreira especial médica que adquiram o grau de consultor por força dos concursos em questão, deverá ser assegurado o provimento automático na categoria de assistente graduado, nos termos constantes da Portaria n.º 177/97, de 11 de março e do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março, legislação então aplicável aos procedimentos em análise (área hospitalar).

Deste modo, não será necessário recorrer ao disposto na cláusula 7.ª ACCEM n.º 2/2009, de 13/10, publicado na 2.ª série do Diário da República - aplicável aos médicos em regime de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado e integrado na carreira especial médica que exercem funções nas entidades empregadoras públicas, mesmo aquelas excluídas do âmbito de aplicação objetivo da Lei n.º 12-A/200, de 27 de fevereiro - que



prevê o provimento na categoria de assistente graduado com a aquisição do grau de consultor, já que aquele provimento é permitido pela legislação orçamental em apreço, cujas normas possuem valor reforçado face ao acordo coletivo de trabalho supra.

Pelo exposto conclui-se que:

A LOE/2014, continua, em

consonância com as medidas já tomadas nas LOE/2011, 2012 e 2013, a proibir as alterações remuneratórias derivadas de promoções ou progressões na carreira especial médica.

No entanto, os candidatos aprovados no concurso de habilitação em apreço, obtêm o grau de consultor e são de imediato providos na categoria de assis-

tente graduado nos termos legais, não auferindo, contudo, qualquer aumento remuneratório daí derivado, face às imposições orçamentais, quer pretéritas, quer presentes.

Mais se ressalva, que a LOE/2014 possui valor reforçado, logo prevalece face a quaisquer outros dispositivos legais ou convencionais”

## Ordens denunciam desregulação da publicidade na área da saúde

Sete Ordens profissionais na área da saúde apelaram ao Ministério da Saúde que tomasse medidas urgentes para pôr cobro à desregulação que se verifica na publicidade a serviços de saúde.

As sete Ordens que integram o CNOP - Conselho Nacional das Ordens Profissionais, são a Ordem dos Biólogos, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Farmacêuticos, Ordem dos Médicos, Ordem dos Médicos Dentistas, Ordem dos Nutricionistas e Ordem dos Psicólogos. Juntas denunciaram a falta de regras na publicitação de atos e serviços de Saúde e alertam para os perigos para a saúde pública, já que se trata de uma área particularmente sensível.

Para as sete Ordens, a saúde não é uma atividade comercial como qualquer outra e não pode ser publicitada como tal. É uma preo-

cupação que se estende a todas as Ordens que integram o CNOP.

O Código da Publicidade foi criado em 1990 e, apesar de várias alterações, continua a não ser objetivo nos limites à publicidade na área da saúde. A realidade atual do setor da saúde é muito diferente do que se passava na década de 90.

As sete Ordens defendem que seja criada uma lei específica para a publicidade na área da saúde que acautele os interesses dos consumidores e respeite a deontologia e as regras éticas a que os profissionais estão submetidos.

Em nome de um interesse comum da sociedade e da sua concorrência,

as Ordens profissionais consideram essencial que a regulação da publicidade em saúde reflita as matérias de foro ético e deontológico dos estatutos de cada uma das Ordens. Isto porque hoje existem empresas privadas na área da saúde, algumas de grande dimensão, e que não cumprem as regras deontológicas que se aplicam aos profissionais em termos individuais.

As Ordens estão disponíveis para integrar um grupo de trabalho que possa trabalhar com o Governo para a elaboração de legislação específica para a publicidade na saúde.



## Licença sem vencimento de longa duração

Publicamos em seguida um parecer sobre o regime jurídico aplicável a uma situação de licença sem vencimento de longa duração no contrato individual de trabalho.

Foi solicitado a este Departamento Jurídico que esclarecesse as dúvidas colocadas por uma médica que tem um contrato de trabalho com um Centro Hospitalar, EPE desde 2010. Em 2011 iniciou o gozo de licença sem vencimento de longa duração por período aproximado de 4 anos, devido a ter ingressado no programa de doutoramento para médicos. Face à publicação da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de Junho, a consulente pretende saber qual o enquadramento jurídico da sua situação e, bem assim, quais os procedimentos a seguir com vista ao seu regresso ao trabalho.

Cumpr, pois, esclarecer.

O vínculo laboral dos trabalhadores das entidades públicas empresariais (E. P. E.) é o do contrato individual de trabalho, conforme ressalta do art.º 14.º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, por força do estabelecido no art.º 5.º do Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de Fevereiro.

Assim o regime jurídico aplicável é o constante do Código

do Trabalho<sup>1</sup>, ao qual se junta o Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de Agosto, que estabelece o regime da carreira dos médicos nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde.

A entrada em vigor, no próximo dia 1 de Agosto, da *Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas*, não afecta a aplicação daqueles diplomas.

Esta ideia já constava do anteprojecto deste diploma, ao referir que *são excluídos os vínculos titulados por um contrato de trabalho comum (ex: EPEs), porque estes se sujeitam, sem especificidades, ao Código do Trabalho*<sup>2</sup>;

E consta actualmente do próprio diploma, ao proceder expressamente a uma delimitação negativa do seu âmbito de aplicação onde se encontram as entidades públicas empresariais – tudo conforme se transcreve:

*Artigo 2º*

*Exclusão do Âmbito de Aplicação*  
*1 – A presente lei não é aplicável a:*

- a) [...];
- b) *Entidades Públicas Empresariais*;
- c) [...].

Conclui-se, pois, que a situação da consulente não é regida por

este diploma legal, mas antes do Código do Trabalho e pelo Decreto-Lei n.º 176/2009.

Deste modo e embora a declaração junta pela consulente não refira a base legal da atribuição da licença, a mesma apenas o poderá ter sido ao abrigo do disposto no n.º 2 do art.º 317.º do Código do Trabalho, que se refere a licenças sem retribuição cujo fundamento é a realização de formação.

O Código do Trabalho não determina que sejam cumpridas quaisquer formalidades para que se opere o regresso do trabalhador cujo contrato esteja suspenso por via da atribuição de uma licença sem retribuição. Assim, se a licença é concedida com prazo certo, o trabalhador deve apresentar-se ao trabalho na data em que o mesmo termina.

Se, como no caso vertente, a licença é concedida por um período aproximado de quatro anos, é razoável que a entidade empregadora seja informada com alguma antecedência da data do regresso da sua trabalhadora.

Assim, consideramos que, logo

1- Aprovado pela Lei nº 7/2009, de 12 de Fevereiro.

2- Anteprojecto de Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, acessível em [http://www.icjp.pt/sites/default/files/cursos/documentacao/apresentacao\\_anteprojecto\\_de\\_lei\\_geral\\_do\\_trabalho\\_em\\_funcoes\\_publicas\\_2.pdf](http://www.icjp.pt/sites/default/files/cursos/documentacao/apresentacao_anteprojecto_de_lei_geral_do_trabalho_em_funcoes_publicas_2.pdf).

que seja do conhecimento da consulente a data em que se irá apresentar ao serviço, deve a mesma informar, por escrito, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar e, bem assim o serviço de recursos humanos. De notar que, nos termos do disposto no art.º 295.º do Código do Trabalho, designada-

mente do seu n.º 5, a entidade empregadora não pode impedir que o trabalhador retome a actividade normal após o termo do período de suspensão do contrato.

A Consultora Jurídica, Paula Quintas  
31-07-2014

## Impedimento à menção da alínea c) do Artigo 6º da Portaria 137-A/2012

Divulgamos em seguida a posição do departamento jurídico relativa a uma "interpretação" que teria sido feita em relação à proibição de aplicabilidade da alínea c) do Artigo 6º da Portaria 137-A/2012, de 11.05 relativa à prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias.

A presente informação decorre de um pedido de análise a um e-mail enviado pelo consulente, em 2014-05-22. Disse, então, o consulente que, no âmbito das reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARS do Algarve em que estiveram presentes todos os médicos dos três ACES da região, foi passada a informação de que os clínicos estariam impedidos de colocar a menção da alínea c) do nº3 do artigo 6º da Portaria 137-A/2012 nas prescrições cujo início do tratamento ocorra após a data da publicação do dito diploma.

O consulente, com todo o bom senso e razão, discorda de tal interpretação mas pede a nossa informação.

Em síntese útil e dando por bom aquilo que nos é referido diríamos que não se trata de uma

interpretação de uma norma jurídica mas mais propriamente de uma invenção despojada de todo o sentido que deve ser dado à interpretação das leis.

Com efeito, da letra da alínea c) do nº 3 do artigo 6º da dita Portaria, decorre, tão só, que é admissível como justificação técnica para a prescrição de medicamentos participados o facto de estes se destinarem a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias.

Nenhuma das normas da Portaria 137-A/2012 permite tirar a conclusão alegadamente veiculada nas reuniões da CFT da ARS do Algarve já que esta seria absolutamente contraditória com o intuito e pensamento do legislador.

Como é sabido não pode ser feita qualquer interpretação sem

que exista na letra da lei o mínimo de correspondência verbal, ainda que imperfeitamente expresso.

Nos termos do artigo 9º do Código Civil, na fixação do sentido e alcance da lei o intérprete presumirá que o legislador consagrou as soluções mais acertadas e soube exprimir o seu pensamento em termos adequados. Assim a informação a que o consulente se refere, não tendo qualquer correspondência com o articulado legal não é correcta e não pode ser aceite porque seria de todo em todo ilegal, face aos fundamentos invocados. É este, salvo melhor, o nosso parecer.

O Consultor Jurídico  
Paulo Sancho  
2014-06-27





## Recém-nascidos de baixo peso e variação nas taxas de mortalidade

Parecer do Colégio da Subespecialidade de Neonatologia que analisa o facto de desde o início do século XXI se assistir em Portugal a uma subida lenta mas gradual da taxa de nascimentos com baixo peso, emanado em resposta a uma solicitação do Conselho Nacional Executivo a esse Colégio para “análise sobre o aumento de nascimentos de bebés com baixo peso, para a eventualidade de uma intervenção pública da Ordem sobre este assunto”.

É do entendimento do Colégio de Neonatologia que:

A evolução dos indicadores demográficos e de saúde materno-infantil e perinatal em Portugal tem reflectido a evolução socio-económica do País e a reorganização dos cuidados de saúde nesta área. Nas últimas duas décadas, foram atingidos índices de natalidade e mortalidade perinatal, neonatal, infantil e materna particularmente baixos, comparativamente quer ao nosso passado quer aos outros países europeus. Esta realidade de índices demográficos de pequenos números e de variação decimal de taxas exige que a sua análise seja muito mais precisa do que em tempos recentes.

Efectivamente, ao contrário de outros países europeus, desde o início do século XXI assiste-se em Portugal a uma subida lenta e gradual da taxa de nascimentos com baixo peso (<2500g) e da taxa de prematuridade (<37 semanas de gestação). Estes dois indicadores

não são equivalentes e exigem interpretações diferentes. No entanto, apesar do aumento ocorrido, Portugal continua a apresentar dos melhores índices europeus nestes indicadores.

O aumento da proporção de nascimentos com baixo peso depende maioritariamente de dois factores: o aumento da taxa de prematuridade e o aumento da proporção de gestações com restrição de crescimento intra-uterino; as duas condições podem ocorrer em simultâneo.

O aumento da taxa de prematuridade em Portugal, ligeiro mas persistente, é devido a duas ordens de factores: o incremento das gestações de risco (idade materna elevada, doenças maternas, concepção medicamente assistida, gestação múltipla) e a intervenção da medicina materno-fetal, que providencia melhor vigilância e maior probabilidade de sobrevivência fetal, através da identificação de situações de risco e da indicação

para interrupção da gestação acima do limiar da viabilidade. Estes dois aspectos são particularmente expressos no incremento da idade das mães, na manutenção da taxa de cesarianas e nos picos de idade gestacional entre os prematuros, nas idades consideradas como de transição de risco.

A proporção de gestações com restrição de crescimento intra-uterino prende-se principalmente com o incremento das gestações de risco (idade materna elevada, doenças maternas, concepção medicamente assistida, gestação múltipla) mas também com situações de risco social e económico e, em menor proporção, associa-se a algumas anomalias congénitas graves.

A efectividade comprovada da rede de referência perinatal portuguesa, com concentração da vigilância da gestação e do parto de risco em Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, graças à triagem efectuada nos Cuidados de Saúde Primária e nos Hospitais

de Apoio Perinatal, e a elevada cobertura da indução maturativa fetal permitem assegurar uma elevada probabilidade de boa evolução destes casos. Este facto é, mais uma vez, confirmado pela relativa estabilidade das taxas de mortalidade perinatal, neonatal e infantil, ao longo dos últimos 12 anos, e pela evidência de redução da taxa de prevalência de paralisia cerebral aos 5 anos de idade, desde o início do século.

No entanto, coincidimos com os analistas e responsáveis da Direcção Geral da Saúde na necessidade de identificar e controlar factores de risco susceptíveis de intervenção.

Assim, o Colégio de Subespecialidade de Neonatologia considera que:

É responsabilidade conjunta dos Colégios de Especialidade e de Subespecialidade da área da perinatal emitir pareceres e recomendações fundamentados que visem identificar e controlar factores de risco susceptíveis de intervenção, cabendo à Ordem dos Médicos transmitir estes pareceres às autoridades de saúde nacionais e regionais.

É importante que a Ordem dos Médicos continue a colaborar e a

promover a elaboração e actualização de Normas de Orientação Clínica relativas à Medicina Materno-fetal e à Medicina Peri-natal.

É fundamental que a Ordem dos Médicos garanta a qualidade do diagnóstico pre-natal efectuado em Portugal, particularmente o ecográfico, através da certificação e recertificação de competências.

É imprescindível que a Ordem dos Médicos defenda a efectividade da rede de referência perinatal portuguesa, garantindo os recursos humanos diferenciados imprescindíveis em Obstetrícia, Anestesia e Neonatologia e exigindo o alargamento da regulamentação aos hospitais dos sectores privado e social, nomeadamente a aplicação das mesmas regras de classificação funcional, das condições de funcionamento e de avaliação da qualidade dos resultados. A actual classificação oficial das unidades de saúde onde ocorrem partos, divulgada pela ACSS a pedido deste Colégio, exprime claramente uma dualidade de critérios que põe em risco a qualidade dos cuidados disponibilizados à população.

É recomendável que a Ordem dos Médicos reforce o dever ético dos clínicos de informarem correc-

tamente a população dos riscos inerentes ao adiamento da parentalidade, principalmente da maternidade, à gestação em mulheres com algumas condições de saúde crónicas graves, a alguns métodos de reprodução medicamente assistida e à gestação múltipla iatrogénica.

É imperativo que a Ordem dos Médicos colabore com as tutelas e a sociedade civil na educação para a saúde da população, incentivando comportamentos saudáveis e promotores da saúde que favoreçam gestações de menor risco.

É, por fim, necessário que a Ordem dos Médicos e os seus Colégios continuem a colaborar em alertar as tutelas para as implicações para a saúde dos problemas socio-económicos que atingem a população portuguesa.

A Coordenação do Colégio da Subespecialidade de Neonatologia da Ordem dos Médicos, reunida na sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa, a 9 de Janeiro de 2014

Daniel Virella (Coordenador), Carlos Gonçalves, Carlos Moniz, Carmen Carvalho e Maria José Costeira

## Enfermeiro de Família - nota de imprensa

Foi publicado a 5 de Agosto o Decreto-Lei n.º 118/2014, que estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do Enfermeiro de Família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

A Ordem dos Médicos saúda a criação oficial do Enfermeiro de Família, como sempre preconizou, plasmando na Lei uma prática que muito tem contribuído e contribuirá para a Qualidade dos Cuidados de Saúde Primários e do SNS.

A Ordem dos Médicos salienta o facto da institucionalização do Enfermeiro de Família, como não poderia deixar de ser, respeitar a organização actual dos Cuidados de Saúde Primários e o normal funcionamento e coordenação das equipas multidisciplinares, bem como ficar salvaguardada a audição da Ordem dos Médicos nas questões fronteiriça e na monitorização do modelo assistencial.

Ordem dos Médicos, 5 de Agosto de 2014



## Orientadores de formação de MGF após a reforma dos CSP

Posição do Colégio de Medicina Geral e Familiar relativamente aos orientadores de formação de Medicina Geral e Familiar e as suas variadas condições de exercício após a reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

O Colégio de Medicina Geral e Familiar (MGF) tem sido confrontado, com frequência, por pedidos de colegas Orientadores de Formação (OF) do Internato de MGF, para serem esclarecidos acerca do tempo a ser atribuído aos OF (ou outro tipo de compensação) para as atividades relacionadas com a formação dos Internos.

Uma larga maioria dos OF depara-se com a enorme dificuldade em que lhes seja reconhecido, pelos seus superiores hierárquicos, tempo para o exercício da atividade de orientação de Internos. O atual Regulamento do Internato Médico não é claro quanto a este assunto. Há até superiores hierárquicos que só passam a atribuir tempo para a função de OF se houver uma recomendação emanada do Colégio de MGF da Ordem dos Médicos (OM) para esse efeito. Estes preocupantes factos dão-nos conta da dificuldade em conseguir que seja autorizado, dentro do horário normal de trabalho, o tempo necessário ao exercício daquelas funções. Ora, o exercício da atividade de orientação de Internos, em Medi-

cina Geral e Familiar, reveste-se de características que a diferenciam das outras especialidades, em virtude do mesmo ser personalizado, requerer uma relação de proximidade com os utentes, ser em lista nominal, obrigando por esse facto a uma prestação efetiva de cuidados, com a maior parte ou todo o seu horário de trabalho em consultas, o que desta forma requer grande dispêndio de tempo extra laboral para o exercício pleno e efetivo das atividades de orientação. Desta forma é exigido um grande sacrifício pessoal ao OF pois, para além da atividade assistencial, na qual é requerida cada vez mais uma panóplia de tarefas e cumprimento de metas e indicadores, muitos deles sem qualquer base de evidência científica, tem a atividade de orientação da formação com o (s) Interno (s). Para que cumpra de forma cabal estas atividades, isto é, a formação de novos especialistas e a atividade assistencial com a qualidade e exigência requer tempo expresso no seu horário de trabalho, ou como já referido acima, outro tipo de com-

pensação. Essa especificidade já foi anteriormente reconhecida em legislação, entretanto revogada, e que atribuía aos Orientadores de Formação 6 horas por semana para este tipo de atividade.

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) da responsabilidade da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, estrutura criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 22 de Setembro de 2005, publicada em Diário da República a 12 de Outubro, originou a criação de sistemas organizativos, as Unidades de Saúde Familiar (USF) tipo A, B e C (estas ainda não implementadas) e as Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

A formação pós-graduada de MGF, isto é, o Internato médico da área profissional de especialização em medicina geral e familiar, é realizada em qualquer dos sistemas organizativos anteriormente referidos, desde que tenham a sua idoneidade reconhecida pela OM. Para a OM e seu Colégio da Especialidade de MGF a qualidade da formação é reconhecida em qual-

quer dos modelos organizativos (USF ou UCSP), pois em ambos se encontram Especialistas com prestígio, qualidade e dedicação, amplamente reconhecidos para o desempenho das funções de Orientador de Formação.

Para os ideólogos da reforma dos CSP alguns dos agentes da formação pós-graduada de MGF, formação fundamental para a existência de futuros Especialistas de MGF de qualidade, tinham de passar pelo crivo, tão em moda, da discriminação positiva. Assim, os OF das USF modelo B seriam pagos pela sua função, enquanto os OF das USF modelo A e das UCSP ficariam dependentes das boas graças das Direções Executivas das

ULS e ACES pois, o Regulamento do Internato Médico (Portaria n.º 251/2011 de 24 de Junho) no Artigo 18º, ponto 8, refere “...é facultado o *tempo necessário* a assegurar pela *hierarquia interna*, para o *desempenho das funções de formador*, segundo *uma programação regular*, compatível com as diferentes actividades médicas a que estão obrigados e obedecendo ao disposto nos programas de formação.”, não ficando transparente e objetivo o referido tempo para o desempenho das funções de formador.

As alterações legislativas entretanto ocorridas e as diferentes interpretações delas efectuadas pelos mais variados agentes da administração, tem vindo a originar,

na prática, situações de enorme injustiça e desigualdade entre OF, não estando minimamente observado, tão pouco acautelado, o fundamental princípio da igualdade entre profissionais com o mesmo grau de responsabilidade e diferenciação técnico-profissional.

A Direção do Colégio está em completo desacordo com esta situação discriminatória relativamente aos OF, considerando mesmo um atentado contra o Princípio da Justiça e Equidade, pelo que pugna pela imediata revisão, ao mais alto nível, desta situação.

Porto, 11 de agosto de 2014, a Direção do Colégio

## Oncologia, Medicina Desportiva, Hepatologia e Doenças Infecciosas

Foram publicados no *site* nacional na área do Colégio de Oncologia Médica os critérios de avaliação para a prova final de Internato; Em Medicina Desportiva foram publicados os critérios de avaliação de candidaturas a exame à Ordem, aprovados pelo CNE na sua reunião de 20 de Junho passado. O Programa de Formação em Hepatologia aprovado pelo Conselho Nacional Executivo em 1 de Agosto encontra-se igualmente disponível na respectiva área no *site* nacional. Foram ainda publicadas as normas orientadoras das provas de avaliação final de internato médico de Doenças Infecciosas.



## Acesso à informação de saúde constante de documentos administrativos

A Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA) emitiu um Parecer com a finalidade de realçar os aspetos mais importantes do regime legal em vigor quanto ao acesso à informação de saúde constante de documentos administrativos, a fim de contribuir para o esclarecimento do quadro legal aplicável e, conseqüentemente, para que possam ser ultrapassadas quaisquer dúvidas que possam subsistir sobre a matéria. Pela sua relevância, passamos a reproduzir o referido parecer.

### Parecer n.º 088/2014

1. A Revista da Ordem dos Médicos [ROM (ano 29, n.º 144, de outubro de 2013)] inseriu um Parecer do Senhor Dr. Paulo Sancho, Consultor Jurídico da Ordem dos Médicos, relativo a *“Acesso a dados de saúde de doente falecido por parte de companhia seguradora”*, sobre o qual, atento o respetivo conteúdo, a Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA) deliberou, na sua sessão de 11 de fevereiro de 2014, emitir Parecer.

Ao pronunciar-se, a CADA mais não pretende do que realçar os aspetos mais importantes do regime legal em vigor quanto ao acesso à informação de saúde constante de documentos administrativos, a fim de contribuir para o esclarecimento do quadro legal aplicável e, conseqüentemente, para que possam ser ultrapassadas quaisquer dúvidas que possam subsistir sobre a matéria.

2. Em primeiro lugar, cumpre assinalar que a intervenção da CADA no domínio do acesso à informação de saúde é uma decor-

rência direta da presença de informação dessa natureza em documentos administrativos.

De facto, sendo a CADA, nos termos do n.º 1 do artigo 25.º da Lei n.º 46/2007, de 24 de agosto, que regula o acesso aos documentos administrativos e a sua reutilização (LADA), a entidade administrativa independente a quem cabe zelar pelo cumprimento das disposições da referida lei e à qual cabe a apreciação de queixas e a emissão de pareceres sobre acesso aos documentos administrativos [nos termos das alíneas b) e c) do n.º 1 do artigo 27.º da LADA], torna-se incontornável a sua competência para se pronunciar sobre o acesso a documentos administrativos sempre que estes contenham informação de saúde.

3. Neste sentido, aliás, confirmando a clara intenção do legislador em articular a presença de dados de saúde em documentos administrativos, consagrando a intervenção da CADA nesta matéria, depõe também o disposto no artigo 7.º da LADA, ao prever expressamente

a forma como deve proceder-se à comunicação de dados de saúde. A competência da CADA para se pronunciar sobre a matéria é, pois, incontroversa e aceite naturalmente como um pressuposto da previsão normativa que regula elementos garantísticos complementares quanto à transmissão de dados de saúde.

4. Recorde-se ainda, a título introdutório, que «documento administrativo», para efeitos da LADA, é *“qualquer suporte de informação sob forma escrita, visual, sonora, eletrónica ou outra forma material, na posse dos órgãos e entidades referidos no artigo 4.º, ou detidos em seu nome”* [alínea a) do n.º 1 do artigo 3.º] e que, como refere, por exemplo, o Acórdão que o Supremo Tribunal Administrativo proferiu em 31 de agosto de 2011 (Processo n.º 0758/11), *“para que um documento seja considerado «documento administrativo» para efeitos da alínea a) do n.º 1 do referido art. 3.º daquela Lei, não se exige que ele esteja conexionado com alguma das actividades administrativas, bastando que esteja na posse dos órgãos e entidades*

referidos no artigo seguinte, ou detidos em seu nome”.

Por conseguinte, os documentos contendo informação de saúde produzidos ou detidos por quaisquer unidades de saúde do setor público administrativo e do setor empresarial hospitalar do Estado (entidades abrangidas pela previsão do supracitado artigo 4.º da LADA) são considerados documentos administrativos, sendo este um entendimento pacífico da doutrina e jurisprudência.

5. Em termos substantivos, quanto ao regime de acesso, a regra geral que resulta da Constituição, bem como da LADA, é a de que a informação de saúde é inacessível por terceiros. Esta é a regra geral que, como todas as regras, pode comportar algumas exceções.

6. Nesse sentido, nos termos da lei em vigor, podem terceiros aceder à informação de saúde constante de documentos administrativos, desde que autorizados pelo titular dessa informação ou desde que sejam possuidores de um interesse suficientemente relevante segundo o princípio da proporcionalidade (n.º 5 do artigo 6.º da LADA).

7. Atenta a localização da referida informação em documentos administrativos, esse acesso rege-se pela LADA, que determina expressamente no n.º 3 do seu artigo 2.º, a sua aplicabilidade ao acesso *“a documentos nominativos, nomeadamente quando incluam dados de saúde, efectuado pelo titular da informação, por terceiro autorizado pelo titular ou por quem demonstre um interesse directo, pessoal e legítimo”*.

8. Constitui, pois, competência exclusiva da CADA (ou seja, com afastamento da competência de qualquer outra entidade) pronunciar-se sobre o acesso a documentos administrativos, em geral, e, em especial, a documentos nominativos, nos quais se incluem os que insiram informação de saúde

detida ou na posse de entidades sujeitas à LADA.

9. Na apreciação casuística a que sempre procede, a CADA mais não tem feito do que aplicar este quadro normativo.

Os procedimentos em que a CADA intervém têm, normalmente, na sua origem uma de duas situações:

a) Por um lado, a CADA é chamada a pronunciar-se sobre queixas contra instituições de saúde abrangidas pelo âmbito de aplicação da LADA em que, na sequência de solicitações que nesse sentido lhes foram dirigidas por particulares (cidadãos ou empresas, designadamente, seguradoras), não facultaram o acesso aos documentos por estas pretendidos;

b) Por outro lado, a CADA aprecia ainda pedidos de parecer prévios por parte dos próprios serviços de saúde, quando estes se deparam com dúvidas interpretativas sobre se devem ou não facultar o acesso à informação de saúde constante de documentos na sua posse e que lhes é requerida por terceiros.

10. Na análise das queixas e dos pedidos de parecer, os serviços de apoio da CADA asseguram sempre junto das entidades que seja anexado ao processo o contrato de seguro, caso o mesmo não lhe tiver sido remetido inicialmente.

Desse contrato, assinado pelas partes contratantes, consta, por regra, cláusula afirmando que o segurado não está afetado por determinadas doenças, que as falsas declarações conduzem à invalidade do contrato e que se encontram excluídas do contrato ocorrências relacionadas com suicídio, toxicodependência e alcoolemia.

Similarmente, anexo ao contrato encontra-se, na maior parte das vezes, declaração de saúde, assinada pelas partes contratantes, afirmando que o pagamento da quantia segura só será efetuado após a entrega à seguradora de documento

do qual constem as causas, início e duração da doença ou lesão que causou a morte.

11. É apenas perante contratos individuais e concretos que tem sido e deve sempre ser apreciada a questão do acesso à informação de saúde. Consequentemente, a questão não se coloca face a eventuais ou hipotéticos contratos, que poderiam estabelecer, sem mais, que a morte do segurado conduziria imediatamente ao pagamento da quantia segura, mas antes perante um quadro jurídico regulador de uma relação contratual, assente na vontade expressa pelas partes aquando da sua celebração.

12. Neste sentido, poderá consultar-se, a título de exemplo, o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça (STJ) de 6 de julho de 2011 (Processo 2617/03.2TBAVR.C1.S1) e a vasta jurisprudência do mesmo Tribunal, aí referida.

**É de realçar que, neste acórdão, o STJ apreciou a validade de contrato de seguro em que o segurado omitiu informação sobre a sua condição de saúde anterior. Consequentemente, perante o preenchimento omissivo do questionário, a seguradora não exigiu a realização de quaisquer exames médicos, gerais ou especiais, como faria se a resposta a tais questões fosse positiva.**

Segundo o STJ, a sanção da anulabilidade do contrato não é mais que a previsão de um caso de erro vício de vontade incidindo sobre a própria formação do contrato em concreto, pois que as declarações falsas ou as omissões relevantes impedem a formação da vontade real da contraparte (seguradora), já que essa formação assenta em factos ou circunstâncias ignorados, por não revelados ou deficientemente revelados.

Ao segurado era exigível responder sem omissões e com rigor e objetividade, tendo presente que

se as respostas iriam servir, como serviram, de base à apreciação da aceitação e condições do contrato, condicionando, desde logo, a dispensa ou a realização de exames médicos, sabendo-se que a seguradora os não exigiu em virtude das ditas respostas negativas.

Assim sendo, a seguradora nunca chegou a formar uma vontade de aceitação do contrato, pois que não teve oportunidade de nela considerar, ao emitir a correspondente declaração negocial, os factos que lhe foram omitidos.

O contrato que declarou aceitar baseou-se e, conseqüentemente, incidiu sobre objeto não coincidente com o previsto na declaração de aceitação, pois que, pelo menos, não supunha padecer ou ter padecido o segurado de qualquer doença.

Imprescindível à anulabilidade é apenas a omissão ou a declaração inexata que seja suscetível de influenciar a seguradora na decisão de contratar.

13. E esta pronúncia de anulabilidade foi também sufragada pelo STJ em todos os acórdãos proferidos sobre matéria similar (Acórdãos de 17-10-2006, P. 06ª2852, Acórdão de 24-04-2007, P. 07S851, Acórdão de 30-10-2007, P. 07A2961, Acórdão de 27-05-2008, P 08ª1373, Acórdão de 2-12-2008, P 08A3737).

14. Quanto a este ponto, vem afirmando a CADA que não se encontra no ordenamento jurídico em vigor qualquer norma que cerceie a autonomia contratual das partes neste âmbito, de forma a inviabilizar a celebração de contrato de seguro do qual constem as cláusulas em questão, nem as mesmas estão, em abstrato, viciadas de qualquer invalidade capaz de obstar à produção de efeitos jurídicos.

Acresce ainda que a conformação legislativa dada à matéria não impediu em momento algum a celebração de contratos de seguro

com tais cláusulas, nem as mesmas foram consideradas incompatíveis com a ordem jurídica.

Por conseguinte, não pode o intérprete sobrepor-se a esta conformação legislativa vigente e clara, nem àquela autonomia contratual, que traduz um princípio geral da ordem jurídica.

15. Daí que a CADA venha reafirmando que, havendo autorização escrita ou consentimento decorrente de contrato, o acesso deverá ser facultado.

Tem afirmado, também, que tal informação deve ser disponibilizada à seguradora, porque portadora de um interesse suficientemente relevante segundo o princípio da proporcionalidade, para apurar se a doença causadora da morte era ou não existente na data da assinatura do contrato e se a mesma cabe ou não nas exclusões contratuais a que a parte segurada se vinculou.

16. É, pois, de concluir que a CADA apenas se pronuncia sobre o pedido de acesso à informação de saúde, no âmbito de um contrato previamente celebrado, sem necessidade de apreciar a validade ou invalidade do mesmo contrato por outro fundamento ou da existência ou não de qualquer direito indemnizatório, e igualmente sem sentir necessidade de se referir a qualquer eventual repartição do ónus da prova entre as partes, por ser questão que manifestamente não se enquadra no âmbito das suas competências (cfr. o n.º 1 do artigo 27.º da LADA).

17. Esta doutrina encontra-se confirmada pela jurisprudência conhecida, podendo consultar-se aquela que tem sido mencionada nos últimos pareceres emitidos por esta Comissão e que se encontram disponíveis no seu sítio da internet (cfr., a título de exemplo, as referências constantes dos Pareceres n.ºs 306, 309, 310, 332, 381 e 395/2013 e 25, 26 e 27/2014), mere-

cendo destaque as decisões do Tribunal Central Administrativo Sul (TCAS), designadamente aquelas vertidas no Acórdão de 1 de março de 2012 (Processo n.º 08472/12), no Acórdão de 8 de março de 2012 (Processo n.º 08471/12) ou no Acórdão de 13 de setembro de 2012 (Processo n.º 09083/12).

Em todos estes casos entendeu aquele Tribunal de modo idêntico à posição assumida pela CADA, como o ilustra a seguinte passagem da referida decisão de 8 de março de 2012:

*“IV. Existindo o consentimento ou autorização escrita da pessoa a quem os dados de saúde digam respeito - constante de uma declaração de saúde, que faz parte integrante do contrato de seguro -, em facultar à companhia de seguros toda e qualquer informação médica de que possa necessitar, detida por médicos, hospitais e clínicas, com a garantia de confidencialidade, é de reputar tal declaração como traduzindo o consentimento expreso, livre, específico, informado e esclarecido no acesso a tal informação clínica.”*

18. Como se referiu, o acesso deve, igualmente, ser facultado a quem demonstre interesse directo, pessoal e legítimo suficientemente relevante segundo o princípio da proporcionalidade.

A este propósito, afirmou o TCAS, também no mencionado Acórdão de 8 de março, que: *“V. Para além disso, é de reconhecer à requerente, companhia de seguros, a titularidade de um interesse directo, pessoal e legítimo, suficientemente relevante segundo o princípio da proporcionalidade, no acesso a tal informação nominativa, o que decorre da subscrição do contrato de seguro de vida e do seu objetivo próprio, de atestar a causa e circunstâncias em que ocorreu a morte do seu segurado, assim como, aferir se as suas declarações de saúde no momento da celebração do sobredito contrato eram verdadeiras - cfr. 2ª parte do n.º 5 do art.º 6º da Lei n.º 46/2007, de 24/08.”*

19. No mesmo sentido referido *supra*, poderão ainda ser vistos os seguintes Acórdãos do TCA Sul, que, por serem de teor idêntico aos já citados, não estão publicados na base de dados de jurisprudência em [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).

- Acórdão de 12 de abril de 2012 (Processo n.º 08648/12);
- Acórdão de 24 de maio de 2012 (Processo n.º 08682/12);
- Acórdão de 04 de outubro de 2012 (Processo n.º 09084/12);
- Acórdão de 20 de dezembro de 2012 (Processo n.º 09104/12);
- Acórdão de 25 de outubro de 2012 (Processo n.º 09228/12);
- Acórdão de 24 de janeiro de 2013 (Processo n.º 09544/12);
- Acórdão de 26 de abril de 2013 (Processo n.º 08608/12).

20. Ainda quanto à estabilidade jurisprudencial deste entendimento, refira-se que o Supremo Tribunal Administrativo (STA) decidiu pela não admissão dos recursos de revista, interpostos relativamente aos acórdãos do TCAS acima citados (Acórdãos do STA - Processo 0520/12, de 12 de junho de 2012, relativo ao Acórdão do TCAS de 8 de março de 2012, e Processo 0394/12, de 11 de julho de 2012, relativo ao Acórdão do TCAS de 1/03/2012).

21. E mostra-se, igualmente, de realçar que o STJ entendeu que a cláusula pela qual o segurado autoriza o médico da seguradora a obter os elementos clínicos que causaram o falecimento integra consentimento do titular da informação para acesso, pela seguradora, à informação do contratante segurado (cfr. Acórdão de 26 de setembro de 2013, proferido no Processo n.º 15/10).

22. Na linha desta leitura da lei, as questões em apreciação pela CADA consistem apenas em averiguar se ocorre ou não autorização e se existe ou não um interesse suficientemente relevante segundo o princípio da proporcionalidade, de

forma a permitir o acesso ao direito e a uma tutela jurisdicional efetiva. E este entendimento pode ser enquadrado no reconhecimento pela jurisprudência constitucional de um «direito à informação administrativa implícito» na Constituição enquanto instrumento do exercício do direito a tutela jurisdicional efetiva (Acórdão n.º 2/2013, de 9 de janeiro).

23. Acresce ainda que o acesso apenas é facultado com a finalidade descrita (e que resulta das queixas ou dos pedido de parecer formulados à CADA), já que, nos termos do n.º 2 do artigo 8.º da LADA, “os documentos nominativos comunicados a terceiros não podem ser utilizados para fins diversos dos que determinaram o acesso, sob pena de responsabilidade por perdas e danos, nos termos legais”.

24. É este entendimento, que exige uma concreta ponderação dos valores em presença, que permite ou não o acesso aos documentos nominativos com vista a proteger a reserva da intimidade da vida privada. Em tal ponderação não poderá, pois, deixar de se considerar a jurisprudência dos nossos tribunais, que afirma claramente que:

- a) Não há valores que mereçam uma proteção absoluta;
- b) A proibição de acesso a dados pessoais de terceiro não é absoluta, admitindo, assim, exceções;
- c) É exigida uma ponderação sequencial, em que o único critério é o dos valores em jogo;
- d) Não é um juízo sobre a adequação constitucional da norma de restrição de direitos que é pedido, mas antes uma ponderação da proporcionalidade em face das condições concretas conhecidas em cada caso (Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, em 28.09.2011 - Processo 22/09.6YGLSB.S2).

25. E a propósito de quanto antecede, cumpre referir que o conceito de intimidade da vida privada tem sido objeto de grande elaboração jurisprudencial e doutrinal. Assim, indicam-

se de seguida alguns dos elementos que se mostram relevantes:

- Decisão do STJ de 28-09-2011, no processo 22/09.6YGLSB.S2, onde se questionava se era legalmente permitido considerar a prova recolhida por sistema de videovigilância, na parte comum da entrada de um prédio, em regime de propriedade horizontal;
- Sobre o sigilo profissional e a necessidade de uma ponderação de direitos concorrentes de acordo com o princípio da proporcionalidade, *vd.*, por exemplo, Miguel Assis Raimundo (in Anotação ao Acórdão do STA de 30-05-2012, P. 263/12, in *Justiça Administrativa*, n.º 98, março/abril 2013, p. 53), sendo a doutrina aí expandida transponível para o campo do sigilo médico relativamente aos documentos administrativos dos quais conste informação de saúde;
- Acórdão n.º 256/02, de 12 de Junho de 2002, P. n.º 580/98, do Tribunal Constitucional, aplicável ao acesso à informação de saúde comunicada para o exercício de competências de quem está obrigado ao dever de sigilo;
- Acórdãos do Tribunal Constitucional n.º 254/99 e n.º 2/2013, dos quais se extrai que o direito de acesso à informação administrativa é um direito fundamental de natureza análoga à dos direitos, liberdades e garantias. Repare-se ainda que é entendimento uniforme que, ocorrendo eventual conflito de direitos fundamentais constitucionalmente consagrados, inexistente, entre eles, relação de hierarquia ou de generalidade-especialidade, pelo que, para resolver um eventual conflito de direitos, terá o intérprete de socorrer-se dos princípios da proporcionalidade e da proibição do excesso que constam das normas dos artigos 18.º, n.ºs 2 e 3, e 266.º, n.º 2, da CRP;
- Sobre a necessária e concreta



ponderação do direito à reserva da intimidade da vida privada com outros direitos fundamentais e, nomeadamente, com o direito de acesso à informação administrativa, poderá também ver-se extensa jurisprudência nacional e comunitária:

- Acórdão de 15 de Julho de 2013, n.º 418/2013, P. n.º 120/11, do Tribunal Constitucional, sobre a constitucionalidade da norma que permite a realização de exame para apurar a taxa de álcool no sangue de pessoa que se encontrava inconsciente;

- No mesmo sentido se pronunciou o Tribunal de Justiça (acórdão de 17 de Outubro de 2013, Proc. C-291/12), sobre a recusa de recolha de impressões digitais com o fundamento de que as normas que exigiam tal recolha violavam o direito à proteção dos dados pessoais e o direito à vida privada;

- Acórdão n.º 2/2013, de 9 de janeiro, P. n.º 478/12, bem como o acórdão n.º 254/99, para que aquele remete (ambos do Tribunal Constitucional), em que se salienta a ponderação entre o direito de acesso aos documentos administrativos e o direito à tutela jurisdicional efetiva, a qual pressupõe, muitas vezes, para que este se possa concretizar, o acesso a documentos ou a informação administrativa, pelo que o Tribunal reconheceu o que designou pelo *“direito fundamental implícito à informação administrativa”* ou *“direito à informação administrativa implícito”* na Constituição;

- Acórdão de 4 de Junho de 2013, Processo C-300/11, do Tribunal de Justiça, em que se afirma a importância do direito fundamental garantido e que qualquer limitação teria de respeitar o conteúdo essencial do direito fundamental em causa, exigindo que, no respeito do princípio da proporcionalidade, essa limitação fosse necessária e respondesse efetivamente a objetivos de interesse geral reconhecidos

pela União;

- Acórdão de 18 de Julho de 2013, nos processos C-584/10, C-593/10P e C-595/10P, também do Tribunal de Justiça, onde estava em causa a apreciação de um regulamento comunitário que instituiu certas medidas restritivas específicas contra determinadas pessoas e entidades,

- Na perspetiva de que os direitos fundamentais não constituem prerrogativas absolutas, afirma o Tribunal de Justiça (Acórdão de 26-09-2013, Proc. C-418/11, pontos 83 e 84) que os mesmos podem comportar restrições, na condição de que estas correspondam efetivamente a objetivos de interesse geral prosseguidos pela medida em causa e não constituam, à luz da finalidade prosseguida, uma intervenção desmedida e intolerável que atente contra a própria substância dos direitos assim garantidos.

26. Assim, da jurisprudência citada podemos concluir que:

- a) Para proteger a reserva da intimidade da vida privada criou o legislador o dever de sigilo profissional no qual se inclui o sigilo médico;

- b) Não é absoluto qualquer dever de sigilo profissional;

- c) O direito de acesso, o direito à proteção de dados, bem como o direito à reserva da intimidade da vida privada, ainda que direitos fundamentais, não são direitos absolutos, inexistindo entre os direitos fundamentais qualquer relação de hierarquia ou de generalidade-especialidade, estando, por conseguinte, sujeitos à ponderação com outros direitos de acordo com um critério de proporcionalidade;

- d) De acordo com o princípio da proporcionalidade, só a ponderação em concreto (e não em abstrato) de direitos concorrentes é suscetível de determinar se o requerente tem motivos suficientes para aceder à informação solicitada;

- e) O acesso à informação é, em muitos casos, condição de tutela jurisdicional efetiva dos direitos do requerente.

27. Neste contexto, convirá também lembrar que da LADA resulta um regime completo, de natureza substantiva e procedimental, sobre o direito de acesso aos documentos administrativos, sendo incontroverso que:

- 1.º O acesso a documentos que contenham informação de saúde, só é facultado ao titular da informação, a terceiro autorizado pelo titular ou a quem demonstre ser portador de um interesse suficientemente relevante segundo o princípio da proporcionalidade;

- 2.º Em suma, este quadro normativo tem provado ser plenamente adequado à tutela dos direitos e valores em presença, até por se mostrar perfeitamente compatível com o regime constitucional vigente e com as ponderações exigidas em sede de proteção de direitos fundamentais.

28. Atenta a vantagem para todos os operadores no presente esclarecimento público quanto à prática da CADA e ao enquadramento jurídico vigente em matéria de acesso a informação de saúde constante de documentos administrativos, e em assegurar a sua divulgação abrangente pela comunidade médica, dissipando quaisquer dúvidas sobre o tema, a CADA delibera ainda enviar cópia deste Parecer à Ordem dos Médicos, com o pedido de que o mesmo seja divulgado através da publicação na respetiva Revista e/ou no respetivo site.

Lisboa, 11 de março de 2014

Pedro Delgado Alves (Relator) -  
David Duarte - Maria Eduarda Azevedo - Paulo Moura Pinheiro - Antero Rôlo - Renato Gonçalves - Artur Trindade - João Perry da Câmara - Helena Delgado António - António José Pimpão (Presidente)

## CHEDV: falta de recursos humanos põe em risco segurança dos doentes



O Hospital de São Sebastião (Santa Maria da Feira) vive em insustentável e inaceitável carência crónica de médicos

Depois de enviar um ofício ao conselho de administração do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga a 29 de Julho, o Conselho Regional do Norte da OM visitou no dia seguinte o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, onde constatou a falta de condições para uma boa prestação de cuidados de saúde à população local. A acentuada falta de especialistas origina situações de desgaste para os profissionais, risco para os doentes e põe inclusivamente em causa a qualidade da formação que está a ser ministrada aos médicos internos. A Ordem dos Médicos já advertiu que se a qualidade da formação não for salvaguardada a idoneidade será retirada. No final deste artigo divulgamos o comunicado emitido pelo CRN da OM e pelo Sindicato Independente dos Médicos/Norte relativo ao Serviço de Urgência deste centro hospitalar.



O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos e o Sindicato dos Médicos do Norte, após terem tomado conhecimento das razões que levaram a Directora da Unidade de Cuidados Intermédios e UCIP do CHEDV a apresentar a sua demissão, e porque tudo indicava que estaria em causa a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes e a qualidade da formação médica especializada realizada no âmbito da subespecialidade de Medicina Intensiva, enviaram um ofício ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de

Entre Douro e Vouga (CHEDV) no qual solicitaram com carácter de urgência uma reunião entre a Direcção do CHEDV, o Sindicato dos Médicos do Norte e a Ordem dos Médicos, no sentido de esclarecer porque motivo ainda não foi reforçada a equipa clínica que assegura os serviços de emergência, UCIP, UCI e Unidade Coronária e porque motivo ainda não foi dado cumprimento à proposta apresentada em 18 de Julho de 2014 pelos médicos do CHEDV, que asseguram os serviços neste momento carenciados, no sentido de temporariamente, e a partir de 1 de Agosto de 2014, dar resposta positiva à qualidade da actividade assistencial aos doen-

tes internados na UCIP e na UCI, bem como a assistência ao Doente Crítico.

Na sequência desta situação realizou-se uma visita às referidas unidades do CHEDV no dia 30 de Julho de 2014. O Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga foi criado em 2009, agrupando o Hospital de São Sebastião (Santa Maria da Feira), o Hospital Distrital de São João da Madeira e o Hospital São Miguel (Oliveira de Azeméis). Este CH presta cuidados de saúde a uma população que ronda os 340.000 habitantes. Durante a visita ao Hospital de São Sebastião, unidade mais significativa deste CH, o Conselho Regional do Norte

da Ordem dos Médicos verificou in loco a grande diferença entre o quadro médico previsto para essa instituição e a realidade: o Hospital de São Sebastião tem menos 40 médicos do que deveria para garantir a segurança dos doentes que a ele acorrem. Só em Medicina Interna e Ginecologia/Obstetrícia falta cerca de uma dezena de especialistas. Algumas das áreas com maior carência de recursos humanos são precisamente as que envolvem o circuito do doente crítico: urgência, unidades de cuidados intensivos polivalentes e de cuidados intermédios. Foram precisamente essas carências e os consequentes riscos para a segurança dos doentes crítico, que levaram a Directora da Unidade de Cuidados Intermédios e UCIP do CHEDV, Piedade Amaro, a apresentar a sua demissão. Constatada que foi a manutenção da falta generalizada de especialistas e as informações de que médicos internos foram escalados para os turnos da urgência, sem supervisão, sendo compelidos a prestar assistência a doentes em áreas para as quais não se sentem preparados, Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da OM não hesitou em alertar que se se mantiver esta situação está em causa a manutenção da idoneidade formativa por violação do Regulamento do Internato Médico. A unidade de Cuidados Intensivos Polivalente que deveria ter sete médicos tem apenas 3 especialistas e 3 internos em formação. Durante a noite fica apenas em presença física um colega nos cuidados intensivos que presta assistência às 11 camas do serviço e que é o mesmo médico que fica responsável pela unidade coronária e que tem que acorrer a qualquer episódio com um doente crítico que ocorra no internamento do hospital o que representa um esforço justamente definido pela direcção demissio-

nária como “sobre-humano” que viola todas as normas de segurança quer no que se refere aos doentes quer aos próprios profissionais. As dificuldades agravaram-se no verão, em resultado do período de férias e, para assegurar as escalas, além do recurso a internos e à contratação de “tarefeiros”, foi emanada uma comunicação normativa que originaria uma reacção, sob a forma de comunicado, do Conselho Regional do Norte da OM e que transcrevemos em seguida.

#### **Comunicado: Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga**

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) e o Sindicato Independente dos Médicos (SIM) tomaram conhecimento do conteúdo da comunicação normativa nº 05/2014 do Presidente do Conselho de Administração (CA) do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV), relativa à situação insustentável e inaceitável de carência crónica de médicos no serviço de urgência (SU) do mesmo Centro Hospitalar. Esta grave e reiterada situação de insuficiência é absolutamente lamentável e merece da nossa parte os seguintes comentários:

1. A urgência do Hospital da Feira está classificada como urgência médico-cirúrgica e como tal, de acordo com a legislação vigente, deve respeitar um conjunto de critérios de funcionamento que garantam qualidade aos cuidados de saúde prestados à população.
2. As medidas propostas pelo CA do CHEDV não resolvem a situação de insuficiência de médicos já denunciada publicamente por diversas vezes e inclusive já comunicada pela Directora do SU às autoridades competentes.
3. Na realidade, as medidas propostas pelo CA do CHEDV cons-

tituem uma violação grosseira dos princípios e valores que devem presidir à organização do trabalho médico e aos cuidados de saúde efectivamente prestados à população.

4. Não é sério rotular a situação de emergente quando já era previsível há vários meses, já tinha acontecido no ano anterior e nada foi feito entretanto para a resolver. E os tempos de espera mais prolongados no SU já estão a ter consequências negativas na relação médico-doente, pondo em risco a segurança dos profissionais e aumentando o risco de erro médico.

5. O recurso sistemático ao trabalho dos médicos internos para assegurar o SU geral de forma indiscriminada e sem a devida garantia de tutela e de qualidade de formação, contraria fortemente toda a legislação existente relativa ao Internato Médico e o artigo 29º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

6. Podem existir necessidades assistenciais de natureza excepcional, às quais o CRN e o SIM não são indiferentes pelo que, dentro dos limites legais, os médicos internos podem ser chamados a prestar trabalho suplementar em serviço de urgência. No entanto, os médicos internos não podem ser utilizados como mão-de-obra indiferenciada, permanentemente disponível, e que colmate as carências de recursos humanos e organizacionais que são da exclusiva responsabilidade das Administrações e direcções hospitalares. A natureza legal dos vínculos contratuais dos médicos internos salvaguarda o interesse formativo, que se sobrepõe a outros interesses e como tal deve ser respeitado. Isto é, o médico interno deve dedicar a sua actividade clínica à sua formação médica especializada.

7. De resto, deve ser salvaguardado em todas as circunstâncias,



o acompanhamento pelo médico Especialista orientador ao médico Interno em formação. Não é aceitável que um médico Interno de uma determinada Especialidade seja responsável pelo exercício técnico da Medicina que nada tenha a ver com a respectiva especialidade. Os doentes, a Ordem dos Médicos e o SIM assim o exigem.

8. Adicionalmente, atribuir funções e responsabilidades díspares e no mesmo horário de trabalho a médicos Especialistas que trabalham no CHEDV, numa espécie de dois em um, é contrário às regras mínimas de segurança que devem obrigatoriamente prevalecer na defesa da qualidade da Medicina, dos princípios de organização laboral, e do direito dos doentes a cuidados de saúde diferenciados.

9. Por outro lado, a própria Administração que reconhece a falta de resposta capaz às tentativas de aquisição de serviços através de

empresas de prestação de serviços médicos, para além dos aspectos negativos ao nível da responsabilidade e da incapacidade para assegurar cuidados de saúde continuados e qualificados, não tem pugnado junto da tutela pela abertura de concursos de recrutamento de médicos qualificados num processo conducente à estabilidade laboral e profissional de que os doentes serão sempre os maiores beneficiados.

10. A não observância dos princípios e critérios enunciados anteriormente afecta de forma inaceitável os médicos em formação e os cuidados de saúde prestados aos doentes. A continuação das medidas propostas pelo CA do CHEDV, coloca em causa a idoneidade e capacidade para formar novos especialistas e a qualidade dos cuidados de saúde.

11. O CRN da OM e o SIM acompanham atentamente a evolução

desta situação e não gostariam de ter que accionar medidas tendentes a garantir a idoneidade formativa dos serviços envolvidos e da própria instituição hospitalar ou acções de salvaguarda dos legítimos direitos laborais dos médicos do CHEDV.

12. A perpetuação das medidas impostas pelo CA poderá levar, em última análise, a ter que ser denunciado amplamente junto das populações utilizadoras a existência de risco no recurso àqueles serviços.

13. O CRN da OM e o SIM apelam ao bom senso e à gestão participada e dialogante dos recursos humanos existentes, e à implementação de soluções realmente eficazes e duradouras.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

O Sindicato Independente dos Médicos/Norte

Porto, 6 de Agosto de 2014



## Dia Mundial do Coração

O CORAÇÃO NA SAÚDE

29 Setembro 2014

No Dia Mundial do Coração adira ao movimento global para as escolhas mais saudáveis para o coração, onde quer que viva, trabalhe ou se divirta.

Criar ambientes saudáveis para o coração permite que as pessoas façam mudanças positivas, que podem reduzir o seu risco de doença cardíaca e acidente vascular cerebral. Saiba mais em [www.fpcardiologia.pt](http://www.fpcardiologia.pt)



Com o patrocínio global:



WORLD HEART FEDERATION



# 7 destaques na medicina portuguesa

As áreas em que de alguma forma se distinguiram os médicos de que vamos falar são diversas como diversos são os seus feitos. Pequenos ou grandes, estes acontecimentos e/ou distinções representam a superação e o trabalho de excelência destes profissionais. Em momentos em que os incentivos escasseiam, podemos, pelo menos, contribuir para garantir que não escasseie o reconhecimento devido.



## **Duarte Nuno Vieira distinguido com prémio mundial de ciências forenses**

O catedrático Duarte Nuno Vieira, ex-presidente do Instituto Nacional de Medicina Legal, foi distinguido com o prémio mundial Douglas Lucas Medal 2014. Tratando-se da “mais alta distinção” no domínio das ciências forenses, o prémio vai ser entregue a Duarte Nuno Vieira durante o “20th World Meeting of the International Association of Forensic Sciences”, que decorrerá em Seul, na Coreia do Sul, em outubro, segundo uma nota da Reitoria da Universidade de Coimbra. Criado em 1999 pela Academia Americana de Ciências Forenses, o Prémio Douglas Lucas Medal é atribuído, de três em três anos. Na sua decisão, aprovada por unanimidade, o júri realçou “o valioso trabalho desenvolvido pelo galardoado em diversos domínios das ciências forenses - e muito particularmente no âmbito da patologia e clínica forense - especialmente na defesa dos direitos humanos, bem como na organização de serviços médico-legais e forenses em vários países do mundo, e o forte impacto que o trabalho que concretizou até hoje teve na comunidade forense internacional”. Entre os galardoados com o Prémio Douglas Lucas Medal contam-se o britânico Alec Jeffreys (que descobriu a utilização do ADN para fins forenses), o norte-americano Clyde Snow (criador da antropologia forense e da sua aplicação aos direitos humanos) e o suíço Pierre Margot (considerado “a maior autoridade mundial no domínio da criminologia”).

## Dois médicos portugueses selecionados para curso de medicina da NASA

Carolina Moreira e Pedro Caetano são os médicos portugueses selecionados para frequentar um curso de medicina aeroespacial da Universidade do Texas, em colaboração com a NASA, depois de passarem por diversas fases de classificação, a nível curricular, motivacional e exames físicos. “A nível profissional representa um grande primeiro passo e um enorme desafio, quer no desenvolvimento da minha ainda curta carreira, quer na medicina espacial em Portugal, uma vez que é um curso de enorme prestígio, numa instituição de renome mundial, reconhecida pelos grandes avanços científicos e descobertas da humanidade”, declarou à agência Lusa um dos selecionados: Pedro Nuno Pinho Caetano. “A medicina aeroespacial é uma área médica preventiva e ocupacional em que os pacientes serão maioritariamente tripulantes de cabina (astronautas, pilotos, tripulação e no futuro turistas) envolvidos em voos espaciais”, explicou. O objetivo de Pedro Caetano é ser médico aeroespacial e aeronáutico, com “o intuito de poder trabalhar na NASA ou na ESA (Agência Espacial Europeia), ou mesmo importando o conhecimento adquirido para o âmbito nacional e europeu”. Pedro Caetano concluiu o curso em 2012 no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, e está a fazer a especialidade de Medicina Geral e Familiar na USF - Nova Via, em Vila Nova de Gaia. A partida para o Texas foi no passado mês de Junho.



## Caldas Afonso eleito presidente da European Society of Paediatric Nephrology

Alberto caldas Afonso licenciou-se em Medicina Cirúrgica em 1977 e em Janeiro de 1980 iniciou a actividade hospitalar, no S. João do Porto. Em 1985 inicia estágio de longa duração no Serviço de Nefrologia Pediátrica no Hospital Neckar - Enfants Malades em Paris e em 1987 obtém o título de Assistente Estrangeiro da Faculdade de Medicina de Paris. Em Julho de 1989 obtém o grau de Especialista de Pediatria. A sua actividade científica é vasta, com participações em conferências, palestras, comunicações em reuniões nacionais e internacionais e tem mais de 100 artigos publicados em reputadas revistas de Pediatria e Nefrologia. É membro de várias sociedades científicas nacionais (Sociedade Portuguesa de Pediatria e das Secções: Pediatria Social; Educação Pediátrica; Nefrologia Pediátrica) e internacionais (European Society for Pediatric Nephrology; International Pediatric Nephrology Association; European Dialysis and Transplant Association and European Renal Association; International Society for Renal Nutrition and Metabolism). Actualmente é presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia Pediátrica, tesoureiro do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos e presidente eleito da European Society of Paediatric Nephrology. Em Setembro presidiu 47º Congresso da ESPN - European Society of Paediatric Nephrology, que decorreu no Porto. Pediatria e Nefrologia são duas áreas que o apaixonam e não é por acaso pois, na opinião de Caldas Afonso, não existe “nenhum exemplo de passagem de testemunho da Pediatria para a idade adulta tão bem conseguido como na Nefrologia”.



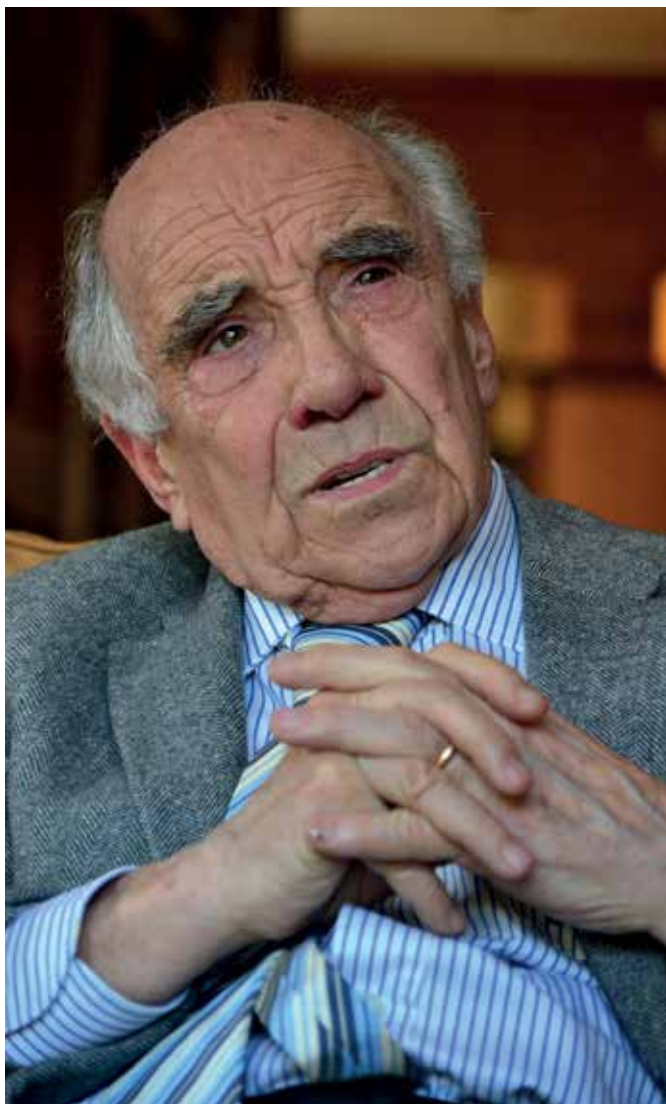


## **José Fragata** eleito presidente da *European Congenital Heart Surgeons Association*

Começamos por destacar a eleição do médico José Fragata como presidente da *European Congenital Heart Surgeons Association*. José Fragata seguiu todos os passos da carreira médica e universitária, carreiras em que ocupa hoje as posições cimeiras. Possui um extenso curriculum de investigação e publicou ao longo da sua carreira uma centena de artigos científicos originais, cinco livros em monografia, sendo autor associado em outros quatro; livros que cobrem temas latos da especialidade, bem como temas na área da Gestão da Saúde. É membro do corpo editorial de revistas nacionais e estrangeiras da sua especialidade, bem como de comissões hospitalares de ética. Devota muito do seu tempo à atividade pedagógica e ao treino dos jovens cirurgiões. No passado dia 4 de Junho, como Director do Programa de Transplantação Torácica do Hospital de Santa Marta, assinalou o 100º TX Pulmonar em Santa Marta num encontro em que se falou da perspectiva histórica mas também da cooperação ibérica e dos mais recentes desenvolvimentos nesta área.

## **Levi Guerra** venceu Prémio Nacional de Saúde 2013

O Prémio Nacional de Saúde 2013 foi atribuído ao professor Levi Eugénio Ribeiro Guerra. O júri tomou essa decisão por tratar-se “de uma personalidade que contribuiu inequivocamente para ganhos em saúde, ao ter um papel fundador e divulgador da diálise renal nas regiões do norte e centro do País”. Levi Guerra nasceu em Águeda em 1930 e licenciou-se em Medicina. Foi diretor do Hospital de S. João, entre outros cargos de direção, e em 1968 começou o programa de hemodíalises em doentes renais crónicos terminais no norte do país (Hospital de Santo António), onde criou o Serviço de Nefrologia. O prémio que “visa distinguir anualmente, pela relevância e excelência, no âmbito das Ciências da Saúde, nos seus aspetos de promoção, prevenção e prestação de cuidados de saúde, uma personalidade que tenha contribuído, inequivocamente, para a obtenção de ganhos em saúde ou para o prestígio das organizações de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde”, é anunciado, anualmente pela Direção-Geral da Saúde, no dia 4 de Outubro, data da comemoração da criação da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública em 1899. Quando a ROM for distribuída já se deverá conhecer o vencedor deste galardão para o ano corrente.







## Hospital de Santarém realiza implante de terapia inovadora

O Serviço de Cardiologia do Hospital Distrital de Santarém anunciou a realização da primeira cirurgia para colocação de um dispositivo de ressincronização cardíaca com desfibrilhador, terapia utilizada no tratamento de doentes com insuficiência cardíaca, uma das principais causas de internamento hospitalar. De acordo com o médico Vítor Martins, cardiologista desta unidade hospitalar, *“o implante deste dispositivo médico vem marcar uma nova era para os doentes de Santarém que podem agora usufruir da tecnologia mais avançada para o tratamento da insuficiência cardíaca, sem necessidade de serem transferidos para hospitais mais distantes”*. *“Outra das preocupações foi a de disponibilizar aos nossos doentes as terapias mais inovadoras nesta área”*, acrescentou o especialista.



## Nuno Cabanelas primeiro médico português galardoado com o Training Grant

Nuno Cabanelas foi premiado com o Training Grant para realização de uma Fellowship de 12 meses em "Arritmologia e Pacing Cardíaco com ênfase em desfibrilhadores e ressincronização", atribuído anualmente pela Associação Europeia de Ritmo Cardíaco (EHRA), uma comunidade da Sociedade Europeia de Cardiologia. De entre cerca de 50 candidaturas recebidas, o prémio foi este ano atribuído pela primeira vez a um médico português.

Neste programa formativo, a EHRA elabora um programa pedagógico, a ser levado a cabo em Centros europeus de excelência, nomeados para o efeito, que visa o treino técnico em implantação e follow-up de dispositivos cardíacos e em procedimentos de electrofisiologia, estimulando simultaneamente a vertente de investigação.

A selecção dos candidatos tem em conta dois parâmetros fundamentais: o currículo, nomeadamente no que respeita à formação e trabalho realizado nesta área específica; e a avaliação por parte de uma comissão de peritos internacionais do potencial be-

nefício que a formação de mais um arritmologista poderá aportar à região geográfica de proveniência do candidato, sendo objectivo principal da EHRA a promoção da qualidade global dos cuidados prestados à população de doentes com arritmias. O médico Nuno Cabanelas terá a oportunidade de realizar este projecto na Secção de Arritmias do Hospital Clinic, em Barcelona.

Após ter terminado, no final de 2013, a especialidade de Cardiologia no Hospital de Santarém sob a orientação de formação de Vítor Paulo Martins, e neste momento a aguardar a resolução do procedimento concursal (leia-se "concurso") destinado à contratação de médicos que terminaram a especialidade naquela altura, o premiado manifestou-se extremamente honrado e com o desejo de trabalhar arduamente durante este período formativo, para que venha a ser o mais útil possível na região portuguesa onde ficar futuramente colocado.





**Ordem Médica**



Inauguração da exposição da ARCA - Escola Universitária das Artes de Coimbra (EUAC) no Café Santa Cruz - 5 de Setembro



Conferência Saúde Mental em Portugal - 35 anos do SNS na Casa de Chá do Jardim da Sereia organizado pela APPACDM de Coimbra - 9 de Setembro

consagra a exigência legal de participação das populações no seu processo construtivo e a garantia, a todos os munícipes, de um efectivo acesso". Rosa Reis Marques enalteceu também o papel de Coimbra no crescimento do SNS, explicando que "a cidade afirmou-se como um polo importante nos cuidados de saúde, muito pelo mérito dos profissionais que aqui existem". "Caminharemos lado a lado com os nossos munícipes pelo seu acesso aos serviços de saúde públicos", declarou.

### **Todos pelo SNS: diversas actividades, diversas entidades**

As iniciativas que preencheram esta semana tiveram o objectivo de honrar o que representam as conquistas do SNS para o país, dando a conhecer bons exemplos do nosso serviço público de saúde e os profissionais que para isso contribuem.

Logo no primeiro dia de comemorações houve uma largada de balões na Via Latina da Universi-

dade de Coimbra, uma exposição multimédia da Liga Portuguesa Contra a Epilepsia, no Centro Comercial Dolce Vita Coimbra, inaugurou-se uma exposição de desenhos da "Acreditar", no Hospital Pediátrico de Coimbra, e o debate "35 anos do SNS", na sede distrital de Aveiro da Ordem dos Médicos.

Nos dias que se seguiram: um dos parceiros das comemorações dos 35 anos do SNS, a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental - APPACDM, dinamizou, na Casa de Chá do Jardim da Sereia a conferência "Saúde Mental em Portugal - 35 anos do SNS", moderada por Helena Albuquerque, presidente da APPACDM. Após o debate teve lugar um momento cultural apresentado pelo grupo de teatro "Controversos".

A inauguração da exposição de pintura "Dois Olhares" de Isabel Pimentel (artista plástica) e Tropa de Sousa (médico) foi outro momento destas comemorações. A mostra, cujas obras estão, na sua maioria, para venda, estará patente no Clube Médico da SRCOM até ao próximo dia 10 de outubro, de segunda-feira a sábado, das 12H00 às 23H00.

Em Castelo Branco realizou-se o debate "35 anos do SNS", com a presença de Carlos Cortes, presidente da SRCOM e do presidente do conselho distrital de Castelo Branco da SRCOM, Ernesto Rocha.

Dia 10 de setembro o dia começou cedo para a SOS Estudante que, junto à Estátua D. Dinis, no Pólo I da Universidade de Coimbra, alertava os que passavam para a sua própria causa e para a importância do Serviço Nacional de Saúde.

Ao final da tarde, já na Faculdade de Medicina da Universidade de

Coimbra – FMUC (Pólo III) teve lugar a conferência “Os jovens médicos e o SNS - Sair ou ficar”. A moderação esteve a cargo de Inês Mesquita, do Conselho Regional do Centro da OM. Presentes estiveram igualmente o sub-diretor da FMUC, Américo Figueiredo, o presidente da SRCOM, Carlos Cortes, o presidente do Núcleo de Estudantes de Medicina da Associação Académica de Coimbra, João André Sousa, Joana Alçada (médica no Reino Unido) e Tito Correia.

Ainda no dia 10 decorreu a acção “Night Runners” que juntou centenas de pessoas e que é promovida semanalmente pela Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra mas que neste dia contou com a participação especial dos Caminheiros da Associação Defesa Vale de Bestança.

Também em Leiria decorreu, na Sede Distrital, o debate sobre “35 anos do SNS”, com a presença do bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva.

No dia 12 uma parte das comemorações foram dedicadas ao desporto enquanto prática que representa uma mais-valia para a saúde: a Associação de Basquetebol da Associação Académica de Coimbra realizou demonstrações desta modalidade ao longo de todo o dia junto ao Pavilhão Mário Mexia. A Casa de Chá do Jardim da Sereia voltou a encher, desta vez para o debate “A importância da saúde numa sociedade justa e equitativa”, com a presença do “pai” do SNS, António Arnaut, numa acção promovida pela APPACDM. Ao mesmo tempo, no Distrito da Guarda, decorria a peça de teatro “O homem que se converteu em cão”, seguida de um momento musical com ‘Trouble Trash’ - grupo mu-





sical de médicos internos da Unidade de Saúde Local da Guarda. Em Coimbra ouviu-se o fado no Café Santa Cruz, numa iniciativa promovida pelo Núcleo de Estudantes de Medicina da Associação Académica de Coimbra.

No dia seguinte houve mais desporto, música e medicina: no Parque Verde do Mondego decorreram acções desportivas e promoção de iniciativas dos parceiros da OM nestas comemorações. Os participantes puderam verificar o “estado da sua saúde” nos rastreios promovidos pelo Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra. No Estádio Universitário de Coimbra decorreram as 24 horas de “Ténis e Saúde”, numa co-organização entre a SRCOM e a Secção de Ténis da AAC. Simultaneamente a Liga Portuguesa Contra a Epilepsia levava a cabo uma caminhada pela saúde com início junto ao Jardim Botânico e término na Rua Sargento Mor-Casa Medieval.

Os mais novos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde também foram envolvidos nestas comemorações: o Pavilhão Centro de Portugal encheu-se de insufláveis e proporcionou pinturas faciais que fizeram as delícias dos mais novos. Dentro do pavilhão decorriam as performances da Academia de Dança/Ballet do Centro Norton de Matos e a actuação do mágico Telmo Melo.

Mais tarde, na Praça 8 de Maio, foi a vez da Tuna Feminina de Medicina da Universidade de Coimbra associar-se a este grande evento.

No domingo, dia 14 de Setembro, no âmbito do programa de comemorações dos 35 anos do SNS deu-se a Primeira Corrida de Verão promovida pela Associação Distrital de Atletismo de Coimbra com o apoio da SRCOM. A prova durou cerca de uma hora e no final foram entregues os prémios aos vencedores. Entre muitas outras iniciativas, este dia foi marcado pela estreia da peça “O Auto dos Físicos”, de Gil Vicente, interpretada pela Escola da Noite, no Pavilhão Centro de Portugal e com uma atuação do Coro da Ordem dos Médicos.

### **Temos que discutir se achamos que 5% do PIB para a saúde é muito...**

O fundador do Serviço Nacional de Saúde afirmou na sessão de encerramento das comemorações dos 35 anos do SNS que “o SNS não é um milagre, mas fez vários milagres”. António Arnaut afirmou ainda “um dos milagres foi ter conseguido chegar até aqui, outro foi ter convencido a direita democrática de que é um projeto válido. Hoje em dia há consenso no reconhecimento

do valor do SNS”. Na mesma sessão, o presidente da SRCOM considerou que esta semana “foi um êxito em todos os sentidos”, destacando a grande adesão da comunidade às atividades desenvolvidas. Carlos Cortes referiu ainda que ao visitar os vários locais onde decorreram as comemorações sentiu patente algum “desânimo e insegurança” por parte dos utentes relativamente ao futuro do SNS. Perante esta situação, afirma que “há futuro para o SNS se todos fizermos o que tem que ser feito. Nós médicos, profissionais e agentes da saúde e utentes devemos continuar a defender o SNS”.

Considerando que não há modelos perfeitos, o presidente da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, referiu-se a um relatório de Constantino Sake-llarides sobre modelos de sistema de saúde explicando que o mais importante é como se gere o modelo que está implantado: “para um Estado pouco ou mal organizado e com dificuldades numa efectiva regulação, mais vale ser financiador e prestador porque, não tendo capacidade de regulação, não é capaz de assegurar a qualidade, o custo ou a quantidade se não for o Estado-prestador. Nestes casos a forma mais eficiente, mais barata e com maior qualidade de prestar cuidados de saúde



Gala de encerramento - 15 de Setembro



Actuação do Coro da Ordem dos Médicos - 14 de Setembro



O Auto dos Físicos de Gil Escola da Noite - 14 de Setembro



à generalidade dos cidadãos é através de um serviço público”, complementou. Sendo a saúde uma área muito particular, José Manuel Silva salientou que não pode o Estado “dizer com facilidade ‘vou cortar os cuidados de saúde aqui’” pois se não prestar esses cuidados terá que delegar em alguém e pagar pelo serviço. “Público e privado são complementares e há espaço para ambos em qualquer modelo de prestação de cuidados de saúde”. José Manuel Silva afirmou peremptoriamente que “para os que não estão isentos, já não se pode falar em pagamento de taxas moderadoras mas antes de verdadeiros copagamentos”: “o nosso Serviço Nacional de Saúde está a perder as suas características constitucionais (universal, geral e gratuito) agravando as desigualdades sociais no país, situação que tem consequências dramáticas, com a despesa das famílias com saúde a crescer num país que está a empobrecer”. O Bastonário recordou, em resposta a algumas intervenções, diversas medidas propostas ao Ministério da Saúde, em várias áreas mas que não foram implementadas pela tutela: a OM propôs, por exemplo, que os refrigerantes fossem taxados de forma diferenciada ou que os directores de serviço fossem devidamente remunera-



O homem que se converteu em cão no Teatro Municipal da Guarda - 12 de Setembro



Caminhada da Saúde promovida pela Liga Portuguesa Contra a Epilepsia - 13 de Setembro



Corrida de Verão promovida em colaboração com a Associação Distrital de Atletismo de Coimbra - 14 de Setembro



Vicente pela tembro



Flash mob Academia de Dança Ballet do Centro Norton de Matos no Hospital Pediátrico - 8 de Setembro



Night Runners - em parceria com a Escola Superior de Educação de Coimbra com a participação dos Caminheiros da Associação Defesa Vale de Bestança - 10 de Setembro



Fado de Coimbra e de Lisboa promovido pelo Núcleo de Estudantes de Medicina da AAC no Café Santa Cruz - 12 de Setembro



Demonstração de Judo pela Secção de Judo da AAC - 13 de Setembro

dos para se dedicarem em exclusivo ao SNS... Mas nada do que seja dito “põe em causa as enormes conquistas que o Serviço Nacional de Saúde obteve em termos de indicadores de saúde” e “numa análise de acessibilidade, qualidade e custo *per capita*, não tenho dúvidas que o nosso, quando comparado com qualquer sistema do mundo, ganha: o SNS é o melhor sistema nacional de saúde do mundo”. “Nunca ninguém perguntou aos portugueses como é que querem aplicar o dinheiro dos seus impostos”...

Já Jaime Mendes recordou pa-

lavras que já havia dito na sua tomada de posse enquanto presidente do Conselho Regional do Sul da OM: “em qualquer serviço de saúde que tenha por objectivo tratar todos os seus cidadãos, o Estado tem que gastar dinheiro. (...) A lei da oferta e da procura não é aplicável nem para a saúde nem para a educação a menos que se queira que suceda o mesmo que acontece nos EUA”, onde o sistema de seguros acarreta desigualdades e faz com que uma parte da população não tenha acesso aos cuidados de saúde de que necessita. Citando um livro editado

pouco depois da criação do SNS - com textos de António Arnaut, Mário Mendo e Miller Guerra - Jaime Mendes recordou que já nessa altura se sonhava e projectava uma cobertura em termos de cuidados de saúde que abrangesse toda a população. “Falava-se da criação de um SNS geral, universal e gratuito, com promoção de uma cultura de prevenção e educação sanitária (...) e de um conceito de saúde de comunidade...” Referia-se nesse livro a existência em Portugal de mais de 13 mil médicos, sendo o desafio tratar toda a população de igual maneira... “Temos que reflectir: se o sonho era constituir um SNS para todos os portugueses com 13 mil médicos e se, hoje, com 44 mil profissionais não se consegue, alguma coisa está mal neste país...” Um SNS que Jaime Mendes definiu como muito estruturado e que “de facto só pode ser muito forte se não não teria aguentado todos os ataques de que tem sido alvo”.

Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte





Tertúlia 35 anos do SNS - 15 de Setembro

da OM, quis na sua intervenção nesta tertúlia integrada no último dia das comemorações dos 35 anos do SNS, alertar para um dos vectores de consumo de recursos em saúde que são os milhões investidos pelos laboratórios para a pesquisa de novos medicamentos: “Porque razão são tão caros os medicamentos? Porque a investigação é muito cara.” Uma explicação aparentemente simples para uma questão que também deveria ser simples: “os Estados podiam/deviam investir em investigação mas esta parece ser uma matéria tabu”, concluiu. Considerando que o SNS tem que ser defendido por todos, mais do que pelos profissionais de saúde, por todos os potenciais utilizadores, ou seja toda a sociedade civil, Miguel Guimarães recordou que “a saúde é um bem essencial que tem que ser preservado” e frisou o receio de que “os privados a encarem mais como um negócio”. Na sua intervenção na sessão de encerramento, alertou ainda para o facto de, ao contrário do que o Ministério quer fazer

crer, o SNS não tem melhorado constantemente pois as estatísticas da OCDE que compõem o relatório de 2013 referem-se ao ano de 2011. “Tem havido uma degradação notória no SNS. Não é só a questão do acesso. Tem sido destruída a relação médico doente, são colocadas barreiras a uma relação de facto, os doentes não conseguem falar com os médicos, etc... Os cuidados de saúde já não têm o nível que tinham”. Sobre a despesa pública com a saúde, Miguel Guimarães também resumiu a sua opinião de forma categórica: “a despesa com o nosso SNS não ultrapassa 5% do Produto Interno Bruto. Temos que discutir se achamos que 5% do PIB para a saúde é muito. (...) Eu como cidadão não acho que seja muito”. Naturalmente que o presidente do Conselho Regional do Norte reconhece os méritos do SNS mas deixa o alerta de que se pode destruir o que de bom se alcançou... “Ainda há muita coisa boa que se faz no nosso Serviço Nacional de Saúde”, frisou, “mas se não alterarmos o caminho de

degradação que tem estado a ser percorrido, qualquer dia temos um SNS para os muito pobrezinhos” e os restantes doentes vão ser empurrados para se tratarem através dos seguros de saúde. Deste último dia, além de uma gala que incluiu diversos apontamentos musicais, realçamos pelo seu simbolismo a cerimónia de rega da Oliveira do SNS, plantada por ocasião das comemorações do 30º aniversário do SNS junto ao Pavilhão Centro de Portugal, em Coimbra, pela Liga dos Amigos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, pela Liga dos Amigos do Hospital dos Covões e por António Arnaut.

(Fotos de Rui Ferreira)



COMEMORAÇÕES · 35 ANOS  
DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE  
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO DA ORDEM DOS MÉDICOS



Saúde nos Açores:

falta de recursos humanos e usurpação de funções

## Terceira precisa de rejuvenescer os quadros médicos

Este artigo prossegue com o relato da visita do bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, à Região Autónoma dos Açores. A ilha Terceira foi o destino no dia 17 de Junho tendo sido visitadas as seguintes unidades: Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, Centro de Saúde de Angra do Heroísmo e Centro de Saúde da Praia da Vitória.

No dia 17 de Junho a delegação da Ordem dos Médicos que incluía além do bastonário da OM, representantes locais (Maria Amália Carrapa, Rui Bettencourt, e João José Esteves, respectivamente 2ª secretária, vice-presidente e presidente da Mesa da Assembleia Distrital, Maria Madalena Bastos Nunes e Jorge Santos, respectivamente vogal e presidente do Conselho Distrital do Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores) e regionais (Jaime Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul, e Correia da Cunha, presidente da Mesa da Assembleia Regional do CRS) começou por reunir com a administração do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira. Nessa reunião a administração

relatou situações de sub-aproveitamento da Radioterapia e de um bloco que tem 6 salas mas em que geralmente só se utilizam “4 ou 5 quando é possível”. A zona de referência desta instituição serve cerca de 70 mil pessoas, distribuídas pelas ilhas Terceira, São Jorge e Graciosa mas, segundo o conselho de administração, chega a atingir as 100 mil com o apoio que é prestado à população do Faial. Com um quadro com 140 médicos, que tem vindo a aumentar nos últimos anos, o Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira tem, segundo a administração, quadros fortes nas especialidades de Cirurgia Geral, Pediatria e Medicina Interna. Já a Oncologia é extremamente deficitária pois o Hospital só

dispõe de um especialista e o apoio só é possível porque há a colaboração do IPO de Lisboa. Urologia é mais uma situação de especialista único que só vai correspondendo às necessidades da população porque existe um protocolo com os HUC que inclui a deslocação de colegas mais experientes para apoiar nas cirurgias mais diferenciadas. Dermatologia é também uma especialidade com lista de espera. Apesar deste hospital ter capacidade instalada de ressonância magnética, nos casos de Pediatria esse exame ainda é feito no continente pois dos 4 especialistas em Radiologia, três não têm formação específica de ressonância. A instituição está a elaborar protocolos para a tele-radiologia. À semelhança da





Reunião da delegação da OM com a administração do Hospital de Santo Espírito



João José Esteves, Raul Rodrigues (director da consulta externa e único urologista neste hospital), Jorge Santos e Rui Bettencourt

maior parte das instituições, na Terceira faltam anesthesiologistas mas em 2014 entraram mais 2, o que ainda não é suficiente. Outros casos de especialista único são: Patologia Clínica (com a agravante que o colega em causa estava no momento desta visita ausente por motivo de doença), Anatomia Patológica e Imunohemoterapia. “São

áreas com carências a nível nacional”, referiram os elementos da administração, “razão pela qual não tem sido fácil suprir estas carências de recursos médicos”. Com a entrada de novos clínicos a instituição pretende ter médicos em presença física, 24 horas, nas especialidades de Ginecologia e Pediatria mas, neste momento, o atendimento

pediátrico só tem 2 colegas em presença física até às 24h, pois durante a noite um deles passa a estar de prevenção. Existem 6 especialistas em Ginecologia e Obstetrícia mas apenas 5 fazem urgência. Em 2013 o hospital teve um pouco mais de 500 partos. Cirurgia Cardiorádica e Neurocirurgia, porque não se justificava ter um especialista sozinho, são áreas em que a opção foi por fazer um protocolo com o Hospital de São José e, uma vez por mês, há colegas que se deslocam à Terceira para fazer, por exemplo, cirurgia da coluna.

### Serviços querem (man)ter idoneidade formativa

A idoneidade formativa é, naturalmente, uma preocupação da administração: “Queremos manter as idoneidades mesmo que parcelares como é o caso de Cirurgia Geral e Medicina Interna, pois é muito bom este contacto que permite que os mais jovens conheçam as valências, as instalações e a dinâmica deste hospital. É fundamental que, pelo menos, alguns estágios sejam feitos aqui para podermos cativar os colegas mais jovens”. Já em Pediatria, porque a estrutura não estava devidamente adequada aos requisitos, houve perda de idoneidade mas a Administração deu sinal de pretender cumprir e resolver as situações necessárias para repor a idoneidade formativa nessa área.

Durante a visita, Jaime Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, conversou com vários colegas sobre formação e foi



A idoneidade formativa é muito valorizada por ser uma maneira de formar e fixar médicos na região (na foto à direita: Médicas Internas do Ano Comum)

ouvindo como os vários serviços desejam (man)ter idoneidade formativa para poderem fixar jovens especialistas na ilha. Exemplo disso é o serviço de Ortopedia em que existem 3 especialistas e onde há a perspectiva de vir agora mais um recém-especialista. “O ideal é ter capacidade formativa porque ter internos é uma grande mais valia”. Também o director de serviço de Otorrinolaringologia, João Gabriel Martins, focou a questão da formação e da falta de idoneidade. “Esta-



Director de serviço de Otorrinolaringologia, João Gabriel Martins

## “Estrutura nova com médicos velhos”

A visita às instalações começou pela área médica onde, nas enfermarias, algumas com duas camas outras apenas com uma, verificámos a existência de música, ar condicionado, TV e casa de banho em cada quarto. A impressão geral foi da elevada qualidade das instalações. “Temos uma estrutura nova com médicos velhos e orgânicas ultrapassadas”, ouviríamos a um colega, em tom de desabafo, durante a



Almerindo Rego, director de serviço de Medicina Interna

visita. No entanto, a sala de trabalho dos médicos é longe das enfermarias o que faz com que os internos acabem por usar a sala de trabalho que é cedida pela enfermagem. Embora não tenha especialistas nessa área, a Infecçologia tem 6 quartos individuais, cujo acompanhamento é assegurado pelos colegas de Medicina Interna (os quais partilham o serviço com os três especialistas de Pneumologia que fazem parte do quadro do hospital e que aí internam os casos de tuberculose). A taxa de ocupação em Medicina Interna, onde a patologia é, naturalmente, muito variada, está nos 90, 100% tendo havido um aumento do número de gabinetes mas não das camas disponíveis. “Temos 256 camas no total. Cirurgia tem cerca de 30 camas”. O bastonário da OM referiu que 90% é uma taxa muito elevada, opinião em que foi secundado por Correia da Cunha que defendeu o aumento do número de camas disponíveis para o serviço de Medicina Interna e que não faz sentido qualquer tipo de paridade com o serviço de Cirurgia. “As camas não são para os serviços, são para os doentes”, reforçou José Manuel Silva, que defende que o internamento seja flexível. Segundo nos foi referi-

mos bem equipados quanto aos meios técnicos mas sem médicos internos, dentro de 10 anos, o serviço acabará por falta de renovação do quadro médico”, explicou. Para obviar a estas dificuldades, José Manuel Silva sugeriu que fosse solicitada ao Colégio da Especialidade a idoneidade parcial, visto que o serviço não terá as condições necessárias para que lhe seja atribuída idoneidade formativa total.



A pneumologista Aurora Lino e a interna de MGF Lisa Aguiar





A neurologista Paula Pires é a responsável pelo internato médico



Fernando Artur Pimentel, director de Ortopedia, e Bruno Walter Ferreira, director de serviço de Estomatologia



Rocha Lourenço, especialista em Otorrinolaringologia, recorda como os médicos começaram a deslocar-se entre ilhas porque a população tinha dificuldade em fazê-lo



Carlos Lima, director do serviço de Radiologia, Maria Amália Carrapa, do Conselho Médico dos Açores, e os radiologistas Ana Ribeiro e Miguel Lima

do, neste serviço os médicos internos são muito apoiados pelos colegas mais experientes e todas as semanas se realizam sessões clínicas para apresentação de trabalhos, discussão de casos interessantes, etc.

No serviço de Ortopedia o director, Fernando Artur Pimentel, falou de algumas dificuldades além da falta de idoneidade já referida: "Temos uma estrutura nova mas que não funciona a 100%. O nosso problema é a Ortopedia infantil porque existe um protocolo com os HUC mas está a ser vedado pelo hospital e têm falhado as visitas dos colegas".

Em Otorrinolaringologia, especialidade que mantinha uma forte ligação aos centros de saúde das ilhas Graciosa e S. Jorge, e em que, a título de exemplo, um dos especialistas chegou a fazer 900 consultas por ano nos cuidados primários, fala-se agora no "abandono dos doentes" pois as deslocações de médicos de ORL, a estes centros de saúde, estão por enquanto suspensas por questões de natureza económica. Estas consultas da especialidade tinham um custo de 15.96€/utente.

Por outro lado, as regras da referência também sofreram alterações dando ao doente o direito a escolher a Unidade de Saúde onde deseja ser tratado, o que pode originar uma subalternização das outras instituições hospitalares da região ao Hospital de São Miguel, se for essa a opção maioritária dos doentes. O bastonário da OM referiu uma certa ambivalência quanto a este assunto e explicou: "se por um lado há maior facilidade de transportes, por outro não podemos obrigar o doente a deslocar-se para onde

não quer. O sistema é que tem que se adaptar ao doente e não o oposto. O que é preciso é proporcionar aos doentes o mesmo conforto nas deslocações para a Terceira que lhes é proporcionado, por exemplo, nas deslocações para São Miguel”.

No serviço de Radiologia, como

os médicos não foram envolvidos no projecto arquitectónico, sucedeu que quando chamaram os especialistas, obra pronta, concluiu-se que o planeamento não tinha sido adequado e os aparelhos de TAC e ressonância não cabiam nas áreas que lhes tinham sido designadas.

“Os erros e falhas técnicas mais graves tiveram que ser corrigidos...” É inevitável colocar a questão: como é que foi possível, com máquinas que já existiam, não ter sido planeado o espaço suficiente para as acomodar?!

## Patologia coronária sem unidade específica

Não existe neste momento uma verdadeira Unidade Coronária pois “foi importado e implementado um conceito de unidade mista”. Mas “a teoria é uma coisa e a prática outra”, dizem-nos, esta é uma experiência que segundo os especialistas envolvidos “falhou!” em que “os doentes coronários estão a ser entregues a não cardiologistas”. Esta situação não se deve a constrangimentos arquitectónicos pois “o que não falta neste hospital é espaço livre”. Também não se pode dizer que os profissionais não tenham aceite a mudança: “Durante 30 anos trabalhámos bem e tínhamos uma unidade de cuidados intensivos coronários. Quando propuseram a experiência da unidade mista aceitámos mas é necessário também aceitar quando alguma coisa falha, o que foi o caso. Para tratar bem os doentes precisamos de uma unidade com uma forte ligação com a enfermaria”. Segundo nos foi explicado, uma das razões pelas quais se mantém a unidade mista é porque faltam cardiologistas suficientes para assegurar a assistência durante 24h. No entanto, os especialistas consideram que esse é um “obstáculo académico” pois, quando se restabelecer o serviço, faz-se a abordagem dessa situação e, idealmente, contratam-se mais cardiologistas. Esse parece ser, conforme reforçou José Manuel Silva, o verdadeiro obstáculo à reposição do Serviço de Cardiologia mas o especialista Paisana Lopes reiterou a ideia de que com cinco cardiologistas é possível assegurar as escalas. Jorge Santos, presidente do Conselho Médico dos Açores, sugeriu aos colegas que estruturassem a proposta para poderem pedir o apoio do Colégio da Especialidade de Cardiologia. Renata Gomes, uma das médicas cardiologistas presentes durante a visita, explicou que este processo para a reunificação do serviço é recente mas “a patologia coronária é de facto muito prevalente na Terceira”, o que justifica esta vontade dos profissionais na reposição de uma unidade específica. Foi possível apercebermo-nos que a equipa multidisciplinar que agora trabalha esta área tem discordâncias e antagonismos quanto à abordagem dos doentes o que não é benéfico para o seu tratamento. Uma das dificuldades que foi referida é precisamente a liderança, ou ausência dela: “um cardiologista deixa instruções para o acompanhamento do doente mas em seguida assume a liderança um especialista em Pneumologia ou Anestesiologia e perde-se o fio condutor. (...) A patologia coronária é uma das que tem maior taxa de mortalidade. Devia haver um investimento proporcional aos objectivos nesta área”.

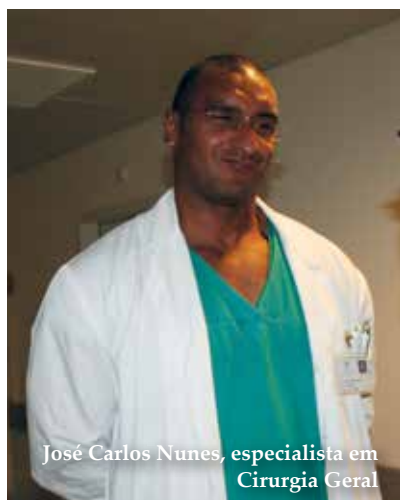


Paisana Lopes, especialista em Cardiologia



Maria Amália Carrapa e Jaime Mendes conversam com os anestesiológicos Nuno Santos e Célia Figueiredo





José Carlos Nunes, especialista em Cirurgia Geral



Duarte Soares, director de serviço de Cirurgia Geral e Rui Bettencourt

## Especialidades cirúrgicas mais longe da população

O serviço de Cirurgia Geral tem uma longa tradição formativa, desde 1982, sendo que Duarte Soares, o actual director do serviço, foi o primeiro interno e apenas um dos sete assistentes graduados que compõem o quadro não foi formado na instituição. Várias situações foram referidas durante a reunião com a delegação da OM, nomeadamente a falta de tempos operatórios e a sua redução, situação que, segundo o director do serviço, se deve a uma “má gestão dos tempos operatórios mais do que à falta de anestesiolistas”. “Em 2013 perdemos 35 tempos operatórios. No hospital velho havia 3 blocos, agora temos 5. No entanto, operava-se mais no antigo hospital mesmo com menos salas e com menos anestesistas...” Uma redução desta índole põe em causa o currículo dos internos pois são muitas intervenções que ficam por realizar, referem-nos. Ainda assim, “a lista de espera é só de 2014, não é um problema”, concluem. Outras situações negativas referenciadas foram: a falta de relatórios de imagiologia chegando mesmo a meses de espera



Reunião com especialistas da área cirúrgica

e estando a direcção clínica informada dessas dificuldades, o facto de a Radioterapia ter sido feita no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira há dois anos e agora ter sido mudada para São Miguel por acordo com uma entidade privada e o facto de os projectos não avançarem. Exemplo disso é uma proposta feita por um grupo multidisciplinar de médicos para a instalação de uma consulta de pé diabético com o objectivo de diminuir o número de amputações, que até ao momento não teve resposta ou qualquer desenvolvimento. Outro problema que os colegas definiram como “muito grave” é a inexistência de cuidados continuados porque há doentes que acabam por ocupar as enfermarias com internamentos longos como é o caso

das úlceras de pressão ou do pé diabético com médias de internamento acima dos 20 dias. “Como a taxa de ocupação dispara acabamos a ter estatísticas menos boas e a ter que explicar a razão de ser dessa situação à Administração”. Tal como já foi referido quanto a outras especialidades, também em Cirurgia há limitações às deslocações: “o cirurgião deslocava-se às ilhas para, por exemplo, fazer a triagem dos pedidos de consulta” ou pequenas intervenções cirúrgicas com maior comodidade para os doentes. “Desde a chegada do actual responsável da tutela esta situação está a ser dificultada e, pior do que isso, tem-se tentado criar animosidade entre colegas”. Mais uma vez foi salientado que o que está em causa é o direito à



saúde dos portugueses, independentemente da zona do país onde habitem, e que estas limitações das deslocações põem em causa o tratamento dos doentes. A Portaria nº 4/2014 que veio alterar o regime de pagamento das deslocações levantou várias dúvidas de legalidade aos médicos afectados que, por essa razão, suspenderam as deslocações até que a tutela aceite estudar alternativas que permitam repor essa actividade assistencial. José Manuel Silva foi peremptório na sua análise: “se havia abusos, resolvam-se essas situações. O que não se pode é prejudicar os doentes em termos assistenciais nem os médicos que cumprem com o seu dever”. Outra dificuldade que tem afectado a área cirúrgica é a alocação de anestesistas em outras áreas (urgência, prevenção de evacuação, etc.) tendo depois reflexo no tempo de anestesia.

Jorge Santos recordou aos colegas que a Ordem dos Médicos está sempre acessível, na Terceira, nomeadamente através do colega Rui Bettencourt e instou os colegas



Sala de gessos



Leonor Monjardino, especialista em Medicina Interna e directora do serviço de Urgência, acompanhou a visita

a aproximarem-se da instituição, tendo deixado a promessa de que a comunicação do Conselho Médico também iria melhorar para

ajudar nessa aproximação. A OM visitou outros serviços, entre os quais a Urgência.



## 60% da população não tem médico de família atribuído

A visita prosseguiu para a Unidade de Saúde da Ilha Terceira, a qual é composta pelos Centros de Saúde de Angra do Heroísmo e da Praia da Vitória. Em Angra do Heroísmo, onde existem actualmente 14 internos, espera-se que, nos próximos 4 anos, com a entrada de novos especialistas, se consiga atribuir médico de família aos cerca de 60% da população que neste momento está sem médico assistente. A existência de uma tão grande faixa de população sem médico de família origina uma pressão e uma sobrecarga muito grandes nos profissionais desta unidade que têm que assegurar – além das suas listas de 1900 utentes – uma consulta aberta de 12 horas para utentes sem médico de família. “Acabamos por ter que fazer muitas consultas extra para o seguimento adequado dos doentes da nossa lista”. “1900 utentes para 40h já é muito, se ainda tiramos o tempo de consulta aberta torna-se impossível fazer um bom acompanhamento”, referiu José Manuel Silva recordando que a falta de tempo para formação causada pela sobrecarga pode originar a perda de idoneidade formativa e concluiu salientando uma solução que a OM tem proposto à tutela: a contratação de médicos reformados, em horário parcial, com retribuições dignas. A agravar essa sobrecarga, por decisão da tutela, a Unidade está num processo de acreditação e os médicos têm que retirar tempo assistencial para corresponder às exigências desse processo (fazer protocolos, recolher dados, estudos, etc.) Foram apontadas algumas situa-



Reunião no CS de Angra do Heroísmo



Paula Picanço, directora clínica, e o especialista em MGF Gonçalo Viola

ções que dificultam a qualidade assistencial como sejam a falta de balanças e aparelhos de medir a tensão (que não existem em todos os gabinetes). O número de nutricionistas é referido como insuficiente pelos colegas (“temos os piores índices da Europa em termos de obesidade infantil”) mas a direcção do CS não concorda pois existem 3 nutricionistas nesta instituição sendo um deles da área pediátrica. Uma situação realmente alarmante são as dificuldades em termos de referência com demora na reposta para marcação de consultas ou de exames. Foi-nos dado o exemplo da pesquisa de sangue oculto nas fezes – feita na sequência de um rastreio – que quando o resultado é positivo não é possível

dar sequência pois não podem ser pedidas colonoscopias por falta de resposta da Gastrenterologia. Outros exames que os especialistas de Medicina Geral e Familiar definem como essenciais para dar resposta adequada às necessidades da população – provas de esforço, holters, etc. – também não podem ser pedidos. Quer o presidente do Conselho Médico dos Açores, Jorge Santos, quer o presidente da Ordem dos Médicos, instaram os colegas a enviarem a informação escrita à Ordem dos Médicos para que a instituição possa definir uma linha de acção e exigir junto da tutela que se encontrem soluções que protejam os doentes. Outra situação relatada é de situações que, a ocorrerem, se po-



deriam classificar como usurpação de funções pois existe uma pressão para que os enfermeiros assumam a prática de actos médicos (citologias, colocação de dispositivos e implantes anti-concepcionais, etc.) e até mesmo de prescrição de tratamentos de fisioterapia. Em Angra do Heroísmo, por acordo entre a directora e o presidente da Unidade, tal situação foi proibida. José Manuel Silva explicou a posição da OM (que é, naturalmente, de não compactuar com o *task shifting* que pode pôr em causa a segurança dos doentes), concretizando que é inaceitável que os médicos estabeleçam protocolos para outros profissionais aplicarem. Ao mesmo tempo que se tenta desviar actos médicos para a esfera de actuação de outros profissionais, sobrecarregam-se os médicos com tarefas que não fazem parte das suas funções e terá sido emanada da Direcção Regional de Saúde dos Açores uma norma que impunha que os médicos actualizassem dados administrativos dos seus doentes. Este tipo de situação parece estar a afectar não apenas a profissão médica pois, segundo nos foi referido, o Plano Regional de Saúde, na área da nutrição, também não incluiu nutricionistas...

Relativamente à Linha de Saúde que poderia ser uma mais valia, foi-nos explicado que os enfermeiros que estão no cal center, ao receberem o contacto dos doentes, em caso de decidirem serem situações pouco urgentes (verdes e azuis) entravam directamente na agenda dos médicos para marcar a consulta... Os indicadores são um tema incontornável nos cuidados de saúde primários e Angra do Heroísmo não foi excepção: os indicadores são mal calculados, existem erros grosseiros nas fórmulas, os profissionais não têm acesso aos dados relevantes, não houve qualquer tipo de formação, as queixas são semelhantes às que temos ouvido um pouco por todo o país.

### Indefinição quanto ao papel da Direcção Clínica

O Centro de Saúde da Praia da Vitória tem uma população de 23469 utentes, dos quais 9137 não têm médico de família. Preocupados por não conseguirem dar resposta a esses utentes, os médicos propuseram, em Fevereiro de 2014 uma solução que passaria pela criação duma consulta de

apoio aos utentes sem médico de família realizada em vez das 12 horas de Serviço de Atendimento Permanente, consulta essa que seria assegurada por médicos contratados para esse efeito. Até ao momento da visita, o Conselho de Administração ainda não tinha dado qualquer resposta.

As dificuldades da equipa em prestar assistência a toda a população explicam-se facilmente: a par da gestão da lista, têm que assegurar o Serviço de Atendimento Permanente 16h por dia, 365 dias por ano, isto com apenas cinco médicos com autonomia para o fazer, auxiliados por seis internos da especialidade de Medicina Geral e Familiar. De referir que a média de admissões, no atendimento permanente, foi de 73 nos primeiros nove dias do mês de Junho. A situação melhorou, mas pouco, desde o final de Maio com a contratação de dois médicos externos ao centro de saúde que poderão assegurar 28 horas semanais. Mas, conforme referiu a directora clínica, Tânia Cortez, "a contratação temporária à base de incentivos não resolve os problemas. Queremos fixar médicos na região".

Tal como foi brevemente abordado no CS de Angra, outro motivo de preocupação é a potencial entrega de grande parte do agendamento a administrativos, ficando o médico apenas com uma pequena percentagem. Concretizando o que foi explicado: num esquema de consulta de 20 em 20 minutos, com um horário das 9h às 15h, com interrupção de uma hora de almoço, o médico terá direito apenas a marcar consultas aos seus utentes nos seguintes tempos: 9h40/10h40/11h40 e 12h40 (4 consultas num universo de 16). Das restantes, 10 seriam agendadas pelos administrativos



e 2 pelos enfermeiros da Linha de Emergência, segundo a norma recente da Direção Regional de Saúde que já referimos. Acresce o facto do Conselho de Administração da Unidade de Saúde da Ilha Terceira querer impor um esquema de agendamento de consultas que impede a gestão das listas de utentes: “com o objectivo de facilitar a facturação das taxas moderadoras, está a ser imposta a divisão de consultas em ‘slots’ (Saúde do Adulto, Diabetologia, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil, Rastreios Oncológicos...)”. Mesmo concordando com algumas divisões por questões operacionais, nomeadamente as consultas de Saúde Materna e Infantil, “a divisão da pessoa que se apresenta na consulta, considerando a mesma dividida em problemas e não considerando o indivíduo no todo, numa visão holística característica da Medicina Geral e Familiar” é uma situação naturalmente perturbadora para os profissionais desta área.

Além das dificuldades administrativas referidas, num centro de saúde onde existem 40 enfermeiros para 8 médicos especialistas e 6 internos, existem desfaseamentos de horário entre os dois tipos de profissionais de saúde e entre estes e os administrativos que geram constrangimentos para o bom funcionamento da unidade: “enquanto os médicos trabalham até às 17, 18h, os enfermeiros às 15h30m vão embora e o balcão de atendimento fechava às 16h” (agora passou a fechar às 17h30m). também aqui foram referidas as dificuldades de referenciação para algumas especialidades, nomeadamente Gastrenterologia. Outra situação abordada foi a dispensa nas farmácias dos medicamentos mais



Reunião no CS da Praia da Vitória



Tânia Cortez, directora clínica



Rui Bettencourt e a médica interna do 2º ano de MGF, Marlene Areias



Manuel Brito, médico interno de 4º ano de MGF (atrás) e a especialista Ana Ribeiro

caros, mesmo com substituições em casos de medicação crónica. O processo de acreditação da Unidade de Saúde, o sistema de indicadores e a falta de formação receberam no CS da Praia da Vitória as mesmas críticas referenciadas em Angra, tendo sido dado um exemplo concreto das falhas concretas da medição de indicadores: “num Centro de Saúde onde todas as grávidas fazem consulta de vigilância de acordo com as normas em vigor, o que implica a realização de uma consulta de revisão de puerpério, está descrito no SISA – programa informático para obtenção de indicadores sobre o qual os médicos não tiveram qualquer tipo de formação - a ausência de realização deste tipo de consultas por todos os médicos, o que é de todo falso”. As falhas/incongruências são graves, mas verdadeiramente preocupante é que ninguém sabe dar resposta à razão de ser desses erros... Desde a fusão dos dois centros de saúde em Unidade, o que aconteceu em 2010 que não existe uma definição de qual o papel das Direcções Clínicas, apesar dos esforços desenvolvidos da parte do Centro de Saúde da Praia nesse sentido. O conselho de administração da Unidade de

Saúde é formado por gestores e apenas um profissional de saúde, o vogal executivo António Borges que é enfermeiro.

O CS de Praia da Vitória dispõe de consulta de psicologia, fisioterapia, cuidados continuados, dentistas e um excelente pro-

grama de saúde oral, técnico de higiene e saúde no trabalho, sala de planeamento familiar, sala de rastreio oncológico, aulas de preparação de parto, etc. “Temos muitas coisas boas, mas são sub-aproveitadas”...

## Pensamentos soltos para reflexão

“Temos hospitais a mais. Podia haver colaboração entre ilhas mas não há...”

“É um desafio completamente diferente trabalhar num hospital mais periférico”

“A verdadeira medicina não se faz nos grandes centros urbanos, mas sim na periferia”

“Funcionamos com as vicissitudes da ilha e as circunstâncias da crise”

“Com a pressão dos doentes acabarão por ser feitas convenções e, depois, o SNS passa a pagar consultas privadas caras porque não quis pagar 15 euros”

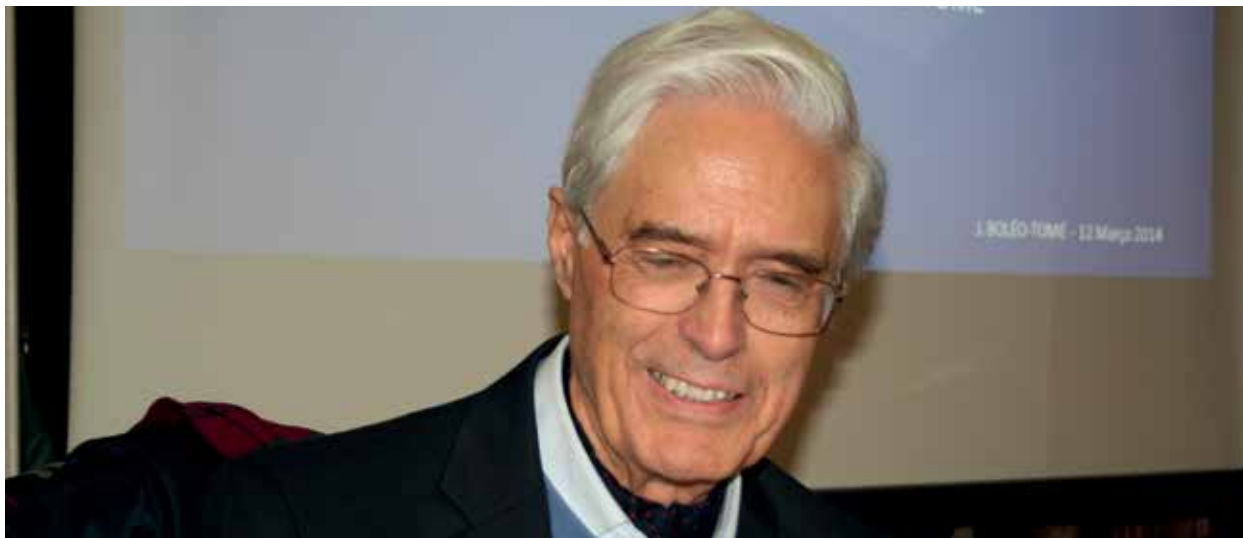
“Quando as pessoas só vêem números esquecem-se do bom senso”

“Temos consultas de tudo... menos da pessoa!”

“Nos Açores há uma Enfermaria Regional de Saúde”

## Visita ao Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira - errata

A ROM cometeu uma imprecisão de linguagem num subtítulo da sua reportagem sobre a visita ao Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira ao escrever “anestesiologia sem idoneidade formativa” na página 53 da edição nº 152 (Julho/Agosto). Assim, vimos esclarecer que o serviço de Anestesiologia do SESARAM tem idoneidade formativa parcial. Esta idoneidade formativa foi revista em 2013 e foi reduzida sem, contudo, ter sido anulada. A sua capacidade formativa para novos internos em 2014 foi suspensa e, para 2015, o Colégio da Especialidade manteve capacidade formativa nula.



## Contribuição portuguesa para o progresso da medicina

José de Paiva Boléo-Tomé foi o orador na sessão do NHMOM do passado dia 12 de Março, a qual versou sobre algumas notas históricas de aspectos da contribuição portuguesa para o progresso da medicina em áreas como a saúde mental e a organização hospitalar.

Paiva Boléo-Tomé começou a sua palestra explicando o fascínio que estas matérias exercem sobre ele e como o desafio deste trabalho de investigação o perseguiu e encantou, nos mais diversos pontos do planeta: “Senti o desafio das informações que vinham ter comigo... Um Emir do Golfo que conheço num congresso e que me refere que os portugueses foram os únicos adversários leais que teve, ou o colega da Nigéria que se refere aos portugueses como um povo irmão ou os coreanos que falam da admiração que sentem pelos portugueses...” Episódios que funcionaram para Boléo-Tomé como sintomas dos quais quis descobrir a causa. “Nos tratados de História da Medicina é muito rara a referência a portugueses. Quando são citados é frequente ser-lhes atribuída outra nacionalidade, geralmente a espanhola; Portugal parece não existir, para além de um tal senhor Da Gama, ou de um poeta, Camões. E,

no entanto, os portugueses deram contribuições fundamentais únicas, que anteciparam em vários séculos todos os conceitos actuais de Assistência”. A culpa deste quase anonimato, excepto entre especialistas, é, referiu, nossa.

Com base nesta realidade, depois de uma breve referência ao aparecimento dos hospitais, foram abordadas três linhas de acção em que os portugueses foram realmente pioneiros:

1 – A reforma dos sistemas de Assistência Pública: baseada nas Misericórdias, esta reforma teve como inovadora e organizadora a Rainha D. Leonor, e representa a primeira rede de assistência de que existe memória histórica;

2 – A reforma dos cuidados de Saúde Mental: em pleno século XVI, os “loucos”, para um português com o nome de João Cidade Duarte, eram os doentes que necessitavam de cuidados diferentes, que a medicina só veio a reconhecer no sé-

culo XX;

3 – A reforma dos cuidados em situações de guerra (século XVII): foi criada a primeira rede de hospitais de campanha ao longo das fronteiras e centralizada a sua direcção e organização, com quadros exclusivos (El-Rei D. João IV).

“Os hospitais terão nascido na Índia mas não há qualquer referência à sua estrutura. (...) Ou seja, aparecem hospitais mas não sistemas de saúde ou quaisquer garantias de assistência à população”. Passar-se-iam séculos até ao aparecimento dos primeiros hospitais com esse nome no ocidente. “No ocidente ficou famoso o hospital mandado construir por Fabíola, uma rica matrona romana, que recebeu a ajuda de um senador cristão, Pamaquio (380-400). O funcionamento deste hospital enquanto Fabíola viveu, ultrapassava as suas paredes, estendendo-se a todos os que, no exterior, necessitassem de ajuda. Por isso, alguns historiadores conside-





ram ser este o primeiro exemplo histórico da prática de uma Medicina Social, sendo Fabíola uma verdadeira precursora do exercício da Enfermagem e da Assistência Social". O panorama em meados do século XV era o da existência de alguns grandes hospitais e muitos pequenos hospícios nascidos por doações, "sem qualquer estruturação ou organização social e, em geral, com más condições para receber ou cuidar de doentes". "Foi neste contexto que surgiram as primeiras grandes reformas da Assistência, reformas que tiveram uma característica comum: foram pensadas e desenvolvidas por portugueses, mantendo-se vivas nos seus conceitos fundamentais, ao longo de mais de quatro séculos". Em termos de reforma da assistência pública destaca o orador a rainha D. Leonor, mulher de El-Rei D. João II. "Pode-se dizer que a grande reforma da Assistência teve início quando o Príncipe D. João, então regente do Reino, pediu ao Papa Sisto IV autorização para reunir num só grande hospital todos os pequenos hospitais dispersos pela cidade, insuficientes em meios e em capacidade (1479). Este pedido foi repetido em 1485 e prontamente deferido pelo novo Papa Inocêncio VIII. Foi assim possível reunir os diferentes legados que tinham dado origem aos pequenos hospitais. Foi um passo importante, de natureza administrativa e política, que deu à Rainha D. Leonor liberdade para avançar na concretização do seu sonho. O nome dado ao Hospital Real que nasceu desta fusão representa um compromisso com os benfeitores dos pequenos hospitais, que tinham o seu patrono próprio". Para garantir a eficácia de cuidados D<sup>a</sup> Leonor quis rigor nas regras reformando as Confrarias da Caridade que deram lugar às Misericórdias, "a primei-

ra das quais em Lisboa, instalada em 1498, já depois da morte de D. João II, sendo a Rainha Regente do Reino". "D. Leonor de Portugal: nascida Princesa em 1458, morreu Rainha-Viúva em 1525, deixando uma obra de Assistência Social que o tempo e os homens ainda não conseguiram apagar".

Na reforma dos cuidados de saúde mental um nome incontornável: João Cidade Duarte, aventureiro. "Não há engano: 'aventureiro' foi exactamente a ocupação que se pode atribuir a este português de excepção. Foi tudo e fez de tudo: viajante, pastor, soldado, pedreiro, construtor, vendedor ambulante de livros e pagelas. Fez de louco para conhecer o mundo da loucura e a resposta da sociedade, na dura realidade dos hospitais da época. Sozinho, aprendeu e praticou uma enfermagem diferente e a assistência social mais dura – a dos abandonados, dos excluídos, dos esquecidos, dos doentes ou dos vadios, nas ruelas e ruínas da última cidade, Granada, aquela que assistiu à espantosa transformação do aventureiro no reformador entusiasta, dedicado, persistente, convincente, eficaz, precursor". É com estas palavras que Paiva Boléo-Tomé introduz João de Deus que, "nas suas andanças pela Europa, tinha conhecido o trabalho excepcional realizado em Portugal pela Rainha D. Leonor. Impressionara-o a organização impecável exigida pelos Compromissos e a forma diferente de assistência e tratamento. É muito natural que ele tenha procurado aplicar em Los Gomeles o que vira em Portugal. Mas ele queria mais: os doentes mentais exigiam uma dedicação e cuidado que ultrapassavam a prática hospitalar. João de Deus queria equipas de saúde mental que compreendessem e aceitassem o louco e pudessem conduzi-lo a

um comportamento quase normal. O número crescente de discípulos permitiu-lhe pensar na formação de um grupo dedicado ao tratamento e acompanhamento destes doentes – iria nascer a Ordem dos Irmãos Hospitaleiros, mais tarde designados por Irmãos de S. João de Deus, com as suas regras e os seus compromissos”. “Milhares de páginas estão escritas, em todas as línguas, sobre a obra extraordinária dos Irmãos Hospitaleiros no domínio da Saúde Mental. Mas Pinel é apontado como o fundador da Psiquiatria moderna e Esquirol, verdadeiro responsável pelo regresso a França dos Irmãos expulsos, como o seu primeiro historiador. Do português João de Deus e dos seus fratelli não foi escrita, até agora (que eu saiba), uma única linha nos manuais ou tratados de História da Medicina, ou mesmo da História da Psiquiatria. Philippe Pinel continuará a ser o fundador do que foi fundado dois séculos e meio antes”...

Quanto à reforma dos cuidados em situações de guerra, o palestrante referiu dois nomes: D. João, IV de nome, Rei de Portugal e Irmãos Hospitaleiros. “A expansão portuguesa traduziu-se em feridos nas numerosas batalhas travadas em África, no Oriente, ou na América. Apenas encontramos referência a hospitais para feridos de guerra na ordem dada por Afonso de Albuquerque a um dos seus capitães, D. João de Lima, após a

tomada de Goa: que concentrasse os feridos no ‘espiritual de campo’ e os evacuasse para a fortaleza de Cananor numa ‘fusta de doentes’, verdadeiro navio-hospital com vários cirurgiões. Este ‘espiritual de campo’ estaria situado na ilha de Angediva, perto de Goa (a pouco mais de 80 quilómetros), onde muitas armadas faziam aguada e se abasteciam de peixe e frescos. Com a instalação da rede de Misericórdias a assistência passou a ser prestada nos Hospitais destas instituições, verdadeiras pioneiras na cobertura sanitária do mundo português. (...) Existem igualmente referências ao tratamento dos feridos de guerra das armadas no Hospital Militar do Castelo, ainda antes de 1640. Este Hospital, instalado junto do Castelo de S. Jorge, era também conhecido como Hospital dos Castelhanos por se encontrar ao pé dos alojamentos da guarnição castelhana em Lisboa”. Segundo Boléo-Tomé pode-se dizer que a organização dos Hospitais Militares, que passaram a designar-se Reais Hospitais Militares, se ficou a dever ao Rei D. João IV, em resposta às necessidades de assistência provocadas pela longa Guerra da Restauração. A expulsão dos Irmãos Hospitaleiros em 1834 viria a mergulhar os hospitais no caos deixando sem protecção os doentes mentais e os militares feridos nas longas Lutas Liberais. Como foi referido durante a conferência os Reais Hospitais Militares



Portugueses tiveram mais de dois séculos de uma história única no contexto europeu, uma história de eficácia, dedicação e inovação organizativa, nas mãos dos Irmãos Hospitaleiros. “Fieis à sua universalidade cultural, os portugueses deram contribuições fundamentais para o progresso médico e assistencial que merecem ser conhecidas, apreciadas e divulgadas”, concluiu Boléo-Tomé.

O conteúdo integral desta palestra pode ser consultado no site nacional da OM, na área de História da Medicina.

## Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2014

Conferência

**15 de Outubro**, quarta-feira, 21h – em Lisboa

**"Aspectos menos comuns da história da tuberculose"**

- Barros Veloso

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

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

História da  
Medicina



# Os Judeus e a Medicina: tempo e memória

## Curso Livre

**9 de Outubro, 18:00-20:00, na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos\***

Luís Filipe Barreto, Garcia de Orta e as Relações Eurasiáticas

Maria do Sameiro Barroso, Garcia de Orta e a litoterapia oriental

\* A sessão inaugural contará com a presença do bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva

**16 de Outubro, 18:00-20:00, Faculdade de Letras, 5.2**

António Andrade, Ciência, negócio e religião: o caminho de Amato Lusitano na Europa de Quinhentos

António Lourenço Marques, Amato Lusitano no trilho da história da ciência — cuidados paliativos

**23 de Outubro, 18:00-20:00, na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos**

Aires Gonçalves, Rodrigo Lopes, judeu português, médico pessoal da rainha Isabel I de Inglaterra

José Pedro de Sousa Dias, Seguindo o dedo do gigante: Castro Sarmiento,

Newton e a Medicina Mecânica

**30 de Outubro, 18:00-20:00, Faculdade de Letras, 7.1**

Joshua Ruah, O início da ética médica e da medicina moderna. Contributo dos médicos judeus

Sandra Neves da Silva, Medicina e Astrologia em Manuel Bocarro Francês e Rosales

**6 de Novembro, 18:00-20:00, na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos**

João Maria Nabais, A Diáspora dos médicos judeus portugueses, entre o ser e o parecer

Maria de Fátima Reis, Rodrigo de Castro: razão e experiência no «médico perfeito»

**13 de Novembro, 18:00-20:00, Faculdade de Letras, Sala de Actos**

Fernando Augusto Machado, Ribeiro Sanches: percursos de um despatriado

Amélia Rincon Ferraz, A vida e obra de Ribeiro Sanches. O Tratado da Conservação da Saúde dos Povos.

Uma organização do

Centro de Estudos Sefarditas da Faculdade de Letras  
da Universidade de Lisboa

e do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos

História da  
Medicina



FACULDADE  
DE LETRAS  
UNIVERSIDADE  
DE LISBOA





Miguel de Sousa Mendes

Interno de Ginecologia e Obstetrícia (Vivantes Hospital Neukölln, Berlim);  
Doutorando (Charité University Hospital, Berlim)

## Voltar a Portugal para trabalhar não é algo que tenha em mente



Sempre procurou experiências que o levassem a outros países. Passou pelo Brasil, Espanha e Guiné-Bissau. Neste momento é médico interno de Ginecologia e Obstetrícia em Berlim. A propósito da reportagem publicada na anterior edição, Miguel de Sousa Mendes aceitou partilhar com a ROM a sua análise comparativa relativamente ao ensino pós-graduado e as razões que o levaram a optar por fazer parte da sua formação no estrangeiro. Voltar a Portugal para trabalhar não é algo que deseje “mas o futuro não se pode prever”.

“O que em primeira instância me trouxe para Berlim foi o programa de intercâmbio ERASMUS, financiado pela União Europeia. Terminado o meu 4º ano cá e retornado à UNL, percebi que por motivos de qualidade de ensino prático, de oportunidades de trabalho futuro, assim como por motivos pessoais, o meu lugar seria em Berlim. Nesse sentido voltei ainda durante o 5º ano, fiquei até ao final do mestrado e regresssei a Lisboa para a minha defesa final e para começar a

tratar de burocracia para ter a licença de trabalho cá”.

Sempre procurou experiências que passassem por viver fora de Portugal, tento vivido já no Brasil, Espanha e Guiné-Bissau. “Ficar em Portugal a médio-prazo ou para o internato não foi nunca uma opção pelo ridículo processo de candidatura e distribuição de vagas (não minimamente meritocrático, sem entrevista direta e completamente ignorante quanto a trabalho científico desenvolvido, voluntariado, percurso de vida,

etc. dos candidatos), pelas diferenças de mentalidade de trabalho e eficiência na gestão de tempo e recursos e por preferir uma sociedade civil mais proactiva e aberta à variedade”. Na Alemanha, explica, “a candidatura a internato é feita diretamente ao director de serviço com cartas de recomendação, carta de apresentação e com uma entrevista com a equipa”. O sistema de formação de internos que encontrou tem, como em todo o lado, vantagens e desvantagens: “Não

existe uma estrutura formal de tutoria ou formação dos internos, mas sim um catálogo a preencher para se poder concorrer a exame final. É portanto menos tutorado não existindo ninguém pessoalmente responsável pela formação do interno. O desenvolvimento dos internos é no entanto constantemente acompanhado por parte do departamento em geral e é-lhes rapidamente dada autonomia para vários procedimentos (no meu caso, como interno de Ginecologia/Obstetrícia: cesarianas, epidurais, suturas de rupturas perineais, ecografia, etc.). Por outro lado o sistema oferece imensa liberdade, podendo repartir-se a especialidade por tantos serviços (em termos geográficos e de subespecialidade) quantos se quiser e trabalhar-se em tempo parcial (por exemplo 50%, 75%, 80%) sendo mais compatível com família, investigação e outras atividades sociais”.

Claro que o despoletar da actual situação de crise económica e financeira - estando em Berlim - “só tornou a decisão mais fácil”: “a questão financeira também pesou. Ponderar começar uma vida de família em Portugal com o ordenado de IAC (+/- €1.150 líquido base) ou de interno de especialidade (+/- €1300-1400 líquido base, durante os 5-6 anos de especialidade) é algo difícil. Mesmo juntando dois médicos em início de carreira dificilmente juntar-se-á €3000 no final do mês. Na

Alemanha, com pequenas flutuações de estado para estado, recebe-se líquido por exemplo no primeiro ano de especialidade, a tempo inteiro, €2200-2400/mês (com bancos €3000-4000/mês). E várias cidades, como Berlim, têm um custo de vida comparável ao de Lisboa”.

Poderíamos assumir que, então, se encontrasse estas mesmas condições em Portugal desejaria permanecer, mas não é o caso pois a organização do trabalho e a forma como os profissionais são tratados pelas instituições também têm relevância nas suas decisões: “Penso completar a especialidade aqui, talvez com uma passagem ou outra por outros países ou missões humanitárias. Voltar a Portugal para trabalhar não é algo que tenha em mente mas o futuro não se pode prever. Mesmo com as mesmas condições financeiras, não seria, como não é, minha intenção fazer a especialidade aí pois identifico-me mais com a mentalidade de trabalho alemã, assim como com a gestão de tempo entre outros tantos pormenores a nível profissional: no meu serviço entra-se a horas e depois da passagem de turno termina o serviço. Isto representa 8h diárias de trabalho, geralmente terminando às 16h30, sendo que todas as horas extraordinárias e pausas de almoço não usufruídas são anotadas e pagas. Direi que faço talvez por mês 1-2h extraordinárias”.

A adaptação a um novo país

“está a ser fácil pois feitas as contas vim para cá no verão de 2010 e pouco tempo passei em Portugal desde então. Tendo já um bom nível de alemão, o início na vida profissional, no final do ano passado, decorreu sem grandes percalços, tirando as óbvias limitações impostas por não ser o alemão a minha língua materna e aprender a lidar com a exigência de um primeiro trabalho como médico interno”. E como foi a integração por parte dos colegas alemães? “A aceitação, pelo menos aqui em Berlim, é muito boa desde que se mostre bom trabalho, capacidade de desenvolvimento constante e um bom nível de comunicação em alemão. Ser médico estrangeiro nesta cidade cosmopolita representa pouca novidade”.

Relativamente à comparação entre sistemas, Miguel de Sousa Mendes, pela sua experiência enquanto aluno, faz uma análise crítica de alguns comportamentos: “é difícil sugerir alterações ao SNS usando o sistema alemão como termo de comparação porque são dois sistemas de raiz diferente (Beveridge vs Bismarck). Sugeriria no entanto maior eficiência a nível de gestão de tempo, pontualidade, *turn-over* no bloco operativo e menos pausas... A falta de respeito para com alunos e pacientes, a que por vezes se assiste em Portugal, é revoltante. E sem qualquer dúvida incompatível com um sistema que se quer eficiente”.



**Miguel Guimarães**

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

## Impedir a destruição do SNS e defender a qualidade da medicina e os doentes

A OM está, e sempre esteve, disponível para o diálogo consequente e positivo com o MS. Mas não pode nem deve aceitar a contínua desonra a que têm sido submetidos os médicos e os doentes, e a violação constante dos princípios fundadores do SNS, que terão como desfecho final a sua decadência irreversível. Negociar sim, mas com respeito pelas pessoas e pelos princípios e valores subjacentes a um Estado de Direito. Negociar sim, mas com argumentos sólidos e consistentes, que demonstrem de forma clara que o caminho a seguir é o melhor para a Saúde de todos os portugueses. . .

A Ordem dos Médicos (OM) decidiu apoiar de forma inequívoca a última Greve dos Médicos, ocorrida em 8 e 9 de Julho, por todos os motivos conhecidos, amplamente divulgados, e por não ter obtido até àquela data, da parte do Ministério da Saúde (MS), qualquer evidência objectiva de cumprimento, ainda que parcial, das propostas apresentadas no nosso 'Memorando de Exigências' para a Saúde. Pelo contrário, a evidência objectiva não nos permitiu suspender as medidas concretas que a OM havia decidido implementar, e que incluíam apoiar qualquer forma de intervenção sindical, como resposta às políticas desastrosas, desumanas e humilhantes promovidas pelo MS.

A OM tem a obrigação de não renunciar ao imperativo ético e moral de defender os doentes e o seu direito ao acesso a cuidados de saúde qualificados e de defender a dignidade dos médicos e a qualidade da Medicina. Na sequência da apresentação do "Memorando de Exigências" para a Saúde em 30 de Maio de 2014, a OM anunciou, em 18 de Julho, a continuação da implementação das medidas constantes do referido 'memorando'. As medidas aí propostas, e a serem implementadas durante os próximos meses, incluem a informação veiculada directamente pelos médicos nos seus locais de trabalho a todos os seus doentes sobre a gravidade e impacto negativo da actual

política de Saúde na Medicina portuguesa, a recusa em assinar qualquer tipo de contratualização imposta, que não seja negociada de acordo e respeitando as boas práticas médicas e as respectivas competências profissionais, notificando a OM de todas as irregularidades que sejam cometidas nesta matéria, e a apresentação do pedido de demissão na participação e colaboração graciosa em Grupos de Trabalho e Comissões partilhadas com o Ministério da Saúde e instituições dele dependentes, incluindo os grupos de trabalho para elaboração das normas de orientação clínica e as auditorias, confiando à OM, e designadamente ao seu Bastonário, o pedido de demissão,



formulado em sintonia com um conjunto de exigências manifestadas para que o reinício do diálogo com o MS possa ser consequente.

Foi igualmente pedido aos médicos que continuem a denunciar às Secções Regionais da OM todas as potenciais situações de deficiência, insuficiência ou irregularidade que possam colocar em risco a saúde dos doentes e dos médicos, e designadamente aquelas que interferem com as boas práticas médicas.

Ciente das suas obrigações legais, a OM manterá a participação de médicos nas Comissões e Grupos de Trabalho relacionados com a Formação Médica Especializada e, através dos seus Colégios de Especialidade, em colaboração com Grupos de Trabalho específicos, a OM irá elaborar recomendações clínicas (guidelines) que técnica e cientificamente deverão substituir as normas de orientação clínica existentes.

Entretanto, o MS publicou em Diário da República o Despacho 9456-C/2014, relativo ao Código de Conduta Ética dos Serviços e Organismos do Ministério da Saúde. O documento, publicado em 21 de Julho, ressalva que “Os princípios orientadores aqui dispostos não substituem as normas deontológicas aprovadas, emitidas e reguladas pelas associações públicas profissionais, em especial as do sector da saúde, como a Ordem dos Médicos,...”.

Não podemos deixar de considerar positiva a introdução desta ressalva. Da mesma forma, consideramos positivas as alterações registadas no ponto 9, relativo ao sigilo profissional, onde se prevê que aquele não

possa “impedir a comunicação de irregularidades, nomeadamente situações que prefigurem erros ou omissões que possam prejudicar os destinatários da actuação da instituição”, ou seja os doentes. Desta forma, são eliminadas as disposições abusivas sobre confidencialidade que constavam das versões anteriores e que configuravam de facto uma intolerável “Lei da Rolha”.

Por outro lado, este ponto do Código de Conduta Ética tem a preocupação de honrar a tradição ético-normativa da profissão médica, considerando que “prevalece o cumprimento do dever de omitir ou revelar informação decorrente das regras deontológicas das várias profissões”. Não sendo um documento perfeito na sua génese, o texto do Código de Conduta Ética agora publicado parece-nos mais equilibrado, razoável e, sobretudo, respeitador da dignidade dos doentes e dos médicos. Sendo este um documento enquadrador, aguardamos que as várias instituições do sector da saúde cumpram os princípios orientadores aqui destacados.

Do ponto de vista institucional, esperamos que este seja um sinal de abertura por parte do Ministério da Saúde no sentido de retomar o diálogo com as organizações médicas, respeitar as propostas apresentadas pela Ordem e contribuir para um Serviço Nacional de Saúde organizado, equitativo e orientado para o superior interesse dos doentes.

A OM está, e sempre esteve, disponível para o diálogo consequente e positivo com o MS. Mas não pode nem deve aceitar a contínua desonra a que têm

sido submetidos os médicos e os doentes, e a violação constante dos princípios fundadores do SNS, que terão como desfecho final a sua decadência irreversível. Negociar sim, mas com respeito pelas pessoas e pelos princípios e valores subjacentes a um Estado de Direito. Negociar sim, mas com argumentos sólidos e consistentes, que demonstrem de forma clara que o caminho a seguir é o melhor para a Saúde de todos os portugueses.

É urgente quebrar o círculo vicioso e precário que está a bloquear a Saúde em Portugal. É doloroso o tempo que este Ministro está a fazer perder ao SNS e a todos nós. Optou por um caminho que conduz a um retrocesso sem precedentes na qualidade e humanização da Medicina que escolhemos quando decidimos ser médicos. O respeito pelos valores e princípios que acompanharam os 35 anos de construção e desenvolvimento do nosso SNS está a ser violado de forma gratuita, sem qualquer mais-valia para a organização e qualidade dos cuidados de saúde. Bem pelo contrário. O nosso ‘memorando de exigências’ aponta muitos dos bloqueios e decisões que estão a contribuir para a decadência da Saúde e do SNS. Temos que romper com a visão de curto prazo. A visão da sustentabilidade ‘atrapalhada e cega’ a qualquer custo. A visão da diminuição imediata da despesa sem qualquer preocupação pelos danos colaterais. A visão que centra a Saúde nas finanças e não nos doentes. A visão que não respeita a dignidade das pessoas e limita a sua liberdade de expressão. A visão que não distingue o essencial do acessó-

rio. A visão que nos pode conduzir a um caminho sem retorno.

A Saúde necessita de uma nova agenda que seja mobilizadora de uma política diferente. Uma política mais próxima das pessoas. Mais próxima dos doentes e dos profissionais de saúde. Em que a sustentabilidade seja uma etapa mas não a meta final. Em que seja preservado o que conseguimos fazer de bom e de bem. Em que o combate ao desperdício seja objectivo, transparente e sem ‘compromissos’ ou ‘desperdícios’ políticos. Em que a instabilidade não seja uma ameaça constante. Em que o doente ocupe o seu verdadeiro lugar no centro de todo o sistema. Em que a Medicina seja valorizada e respeitada.

Não podemos continuar à espera de ‘milagres’ eleitorais ou de boas vontades políticas. Cada vez é mais difícil acreditar na competência de quem nos governa. Temos que ser nós a contribuir para uma reforma na Saúde que seja consistente, estável e se traduza num serviço público de excelência que preserve o código genético do nosso SNS.

Temos que mobilizar a nossa energia e aplicar as nossas ideias e vontades. E manter uma união sólida para enfrentar o enorme desafio que foi iniciado. Temos que substituir o memorando da troika para a Saúde pelo nosso memorando.

Temos que olhar para o futuro com optimismo e esperança. Só é vencido quem desiste de lutar. E nós não vamos desistir! A nossa capacidade e a nossa força residem no conhecimento que temos da Medicina, do SNS, e no contacto que temos com os doentes.

Este é o momento de continuarmos a dizer bem alto: “Basta”! Não apenas nas redes sociais mas no mundo real. Foi pelo silêncio e pela obediência de muitos, umas vezes por medo, outras por imposição, que tantas atrocidades foram cometidas ao longo da História. Não nos podemos calar!

(artigo de opinião previamente publicado como editorial da revista NorteMédico nº 59)



**Paulo Moreira**

Director do International Journal of Healthcare Management, Londres

## Desastre nas políticas de Saúde

A ordem dos Médicos, e o seu Bastonário em particular, assumiu-se desde meados de 2011 uma das principais forças de resistência à incompetência da actual equipa ministerial e, mais fundamental ainda, uma energia de oposição aos processos discretos de silenciamento da crítica livre, seja através de nomeações dos indivíduos potencialmente críticos para cargos, “estudos” pagos pelo governo e comissões técnicas no SNS, seja através da pressão exercida sob editores de órgãos de comunicação social. Deixo aqui o meu registo de profunda empatia por essa acção corajosa e independente que inspira e promove Esperança.

Em resposta ao gentil desafio lançado pelo Sr. Bastonário da OM, faço neste artigo para a revista da OM, uma resenha de ideias que tenho publicado no espaço de opinião do Jornal “o Público” nos últimos meses. O enfoque desta resenha é, infelizmente, a denúncia de algumas das graves falhas nas políticas de saúde que tenho assumido na dimensão de livre pensamento e opinião que a nossa sociedade democrática permite, ainda que com riscos e consequências pessoais custosas dado processos diversos de tentativas de silenciamento que, de qualquer forma, fazem parte da luta em que temos que estar envolvidos em defesa dos valores implícitos ao SNS.

Recentemente, inspirou-me a máxima budista de que há três coisas que nenhum ministro consegue

esconder: o Sol, a Lua e a Verdade. Ao observarmos algumas sondagens e opiniões sobre o actual ministro da saúde, constatamos a discrepância entre o que se passa no SNS e o que a opinião pública parece achar que se está a passar no SNS. Ou seja, tem havido uma intervenção manipuladora contínua para mistificar a acção do actual ministro da saúde. Vejamos alguns aspectos relevantes.

### A génese do problema

Do ponto de vista internacional, a modernização dos sistemas de saúde para enfrentar a pressão dos cortes orçamentais generalizados, tem sido promovida por duas vias distintas.

De um lado, observamos ministérios liderados por indivíduos sem

competências de gestão em saúde e sem qualquer tipo de percepção sistémica, que tomam medidas pontuais e desconexas pressionados, discretamente, por agentes económico-financeiros muito próximos de instituições financeiras preocupantemente expostas à instabilidade dos investimentos no sector da saúde sempre arriscados e, muitas vezes, ruinosos como resultado de estratégias incompetentes. Estes são também os sistemas de saúde em que o argumento do “corte orçamental” no sector público justifica todo o tipo de pressões sob as organizações de saúde para resultados imediatos deixando a avaliação das consequências na saúde da população para mais tarde. Preferencialmente, para muito mais tarde. Nesse sentido, esta abordagem política restringe



o acesso à informação por fontes independentes e concentra a gestão da informação de saúde em poucos agentes que demonstrem “lealdade” no seu processo de divulgação de impactos. Há vários sistemas de saúde que, de momento, são dominados por esta perspectiva política incluindo alguns contextos do leste e sul da Europa onde se verificam enormes desequilíbrios entre oferta e procura.

De outro lado, observamos sistemas de saúde liderados por conhecedores das metodologias de gestão em saúde que, apoiados por sérias competências de planeamento e gestão da mudança em saúde, dirigem as suas acções para a geração de riqueza nacional a partir do seu sistema de saúde. Estes são sistemas de saúde que têm conseguido adaptar as estruturas e os investimentos às reais necessidades das populações locais através da partilha de recursos e parcerias intersectoriais dinâmicas e flexíveis. É nestes sistemas que observamos, por exemplo, a efectiva adaptação das respostas hospitalares às necessidades das populações locais o fortalecimento de serviços de apoio domiciliário dirigidos aos idosos e com enorme sucesso na redução dos níveis de internamento hospitalar desnecessário. Estes são sistemas de saúde que desenvolvem parcerias em regime público-privado (PPP) com uma partilha de risco efectiva e adaptadas às intenções de reduzir a procura hospitalar indevida, em vez de a perpetuar. A geração de dinâmicas de livre escolha dos doentes entre unidades do sector público, quer ao nível hospitalar quer ao nível dos centros de saúde, também caracteriza vários sistemas de saúde com um planeamento sistémico equilibrado.

Em Portugal, assumindo que dificilmente parecerá ser um sistema deste segundo tipo, também é acei-

te de forma geral, exceptuando alguns amigos pessoais que opinam em contrário, que ao actual ministro da saúde faltam ideias para o Futuro do sistema de saúde. Neste âmbito, as expectativas foram sempre muito baixas em relação à actual equipa ministerial e os resultados entre 2001 e 2014 são profundamente decepcionantes.

O desastre provocado pelo actual ministro da saúde começou a tornar-se público através dos casos graves de esperas inusitadas de exames de diagnóstico de mais de dois anos durante 2014, e como previsto em 2012, enfrentando a ira dos “especialistas” amigos da actual equipa ministerial que negavam a evidência, pela conveniente falta de... evidência estatística. Em gestão em saúde, contrariamente à visão rígida da economia da saúde, não ficamos dois anos a aguardar evidência estatística para comprovarmos os processos que vemos com os nossos próprios olhos, todos os dias. Este é um dos pontos fundamentais que distingue estes dois campos do conhecimento. É crucial combater a opressão da estatística oficial admitindo a relevância dos casos individuais como sintomas de graves falhas organizacionais, a exemplo de vários sistemas de saúde internacionais com políticas de qualidade sérias e estabelecidas. Eis um tema para Portugal que, no melhor interesse do cidadão, a Ordem dos Médicos tem conseguido projectar e denunciar.

### **A Troika e a saúde, de quem?**

Perguntemos se a *Troika* terá ficado satisfeita com a constatação, publicada durante 2013, de que “...em Portugal não houve um plano de reforma estruturada da saúde”?

Sendo o ministro da saúde o único responsável por esse funesto facto,

também um recente relatório da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), confirma que esta equipa ministerial falhou na missão de equilibrar os resultados operacionais ou iniciar qualquer processo de modernização organizacional no SNS e que demonstra que o subsector hospitalar do SNS está falido, como já estava em 2011, e um número crescente de hospitais piorou os resultados no que diz respeito à obrigação de garantirem consultas e cirurgias nos tempos mínimos clinicamente aceitáveis. Ou seja, há mais cidadãos em risco de não terem respostas de acordo com as suas necessidades. A intervenção política sob o SNS falhou na gestão financeira e, mais grave, gerou indícios de que tenha piorado a capacidade de satisfação das necessidades em saúde das populações, colocando-as em risco ou, em alternativa nunca assumida pelo actual governo, forçadas a recorrer ao sector privado através dos seguros de saúde que entre 2011 e 2014 recuperaram fulgor e níveis de procura que haviam perdido no período anterior.

A falência técnica de alguns hospitais públicos remonta a 2004. Porém, contra os princípios científicos da gestão em saúde, que ainda é pouco levada a sério em Portugal, entre 2006-2010 algumas destas unidades utilizaram muitos milhões de euros para obras de beneficiação dos seus edifícios, quando vários relatórios anteriores já indicavam o desajustamento da sua oferta à procura real de cuidados de saúde. As obras continuaram a ser realizadas (nas partes mais visíveis dos edifícios) e houve até quem iniciasse carreira política com os dividendos das inaugurações protagonizadas. Enganaram-se a eles próprios? Ou foram apenas coniventes com um sistema que, na altura, pressionava para que se promovesse despesa

em obras públicas, mesmo que em projectos sem qualquer justificação de gestão para o equilíbrio de um sistema de saúde regional?

Tenho afirmado, e mantenho, que temos dos melhores profissionais de saúde do Mundo, mas estamos entre os mais deficitários na qualidade da gestão das organizações de saúde. Os nossos hospitais são, de uma forma geral, unidades com excesso de capacidade de oferta, organizados com um cariz fabril, com procedimentos de natureza taylorista e empenhados em promoverem processos mecânicos de decisões universais sem “perder muito tempo” com a especificidade de cada caso individual. Muitos hospitais do SNS são grandes demais. Outros estão desadequados do perfil de doentes crónicos que servem e, por isso, abundam os processos em que o trabalho está mal organizado, as equipas não funcionam de forma verdadeiramente pluridisciplinar nem multiprofissional. Os sistemas de informação são obsoletos, ou mal planeados e desconexos como resultado de projectos pontuais de consultoria milionária que se têm reiniciado cada vez que uma nova equipa ministerial assume funções. Os fluxos dos doentes são caóticos e o potencial das novas tecnologias, nomeadamente o que designamos como *eHealth*, não tem sido devidamente integrado em planos de desenvolvimento organizacional. Em larga medida, esta abordagem industrial contraria os valores das profissões da saúde e as suas deontologias. Em choque constante com uma mitologia da produção (e menos de produtividade), o único factor de equilíbrio desta irracionalidade continua a ser a qualidade profissional e humana da esmagadora maioria dos nossos profissionais de saúde. O ministro da saúde foi totalmente

incapaz de contrariar qualquer destes fenómenos e falhas na gestão dos cuidados de saúde.

Em contraste com esta realidade, as PPP hospitalares, mantêm-se competitivas e em clara vantagem sobre os outros hospitais públicos limitados na sua autonomia de gestão e liderados por administrações desmotivadas ou politicamente dependentes.

Alguns hospitais privados melhor geridos, por seu lado, recuperaram do atraso tecnológico que sempre tiveram e, sobretudo, conquistam qualidade nos recursos humanos em que sempre estiveram em desvantagem em relação ao sector público, tornando-se atractivos para muitos profissionais experientes que estão a abandonar o SNS, por consequência da inexistência de qualquer assombro de política de recursos humanos para o SNS. Entre tantos estudos encomendados a um pequeno número de académicos amigos por ajuste directo que acabam arquivados nas catacumbas do ministério da saúde, ainda não se lembraram deste? Ou terá sido dado por inconveniente?

Faz uns meses, o ministro tentou tirar dividendos propagandísticos de algumas alegadas poupanças em custos administrativos que alguns hospitais promoveram individualmente, mistificando a constatação de que os cortes dos salários dos funcionários do SNS foram a única intervenção da sua responsabilidade que terá tido algum impacto na alegada redução de despesa. Triste.

### E o insólito acontece durante 2014

Após o insólito de vermos uma mulher barbuda a vencer o Festival da Eurovisão, o ano de 2014 prometia ser um ano diferente. No

sector da saúde, sobretudo em Portugal, confirmou-se a sucessão de factos inusitados.

Ficamos a saber que há idosos internados indevidamente nos hospitais públicos que esperam mais de um mês por não haver resposta pós-hospitalar como efeito do desinvestimento nos cuidados continuados integrados (CCI). Nos cuidados domiciliários, cruciais para gerar eficiência no SNS, nada. O desinvestimento nos CCI, revela extrema miopia e incapacidade em gerir qualquer processo de reforma do SNS, apesar dos falsos anúncios e pobre demagogia para fazer crer, a quem nada entenda do tema, que terá havido uma qualquer reforma na saúde.

Também ficamos a saber de pessoas a marcar consultas e exames urgentes no SNS que podem esperar entre 12 e 20 meses, desrespeitando regulação vigente na definição dos tempos máximos de resposta garantida. A conivência silenciosa da Entidade Reguladora da Saúde é tristemente vergonhosa e não tem sido denunciada.

A greve dos médicos no Verão deste ano, que apoiei efusivamente, confirmou a incapacidade de negociação transparente do ministro da saúde. A sua caricata tentativa de denegrir a boa-fé da greve, alegando que uma parte dos médicos não estava em greve pois “à tarde iria trabalhar no sector privado”, demonstrou um profundo desrespeito pela profissão e surpreendente desonestidade intelectual.

A luta da enfermagem, com greves locais em sequência, é também um processo de defesa da Verdade que devemos apoiar na medida da incapacidade ministerial de respeitar os princípios básicos de segurança do doente, dotando devidamente as unidades com os enfermeiros necessários de acordo com as regras internacionais da boa prática

da gestão de cuidados de saúde. A ponta do iceberg dos efeitos de mais esta incompetência ministerial, é a contínua elevada taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde verificadas em Portugal. No aparente gáudio dos seus discretos apoios, o ministro tem avançado com processos para a realização de novos contratos de âmbito nacional para a prestação de serviços de diagnóstico (i.e.: exames e análises) pagos pelo estado. Foi o segundo passo numa estratégia cujas medidas iniciais devastaram as pequenas empresas de âmbito local. Ao contrário da demagogia anunciada em 2012, os hospitais públicos foram impedidos de aumentar a sua capacidade de resposta ao nível das análises e exames de diagnóstico.

A tentativa de iniciar a cobrança coerciva de taxas moderadoras, sendo uma peregrina forma de abuso de poder, passará rapidamente ao arquivo morto do ministério da saúde. Tal como a alegada reforma hospitalar que nunca passou de um conjunto de medidas desarticuladas transformadas numa proposta de encerramento de serviços recorrendo a uma lógica de análise de distância e quilometragem em detrimento das reais

necessidades de saúde e recursos das comunidades locais.

Chocamo-nos também com a ignorância de comentadores que não entendem a luta contra o encerramento da Maternidade Alfredo da Costa (MAC) que sempre careceu de qualquer justificação técnica e que pareceu, desde o início, um estranho processo fraudulento que a sociedade civil não deixou passar em branco. Faço votos para a vitória final da acção contra o actual ministro da saúde.

Repetem-se os assaltos de propaganda planeada para gerir a imagem do ministro. Sempre que a população começa a perceber o desastre das suas intervenções políticas na saúde, repetem-se, por estranha decisão de alguns editores de órgãos de comunicação social, antigas estórias de casos de alegadas fraudes ao SNS que, apesar de noticiados meses antes, conseguem, na sua repetição, projectar uma imagem abusiva de “ministro em luta contra os poderes subversivos” e apagam dos factos a memória de que os processos de denúncia e investigação foram iniciados por outros. Também as notícias que registam promessas de resolução de problemas, como por exemplo a contratação de centenas de profis-

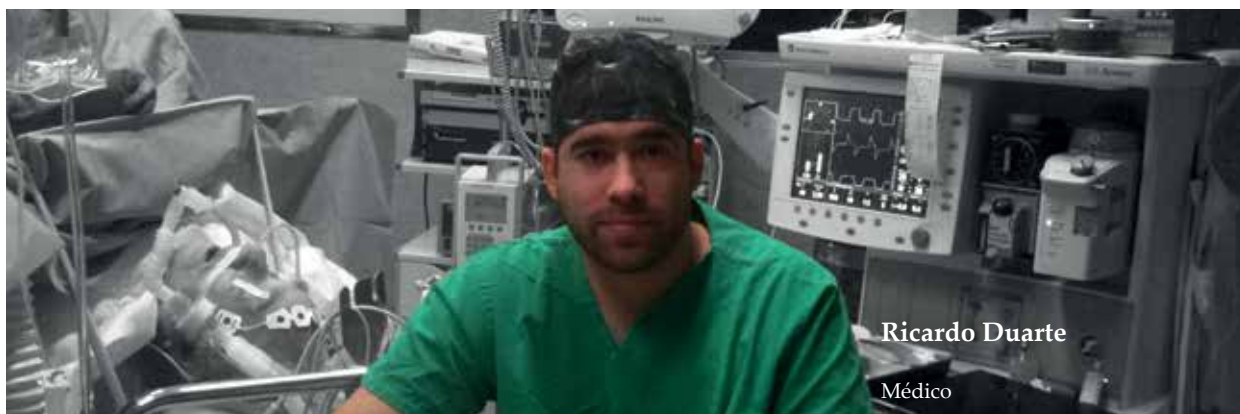
sionais de saúde quando, em larga medida, apenas está a renovar contratos, são mais um exemplo que esclarece a sua natureza manipuladora.

## Que Futuro?

A este ministro faltam ideias para o futuro de um sistema de saúde com necessidade de perspectivas de estabilidade nas organizações de saúde, capacidade de garantir as respostas à doença crónica e reduzir o internamento hospitalar indevido dos idosos, entre outros desafios estratégicos que se afiguram muito mais fundamentais que o aumento abusivo de taxas moderadoras ou transferência de despesa com os medicamentos para os doentes.

No SNS mantêm-se os mesmos problemas identificados quando este iniciou funções em 2011. No plano internacional, diversos exemplos de reformas estratégicas nos padrões de financiamento e políticas de qualidade geradoras de eficiência, passaram ao lado do ministro. Neste contexto, que exigir do Futuro? Fica a questão para futuras acções da OM.





## Carta de um Médico ao (Des)Governo de Portugal

Caro Sr. Presidente da República, Caro Sr. Primeiro Ministro, Caro Sr. Dr. Bastonário da Ordem dos Médicos,

O meu nome é Ricardo, tenho 36 anos e sou Médico desde 2001. As habilitações profissionais que hoje possuo implicaram 12 anos de estudo até à universidade, 6 anos de licenciatura em Coimbra com média de 17 valores, 2 anos de internato geral, 4 anos de especialidade e 2 anos de subespecialidade.

No início desta semana fui a uma clínica da cidade onde vivo pois tinha um doente marcado para consulta. Antes disso aproveitei uma horita livre que tinha e fui pôr umas calças a fazer a bainha e cortar o cabelo. Paguei 12.5 euros pela bainha (paguei adiantado para as levantar 48h depois) e paguei 10 euros no final do meu corte de cabelo. A bainha ficou bem feita e o corte (fácil, pois o cabelo já não abunda) também! Depois lá segui para a minha consulta. A doente chegou a horas, foi cordial e educada e a situação não era complicada e ficou resolvida. A doente pagou 3.99 euros pela consulta e daqui a 6-12 me-

ses espero receber os 18.46 euros (brutos) que me cabem pelo meu trabalho.

Com todo o devido respeito pela senhora que me fez a bainha e pela senhora que me cortou o cabelo (com certeza profissionais competentes que pagam as quotas das respectivas ordens profissionais!), gostaria que me explicassem a lógica de ser considerado "rico" ou "privilegiado" (e pelos vistos mal-agradecido) pelo Governo do meu país.

Como vou explicar ao meu filho de 3 anos que em Portugal é melhor não estudar porque é uma perda de tempo? Como lhe vou explicar que apesar de nunca ter vivido acima das minhas possibilidades não tenho a capacidade económica para escolher livremente o seu futuro?! Como lhe vou explicar que o país onde ele nasceu rouba a quem trabalha para sustentar quem não merece?!

Nunca vivi, nem vivo, acima das minhas possibilidades (deixo isso para outros!) mas tive (já não tenho, infelizmente) expectativas justas de qualidade de vida e condições dignas de trabalho...

O que consegui poupar ao longo destes anos de trabalho vai ser canalizado para pagar uma boa educação ao meu filho; no estrangeiro porque em Portugal não vale a pena! A minha formação "diferenciada" não é reconhecida em países (onde se fale inglês, porque dinamarquês ou sueco não é o meu forte) para onde valha a pena emigrar (países que reconhecem, valorizam e protegem as pessoas esforçadas e trabalhadoras como eu!), o que me dificulta bastante essa escolha difícil... Não sei se alguma vez o conseguirei fazer mas espero que o meu filho reconheça o esforço dos pais e nunca mais volte a este país corrupto e castrador, espero que esqueça que alguma vez foi português! A não ser que tenha jeito para "jogar à bola" ou para político porque para esses ser portugueses compensa!

Atentamente, Ricardo Duarte  
3 de Abril de 2014

Nota: tal como os brasileiros, também eu me recuso a escrever pelo "novo" acordo ortográfico.



**Francisco Pavão**

Médico Interno de Saúde Pública, Ex-Presidente ANEME

## Tal trabalhito, tal dinheirito!

Decorridos que estão quase seis anos sobre a data em que os emissários da então Ministra da Saúde Ana Jorge voaram em classe executiva para as Caraíbas, incumbidos da espinhosa e complexa missão de contratar médicos de língua castelhana para suprir a carência lusitana no Alentejo profundo, o assunto volta agora às páginas dos nossos jornais enquanto a derrocada do BES se vai diluindo na curiosidade dos leitores.

Tudo porque José Manuel Silva, o combativo Bastonário da Ordem dos Médicos voltou à carga pedindo ao actual Ministro da Saúde, o inflexível fiscalista Paulo Macedo, que remunerar os médicos portugueses com o mesmo salário que paga aos “não especialistas” cubanos, cujo montante ao fim de todos estes anos se salda já pela bonita quantia de 12 milhões de euros. Ao fim ao cabo como diz o bom povo, “tal trabalhito, tal dinheirito!”

Quem não gostou da iniciativa foi a senhora Embaixadora da República de Cuba que reagiu parecendo desconhecer a cortesia e a contenção, jóias muito em uso pelos verdadeiros diplomatas em momentos de crise ou apenas de exaltação de razões, como estou em crer são as presentes.

Como seria de esperar enumerou os benefícios deste acordo para os cidadãos nacionais, contabilizou as consultas e por último lá explicou por que razão o dinheirinho do contrato não vai

directo para o bolso dos profissionais contratados...

O que é interessante nesta troca de mimos em que, apesar de tarde, o Bastonário apela com toda a razão à justa remuneração dos médicos e alerta para a cada vez mais numerosa emigração de especialistas, é que já antes, muito antes, a Associação Nacional de Estudantes de Medicina no Estrangeiro, ANEME, a que honradamente presidimos, havia comentado a referida contratação e solicitado ao Ministério da Saúde informação sobre o conteúdo contratual, que à boa maneira portuguesa nunca mais teve resposta.

Além do mais, sugerimos à senhora Ministra da Saúde de então, que entre outras medidas tivesse em atenção o elevado número de estudantes de medicina no estrangeiro e mandasse proceder com o seu homólogo do Ensino Superior, à revisão dos critérios de licenciatura das novas escolas que contemplavam, imagine-se, a formação de

médicos em apenas quatro anos! Lamentavelmente, a inércia e a indiferença tão características dos governos portugueses cujo principal objectivo continua a ser o sucesso eleitoral a qualquer custo, nada foi prevenido nem acautelado, chegando ao ponto de agora ser necessário voltar a contratar médicos no estrangeiro, apesar do ministro Paulo Macedo clamar aos quatro ventos que estará para breve a contratação de todos os médicos para o Serviço Nacional de Saúde.

Fique claro que nada temos contra a troca de experiências e mobilidade de profissionais, pois daí, como insiste o prestigiado mestre Daniel Serrão, só resulta conhecimento e sabedoria que são sempre bem-vindos. Mas de momento, não nos ocorre nenhum país que não proteja ou dê prioridade aos seus nacionais. A não ser que receie a xenofobia ou até mesmo, tema pecar!...

Porto, 22 de Agosto 2014



Álvaro Durão

## Da saúde dos trabalhadores e da Medicina do Trabalho

São diversas as razões pelas quais não me posso eximir à responsabilidade de defender a Saúde dos Trabalhadores: assessoriei diversas Empresas, sindicatos, Ministros da Saúde e do Trabalho para evidenciar e valorizar o impacto social e económico que corresponde à manutenção e promoção da saúde da população activa, e às estratégias preventivas, como forma de evitar a exposição a condições perigosas e insalubres e criar condições de trabalho seguras e saudáveis; participei na formação e especialização de Médicos do Trabalho e de Técnicos de Higiene e Segurança no Trabalho em Universidades em Portugal, e nos EUA e outros países do Continente Americano na qualidade de Coordenador do Programa da Saúde dos Trabalhadores da Organização Mundial da Saúde na Região das Américas.

Parece apropriado e muito oportuno dar relevância às estratégias de manutenção e promoção da saúde da população activa – que

correspondem a investimento e não a custo – e são saber e arte dos Médicos do Trabalho e outros profissionais dedicados à Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho. Dada a sua formação específica sobre os múltiplos factores de risco, medidas de vigilância da saúde, intervenções ergonómicas e actividades de aconselhamento para protecção individual e colectiva dos trabalhadores correspondem-lhe funções de aconselhamento e orientação dos empregadores e das chefias, a quem correspondem inalienáveis responsabilidades para que as condições de trabalho sejam as mais adequadas, seguras e saudáveis, além da obrigatoriedade de prevenir factores de risco que possam extravasar a área das instalações.

Tão pouco posso deixar de valorizar a importância da responsabilidade científica e técnica dos Colegas que praticam Medicina Geral e Familiar, aliviam as queixas e sofrimentos dos muitos concidadãos que a eles recorrem

para melhorar seus males, atenuam suas queixas, e curaram as suas doenças. Respeito a formação e prestação destes Colegas que – além de diagnosticar e cuidar – se esforçam não só a aconselhar e motivar os seus concidadãos a adoptar estilos de vida e comportamentos mais saudáveis, a chamar a atenção para o risco do tabagismo e outros hábitos perigosos, insalubres e menos saudáveis.

Os seus estudos, esforço e o saber e dedicação com que diagnosticam e tratam os seus doentes exigem conhecimento, experiência e tempo. E os seus conselhos são preciosos para que os seus pacientes tenham estilos de vida saudáveis e sejam sadios.

Valorizo o seu empenho na formação contínua para que possam servir melhor os seus concidadãos. Destaco a atenção a sinais precoces e a ajuda que dão aos seus clientes, motivando-os a terem estilos de vida e comportamentos mais saudáveis, e a identificar e controlar sinais precoces



de alterações. Enalteço a atenção que prestam à medicina preventiva e o empenhamento com que contribuem para evitar o envelhecimento e morte prematuros. Mas não se pode esperar que conheçam os factores de risco específicos das profissões e das condições e exigências de trabalho dos utentes dos seus serviços e cuidados, nem prevejam os acidentes, doenças profissionais, lesões e sofrimentos a que estão expostos, e podem causar aos seus companheiros de trabalho. Assim sendo, não me posso eximir à responsabilidade de afirmar que a prática da Medicina do Trabalho não pode ser exercida por Clínicos Gerais ou quaisquer outros especialistas. Seria forçar uma situação duplamente negativa:

- Desaproveitar o tempo, conhecimento e saber daqueles Colegas para estudar os seus doentes e cuidar deles;
- Privar trabalhadores da atenção especializada dos Médicos do Trabalho;
- Fazer crer empregadores e trabalhadores que estes têm assegurada a vigilância e promoção da

saúde que lhes é devida, e que só os especialistas lhe podem assegurar.

Não me desobrigo da responsabilidade de manifestar esta opinião por diversas razões: por ter merecido a honra de integrar o grupo de três médicos que o Conselho Directivo da Ordem dos Médicos criou para constituir a Comissão de Avaliação Curricular dos Colegas que se candidatassem ao título de Médico do Trabalho, cuja presidência me correspondeu; por ter podido criar o Serviço de Medicina do Trabalho de uma grande empresa (a Siderurgia Nacional) e posteriormente ter sido nomeado Director do Departamento de Saúde Ocupacional da mesma empresa, tendo como colabores diversos Médicos do Trabalho, Técnicos de Higiene e Segurança, e de Ergonomia, que colaboraram na manutenção e promoção da saúde de milhares de trabalhadores; por ter coordenado o Curso de Mestrado de Saúde Ocupacional da Faculdade de Medicina de Coimbra; por ter sido coordenador do Programa de Saúde dos Trabalhadores para as Américas

por mais de 10 anos.

Vem esta nota de intervenção escrita como responsabilidade individual justificada pelas notas que o signatário destaca do seu percurso profissional:

- Ter contribuído para o reconhecimento da especialidade de Medicina do Trabalho pela Ordem dos Médicos, e o ter sido encarregado pelo Conselho Directivo da OM de organizar e presidir a Comissão que, com outros 2 Colegas, foi responsabilizada pela avaliação curricular dos que se candidataram a ser reconhecidos como especialistas e a inscrever-se no Colégio da Especialidade;
- Ter sido sócio fundador da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho como secção da Sociedade Portuguesa de Ciências Médicas, de que fui secretário e presidente;
- Não me ter eximido à responsabilidade de ter revisto e não terem sido aceites muitas das candidaturas de Colegas que pretendiam ser considerados especialistas em Medicina do Trabalho após a criação da especialidade neste ramo da Medicina.



Nuno Sanches de Almeida Machado

Licenciado em Medicina

## É possível medir a performance de um médico?

*"Para que possamos amar o nosso país, o nosso país deve ser amável"*

Edmund Burke

I - Começou há uns anos no Reino Unido uma reforma dos cuidados de saúde, cuja grande inovação foi a introdução do chamado pagamento por desempenho. Os médicos passavam a ser incentivados a melhorar o seu desempenho através de salários mais altos. Esperava-se com isto melhorar a saúde das populações e, segundo alguns, diminuir a despesa com saúde, especificamente, a despesa do Estado com a saúde.

Em vigor no Reino Unido há alguns anos e já exportada para uma série de países (nomeadamente Portugal, com a criação de Unidades de Saúde Familiares), vêm agora o Reino Unido e a comunidade científica aferir os efeitos desta inovação. Ao que

parece, este modelo (pagamento por desempenho) tem limitações e causa alguns prejuízos para a saúde das populações, não obstante também trazer alguns benefícios para essa saúde. Concretamente, o que acontecia é que eram escolhidos alguns indicadores de saúde para avaliação e posterior determinação de desempenho dos profissionais. O que agora foi apurado é que alguns destes indicadores melhoravam, de facto, pelo menos no curto prazo, mas à custa dum pior desempenho de outros indicadores, que não estavam sujeitos a medição e avaliação.

Ainda em relação aos indicadores que são avaliados, pôde constatar-se que alguns não apresentam melhoria e que ou-

tros apenas apresentam no curto prazo, regressando depois à tendência anterior ao início deste esquema.

Face a isto, poderíamos ser tentados a afirmar que ultrapassaríamos o problema avaliando todos os indicadores de saúde, calculando assim, verdadeira, numérica e objectivamente, o desempenho de um médico. Bela Quimera!

Na realidade, o desempenho adequado das várias especialidades médicas exige o domínio e a leitura de uma grande bibliografia. Imagine-se quantos indicadores de saúde poderiam ser extraídos de tal conjunto bibliográfico - certamente na ordem dos milhares... Ora, na avaliação de desempenho que

se encontra em vigor, aparecem meia dúzia, dezenas ou poucas centenas de indicadores de saúde a serem medidos, conforme o caso. Assim sendo, podemos concluir que o que está a ser avaliado se aproxima de uma triste caricatura do desempenho de um médico.

Regressando à experiência iniciada no Reino Unido e depois acolhida noutros países, como Portugal, referida no início deste texto, o que se sabe é que não existem evidências que permitam esclarecer se o efeito do pagamento por desempenho é globalmente benéfico ou maléfico na saúde das populações.

No Reino Unido, esta experiência é já fortemente criticada e a reforma começa a ser desmantelada; em Portugal, o conceito de medição de desempenho médico continua de vento em popa.

II - Quero agora referir-me às reformas no sentido político, tanto nos cuidados de saúde, como em outros sistemas ou sub-sistemas. Como nos ensina Karl Popper, entre outros, devemos ter muita prudência quando mudamos qualquer sistema, pois nunca poderemos saber, com antecedência, se o resultado global da mudança será positivo ou ne-

gativo. Devemos, por isso, ser parcimoniosos e limitados nas mudanças que encetamos. Caso existam muitas reformas ou mudanças em simultâneo, deixamos de conseguir monitorizar os seus efeitos e poderemos estar a encaminhar-nos para o colapso global. O conservadorismo político, com expoente no filósofo Edmund Burke, defende algo semelhante.

Não deixa de provocar alguma estranheza que a saúde em Portugal seja um campo, segundo alguns, tão carente de reformas, pois sempre foi dos poucos sistemas em democracia que funcionou bem, opinião amplamente consensual. Neste sentido, a proactividade, o voluntarismo e as mudanças quase diárias deveriam deixar-nos bastante receosos.

O facto acrescido de estarem a ser feitas “reformas” ou mudanças intensas em vários sistemas do regime torna impossível distinguir causas de consequências no acompanhamento das reformas. Era no sentido de ultrapassar este problema que Karl Popper advogava a realização de uma reforma de cada vez. Devemos concentrar-nos no absolutamente essencial e urgente e colocar aí todo o nosso empenho.

## Bibliografia

- Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis, E, Sibbald B, Roland, M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009 Jul 23; 361 (4) :368-78. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0807651#t=articleTop>
- Coutinho, J. P. (2014): *Conservadorismo*. D. Quixote.
- Doran T, Kontopantelis E, Valderas, JM, Campbell S, Roland M, Salisbury C, et al. Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ* 2011 Jun 28; 342:d3590. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d3590>
- MacAuley D. A decade of change for general practitioners in the UK. *Rev Port Med Geral Fam* 2013 Nov-Dez; 29 (6): 361-362. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=issue&op=view&path%5B%5D=749&path%5B%5D=showToc>
- Merton, Robert K. (1936) ‘The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action’, *American Sociological Review* 1(6): 894-904. Disponível em: <http://www.d.umn.edu/cla/faculty/jhamlin/4111/Readings/MertonSocialAction.pdf>
- Oakeshott, M. (1991): *Rationalism in politics and other essays*. Indianapolis: Liberty Fund.
- Popper, K. (2007): *A Pobreza do Historicismo*. Lisboa: Esfera do Caos, pag. 62-68.
- Popper, K. (2012): *A Sociedade Aberta e os Seus Inimigos*. Lisboa: Edições 70, 1º volume.
- Relatório do Tribunal de Contas (2014): *Auditoria ao desempenho de unidades funcionais de cuidados de saúde primários*. Disponível em: [http://www.tcontas.pt/pt/actos/re\\_l\\_auditoria/2014/2s/audit-dgtc-rel017-2014-2s.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/re_l_auditoria/2014/2s/audit-dgtc-rel017-2014-2s.pdf)
- New GP contract heralds return of ‘proper doctors’. Disponível em: <http://www.telegraph.co.uk/health/health-news/10450706/New-GP-contract-heralds-return-of-proper-doctors.html>

publicidade

## Grupo hospitalar privado procura médicos

Grupo hospitalar privado da região sul do país, que se encontra em fase de expansão, procura médicos nas áreas de dermatologia, oncologia, ortopedia, cardiologia, hematologia clínica e hemato-oncologia, cirurgia plástica, oftalmologia, otorrinolaringologia, radiologia, radiologia de intervenção, neurorradiologia de intervenção, pediatria, cardiologia pediátrica, alergologia para integrar o quadro médico permanente em exclusividade.

Envie candidaturas para [algarverrecrutamento100@gmail.com](mailto:algarverrecrutamento100@gmail.com)





**Victor Rôlo**

Cirurgião Pediátrico – IDEALMED

## A Cirurgia Pediátrica - Breve análise de uma trajetória

A opinião dum cirurgião "reformado" do SNS.

A cirurgia pediátrica é uma especialidade relativamente recente. Até ao início do século XX o tratamento de crianças com doenças cirúrgicas era uma actividade inglória e muitas vezes evitada. A anestesia era imprevisível, não havia garantias de que a criança acordaria do procedimento cirúrgico, por mais simples que fosse. Equipamentos, materiais e instrumentos adequados não existiam e a improvisação reinava.

Hospitais exclusivamente pediátricos existiam, mas tratamentos eram limitados e realizados por cirurgiões gerais. Cirurgias de maior porte tinham mortalidade proibitiva. À medida que a medicina avançava tornava cada vez mais claro que crianças não são adultos pequenos, como se pensou por muito tempo. Crianças têm peculiaridades anatómicas, fisiológicas e psicológicas que as diferenciam muito dos adultos.

Convencidos disso, na Europa e nos Estados Unidos alguns cirurgiões começaram a dedicar-se ao tratamento de crianças. Alguns livros foram escritos, porém eram essencialmente descritivos. A observação das doenças era, em muitos casos, o máximo que poderia ser feito. Se por um lado, na Europa a cirurgia pediátrica crescia em vários centros, por volta de 1870, (Londres – Sick Children; Paris – Enfants Malades), nos Estados Unidos a especialidade teve o seu grande impulso na região da Nova Inglaterra, considerada o berço da cirurgia pediátrica.

Em 1917 no auge da 1ª Guerra Mundial, um acidente envolvendo navios que transportavam explosivos no porto de Halifax, resultou naquela que é considerada a maior explosão não-atômica da história. Aproximadamente 2 mil pessoas morreram e outros milhares ficaram

feridos. Pela grande quantidade de escolas próximas ao porto, crianças eram parte significativa das vítimas. Equipas médicas de estados e cidades vizinhas foram mobilizados para ajudar no tratamento dos feridos. Um dos cirurgiões, William E. Ladd, que liderava uma equipa de Boston, é considerado o “pai” da cirurgia pediátrica. Alguns anos após este incidente W. Ladd e R. Gross (Boston), W. Potts (Chicago) e Sir Dennis Browne (Londres) foram responsáveis pelo grande desenvolvimento da especialidade e por terem formado cirurgiões que ajudaram a disseminar a cirurgia pediátrica.

No início do século XX, em Portugal (Lisboa – HDE), a cirurgia pediátrica começa em enfermarias de cirurgia/ortopedia [“criança direita” (orto=direita+pedia=criança (?))]. Desde a década 50/60 (Rosado Pinto, Luciano Carvalho), conti-

nuando pela década de 70 (Especialidade reconhecida pela Ordem dos Médicos) e até à década de 80 (Fernando Afonso, Gentil Martins), foram formados mais de metade dos cirurgiões pediátricos portugueses. Entre eles J. A. Matos Coimbra (*que aqui recordamos com gratidão e saudade*), que veio a ser o “pai” da cirurgia pediátrica em Coimbra / Região Centro, e que, tal como Dennis Browne definiu, nos ensinou que o objectivo é estabelecer um padrão e não procurar um monópólio.

A cirurgia pediátrica é actualmente uma especialidade bem estabelecida. Embora algumas doenças e malformações congénitas ainda sejam amplamente desconhecidas, porém o tratamento de outras tantas já se tornou rotina.

**É uma especialidade médico-cirúrgica abrangente e envolve diagnóstico e tratamento de afecções abdominais, torácicas, cervicais e da superfície/parede corporal, tanto em recém nascidos como em crianças mais velhas e adolescentes. Tratamento**

**de crianças com malformações congénitas e doenças adquiridas (infecciosas; tumorais; traumáticas). Atende urgências e presta cuidados intensivos em equipas multidisciplinares.**

O desenvolvimento e importância da cirurgia pediátrica decorreu muito do:

- diagnóstico pré-natal das malformações;
- apoio perinatal (neonatologia), cuidados intensivos neonatais;
- alimentação parenteral;
- estudos multicêntricos do tratamento de cancro infantil;
- aprimoramento de outras especialidades cirúrgicas pediátricas (neurocirurgia, ortopedia, urologia, cardiovascular);
- mais e melhor conhecimento patológico;
- desenvolvimento das técnicas de imagem;
- miniaturas em equipamentos, materiais e instrumentos cirúrgicos;
- maior segurança da anestesia pediátrica;
- trabalho e dedicação em equipa multidisciplinar.

Os altos índices de cura, aliados à surpreendente capacidade de recuperação da criança tornam a cirurgia pediátrica uma especialidade extremamente atractiva e recompensadora, ou melhor, gratificante.

Hoje, mais do que nunca sabe-se que os melhores resultados serão atingidos e a criança sempre será melhor tratada quando estiver em ambiente adequado e assistida por profissionais especializados. Se o seu filho precisar, vai querer consultar um cirurgião qualificado e com experiência em cirurgia infantil.





**Isabel Fernandes**

Professora Catedrática da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Directora do CEAUL / ULICES – Centro de Estudos Anglisticos da Universidade de Lisboa e Coordenadora Científica do projecto internacional Narrativa & Medicina: (con)textos e práticas interdisciplinares (<http://narrativamedicin.com/>) (financiado pela FCT) e da unidade curricular interinstitucional de pós-graduação em Medicina Narrativa, introduzida em Portugal em 2012 na Universidade de Lisboa (FLUL, FMUL e ESEL).

## O elefante verde ou a importância da Medicina Narrativa na prática clínica<sup>1</sup>



*Alguém tinha contado a David a história do sujeito diagnosticado com uma*

*doença grave a quem o médico só havia dado um ano de vida: o doente pediu demissão do emprego, vendeu tudo o que tinha e foi gastar numa farra de dimensões épicas. Pouco depois, descobriu-se que o diagnóstico estava errado. Parece que o médico teve que enfrentar um processo, mas daí em diante a história perdia o interesse para David.*

*Ele pensava nisso ao observar o oncologista pegando um pequeno elefante de pedra verde que tinha em sua estante e revirando-o entre as mãos enquanto falava. Era como se estivessem ali discutindo o caso do pequeno elefante de pedra, não o de David. Tratamentos disponíveis. Meses a mais, meses a menos, dependendo disso ou daquilo.*

*O médico examinou a tromba do elefante, as patas. Virou o animal para um lado, para o outro. Disse qualquer coisa sobre quimioterapia (e que, no caso dele, não recomendava, e por quê) e radioterapia (e que, no caso dele, recomendava, e por quê).*

*Lá do fundo do oceano de silêncio onde David estava mergulhado, por*

*um instante ele teve a impressão de que o elefante ia responder. Seu novo porta-voz de pedra verde, que falava com uma voz pequena, mineral e ponderada. Já que as palavras de David pareciam estar enfiadas dentro de alguma gaveta, num canto do seu cérebro doente, e em meio à pressa e à desordem ele não conseguia encontrá-las.<sup>2</sup> – Eis os parágrafos de abertura do romance *Hanói*, da escritora brasileira Adriana Lisboa (prémio José Saramago 2003).*

A par das devastadoras consequências do erro médico a que o parágrafo de abertura alude, sem dúvida também merecedoras de atenção, interessa-me antes enfatizar aspectos da comunicação médico-doente que, nesta cena, claramente fracassa. Perante a necessidade de anunciar uma notícia tão grave quanto a deste caso de glioblastoma multiforme, o médico encontra estratégias de fuga características: linguagem técnica e objectiva e desvio do olhar e da atenção do doente sobre um objecto terceiro, inconspícuo - o pequeno elefante verde, indício maior da incomodidade esquiva do clínico e, presumivelmente, da sua imprepa-

ração para tais circunstâncias. Se apenas pelos sinais exteriores do seu comportamento deduzimos a dificuldade da posição do médico, já ao ponto de vista do doente acedemos de forma directa. O “narrador de terceira pessoa”<sup>3</sup> desvela-nos o íntimo de David, protagonista desta história. Esmagado pelo peso insuportável da notícia da sua morte anunciada, apanhado de surpresa e incapaz de articular um discurso coerente, o jovem conjectura interiormente, não sem alguma ironia, que o elefante verde pudesse ser, para ele, naquela circunstância, o único porta-voz viável... A necessidade de recuperar a voz (ainda que “pequena”), quando ela nos falha, é o que aqui se sinaliza. Sem ela, soçobramos num “oceano de silêncio,” como acontece a David. Se bem atentarmos, então, dois dramas se desenrolam neste excerto, conquanto de magnitude diferente, o do doente e o do clínico. Ambos apontam para a importância crucial da linguagem em situações de desenlace difícil e imprevisível. No caso do clínico, humanizar e valorizar a relação interpessoal com o ser fragilizado que tem perante si



não é tarefa fácil e requer, além da indispensável competência científica e bagagem clínica, outro tipo de aptidões por parte do médico, que não devem ser menosprezadas e que, em momentos particularmente preñhes de emotividade, como o acima ilustrado, podem revestir-se de importância decisiva.

O campo emergente da Medicina Narrativa ou Humanidades Médicas<sup>4</sup> tem vindo a chamar a atenção, nas últimas duas décadas, para a necessidade de atender e acudir a este outro tipo de competências por parte do pessoal médico (e paramédico), para tanto tirando partido do contributo de áreas do saber do âmbito das Humanidades, designadamente, os Estudos Literários, a Filosofia, a Ética, a Linguística, a Sociologia, entre outras. Se os anos 80 do séc. passado testemunharam a emergência e afirmação quase incontestada da “Medicina baseada na prova” (Evidence-based Medicine - EBM<sup>5</sup>), como se verá abaixo, já o aparecimento desta nova área de investigação - Narrative-based Medicine - NBM ou Narrative Medicine - NM - tem conhecido menos protagonismo no âmbito das ciências médicas, conquanto não seja mais recente. De facto, o aparecimento dos Grupos Balint na década de 50 do séc. XX sinalizava já a existência dum mal-estar e da necessidade de o colmatar: reconhecendo que a consulta médica é, no essencial um acto de relação, estes grupos visavam amparar o clínico, fazendo-o partilhar *inter pares* os dilemas e dificuldades da sua relação com o doente concreto e singular. O objectivo seria o de fomentar uma atitude mais empática e mais auto-consciente, abrindo caminho a uma relação de confiança entre médico e

doente.<sup>6</sup> Mas foi, sobretudo, nas décadas de 80 e 90 do séc. passado que se fizeram notar de forma mais decidida publicações e iniciativas conducentes a um movimento, de cariz diferente dos Grupos Balint, que hoje se manifesta a nível mundial, mas muito em particular no mundo anglo-saxónico. Refiro-me ao aparecimento de programas como o da Universidade de Columbia – Program in Narrative Medicine (fundado em 2000) e publicações como as de Richard Zaner ou de Rita Charon, sensibilizando para áreas de fronteira cientificamente menos exploradas e desvalorizadas pelo paradigma dominante. A questão central que hoje, a meu ver, enfrentamos consiste em equilibrar os extraordinários avanços registados na medicina como ciência, ou melhor, na/s ciência/s médica/s, e a tendência para uma certa subalternização da relação interpessoal no encontro clínico, da escuta atenta da história do doente, da consideração do seu ambiente social e familiar, aspectos que alguns entendem ser consequência da crença inquestionada e (quase) exclusiva no valor decisivo dos exames auxiliares de diagnóstico e, sobretudo, no rigor das técnicas de imagem. A este propósito lê-se, no mais recente livro de João Lobo Antunes:

*Um facto surpreendente é que o progresso da biomedicina veio aumentar paradoxalmente a incerteza da decisão médica. (...)*

*Ainda hoje na prática clínica o diagnóstico começa com a colheita da história, o exame físico – agora um pouco menosprezado pela abundância e rigor das técnicas de imagem – a que se segue o recurso a exames auxiliares de diagnóstico. Na Nova Medicina a imagem quase aboliu a narrativa da doença, em parte porque o*

**A questão central que hoje enfrentamos consiste em equilibrar os extraordinários avanços registados nas ciências médicas e a tendência para uma certa subalternização da relação interpessoal no encontro clínico, da escuta atenta da história do doente, da consideração do seu ambiente social e familiar, aspectos que alguns entendem ser consequência da crença inquestionada e (quase) exclusiva no valor decisivo dos exames auxiliares de diagnóstico e, sobretudo, no rigor das técnicas de imagem**

*médico tem menos tempo para ouvir (há um estudo que revela que o médico tende a interromper o discurso do doente em média dezoito segundos depois de ele começar!), e porque o próprio doente tem dificuldade em explicar as suas queixas e acha que a doença está claramente revelada nas imagens obtidas. (Enfâse minha)<sup>7</sup>*

Foi como reacção a este estado de coisas que surgiu a Medicina Narrativa a qual, nas palavras da sua principal defensora, Rita Charon: “[é uma] medicina praticada com a competência narrativa para reconhecer, interpretar e ser levado a agir pela situação crítica dos outros”.<sup>8</sup>

Em definição posterior, mais completa e ambiciosa, contempla-se a diferença crucial entre singularidade biológica e a indi-

Ainda que os seus defensores aleguem não prescindir do julgamento e da experiência médicas e afirmem que a EBM é complementar em relação à prática médica tradicional, a verdade é que esta orientação acentuou o pendor cientificizante da nova ciência médica e levou os médicos, em gesto defensivo, a uma utilização excessiva de todo este tipo de resultados e decorrentes dados estatísticos, duma multiplicidade de testes e técnicas auxiliares de diagnóstico, o que determinou um aumento exponencial do número de exames (muitas vezes desnecessários), com riscos acrescidos para os doentes e um aumento significativo dos custos na saúde.

vidualidade do doente (objecto privilegiado da MN):

*A Medicina Narrativa é uma prática e uma atitude intelectual que permite aos médicos olhar para lá dos mecanismos biológicos no cerne das abordagens convencionais à prática médica, e abarcar domínios de pensamento e modos de dizer que se focalizam na linguagem e na representação, nas emoções e relações que iluminam a prática dos cuidados de saúde. (Enfâse minha)<sup>9</sup>*

Defende-se ser esta “a plataforma

*mais desenvolvida que existe para exercer clínica com as técnicas e a sensibilidade necessárias, a fim de sermos capazes de combinar o conhecimento clínico e científico com o entendimento interpessoal dos muitos e variados relatos encontrados nos cuidados de saúde individuais.” (Enfâse minha)<sup>9</sup>*

Esta nova área interdisciplinar procura modos de conhecer e meios de dizer focados na linguagem e na representação. Não rejeita os avanços científicos, antes depende deles, mas combiná-los com outras áreas, derivando sustento intelectual de domínios que vão além da estrita ciência. Assume-se como actividade interpretativa e provisória, inalienável do contexto situacional em que é praticada.<sup>10</sup>

Não sinalizando propriamente uma preocupação nova na medicina clínica, a MN é, porém, um campo inovador no modo como, pela primeira vez, conjuga a prática médica com áreas de investigação como a narratologia, a psicologia, a etnografia, os estudos de comunicação, a história oral, entre outros.<sup>11</sup> E responde modernamente ao crescente domínio do paradigma científico de base positivista, aliado a um profissionalismo algo estreito no exercício da clínica. Neste quadro, alegava-se, que os médicos eram treinados para tratar qualquer situação médica como mero problema a ser resolvido, mas sem ter em conta os aspectos psicológicos e contextuais do doente (história de vida, crenças, medos, etc.). Impunha-se, então, um redireccionar da atenção para o doente e uma reconsideração da relação médico ou cuidador/doente, que revalorizasse a singularidade e o contexto específico de cada caso. A MN apareceu como o necessário complemento

à institucionalização desse paradigma duro no exercício da arte médica, de base tecnológica,<sup>12</sup> instalado no início dos anos 80 do séc. XX e concretizado pela chamada EBM (Evidence-based Medicine).

O que devemos entender por EBM, ou Medicina baseada na prova? Nas palavras de um dos seus defensores: “A Medicina baseada na prova, ou medicina factual, define-se como a utilização consciente e judiciosa dos melhores e mais actualizados dados (provas) da investigação clínica, atendendo à especificidade de cada doente.”<sup>13</sup> Tais provas advêm de estudos clínicos sistemáticos, submetidos a testes extensivos de carácter aleatório, a meta-análises, a estudos transversais ou estudos de acompanhamento fidedignos. A EBM preconiza o recurso a uma revisão sistemática da melhor literatura médica disponível (sujeita a arbitragem científica), análise de risco / benefício e testes de controlo randomizado. Consiste, pois, em basear as decisões clínicas não apenas em conhecimentos teóricos, no julgamento e na experiência (principais componentes da medicina tradicional), mas também nas provas científicas. Por provas entendem-se os conhecimentos dedutíveis a partir de investigação científica sistemática, realizada sobretudo no plano do diagnóstico, do prognóstico e do tratamento de doenças e que se baseiam em resultados validados e aplicáveis na prática médica corrente.

Ainda que os seus defensores aleguem não prescindir do julgamento e da experiência médicas e afirmem que a EBM é complementar em relação à prática médica tradicional, a verdade é que esta orientação acentuou o pen-

dor cientificizante da nova ciência médica e levou os médicos, em gesto defensivo,<sup>14</sup> a uma utilização excessiva de todo este tipo de resultados e decorrentes dados estatísticos, duma multiplicidade de testes e técnicas auxiliares de diagnóstico, o que determinou um aumento exponencial do número de exames (muitas vezes desnecessários), com riscos acrescidos para os doentes e um aumento significativo dos custos na saúde.<sup>15</sup>

Apesar de tudo isto, julgo que não devemos encorajar uma dicotomia ou uma visão contraditória entre EBM e NBM/MN, mas antes, como defende M. Parker,<sup>16</sup> afirmar que a EBM, devidamente concebida e complementada pela NBM/MN, pode constituir a condição necessária para o exercício consciente da liberdade clínica nos nossos dias.

E foi neste contexto, aqui necessariamente apenas esboçado, que os anos 90 do séc. XX testemunharam a emergência de programas pós-graduados interdisciplinares nesta área, tirando partido das humanidades em geral (história da medicina, filosofia e ética, em particular) e sobretudo dos avanços registados nos estudos literários (*close reading*, narratologia, estudos de recepção, crítica ética), bem como nos estudos fílmicos e na história de arte. O interesse por tais interfaces foi parcialmente determinado pela consciência por parte dos profissionais de saúde da “mercantilização dos cuidados de saúde” (segundo Charon) ou do estabelecimento de uma “cultura empresarial” (segundo Lobo Antunes) e da crescente, senão exclusiva, dependência dos recentes meios auxiliares de diagnóstico em contexto clínico. À leitura dos sinais do corpo deve

aduzir-se uma descodificação das narrativas e outros indícios verbais e não-verbais dos doentes e uma consciência dos aspectos éticos e contextuais envolvidos. Tal requer uma predisposição cognitiva particular que só uma formação humanística - aliada ao conhecimento e à experiência clínica - pode promover.<sup>17</sup>

A investigação e a respectiva aplicação prática neste domínio (incluindo a formação de estudantes e profissionais da saúde) exigem a colaboração interdisciplinar e uma equipa multidisciplinar de Humanidades Médicas. Quais são as condições epistemológicas que tornam oportuno, pertinente e insubstituível o contributo das Humanidades, em geral, e dos estudos literários, em particular, nesta área de investigação e de intervenção social?

Nas últimas duas décadas, estes campos testemunharam mudanças profundas, tanto nas fronteiras disciplinares até então estabelecidas e herdadas dum modelo racional de universidade, como de novas abordagens metodológicas e duma acrescida prática auto-reflexiva.<sup>18</sup> Tal revolução disciplinar era já evidente no âmbito dos Estudos Ingleses no início dos anos 90, quando o lugar da literatura e do seu estudo era encarado como tendo “negociado uma transição ou deslocamento para o quase ilimitado domínio dos estudos culturais, estudos dos *media*, comunicação, etc.”<sup>19</sup> Esse movimento centrífugo de desformatação disciplinar (que não significa necessariamente desvinculação ou alienação das premissas disciplinares) haveria de aprofundar-se com a aproximação às ciências ditas “duras”, promovendo um movimento significativo de convergência, tal como reconhe-

cido recentemente por Ceserani.<sup>20</sup> Adoptando a perspectiva dos *open fields*, de Gillian Beer, e os pressupostos respeitantes à interdisciplinaridade, Ceserani mostra a relevância e adequação dos conceitos e instrumentos literários em domínios como a filosofia, a matemática, a biologia, a antropologia, a economia e a medicina, entre outros.

Autores como Davis e Morris, por seu lado, favoreceram também um esbatimento das fronteiras entre ciências e humanidades, defendendo a emergência do que designaram “bioculturas” (“biocultures”) visando construir: “uma comunidade de intérpretes, de carácter interdisciplinar, dispostos a aprender uns com os outros”<sup>21</sup> – uma posição baseada na crença de que “o biológico sem o cultural ou o cultural sem o biológico está condenado a ser reducionista, na melhor das hipóteses, e falho de rigor, na pior.”<sup>22</sup>

É minha convicção que os estudos literários, em especial, alcançaram uma maturidade que os torna particularmente aptos para o treino em qualquer prática hermenêutica ou relação interpessoal. Além disso, tais estudos podem ser encarados como estando habituados a lidar com a incerteza dum objecto cujo sentido desafia qualquer estabilidade<sup>23</sup> e daí também a sua relevância para a situação de incerteza e singularidade que caracteriza o processo de decisão clínica.<sup>24</sup> A emergência da estética da recepção e do *reader-response criticism* e, mais recentemente, da crítica ética<sup>25</sup> concentraram-se na actividade do leitor e, especificamente no que respeita à crítica ética, na concepção da leitura como uma *performance* dialógica, co-criativa e eticamente saturada. Attridge



## Estes contributos foram reconhecidos no âmbito da formação médica e a incorporação de treino literário no *curriculum* das escolas médicas tem sido uma realidade desde o início dos anos 90 do séc. passado.

defende, por exemplo, que a “leitura literária” (ao contrário do que designa de leituras instrumentais) é capaz de potenciar um aumento de consciência, de capacidade de resposta e de interacção complexa e exigente, por parte do leitor, que envolve emoções, conhecimentos e valores que são evocados pelas formas de vida literariamente representadas. Um tal exercício, susceptível de treino e aperfeiçoamento, pressupõe no leitor uma atitude dupla de consciência passiva e hospitalidade radical para com o texto, como “outro”<sup>26</sup> e fomenta a aquisição “duma disposição, dum hábito, dum modo peculiar de estar no mundo das palavras”<sup>27</sup> que pode corresponder a um gesto libertador para o outro e para o próprio.<sup>28</sup> Além disso, pressupõe também uma resposta criativa. Os estudos literários podem e, em meu entender, devem promover esses processos de abertura, de receptividade e (auto)-questionamento, essa responsabilidade,<sup>29</sup> que não é previsível nem programável à partida, por meio desse tipo de leitura praticada no âmbito interdisciplinar. No caso das narrativas, o desenvolvimento relativamente recente da narratologia<sup>30</sup> e da socio-narratologia<sup>31</sup> promoveu uma consciência mais aguda das formas de construção e dos artifícios narrativos, permitindo aos intervenientes na comu-

nicação uma leitura melhorada dos processos de codificação envolvidos. Autores, com interesses metodológicos particulares, sublinharam a importância da narrativa – em sociologia, em antropologia e em psicologia<sup>32</sup>, e advogaram um estreitamento dos laços entre a fenomenologia, a narratividade e a ética médica.<sup>33</sup>

Estes contributos foram reconhecidos no âmbito da formação médica<sup>34</sup> e a incorporação de treino literário no *curriculum* das escolas médicas tem sido uma realidade desde o início dos anos 90 do séc. passado. Neste contexto, Rita Charon defende que: “o treino narrativo ao nível da leitura e da escrita contribui para a eficácia clínica.”<sup>35</sup>

E acrescenta: “o tipo de decisões terapêuticas que tomamos pode ser marcadamente diferente do processo de decisão convencional, como resultado do aprofundamento narrativo da relação médico-doente”<sup>36</sup>

A hegemonia do paradigma da MBE na prática clínica num contexto em que “uma cultura de lucro, consumismo e adulação mítica da ‘ciência’, invadiu e complicou a missão da medicina genuína”<sup>37</sup> requer um reajustamento ao nível da sua prática de modo a oferecer uma moldura contextualizadora e humanizadora para apreciar e responder capaz e adequadamente à doença, ao sofrimento e aos dilemas humanos.<sup>38</sup> Trata-se, em síntese, de preparar os profissionais de saúde, em especial os médicos, para as zonas de fronteira que tantas vezes habitam, em que o “simples” conhecimento científico, por mais sólido que seja (e todos esperamos que o seja verdadeiramente!), não chega, em que as palavras certas ou o gesto sensível e oportuno podem constituir a melhor resposta ou então, em situações de singular complexidade e desafio,

a decisão rápida, não-ortodoxa, pode fazer a diferença entre a vida e a morte, como no caso do testemunho que nos deixou o Papa Francisco em entrevista recente:

*Pensemos nas religiosas que vivem nos hospitais: elas vivem nas fronteiras. Eu estou vivo graças a uma delas. Quando tive o problema no pulmão no hospital, o médico deu-me penicilina e estreptomicina em certas doses. A Irmã que estava de serviço triplinou as doses, porque tinha intuição, sabia o que fazer, porque estava com os doentes todo o dia. O médico, que era verdadeiramente bom, vivia no seu laboratório, a Irmã vivia na fronteira e dialogava com a fronteira todos os dias. Domesticar a fronteira significa limitar-se a falar de uma posição distante, fechar-se nos laboratórios.*<sup>39</sup>

A seu modo, outros chamaram também a atenção para esta pertinente dicotomia laboratório / fronteira. Newman, por exemplo, argumenta que: “[q]uando o método científico é mais valorizado do que o resultado, como acontece agora de uma maneira geral, a teoria é mais valorizada do que a realidade.”<sup>40</sup> A MN não pode ter a pretensão de substituir-se ao laboratório, nem subestimar a teoria, mas reivindica para si a capacidade de melhor apetrechar o pessoal médico para viver na fronteira, esse lugar real, hostil e instável, que a incerteza, o sofrimento e a morte tentam continuamente tomar de assalto.

“O treino narrativo ao nível da leitura e da escrita contribui para a eficácia clínica.”  
Rita Charon

1- As secções iniciais e finais do presente artigo foram também usadas na palestra proferida na FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, a convite daquela instituição, no âmbito do Congresso Internacional Humanidades e Humanização em Saúde, realizado nos dias 31 de Março e 1 de Abril de 2014, no Brasil.

2- Adriana Lisboa, *Hanói*, Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2013, 9-10.

3- A designação “narrador de terceira pessoa” justifica-se aqui por ser de fácil descodificação pelo leitor comum, mas não é a mais rigorosa do ponto de vista narratológico e deveria ser substituída pela de narrador heterodiegético, segundo a tipologia proposta por G. Genette, em *Figures III* (Paris: Editions du Seuil, 1972), 251 ss, ou, alternativamente, pelo que F. K. Stanzel designa de narrador-reflector. Cf. Stanzel, *A Theory of Narrative* (Cambridge: Cambridge University Press 1984), 146 ss.

4- As designações variam, com os EUA privilegiando a designação “Narrative Medicine” (Medicina Narrativa- MN) e outros países, como o Reino Unido, preferindo a designação mais abrangente: “Medical Humanities” (Humanidades Médicas) a que correspondem, em França, as “humanités médicales.” Daí, por exemplo, o nome do programa pioneiro nos EUA: Program in Narrative Medicine, sediado no New York’s College of Physicians and Surgeons da Universidade de Columbia e fundado em 2000.

5- Preferimos traduzir “Evidence-based Medicine” por “Medicina baseada na prova,” dado que a tradução corrente: “Medicina baseada na evidência” atraiça o sentido do termo inglês “evidence,” o qual reclama, ao contrário do português, para ser incontestado, ser antes provado.

6- Cf. [http://www.apmgf.pt/ficheiros/Boletim\\_Inscricao\\_Balint.pdf](http://www.apmgf.pt/ficheiros/Boletim_Inscricao_Balint.pdf) (acedido em 18-11-13)

7- João Lobo Antunes, *A Nova Medicina* (Ensaio da Fundação 22, Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012), 29-30.

8- “[Is] medicine practiced with the narrative competency to recognize, interpret, and be moved to action by the predicament of others” Charon, “Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics”, *Ann Intern Med.* 2001; 134: 83-87.

9- “Narrative Medicine is a practice and an intellectual stance which enables physicians to look beyond the biological mechanisms at the centre of conventional approaches to medical practice, towards domains of thought and ways of telling that focus on language and representation, on the emotions and relationships which illuminate health care practice. Brian Hurwitz, “Narrative (in) Medicine”, [http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=hwZUy1Bvmq4C&oi=fnd&pg=PA73&dq=Brian+Hurwitz,+%E2%80%9CNarrative+\(in\)+Medicine%E2%80%9D&ots=vxRcZqxe1X&sig=o3Jcunntqz1bQGBUyViB28OahGY&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Brian%20Hurwitz%2C%E2%80%9CNarrative%20\(in\)%20Medicine%E2%80%9D&f=false](http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=hwZUy1Bvmq4C&oi=fnd&pg=PA73&dq=Brian+Hurwitz,+%E2%80%9CNarrative+(in)+Medicine%E2%80%9D&ots=vxRcZqxe1X&sig=o3Jcunntqz1bQGBUyViB28OahGY&redir_esc=y#v=onepage&q=Brian%20Hurwitz%2C%E2%80%9CNarrative%20(in)%20Medicine%E2%80%9D&f=false) (Acedido em 20-8-12)

10- Ibid.

11- Cf. Ibid.

12- Cf. ibid.

13- Antunes 33.

14- D. L. Sackett, W. M. Rosenberg, J. A. Gray, R. B. Haynes, W. S. Richardson, *Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't*. BMJ: British Medical Journal (1996); 312: 71-2.

15- A expressão “medicina defensiva” é usa-

da, a este propósito, por J. L. Antunes (Cf. Antunes 24).

16- A este respeito, além de Antunes, veja-se também, por exemplo, David H. Newman, *Hippocrates' Shadow* (New York: Scribner, 2008, 18 e ss. Tradução portuguesa: *Onde falham os médicos*. Trad. Ana Glória Lucas. (Alfragide: Casa das Letras, 2010).

17- M Parker, *False Dichotomies: EBM, Clinical Freedom, and the Art of Medicine*: <http://mh.bmj.com/content/31/1/23.full> (Acedido em 08-12-12)

18- A este respeito, veja-se Gérard Danou, *Langue, récit, littérature dans l'éducation médicale* (Limoges: Editions Lambert-Lucas, 2007).

19- Sobre tais alterações na configuração disciplinar e nas mudanças epistemológicas e metodológicas, vejam-se: Isabel Fernandes, *Literatura: a (in)disciplina na intersecção dos saberes e das artes* (Cadernos de Anglistica 16. Lisboa: Centro de Estudos Anglisticos da Universidade de Lisboa, 2011), 19-45 e Catherine Belsey, *A Future for Criticism* (Oxford: Wiley-Blackwell, 2011) 72-89.

20- “[T]he discipline of literary studies has begun to negotiate a transition or a displacement into the almost unlimited domain of cultural studies, media studies, communications, and so forth”. Peggy Kamuf, “‘Fiction’ and the Experience of the Other”, in Elizabeth Bissell (ed.), *The Question of Literature* (Manchester: Manchester University Press, 2002), 156.

21- Cf. Remo Ceserani, “Introduzione”, *Convergenze* (Milano: Mondadori, 2010).

22- “[A] community of interpreters, across disciplines, willing to learn from each other”. In Lennard J. Davis and David B. Morris, “Biocultures Manifesto”, *New Literary History*, 38, no. 3 (Summer 2007):411-418, 416.

23- “[T]he biological without the cultural, or the cultural without the biological, is doomed to be reductionist at best and inaccurate at worst” (Davis and Morris 411).

24- Timothy Clark, “Literary Force, Institutional Values”, in Bissell, 91-104, 100.

25- Veja-se Manuel Silvério Marques, *A Segunda Navegação – Aspectos clínicos da Ética na dor oncológica* (Lisboa: Permanyer Portugal, 2003), 6-7.

26- Sobre a crítica ética, veja-se, em especial, a obra de Derek Attridge, *The Singularity of Literature* (London: Routledge, 2004).

27- Jacques Derrida *De l'hospitalité* (Paris: Calmann-Lévy, 1997).

28- “[A] disposition, a habit, a way of being in the world of words” (Attridge 130)..

29- Sobre isto, veja-se Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre* (Paris: Seuil, 1990).

30- Sobre o conceito de responsabilidade, tal como aqui o evocamos, veja-se Emmanuel Levinas, *Ethique et infini* (Col. Biblio Essais, Paris: Fayard, 1986).

31- A narratologia afirma-se sobretudo após o conhecimento no ocidente dos escritos sobre o romance do russo Mikhail Bakhtin, na década de 1970, mas foi praticada entre muitos outros por alguns autores do Estruturalismo francês, com destaque especial para Gérard Genette, bem como por outros teóricos como F. K. Stanzel e Mieke Bal. Uma obra mais recente neste domínio é, por exemplo, a de John Pier and José A. García Landa, *Theorizing Narrativity* (Berlin: The Gruyter, 2008).

32- Refiro-me a uma obra como a de Arthur W. Frank, sociólogo de formação, que se debruça sobre os modos de usar a narrativa e sobre a sua centralidade na vida humana, em textos como *Letting Stories Breathe:*

*A Socio-Narratology* (Chicago and London: University of Chicago Press, 2010).

33- Veja-se, por exemplo, Catherine Riessmann, *Narrative Methods for the Human Sciences* (Thousand Oaks: Sage, 2008).

34- Esta é a posição de Osborne P. Wiggins and Annette C. Allen (eds.), *Clinical Essays and the Necessity of Stories: Essays in Honor of Richard M. Zaner* (London & New York: Springer, 2011).

35- Estão neste caso por exemplo, Danou (2007) e Alfred I. Tauber, *Science and the Quest for Meaning* (Waco, Texas: Baylor University Press, 2009).

36- “Narrative training in reading and writing contributes to clinical effectiveness.” Rita Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness* (Oxford: Oxford University Press, 2006), 107.

37- “[T]he kind of therapeutic decisions we make can be remarkably different from conventional decision-making as a result of narrative deepening of doctor-patient relationships.” (Charon 108).

38- Na tradução portuguesa do texto de Newman (Newman 229).

39- A este respeito vejam-se posições como as de Marques (2003) e de Brian Hurwitz em: B. Hurwitz and Paola Spinozzi (eds.), *Discourses and Narrations in the Biosciences, in Fortunati, Vita and Agazzi, Elena (eds.), Interfacing Science, Literature and the Humanities / ACUME 2, Volume 8, Germany: V&R Unipress, 2011.*

40- Da entrevista exclusiva do Papa Francisco às revistas dos Jesuítas: <http://www.broteria.pt/component/content/article/101-entrevista-exclusiva-do-papa-francisco-as-revistas-dos-jesuítas?start=17> (acedido em 30 de Out. 2013)

41- Newman 228.



## Jornadas Practice 2014

**11 de Outubro em Lisboa**

Intervenções e metodologias de treino inovadoras para populações clínicas

Informações: [www.practice.pt](http://www.practice.pt)

## 27<sup>as</sup> Jornadas de Cardiologia do Hospital Egas Moniz

**17 e 18 de Outubro**

Informações: [cardiologioahem@chlo.min-saude.pt](mailto:cardiologioahem@chlo.min-saude.pt)

## Curso de especialização em dissecação anatómica

**25 de Outubro a 29 de Novembro no Porto**

Módulo. Sistema nervoso e coluna vertebral

Informações: [www.anatomia.med.up.pt](http://www.anatomia.med.up.pt) | [insanato@med.up.pt](mailto:insanato@med.up.pt)

## 1º Curso de Sobreviventes de Doenças Oncológicas em Idade Pediátrica

**6 de Novembro em Lisboa**

Informações: [mcmspereira@hotmail.com](mailto:mcmspereira@hotmail.com) | [www.factorchave.pt](http://www.factorchave.pt)

## 13º Congresso Nacional de Oncologia

**14 a 16 de Novembro no Porto**

<http://www.sponcologia.pt/archives/2762>

## 18.<sup>a</sup> Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Genética Humana

**19 a 21 de Novembro em Lisboa**

Informações: [www.spgh.net](http://www.spgh.net) | [spgh@insa.min-saude.pt](mailto:spgh@insa.min-saude.pt)

## XVII Congresso Nacional de Medicina VIII Congresso Nacional do Médico Interno

**25 a 27 de Novembro em Lisboa**

Informações: [congresso2014@omsul.pt](mailto:congresso2014@omsul.pt) | 215 917 500