

DOENTES

SEGURANÇA

QUALIDADE

ESTATUTOS

ÉTICA

FORMAÇÃO

TRANSPARÊNCIA

PELA NOSSA SAÚDE!

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 30
N.º 150
Maio 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:
**AGIR produções gráficas,
unipessoal, lda**
Rua Particular, Quinta de Santa Rosa
- Edifício Agir
2680-458 Lisboa

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

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



editorial

- 06 Pela nossa saúde!
- i n f o r m a ç ã o**
- 10 Memorando de exigências
- 18 Pedido de reunião urgente
com Sindicatos e OM
- 19 Renovação da
Cédula Profissional
- 20 Comentários ao projecto
de “código de ética”
- 23 Associação Europeia de Médicos
Hospitalares apoia médicos
portugueses
- 24 Estatuto do Medicamento
- Transparência e publicidade
- 25 Admissão à subespecialidade
de Cuidados Intensivos
Pediátricos
- 26 Parecer sobre o parto na água
- 29 Criação de consultas de grupo
para medicamentos biológicos
- 33 Biossimilares em patologias
em que não foram estudados
- 34 Rastreo do Cancro da Mama
- 37 Promoção e vigilância da saúde
de trabalhadores via serviços
integrados no SNS

actualidade

- 41 Pólo de Lisboa do Hospital
das Forças Armadas:
uma fusão apressada (?)
- 47 Plenário dos Conselhos Regionais
- na defesa intransigente
da qualidade da medicina
- 50 Sem 25 de Abril não haveria SNS
- 55 Colina de Santana
- existem alternativas



- 58 Resistência a antibióticos
- 60 Dificuldades no acesso
a medicamento oncológico

opinião

- 62 Moita, sem Flores
- 63 Código de ética?
- 64 O Ministério da Saúde,
a desqualificação da Medicina
e a decadência do SNS.
Que caminhos para os Médicos?
- 67 Médicos preparam rutura total
com Ministério da Saúde
- 69 Voluntariado:
uma ferramenta para o Internato!
- 70 Concursos para recém-especialistas
- 72 Sobre a “Medicina normalizada”
- 74 Medicina ou engenharia
de indicadores?
- 76 Tivemos uma vida profissional
tão boa...

histórias da história

- 78 O PREC e um tiro.
O MFA e uma paixão

cultura

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

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: António Lopes Pires
MEDICINA TROPICAL: José Lopes Martins
NEFROLOGIA: João Ribeiro Santos
NEUROCIRURGIA: Nuno Maria Salema Pereira dos Reis
NEUROLOGIA: José Fernando da Rocha Barros
NEURORADIOLOGIA: João Abel Marques Xavier
OFTALMOLOGIA: Rui Daniel Mateus Barreiros Proença
ONCOLOGIA MÉDICA: Maria Helena Gervásio
ORTOPEDIA: Paulo Felicíssimo
OTORRINOLARINGOLOGIA: Artur Condé
PATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Cirne Carvalho
PEDIATRIA: José Lopes dos Santos
PNEUMOLOGIA: Henrique Queiroga
PSIQUIATRIA: Luiz Carlos Viegas Gamito
PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA: Pedro Monteiro
RADIOLOGIA: Maria Amélia Ferreira Estevão
RADIONCOLOGIA: Ângelo Oliveira
REUMATOLOGIA: José António de Melo Gomes
SAÚDE PÚBLICA: Pedro Serrano
UROLOGIA: José Palma dos Reis

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

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

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

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



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



Consulte também:

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

... em: www.actamedicaportuguesa.com



Com o apoio de:



Brevemente disponível na plataforma Android.



PELA NOSSA SAÚDE!

Vivemos momentos de decisão.

E as nossas decisões vão condicionar o nosso futuro. Porque somos nós, se quisermos, que escrevemos o nosso futuro.

Depois da extraordinária mobilização geral dos médicos de 2012, nunca pensei volta a ter de escrever um editorial deste teor. Infelizmente, a situação a que chegámos a isso me obriga. Pela nossa Saúde.

Nossa, porque a Saúde é de todos os portugueses, nossa porque os profissionais de Saúde devem defender a Qualidade da Saúde e os direitos dos doentes, nossa porque está em causa a saúde física e mental dos pro-

fissionais de Saúde, nossa porque está em causa a dignidade e qualidade do exercício profissional dos médicos.

E porque é nossa, temos o direito à indignação e o direito de a defender, recorrendo a todos os mecanismos constitucionais, sem excepção.

Por tudo isto, se for necessário concretizar uma nova mobilização geral de médicos em Julho de 2014, apelo a todos os Colegas para que se volte a repetir o êxito de 2012.

“Fazer a Paz exige mais coragem do que a guerra”, Papa Francisco *dixit!* Não nos falta coragem e vontade de privilegiar a Paz. Mas temos de ter a consciência de que, se quere-

mos Paz, temos de estar preparados para a guerra (*Publius Renatus*). Se nos inibirmos de ir à luta, seja qual for a razão, não temos paz, somos subjugados.

Está mais do que provado que a união, a coesão, a força e a determinação são a única forma de sermos efectivamente ouvidos e respeitados. Divisões apenas nos fragilizarão e reduzirão dramaticamente a possibilidade de atingirmos os nossos legítimos objectivos.

Se estivermos todos unidos, o futuro será ditado por nós.

Se estivermos divididos, o nosso futuro será escrito pelo Ministério da Saúde.

Os médicos que decidam.

A Ordem dos Médicos assumi-

rá por inteiro as suas responsabilidades. Está muita coisa em jogo, mas está sobretudo em causa a dignidade dos médicos. Nunca os médicos foram submetidos a um ataque tão constante, intenso e vil, que está a degradar a Saúde, a prejudicar os doentes e a obrigar os médicos à emigração.

Chegou a hora de dizer, **BASTA!**

Como disse Sto António, “calem-se as palavras, falem as obras”. Por isso, gostaria de sublinhar os seguintes factos nas relações entre médicos e Ministério da Saúde:

1 – Antes de 2012, este Ministério da Saúde desprezou, espezinhou e alimentou uma incrível campanha contra os médicos.

2 – Este Ministério da Saúde sempre ignorou os médicos ostensivamente, recusando o diálogo consequente, até ser obrigado a vergar-se sobre o peso de uma greve histórica e fazer algumas, apenas algumas, concessões.

3 – O acordo conquistado com a greve foi positivo, mas este Ministério da Saúde não o cumpriu e ignorou as exigências que diziam respeito à Ordem dos Médicos.

4 – Com o passar do tempo, não vendo reacção objectiva dos médicos, este Ministro continuou a produzir legislação altamente gravosa sem ouvir as organizações médicas e as chefias intermédias, seguindo as ordens do Ministério da Saúde, não aplicavam o acordo com os Sindicatos.

5 – Quanto aos médicos, no terreno, foram sendo continuamente confrontados com ordens absurdas, imposições

ditatoriais, contratualizações e indicadores inacreditáveis, problemas informáticos insuportáveis, falhas recorrentes de material clínico... Denotando uma total falta de respeito pelos médicos por parte de quase todas as estruturas do Ministério. E o Ministério da Saúde nunca nada mudou, apesar do diálogo...

6 – Entretanto, este Ministério da Saúde continuou a alimentar uma campanha de descrédibilização dos médicos na comunicação social. A notícia, que é falsa, dos 3000 médicos inadaptados aos sistemas informáticos, em que uma “fonte anónima do Ministério da Saúde” induziu em erro o Correio da Manhã, publicada na véspera da cimeira com o Ministro, é um inquestionável exemplo.

7 – Porque o diálogo falhou completamente e o Ministério da Saúde continuou a produzir legislação inaceitável, insistindo em ignorar completamente os médicos, foi necessário ameaçar com medidas duras. Este Ministério só aceitou voltar a dialogar minimamente, e mesmo assim com muitas evasivas e adiamentos, sob ameaça explícita de nova mobilização dos médicos.

8 – O pouco que se conseguiu agora, ainda tremendamente insuficiente, não aconteceu pelo diálogo, infelizmente, mas sim pela pressão de uma nova greve iminente. Lamentavelmente, este Ministério da Saúde não reconhece a força da razão, apenas recua perante a razão da força.

9 – Se o diálogo sincero e honesto tivesse alguma eficácia com este Ministério da Saúde, nunca se teria chegado à situação presente.

CORREIO DA SAÚDE



JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Corrupções

São 250 milhões de euros de fraudes na Saúde! Uma triste vergonha. É imperioso reforçar que se um por cento dos médicos tiver comportamento criminoso, mesmo assim estaremos a falar de apenas 450 médicos. Um número suficiente para alimentar muitas notícias.

Seria injusto confundir uma classe de 45 mil médicos, que tem garantido a qualidade da Saúde em Portugal, com alguns que trocaram a ética médica pelo comércio ilegal. Esses, iremos expulsá-los.

Estas fraudes são o resultado da impunidade que reinou em Portugal

Governo combate, e bem, as 'fraudes dos pequenos', mas ignora as 'fraudes dos grandes'

durante tantos anos. O ministro da Saúde merece o nosso elogio pelo seu empenho no combate à fraude.

Porém, só há fraudes, corrupção e presos na Saúde? Nos outros setores da economia e da governação nada acontece? No BPN, onde voaram milhares de milhões de euros, não há ninguém em prisão efetiva?

O Governo combate, e bem, as 'fraudes dos pequenos', mas ignora as 'fraudes dos grandes', que levaram Portugal à bancarrota. Porque será?

Quem receia uma lei de criminalização do enriquecimento ilícito?

In "Correio da Manhã" - 27 de Fevereiro de 2014

10 – O Ministério da Saúde ficou de enviar a acta da reunião até ao dia 9 de Junho, mas incumpriu. Tem sido sempre assim, procurando arrastar o “diálogo negocial” o mais possível... Por isso mesmo, na data em que escrevo este editorial, dia 10 de Junho, desconheço ainda os resultados concretos da primeira ronda negocial.

Como parte integrante deste editorial, chamo a atenção para o importantíssimo memorando da Ordem dos Médicos, entregue ao Ministério da Saúde e publicado nesta ROM, e incluo o comunicado publicado pelo Conselho Nacional Executivo, no dia 7 de Junho, que reflecte rigorosamente o que se passou na reunião.

Cimeira Ordem dos Médicos – Sindicatos Médicos – Ministro da Saúde Comunicado da Ordem dos Médicos

No dia 6 de Junho de 2014, às 17h, os dois Sindicatos Médicos e a Ordem dos Médicos estiveram presentes numa reunião com o Ministro da Saúde e a sua equipa, que durou mais de quatro horas.

A Ordem dos Médicos salienta o ineditismo desta situação, que ilustra como todas as partes têm a consciência da importância e sensibilidade do momento presente, e sublinha a comunhão de objectivos dos Sindicatos e Ordem dos Médicos, no respeito pelas competências e autonomia de cada organização, em defesa da Qualidade da medicina portuguesa e dos legítimos interesses dos doentes a serviços de Saúde que cumpram, com Qualidade e Acessibilidade, o preceituado na Constituição, na Lei 15/2014 e no Código Deontológico da

Ordem dos Médicos.

A Ordem dos Médicos recorda que o clima que precedeu esta reunião, clima esse que poderia e deveria ter sido prevenido atempadamente, foi motivado por um longo, e por vezes penoso, arrastar de situações por resolver, de ininterrupta e contraditória produção legislativa sem audição prévia das organizações médicas, bem como da contínua degradação do SNS a múltiplos níveis, não obstante as estatísticas oficiais, e sobretudo de intensa campanha estigmatizante e mentirosa contra a dignidade de toda a classe médica, como exemplifica a mais recente notícia de “3000 médicos inadaptados”.

Igualmente alarmante é a imposição de um clima de perseguição e medo e de colocação de obstáculos artificiais às boas práticas médicas e aos legítimos interesses, expectativas e necessidades dos Doentes, de total despreocupação da tutela com a crescente emigração médica de especialistas portugueses, ao mesmo tempo que, num acto de inaceitável má gestão, contrata médicos estrangeiros sem especialidade por valores que rondam o dobro do custo dos portugueses e com condições que recusa oferecer aos médicos residentes em Portugal, etc., etc. Durante a longa e intensa análise do caderno reivindicativo sindical e do memorando da Ordem dos Médicos foi possível conseguir alguns avanços positivos num pequeno número de matérias, como no âmbito do internato médico, mas que carecem da continuidade das negociações.

A Ordem aguarda agora que, conforme acordado, o Ministério da Saúde envie às organizações médicas, na próxima segunda-feira, a acta da reunião, para poder aferir com toda a objectividade a forma

CORREIO DA SAÚDE

● **JOSÉ MANUEL SILVA**

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Eu também assino

Como venho defendendo há mais de dois anos, Portugal só pode ter esperança no futuro através da mutualização, renegociação ou perdão parcial da dívida pública portuguesa.

A rondar os 130%, e a crescer continuamente com juros altos, a dívida pública é insustentável e, a breve prazo, levará o país à miséria completa. Seria necessário um crescimento irrealista da economia para fazer face à dívida atual. Quanto mais tarde forem tomadas medidas, pior será para to-

Portugal só pode ter esperança através da mutualização, renegociação ou perdão parcial da dívida

dos. Infelizmente, o governo apenas está preocupado com os ciclos eleitorais e Portugal não tem um líder para enfrentar a Europa, que também tem responsabilidades na crise.

Eu também assino o manifesto dos 70 pela re-estruturação da dívida, mas o mais primordial para o país é re-estruturar o seu modelo de governação. As três medidas principais: lutar contra a fraude, corrupção e amiguismo em todos os setores da governação, introduzir os ciclos eleitorais uninominais e modificar as leis da partidocracia podre e antidemocrática em que vivemos.

In “Correio da Manhã” - 15 de Março de 2014

como as palavras e as frequentes afirmações genéricas de boa intenção, já observadas em anteriores reuniões, são passadas a um documento com afirmações escritas e compromissos objectivos, concretos e datados. A procissão ainda não saiu do adro.

Muitas foram as preocupações que não tiveram resposta, como a Lei do Acto Médico, o levantamento dos obstáculos à prossecução da reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a obstinação na recusa em corrigir os erros que, por exemplo, levaram o Hospital de Santarém, com uma honestidade que possivelmente irá ser amordaçada, a assumir a falta de qualidade da sua urgência geral, prestando um mau serviço aos doentes, consequência das medidas do Ministério da Saúde.

Entre vários silêncios, verificou-se uma rejeição absoluta relativamente a todas as revogações ou suspensões de legislação produzida, solicitadas a uma voz pelas organizações médicas, o que significa que a mesma continuará a produzir efeitos práticos e jurídicos, mais uma vez evidenciando o fosso entre o verbo da tutela e a realidade do terreno.

Algumas questões são emblemáticas e profundamente significativas. Destacamos apenas uma, que foi o despedimento injusto e ilegal de uma colega especialista em pneumologia do Hospital de Leiria, que agora está impedida de concorrer aos ilegais concursos fechados

e se encontra no desemprego.

A Ordem dos Médicos será solidária com esta colega até às últimas consequências, elevando-a à condição de bandeira na defesa da dignidade e honra de todos os médicos que sentem a perseguição e pressão inaceitável dos Conselhos de Administração para se preocuparem mais com indicadores e computadores do que com os doentes e a humanização dos cuidados de saúde. Enquanto a justiça não for resposta, tal como o alferes-mor Duarte de Almeida na batalha de Toro, não permitiremos que esta nossa bandeira seja derrubada ou esquecida e apelamos para a solidariedade de todos os médicos e de todas as organizações médicas. Porque chegou a hora de dizer, basta.

A Ordem dos Médicos, que se assume como Provedora dos Doentes, reitera a sua total abertura para o diálogo, mas também manifesta a sua disponibilidade para apoiar e tomar todas as medidas que se revelem indispensáveis para estimular o êxito autêntico desse mesmo diálogo.

A posição da Ordem dos Médicos no futuro próximo dependerá das decisões concretas e assinadas do Ministério da Saúde.

A seguir, a classe médica poderá ser chamada a manifestar a sua reacção.

Todos por um, um por todos.

CORREIO DA SAÚDE

● JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Demagogia

O Secretário de Estado da Saúde anunciou a "novidade" de que "os médicos de família vão passar a ser obrigados a deslocarem-se para onde fazem mais falta". Então, mas até aqui o Estado contratava médicos para onde não precisava?! E se isso acontecia, este Governo demorou três anos para perceber?! Tanta estupidez! Obviamente, os médicos apenas são contratados para onde o Estado abre concursos, sempre foi assim, pelo que esta medida agora anunciada pelo Governo como "novidade" é um completo absurdo. Ao

Obviamente, os médicos apenas são contratados para onde o Estado abre concursos

ritmo atual, entram mais de 400 jovens médicos/ano nesta especialidade, o País já está a formar especialistas em Medicina Geral e Familiar suficientes, o que significa que a curto prazo todos os portugueses terão um Médico de Família e a médio prazo que haverá médicos desempregados. Esta "medida" anunciada pelo Governo é do mais puro e estrito marketing e da mais completa demagogia política, vazia de qualquer sentido ou consequência prática, visando apenas esconder as graves medidas deste Ministério, que dificultam o acesso dos doentes ao SNS.

In "Correio da Manhã" - 27 de Março de 2014



Memorando de exigências

Com o objectivo de impedir a destruição do SNS e defender a qualidade da medicina e a saúde e os direitos dos doentes, a Ordem dos Médicos elaborou um 'Memorando de Exigências' para apresentar ao Ministério da Saúde. Este memorando, que reproduzimos em seguida, foi apresentado em conferência de imprensa no dia 30 de Maio e nele a OM apresenta 13 conjuntos de exigências ao Ministério da Saúde, relacionadas com o respeito pelos legítimos direitos dos doentes, a defesa da manutenção do SNS ("o melhor Serviço Nacional de Saúde do mundo, considerando a relação Qualidade/Acessibilidade/Custo") e o respeito pelos profissionais de medicina, nomeadamente não permitindo a violação de competências médicas e pugnando pelo fim da crítica estigmatizante e da propaganda inconsequente que têm sido apanágio do Ministério da Saúde. A OM apresenta ainda medidas de implementação imediata como a suspensão por tempo indeterminado da utilização da PEM e a suspensão de qualquer tipo de contratualização, bem como medidas a implementar a médio prazo se não se verificar que exista, da parte do Ministério da Saúde, a mesma vontade de estabelecer um diálogo e uma negociação construtivos que a OM sempre defendeu.

Depois de ver reforçada a confiança dos médicos na actividade do CNE, mediante a votação extremamente favorável de uma moção nesse sentido ocorrida durante o plenário das Secções Regionais e após reunião com os sindicatos médicos, SIM e FNAM (ambos os assuntos abordados nesta edição), a Ordem dos Médicos promoveu uma conferência de imprensa na qual apresentou um 'Memorando de Exigências' em face da gravidade do estado actual da saúde em Portugal. José Manuel Silva resumiu as principais exigências (que podem ser lidas no memorando que reproduzimos em seguida)

e falou de "médicos a trabalhar para além do limite, quase em *burnout*" e que são "diariamente desconsiderados e vilipendiados pelo Ministério da Saúde". Para a OM chegou o momento de dizer "basta" e este documento é a resposta a (demasiadas) situações de desrespeito quer pelos médicos quer pelos próprios doentes e seus direitos. Realçando o papel fundamental da comunicação social, por divulgar informação relevante e não permitir que "a verdade seja escamoteada", concluiu que a Ordem está disponível para uma negociação e um diálogo construtivos mas que terão que existir re-

sultados concretos a curto prazo, caso contrário além das medidas de efeito imediato, preconizadas no memorando, serão implementadas outras, nomeadamente a cessação da colaboração com as estruturas do Ministério da Saúde que "constantemente recorrem gratuitamente aos médicos solicitando a sua colaboração nas mais diversas comissões", mas assegurou que não haverá nenhuma medida que possa prejudicar os internos ou os doentes e instou o MS a poupar, como vem referido no memorando, fazendo uma reforma estrutural e administrativa do próprio Ministério, nomea-

damente fundindo ACSS e ARS. Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da OM, sublinhou que no desperdício que existe na área da saúde, a duplicação de estruturas dentro do MS tem um peso significativo e que deveria ser resolvida e reforçou outras ideias: “é doloroso o que este Ministério está a fazer ao SNS, a médicos e doentes. Não podemos continuar a dialogar sem consequências práticas” e referiu a importância das conferências de imprensa que vão ser implementadas como forma de denúncia de todas as situações de degradação do SNS com consequências para

a saúde dos portugueses. Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro da OM, referiu o “código de ética” como uma das situações que originou esta resposta por parte da Ordem pois o que esse projecto visa é “silenciar e manietar os profissionais de saúde”. “Este memorando é uma resposta clara à destruição que está a ser feita do SNS. Como defensora da qualidade da saúde e provedora dos doentes, a OM sentiu-se obrigada a tomar esta atitude”, frisou. Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul, realçou que esta é uma atitude “em defesa da população” e que,

embora sem grande visibilidade mediática, existem muitas queixas de doentes contra as medidas deste Ministério e reiterou que este CNE considera inaceitável “a lei da rolha” aplicada através de um suposto código de ética que impediria os médicos de denunciarem falhas, dificuldades ou problemas dos serviços, mesmo quando estivesse em causa a saúde e segurança dos doentes. “Não pode haver nenhuma regra que colida com o dever ético dos médicos denunciarem situações em defesa dos seus doentes”, concluiu José Manuel Silva.

‘MEMORANDO DE EXIGÊNCIAS’

IMPEDIR A DESTRUIÇÃO DO SNS E DEFENDER A QUALIDADE DA MEDICINA E OS DOENTES

Nota inicial: Este documento é longo porque se pretende explicativo e exaustivo das múltiplas e fundamentadas razões que justificam esta tomada de posição da Ordem dos Médicos, em defesa da Saúde e dos Doentes.

INTRODUÇÃO

- Portugal tem o melhor Serviço Nacional de Saúde (SNS) do Mundo, considerando a relação Qualidade/Acessibilidade/Custo, e é o quinto país da OCDE com mais médicos, tendo mais de 41000 médicos com 69 anos ou menos inscritos na Ordem dos Médicos.
- Estando a generalidade dos médicos a dar o seu máximo e, em muitos casos, a trabalhar para além do limite aceitável e do seu horário de trabalho, e a procurar resolver os problemas dos doentes apesar das contínuas falhas informáticas, de material clínico e até de medicamentos, são permanente e injustamente objecto de falta de consideração, falta de respeito e falta de reconhecimento por parte do Ministério da Saúde.

Todavia, porque quer emagrecer ao máximo o SNS, por razões políticas e não económicas, por estratégia governamental e não por imposição da troika, o Ministério da Saúde afirma continuamente que não está garantida a sustentabilidade do SNS, com o único objectivo de legitimar medidas que estão a conduzir progressivamente à sua decadência anunciada e ao agravamento das desigualdades sociais e humanas no acesso aos cuidados de Saúde.

Em que alguns têm acesso a terapêuticas inovadoras e outros não. Em que alguns têm direito a cuidados de saúde especializados e outros não. Em que alguns têm direito a médico e outros não. Em que a insistência do Ministério da Saúde em atribuir competências médicas a outros profissionais de saúde, para substituir médicos, contribui para a existência de doentes de primeira e de segunda categoria (uns terão direito a médico e outros não).

Em que se publica legislação alegadamente visando uma reforma do SNS, reforma essa que não existe, legislação que mais não faz que conduzir ao encerramento de centenas de serviços hospitalares e deteriorar os cuidados de saúde de proximidade, acentuar as assimetrias no acesso aos cuidados de saúde já existentes no território nacional e, mais uma vez, contribuir para a existência de doentes de primeira e de segunda categoria, particularmente no já causticado interior do país.

Em que os famosos centros de referência tardam em ser definidos. Em que a célebre liberdade de escolha, legalmente consagrada, é uma miragem. Em que o centrar o sistema no doente, tantas vezes tão

demagogicamente apregoado, está cada vez mais distante, estando agora os computadores e as dificuldades informáticas a concentrar as atenções do médico e a consumir o tempo da consulta. Em que os hospitais e restantes unidades de saúde continuam sem divulgar publicamente os resultados reais, eficácia, morbilidade e mortalidade, dos tratamentos realizados. Em que os doentes são deliberadamente afastados dos médicos por regras absurdas. Em que os médicos cada vez mais sentem a falta de tempo e condições para estar com os seus doentes. Em que a desumanização da Medicina e dos Cuidados de Saúde é cada vez maior.

Em que os números assumem toda a importância nos contratos-programa. Em que se vive de estatísticas que parecem contrariar a realidade percebida e que nenhuma entidade independente audita. Em que a Qualidade é cada vez mais desprezada. Em que a identidade cultural e social dos hospitais está na iminência de desaparecer. Em que as taxas moderadoras atingiram valores de copagamentos e com algumas disparidades incompreensíveis, como no caso da ADSE e dos atestados de incapacidade multiusos. Em que a excessiva limitação do apoio nos transportes afasta os doentes do SNS. Em que as miseráveis condições sociais e financeiras de muitas famílias impedem os doentes de fazer os tratamentos prescritos. E tudo, em nome da “sustentabilidade” do sistema! O Governo não tem legitimidade para colocar em causa o SNS sem revisão da Constituição ou sem realizar um referendo nacional ao SNS. Mas as mordomias e gorduras e a falta de transparência e de combate à corrupção e conflitos de interesses do “sistema político” permanecem completamente intocáveis...

A legislação laboral e as tabelas salariais são cada vez mais injustas e completamente desajustadas face ao elevado grau de responsabilidade social dos médicos, mas as exigências são cada vez maiores. Será que é possível manter a qualidade dos cuidados de saúde nas condições adversas que todos conhecemos? Tempos de consulta completamente disparatados e desadequados. Sistemas informáticos disfuncionais, indevidamente testados, em experimentação em tempo real e impostos sem qualquer formação dos profissionais, consumindo a paciência e perturbando a sanidade mental de médicos e doentes. Sistemas informáticos que não garantem a segurança do trabalho médico nem a segurança dos dados clínicos dos doentes.

Trabalho extraordinário obrigatório e extremamente mal pago. Reformas que não respeitam minimamente o elevado grau de desgaste inerente ao exercício da profissão médica. Carreiras Médicas empasteladas, já que não existem os devidos concursos em tempos aceitáveis. Categorias profissionais sem a devida progressão nas diferentes posições remuneratórias. SIADAP para ‘congelar’ o que já está congelado há muitos anos (progressão nas posições remuneratórias) e ainda sem critérios conhecidos de equidade e qualidade. Persistência no recurso a empresas intermediárias para contratar médicos ao preço/hora mais barato, sem critérios de qualidade prévia e devidamente definidos e que consomem desnecessariamente verbas aos hospitais e centros de saúde que poderiam ser canalizadas para outras insuficiências, como medicamentos e equipamentos. Concursos regionais ‘fechados’ que violam o direito de igualdade de acesso ao emprego no sector público e colocam em causa referenciais de transparência, equidade e igualdade de oportunidades na administração pública (já considerados ilegais pelo Provedor de Justiça!) e que dificultam a fixação de especialistas na periferia e em áreas mais carenciadas de médicos especialistas, incrementando a emigração médica.

Para acentuar este quadro absolutamente desastroso, o Ministério da Saúde tem implementado medidas ‘correctoras’ para ‘disciplinar’ os médicos. Prescrição por DCI sem genuíno respeito pela opção do doente e opinião técnica do médico. Declarações de conflitos de interesse e incompatibilidades levadas ao extremo do absurdo e sem paralelo em qualquer outra profissão! Publicação de um Decreto-Lei logo seguido de um Despacho ilegal a contrariá-lo. Ameaça constante de organizar o trabalho médico de acordo com o regime de dedicação exclusiva, actualmente inexistente por decisão governamental e que o próprio Ministério da Saúde contribuiu para extinguir, promovendo incompatibilidades para acumulação de funções no sentido de evitar remunerar os médicos de forma adequada.

Proposta de formação médica especializada (internatos médicos) assumindo o Ministério da Saúde a função da Ordem dos Médicos na definição dos programas de formação e na definição das idoneidades e capacidades formativas dos serviços. Extinção do internato do Ano Comum, com todas as consequências negativas daí decorrentes. Manutenção de *numerus clausus* nos cursos de Medicina que não respeitam minimamente as capacidades formativas das Escolas Médicas, não estão adaptados às necessidades do país em Médicos e criam as perfeitas condições para a existência de médicos indiferenciados, a emigração médica e o desemprego médico, com prejuízo económico do país. Ou seja, desqualificação médica e mão-

-de-obra mais barata (“proletarização” do trabalho médico). Contratação absurda de médicos estrangeiros (da América Latina) para os Centros de Saúde, sem a devida especialização em Medicina Geral e Familiar e a auferir ordenados milionários muito acima dos vencimentos dos médicos portugueses, ao mesmo tempo que nada se faz para evitar a emigração de centenas de especialistas portugueses que auferem muito menos que esses médicos contratados no estrangeiro (é isto boa gestão?).

Contratualização não partilhada de objectivos e imposição de indicadores castradores das boas práticas médicas na MGF. Legislação bizarra sobre licenciamento de unidades privadas de saúde que conduz à destruição dos cuidados de proximidade e enfraquece a relação médico-doente nos consultórios e nas pequenas clínicas médicas (só agora, finalmente, em lenta revisão). Legislação sobre o modelo das Convenções que não garante maior acessibilidade aos doentes, que contribui para o desperdício de recursos, não cumprindo os princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade, da concorrência pela qualidade e da medicina de proximidade, que acabará por levar à concentração em um ou dois grandes grupos económicos, provavelmente multinacionais.

Mais grave ainda, ausência de legislação específica sobre o Acto Médico (inconstitucionalidade e erro por omissão), instrumento capaz de definir as competências específicas dos médicos e combater o exercício ilegal da medicina.

A Ordem dos Médicos tem apresentado e fundamentado muitas das suas posições em resposta às medidas implementadas pelo Ministério da Saúde que tendem a desqualificar o SNS e a Medicina. Infelizmente, o Ministério da Saúde persiste em não atender, na sua governação, à imensa maioria das propostas da Ordem dos Médicos e continua a produzir legislação com implicações directas na prática médica e na organização do Sistema de Saúde sem sequer ouvir as organizações médicas, nomeadamente a Ordem dos Médicos, chamando a si responsabilidades técnicas que não tem, nem consegue ter, pondo em perigo a prestação de uma Saúde de Qualidade.

Não podemos continuar a assistir à destruição do SNS e da qualidade da Medicina. Quem sofre somos todos nós, em especial as pessoas doentes. A defesa dos doentes e do seu direito a cuidados de saúde qualificados é um imperativo moral. Como disse o fundador do SNS ‘só é vencido quem desiste de lutar’. E nós não vamos desistir!

MEMORANDO DE EXIGÊNCIAS

1. Respeito absoluto pelos legítimos direitos dos doentes e pelos desígnios constitucionais da maior conquista social da nossa democracia: o acesso a um SNS universal, equitativo, tendencialmente gratuito e de qualidade. A Lei 15/2014 não está a ser cumprida, nomeadamente no seu artº 4º, demonstrando que não vivemos num Estado de Direito.

2. Respeitar o financiamento adequado de todas as unidades de saúde para que seja possível continuar a oferecer a todos os doentes cuidados de saúde qualificados, contratando os recursos humanos necessários (médicos, enfermeiros e técnicos), sem as falhas permanentes de material e sem as habituais resistências às boas práticas médicas (dificultando a utilização de medicamentos ou dispositivos médicos absolutamente necessários).

3. Apostar seriamente na Saúde Pública, na promoção da saúde, prevenção da doença e promoção do envelhecimento activo, medidas que permitem diminuir custos de forma sustentada.

4. Na política do medicamento,

- Respeitar a opção do doente e a opinião técnica do médico na prescrição por DCI, tanto na medicação de longa como de curta duração.
- Alterar a Portaria 137-A/2012 para maior protecção do doente.

- Remover ‘barreiras artificiais’ no acesso do doente à verdadeira inovação terapêutica. O atraso do tratamento dos doentes mais urgentes com Hepatite C é um exemplo de desumanidade e falta de ética e, para além das questões humanas, causará no futuro mais despesa ao SNS.

5. No Acto Médico,

- Enquadrar juridicamente em legislação específica a definição de Acto Médico (Lei do Acto Médico) que respeite a proposta fundamentada já apresentada pela Ordem dos Médicos (e que teve a concordância geral deste Ministério da Saúde), o perfil profissional do médico definido no Decreto-Lei das Carreiras Médicas (176 e 177/2009, artigo 9º) e a definição da União Europeia dos Médicos Especialistas (UEMS). A ausência de legislação específica sobre o Acto Médico é uma inconstitucionalidade que urge reparar para melhor servir os doentes.
- Não permitir a violação de competências médicas por outros profissionais da área da saúde. Nesta medida devem ser imediatamente revistos os diplomas relativos à profissão de podologista (proposta de Lei 203/XII/GOV), equiparando-os apenas a paramédicos, e à profissão de enfermeiro de família (documento de trabalho), que deve respeitar a Equipa de Saúde e a respectiva coordenação, sob pena de desestruturação total dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), como demonstra o exemplo da Madeira.
- Tal como já reafirmado em vários documentos, colocar um ponto final definitivo na discussão do *task shifting* a nível do acompanhamento das grávidas de “baixo risco” nos CSP, actualmente feito pela Equipa de Saúde, sob coordenação médica, pelo grave risco de comprometer os excelentes indicadores de saúde materno-infantil do país. Além de não haver uma definição de “gravidez de baixo risco”, não se entende nem se aceita que se pretenda mudar o que está bem e é um exemplo para o mundo apenas para satisfazer as ambições corporativas de uma classe profissional.
- No que respeita às Terapêuticas não Convencionais, não se tratando de prática médica cientificamente reconhecida, a utilização do título de médico pelos seus praticantes configura um crime de usurpação de funções e como tal deve ser objecto de proibição legal.

6. Na Ética e Deontologia médica,

- Respeitar escrupulosamente o Código Deontológico da Ordem dos Médicos e o Juramento de Hipócrates.
- Suspender de imediato a proposta de despacho nº XXX 2014 (“Código de ética para o SNS”).

7. Na formação médica especializada (internatos médicos),

- Respeitar as competências próprias da Ordem dos Médicos e a qualidade da formação pós-graduada na nova legislação que venha a ser publicada (documento de trabalho).
- Considerar horas para formação de internos em todos os contratos de trabalho, o que não acontece presentemente, para aumentar o espaço de formação.
- Respeitar a formação dos médicos Internos e rejeitar que sejam utilizados como mão-de-obra barata, com prejuízo da respectiva formação.
- Permitir que os médicos Internos possam fazer estágios externos enquadrados no seu plano de formação para valorização curricular.

8. Na formação médica pré-graduada,

- Fomentar a qualidade da formação dos alunos de medicina.
- Permitir o acesso de todos os alunos de medicina a modernos Centros de Simulação.
- Não ultrapassar a capacidade formativa dos cursos de medicina existentes e respeitar os resultados do Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde da Universidade de Coimbra.
- Eliminar de imediato o concurso especial para acesso ao curso de Medicina para titulares do grau de licenciado (DL 40/2007).
- Revisão da lista de deliberações genéricas publicadas ao abrigo do DL 341/2007 no que à medicina diz respeito, que permite que muitos médicos se inscrevam na Ordem dos Médicos sem qualquer avaliação de equivalências por parte das Universidades.

9. Na reforma e organização do SNS,

- Revogação imediata da Portaria 82/2014, que visa uma ‘reforma’ indevidamente fundamentada, que

mais não faz do que deteriorar os cuidados de saúde de proximidade, acentuar as assimetrias no acesso aos cuidados de saúde já existentes no território nacional e criar condições para que o país tenha doentes de primeira e doentes de segunda categoria. Qualquer reforma do SNS tem que ser iniciada pela base e nunca pelo tecto. E respeitando os princípios fundadores do SNS.

- Revogação da Portaria 112/2014 que não respeita a essência do Médico de Família e a especialidade de MGF. A Ordem concorda com a prestação pública de cuidados de Medicina do Trabalho nos Centros de Saúde, para trabalhadores individuais e microempresas, mas feita por médicos da especialidade, que deverão ser contratados pelos ACES, aplicando nos CSP a carreira de Medicina do Trabalho. Há cerca de mil Médicos do Trabalho em Portugal.

- Revisão profunda das propostas do Grupo de Trabalho ministerial para a definição de integração dos níveis de cuidados de saúde no âmbito do Despacho 9567/2013.

- Continuação, sem as limitações que têm sido impostas, da reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

- Na informatização do sistema, garantir a segurança dos dados clínicos dos doentes e a segurança do trabalho médico e reactivar a aplicação de prescrição do SAM até estarem reunidas as condições para o funcionamento correcto da PEM. Aprofundar a harmonização dos vários sistemas informáticos evitando as grandes disparidades e multiplicação de programas informáticos nas instituições de saúde.

- Nos CSP, a imputação de custos ao Médicos de Família deve ser pelos medicamentos prescritos e efectivamente dispensados e não apenas pelos medicamentos prescritos.

- Revisão e análise com o Colégio de MGF da circular que impõe que progressivamente se eliminem as “vagas do dia” nos Centros de Saúde para obrigar os Médicos de Família a ver todos os utentes que resolvam aparecer nesse dia, desorganizando o trabalho programado; deve ser implementado um mecanismo verdadeiramente funcionante que possa dar uma resposta eficiente aos doentes.

- Assinatura imediata de acordos com as Unidades de Cuidados Continuados que são parceiras da rede, prontas e equipadas há anos, para retirar os casos sociais dos hospitais, ciclicamente infectados com bactérias hospitalares.

- Revogação da limitação de acesso a determinado hospital por área de residência, um factor discriminatório dos cidadãos portugueses e que viola frontalmente a Lei 15/2014, devendo o financiamento acompanhar o doente.

- Fusão das ARS e ACSS, para reformar a pesada e burocrática estrutura do Ministério da Saúde e reduzir os respectivos custos administrativos, libertando financiamento para a inovação terapêutica. Cortar onde se deve cortar!

- Nos conturbados processos de fusões de hospitais e serviços é imperativo manter a qualidade da prestação de cuidados de saúde e da formação médica, não permitindo o experimentalismo, sem estudos, que só prejudica os doentes.

10. Na transparência do sistema,

- Ouvir a Ordem dos Médicos, como Provedora dos Doentes, previamente à publicação de legislação com impacto directo ou indirecto nos médicos, na medicina e na Saúde.

- Reformulação do DL 14/2014 com a letra e interpretação do Despacho 2156-B/2014, que estabelece o regime jurídico das incompatibilidades.

- Publicação de todos os relatórios da IGAS. Não é tolerável que o Ministério da Saúde divulgue selectivamente os relatórios da IGAS.

- Em nome da transparência, da qualidade, da ética e da desgovernamentalização da vida pública, a constituição dos Conselhos de Administração, incluindo o Director Clínico, de todas as estruturas de Saúde, nomeadamente Hospitais, Centros Hospitalares, ULS e ACES, deverá passar a ser feita por concurso público, avaliado por uma instituição independente (por exemplo, a CRESAP) e não por nomeação política.

- O envolvimento dos profissionais de saúde e dos doentes na gestão das unidades de saúde tem sido desvalorizada e esquecida. Ao arrepio da ética profissional, vários Conselhos de Administração, como tem sido público, têm tomado decisões gravosas contra a qualidade da saúde e tomado posturas de perseguição dos profissionais. A Ordem dos Médicos exige que os Conselhos de Administração ponham em prática uma verdadeira governação clínica e que respeitem as regras de diálogo e da Deontologia entre pares.

- Publicação dos novos Estatutos da Ordem dos Médicos, de acordo com a proposta já apresentada há mais de um ano.

- O Ministério da Saúde, para além da mera crítica estigmatizante e da propaganda inconsequente, deve substituir-se à indústria farmacêutica no apoio à formação médica contínua, acesso à informação científica, financiamento da investigação científica e apoio na deslocação a congressos para apresentação de conferências e comunicações científicas.

11. Nas Carreiras Médicas,

- Respeito pelas equipas mínimas nos blocos operatórios, nas unidades de cuidados intensivos e intermédios e nos serviços de urgência.
- Respeito pela relação médico-doente e nomeadamente pelos tempos recomendados para as consultas externas.
- Todos os concursos para a colocação de médicos devem ser abertos e institucionais. Recusamos a existência de mais concursos fechados, que são ilegais, injustos e prejudicam a colocação e fixação dos jovens especialistas, contribuindo para a desertificação do interior e para a emigração de médicos.
- No sentido de dar um Médico de Família a todos os portugueses, abrir todos os concursos necessários para colocar todos os jovens especialistas de MGF, recorrendo à contratação temporária de especialistas em MGF já reformados para colmatar as insuficiências existentes nos CSP (em vez de contratar médicos estrangeiros), com uma retribuição minimamente justa e não, como actualmente acontece, quase gratuitamente. Sublinha-se que se não fossem as reformas antecipadas, culpa do Governo e das medidas de austeridade, neste momento todos os cidadãos portugueses teriam um Médico de Família. Contratar médicos reformados permite, com mais qualidade e por menos dinheiro, responder às necessidades reais dos portugueses.
- Cumprir a legislação das Carreiras Médicas abrindo, de acordo com a lei, os concursos para assistente graduado e assistente graduado sénior no sentido de colmatar os lugares em aberto.
- Respeitar os graus, as categorias e a competência em gestão da Ordem dos Médicos na nomeação para cargos de direcção e chefia.
- Planear os recursos humanos médicos a médio e longo prazo, de acordo com os estudos públicos, credíveis e independentes já publicados sobre evolução prospectiva de médicos no Sistema Nacional de Saúde.
- Eliminar as empresas intermediárias de recrutamento de médicos e permitir aos hospitais e centros de saúde contratarem directamente os médicos que necessitam.
- Contratar os médicos para as urgências com contratos de estabilidade, baseado em critérios de qualidade e não exclusivamente no preço mais baixo.
- Negociar os processos e indicadores de Contratualização, quer nos CSP quer nos Hospitais, com as organizações representativas dos médicos, nomeadamente a Ordem dos Médicos, suspendendo de imediato a mistificação em curso.
- Revisão imediata do SIADAP que apenas serve para 'congelar' o que já está congelado há muitos anos (progressão nas posições remuneratórias) e continua sem a existência de critérios conhecidos de equidade e qualidade.
- Limitar a obrigatoriedade de efectuar horas extraordinárias, actualmente com uma remuneração irrisória e extremamente esgotantes.
- Inverter a impressionante desqualificação do trabalho Médico, que está a levar centenas de jovens especialistas à emigração (inclusivamente Médicos de Família), remunerando-os ao mesmo nível daquilo que o Estado Português vai pagar pelos médicos cubanos sem especialidade (foi o Senhor Ministro que definiu o *benchmarking*). Que sentido faz o paradoxo de importar 50 médicos cubanos com elevadas remunerações e sem especialidade, ao mesmo tempo que não se evita a emigração de centenas de médicos especialistas portugueses para a Europa, cuja formação teve custos elevados, exactamente porque são remunerados por um valor muitíssimo inferior (15 euros brutos/hora)? Isto é boa gestão?!
- Solucionar o problema das centenas/milhares de médicos indiferenciados que não vão ter acesso a uma especialidade, pois a capacidade formativa máxima em Portugal, com tendência a diminuir devido aos encerramentos e fusões e à falta de formadores, é de 1500 internos ano.

12. Na medicina privada,

- Revisão profunda da proposta de legislação sobre licenciamento de unidades privadas de saúde no sen-

tido de salvaguardar os cuidados de proximidade e fortalecer a relação médico-doente nos consultórios e nas pequenas clínicas médicas.

- Revisão da legislação sobre o modelo das Convenções no sentido de garantir maior acessibilidade aos doentes e cumprir os princípios da concorrência pela qualidade e da medicina de proximidade.

13. Na emergência médica,

- Existência de uma tabela nacional de remuneração nas VMERs, sem empresas intermediárias.
- As VMERs devem deixar de imediato de fazer transporte secundário, o que as impede de acorrer a situações de emergência e coloca em risco as respectivas vítimas.

MEDIDAS CONCRETAS A IMPLEMENTAR EM CRESCENDO CASO O DIÁLOGO SEJA INCONSEQUENTE A CURTO PRAZO

1. Nas reuniões entre a OM e o MS implementar a obrigatoriedade da existência de actas assinadas e datadas, que traduzam as decisões acordadas, pelos responsáveis das duas instituições; passará a estar presente um consultor jurídico da Ordem (*implementar de imediato*).
2. Informação directa aos portugueses e aos doentes (a ser veiculada por todos os médicos no seu local de trabalho com os seus doentes e em acções concertadas nas grandes cidades) da gravidade e impacto da actual política de Saúde e das propostas de solução da Ordem dos Médicos (*implementar de imediato*).
3. Pedir a todos os colegas, a todas as Distritais Médicas e a todos os Colégios de Especialidade que denunciem à OM (em cada Secção Regional) todas as situações de deficiência ou insuficiência que possam pôr em risco a saúde dos doentes, e cada Conselho Regional assume e denuncia publicamente (mantendo o anonimato dos médicos), em conferência de imprensa especificamente convocada para o efeito, as insuficiências/deficiências das várias unidades de Saúde do SNS; adicionalmente as várias denúncias serão avaliadas pelos respectivos departamentos jurídicos e em função da sua gravidade, para além da denúncia pública, serão feitas auditorias e queixas à IGAS ou ao Ministério Público (*implementar de imediato*).
4. Suspensão por tempo indeterminado da utilização dos programas informáticos ineficazes (nomeadamente a PEM), exigindo a imediata reposição do *link* ao módulo de prescrição do SAM em todos os locais em que foi cortado e em que os médicos o solicitem, recorrendo à prescrição manual, conforme definido na lei para as situações de falência informática (alínea a) (*implementar de imediato*).
5. Apelar a todos os médicos que não aceitem negociar e renunciem a qualquer tipo de contratualização (*implementar de imediato*).
6. Suspensão de toda a colaboração entre a OM e o Ministério da Saúde, ACSS, ARS, DGS, Infarmed, Hospitais e ACES, incluindo NOCs e Auditorias e quaisquer outros Grupos de Trabalho envolvendo todos os médicos indicados pela OM para participarem em Comissões mistas.
7. Apelo a todos os médicos para abandonarem todas as Comissões de colaboração com o Ministério da Saúde, ACSS, ARS, DGS, Infarmed, Hospitais e ACES, incluindo NOCs e Auditorias e quaisquer outros Grupos de Trabalho para as quais tenham sido convidados a título individual.
8. Apoiar qualquer forma de intervenção sindical que possa vir a ser anunciada.



Pedido de reunião urgente com Sindicatos e OM

Numa iniciativa inédita, FNAM, SIM e OM, depois de reunirem na sede da Ordem dos Médicos no dia 29 de Maio de 2014, emitiram um comunicado, solicitando ao Ministro da Saúde uma reunião conjunta com as 3 organizações representativas dos médicos. O carácter de extrema urgência deste pedido prende-se com as gravosas medidas que objectivamente têm vindo a fragmentar e desqualificar a prestação de cuidados médicos do SNS e as consequências que daí advêm para a saúde dos cidadãos.

Comunicado



A Federação nacional dos Médicos (FNAM), Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e Ordem dos Médicos (OM) reunidos no dia 29 de Maio de 2014 na Sede da OM em Lisboa,

- analisaram a grave e preocupante situação em que se encontram as instituições do SNS, quer do ponto de vista das condições de trabalho dos médicos, quer da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos decorrente da política que tem vindo a ser implementada pelo MS.

- Decidiram solicitar ao Sr. Ministro da Saúde uma reunião conjunta das 3 organizações, com carácter de extrema urgência, através da qual lhe irão transmitir a leitura que fazem do momento presente bem como dar conta da exigência em ver corrigidas as gravosas medidas que objectivamente têm vindo a fragmentar e desqualificar a prestação de cuidados médicos do SNS.

Federação Nacional dos Médicos (FNAM)
Sindicato Independente dos Médicos (SIM)
A Ordem dos Médicos (OM)

Nota da redacção: no dia a seguir a este comunicado, o Ministério da Saúde informou as organizações envolvidas da sua intenção de agendar a reunião solicitada para a primeira semana de Junho. A reunião teve entretanto lugar e dela se faz referência no editorial.

Renovação da Cédula Profissional

Caros Colegas

Como temos vindo a afirmar, a utilização crescente que a classe médica faz de meios informáticos e de documentos em formato electrónico e a tendência para a completa desmaterialização dos actos e processos clínicos (receituário, exames, etc) criam a necessidade de uma ferramenta que traga a maior segurança a estes processos.

É por este motivo que a Direcção da Ordem dos Médicos (OM) quer dotar os profissionais com uma **nova cédula profissional** que lhes permita aceder à **nova tecnologia** com a **maior segurança** possível.

Esta nova cédula profissional pode incluir até um máximo de 3 funcionalidades:

1. Identificação Profissional (Cédula Profissional)
2. Assinatura Digital Qualificada (Opcional)
3. Cartão Bancário com características próprias (Opcional)

A fim de poder permitir aos médicos utilizar a Assinatura Digital Qualificada, a nova Cédula inclui um chip que possibilita a incorporação de um Certificado Digital Qualificado. Este possibilitará a prescrição de actos médicos com toda a segurança (como reconhecido pelo Gabinete Nacional de Segurança) nomeadamente: a prescrição electrónica de medicamentos, meios complementares de diagnóstico e certificados de óbito.

Visando dotar todos os Médicos com os melhores instrumentos, relembramos que **o portal de agendamento se encontra disponível no site da OM**, (<https://www.cartaoordemdosmedicos.com>) podendo a renovação ser agendada segundo a preferência e disponibilidade de cada um. **O processo de renovação é cómodo e célere.**

Assim, mais uma vez convidamos todos os Colegas a agendar a renovação da sua cédula profissional.



Lisboa, Maio de 2014

José Manuel Silva
Bastonário da Ordem dos Médicos



Comentários ao projecto de “código de ética”

Divulgamos em seguida os comentários do Bastonário da OM em que se lê a disponibilidade da Ordem para o diálogo mas, tendo sempre como única preocupação a defesa dos legítimos interesses e expectativas dos doentes, não sem deixar de manifestar desagrado quanto ao projecto de despacho daquilo a que o Ministério da Saúde chamou “código de ética” e do CRN e respectivos conselhos distritais da SRN da OM onde se apela à defesa da segurança dos doentes e à defesa da transparência das instituições.

Nota preliminar sobre o Despacho XXX/2014

O Ministério da Saúde não sabe o que é Ética, não sabe o que é Deontologia, não sabe o que é Democracia, não sabe o que é um Estado de Direito, não sabe o que é uma missão pública, não sabe o que é defender os interesses dos doentes, não sabe o que são verdadeiros conflitos de interesses, não sabe avaliar as consequências e as possibilidades de cumprimento das suas iniciativas legislativas (o que são incentivos institucionais? Vai instituir um sistema nacional de recolha de livros, de esferográficas, de galinhas, de ovos e de couves?!). Já agora, muitos Senhores Deputados podem continuar a ser Deputados, considerando as suas ligações profissionais e de consultadoria, muitas delas com óbvios conflitos de interesse? E este “Código” vai ser extensível aos Partidos Políticos e ao seu obscuro financiamento e claros conflitos de interesses, aos au-

tarcas, a todo o Serviço Público, etc.? Ou só na Saúde é que há interesse em alimentar esta falsa necessidade de “Códigos de Ética governamentalizados”? Mais uma vez, pretende-se desviar as atenções dos verdadeiros e graves problemas da Saúde, do SNS e do país... Mas, sobretudo, pretende-se diabolizar os profissionais de Saúde como alegados responsáveis de todos os males deste país. Afinal, que ideias tem o Ministério da Saúde sobre as “ofertas aos profissionais de Saúde”? Alguém pode fazer essa pergunta ao Senhor Ministro da Saúde?! A Ordem dos Médicos vai solicitar ao Departamento Jurídico da Ordem e ao Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos uma análise do presente documento, aliás na linha de pareceres anteriores já emitidos. Porém, desde já pode avançar que este documento pode ser apelidado de Regulamento mas nunca de Código de Ética.

Os Códigos de Ética não podem ser impostos de cima para baixo nem governamentalizados, em particular quando são profusamente contraditórios, como o exemplo presente, que mistura a defesa da transparência com a lei da rolha de uma desvirtuada política de confidencialidade. Este pretensão “Código de Ética” visa defender mais a imagem do Governo e das Instituições do que as boas práticas médicas, os interesses dos doentes, nomeadamente o seu direito à *leges artis*, pelo que é inaceitável e conflitua com o Código Deontológico da Ordem dos Médicos. O Ministério da Saúde preocupa-se mais com as esferográficas recebidas pelos médicos (as pequenas prendas e os conflitos de interesses já estão devida e transparentemente regulamentados!) do que com a formação dos médicos e do que com as condições de trabalho e de assistência aos doentes no SNS e nos serviços de urgência. Pouco falta para os médicos se verem impedidos de

ir a Congressos Científicos e de terem acesso à informação científica mais recente, tão baixos são os seus actuais salários, tão diminutos são já os apoios da indústria farmacêutica e cada vez mais os hospitais que cortam no acesso a revistas científicas. O Ministério da Saúde nem sequer quando introduz novos programas informáticos faz formação aos profissionais de Saúde! Quando os médicos receberem uma assinatura de uma revista científica ou uma inscrição num congresso também devem depositá-la no Ministério da Saúde? A Ordem dos Médicos apresenta já uma proposta muito concreta ao Ministério da Saúde, para diminuir a importância da indústria farmacêutica na formação médica, da qual são os doentes que beneficiam: que o Ministério da Saúde pague o acesso a todos os médicos às principais revistas científicas, em todas as especialidades, e que assuma todas as despesas decorrentes da deslocação a Congressos Médicos a todos os Médicos que forem proferir conferências ou apresentar comunicações científicas, independentemente dos Congressos serem nacionais ou internacionais. Está o Ministério da Saúde, como aliás seria sua obrigação, pronto para este compromisso com a formação médica? Como habitualmente, a Ordem dos Médicos manifesta toda a disponibilidade para dialogar com o Ministério da Saúde sobre estas relevantes matérias, tendo sempre como única preocupação a defesa dos legítimos interesses e expectativas dos doentes.

José Manuel Silva,
Bastonário da Ordem
dos Médicos

Nota de imprensa – 19/05/2014 **- A ética na defesa e segurança dos doentes**

Tomamos conhecimento, através da comunicação social, do projecto de despacho que o Ministério da Saúde está a elaborar e que visa a aplicação obrigatória de códigos de ética para clarificar as regras de conduta de gestores, dirigentes, demais responsáveis e colaboradores das unidades do Serviço Nacional de Saúde.

Entre outros aspectos que constam do documento, pretende-se estabelecer punições aos colaboradores e demais agentes que por sua iniciativa ou mediante solicitação dos doentes prestem declarações que possam afectar ou colocar em causa o interesse da respectiva organização. A proposta chega mesmo a recomendar “absoluto sigilo e reserva em relação ao exterior de toda a informação”.

Se este despacho se vier a concretizar nos moldes agora divulgados, a questão que se coloca é: se o interesse da organização se afastar do interesse dos doentes ou até se o lesar, deverá o médico, como testemunha, remeter-se ao silêncio e respeitar o “absoluto sigilo”? A resposta é evidentemente negativa. O médico é obrigado a fazer precisamente o contrário, no cumprimento do seu Código Deontológico.

Neste momento, cabe a todos os cidadãos portugueses mostrar aos legisladores que este projecto governamental não pode concretizar-se. Aos médicos resta, sem qualquer hesitação, a opção da fidelidade à nossa consciência denunciando aquilo que entendemos que põe em risco os doentes, mesmo que para tal seja necessário desobedecer à lei do “absoluto sigilo”. De resto, os

médicos fazem o Juramento de Hipócrates há mais de 2000 anos e estão sujeitos a regras éticas e deontológicas exigentes e que têm a obrigação de cumprir.

Foi pelo silêncio e pela obediência de muitos, umas vezes por medo, outras por imposição, que tantas atrocidades foram cometidas ao longo da História.

O que qualquer código de ética e deontologia médica deve deixar claro é exactamente o oposto do que defende este projecto. Deverá sim, ser obrigatório que os médicos denunciem tudo aquilo que possa pôr em risco os doentes, seja por parte de alguém em particular, seja por parte de uma instituição pública ou privada, quer nela trabalhem ou não.

Apelamos a todos os portugueses, independentemente das suas convicções políticas ou religiosas, que não permitam este atentado à segurança dos doentes, à transparência das instituições e aos direitos fundamentais das pessoas. No limite, estarão colocados em causa os princípios fundadores de uma sociedade democrática.

É cada vez mais imperiosa uma verdadeira união de todos na defesa de duas das maiores conquistas sociais da nossa democracia: a liberdade de expressão e o acesso a um serviço de saúde público, universal e de qualidade. É o momento de dizer Basta!

Os Conselhos Distritais da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

António Sarmento, Presidente do Conselho Distrital do Porto; Anabela Correia, Presidente do Conselho Distrital de Braga; Nelson Rodrigues, Presidente do Conselho Distrital de Viana do

Misturar a 'defesa da transparência' com a 'lei da rolha' à boleia de uma política de confidencialidade é absolutamente aberrante, contraditório e agride a dignidade e os direitos fundamentais das pessoas

Castelo; Margarida Faria, Presidente do Conselho Distrital de Vila Real; Marcelino Silva, Presidente do Conselho Distrital de Bragança; Miguel Guimarães, Presidente do CRN da Ordem dos Médicos

Porto, 19 de Maio de 2014

Nota de imprensa CRN – 16/05/2014 - a ética moralista e a lei da rolha

O Ministério tem-nos habituado, ao longo destes três últimos anos, a um rodopio de propostas desgarradas, de vocação claramente economicista nuns casos e lamentavelmente demagógicas noutros.

O caso mais recente é a proposta de aplicação de um 'código de ética no SNS', de acordo com um projecto de despacho ontem divulgado pela comunicação social, que na sua forma e conteúdo não manifesta qualquer respeito pelas pessoas, doentes e médicos.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) não pode deixar de manifestar o seu direito (ainda conservado) à indignação e revolta

contra aquilo que aparenta ser mais um atentado à dignidade dos médicos e restantes profissionais do SNS.

Num país em que o nível de corrupção e a falta de transparência são considerados dos mais elevados a nível internacional, o ministro da Saúde dissimuladamente vem a terreno propor um 'código de ética no SNS' que viola os valores e princípios subjacentes a um Estado de Direito democrático.

Combater a corrupção e os conflitos de interesse e defender os direitos dos doentes não passa por montar um sistema nacional de recolha de livros, vinhos, esferográficas, presuntos, galinhas, chocolates, ovos, tomates, batatas, couves, chouriços, azeite, azeitonas, cerejas, ... Ridículo, patético e esclarecedor! De resto, as ofertas promocionais e os conflitos de interesse já estão devidamente regulamentados.

E porquê um 'código de ética' apenas para a saúde? E os outros funcionários públicos, nomeadamente os detentores de cargos de gestão? E os detentores de cargos políticos a nível nacional, regional e local? E um código de ética que permita evitar os milhões de euros 'desperdiçados' entre os circuitos do poder? Ou será que só na saúde existe este inusitado interesse em alimentar a falsa necessidade de 'códigos de ética governamentalizados'. Será para esconder os graves problemas da Saúde e a decadência do SNS actualmente em curso?

Construir um 'código de ética' violando as normas éticas e

deontológicas a que estão obrigados os médicos é um atentado ao normal funcionamento das instituições democráticas. Misturar a 'defesa da transparência' com a 'lei da rolha' à boleia de uma política de confidencialidade é absolutamente aberrante, contraditório e agride a dignidade e os direitos fundamentais das pessoas, consagrados na 'Carta Internacional dos Direitos Humanos'.

O CRNOM está empenhado em continuar a defender as boas práticas médicas consubstanciadas numa Medicina de qualidade e em cuidados de saúde de excelência. É uma exigência que deve ser de todos os portugueses. Lamentavelmente o Ministro da Saúde preocupa-se apenas com números, com desprezo pela qualidade e pela humanização dos cuidados de saúde.

O Ministro da Saúde deveria concentrar a sua atenção e as suas energias em procurar oferecer condições minimamente aceitáveis para a formação e actualização dos médicos, e melhorar as condições de trabalho assistencial e de investigação no SNS.

Cada vez mais é imperiosa uma verdadeira união de todos na defesa daquela que é considerada a maior conquista social da nossa democracia: o acesso a um serviço nacional de saúde público universal e de qualidade. É o momento de dizer Chega!

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos
Porto, 16 de Maio de 2014



Associação Europeia de Médicos Hospitalares apoia médicos portugueses

A AEMH - Associação Europeia de Médicos Hospitalares manifestou o seu apoio aos médicos portugueses, considerando que a defesa do direito de denunciar falhas e deficiências dos serviços de saúde é, naturalmente, uma forma de defender os doentes. Esta tomada de posição, que pode ser consultada na íntegra no site nacional (www.ordemdosmedicos.pt) foi assumida pela unanimidade dos 18 países membros desta organização.

Para a AEMH a segurança dos doentes é uma preocupação primordial e inclui, naturalmente, detalhadas medidas de gestão de risco. Defensora de uma política de comunicação de falhas e/ou erros, precisamente para potenciar melhores e mais eficazes medidas de gestão do risco, a AEMH não poderia deixar de se manifestar em relação à recente proposta do Ministério da Saúde para a criação de um “código de ética” através do qual se pretende precisamente impedir os médicos – e outros profissionais de saúde – de comunicar situações de falhas nos serviços de saúde.

Na carta que a Associação Europeia de Médicos Hospitalares enviou ao Ministério da Saúde lê-se: “equipamento deficiente, alarmes pouco fiáveis, uma construção inadequada, procedimentos impraticáveis são condições latentes que resultam em ‘doenças’ do sistema. A investigação demonstra que a melhoria do sistema pode reduzir as taxas de erro e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Horários de trabalho excessivos, pouco ou nenhum descanso depois de longos períodos de trabalho, equipas subdimensionadas, excesso de trabalho, equipamento desadequado ou desactualizado,

nomes similares, embalagem e armazenamento dos fármacos, são todos factores que criam oportunidades para que os acidentes aconteçam. Para alterar este enquadramento, é crucial estabelecer uma cultura de comunicação de todas as situações com uma análise dos acontecimentos para que se façam as mudanças necessárias para reduzir a possibilidade de acontecerem acidentes”.

O texto integral que foi dirigido ao Primeiro Ministro e ao Ministro da Saúde portugueses, pode ser lido no site da Ordem dos Médicos (sendo suficiente pesquisar por AEMH).

Estatuto do Medicamento - Transparência e publicidade

Questionado o Departamento Jurídico da OM se face à actual legislação, em que a indústria farmacêutica tem de notificar todas as ofertas, os médicos ainda teriam de notificar o Infarmed, passamos a publicar o entendimento jurídico desse departamento.

O preceito do Estatuto do Medicamento é de tal forma claro que importa transcrevê-lo:

“Artigo 159.º Transparência e publicidade

1 - O patrocínio, por qualquer entidade abrangida pelo presente decreto-lei, de congressos, simpósios ou quaisquer ações ou eventos de cariz científico ou de divulgação, direta ou indireta, de medicamentos, deve constar da documentação promocional relativa aos mesmos, bem como da documentação dos participantes e dos trabalhos ou relatórios publicados após a realização dessas mesmas ações e eventos, **devendo a entidade patrocinadora comunicar previamente ao INFARMED, I.P., o referido patrocínio.** (negrito nosso)

2 - O titular da autorização de introdução no mercado ou a empresa responsável pela informação ou promoção do medicamento devem manter, no serviço referido no n.º 1 do artigo 156.º, a documentação referente a cada um dos eventos ou

ações patrocinados ou organizados, ainda que indiretamente.

3 - A documentação acima referida inclui, de forma completa e fiel, o seguinte:

- a)** Programa das ações e eventos;
- b)** Identificação da entidade ou das entidades que realizam, patrocinam e organizam as ações ou eventos;
- c)** Cópia das comunicações científicas ou profissionais efetuadas;
- d)** Mapa das despesas e eventuais receitas e respetivos documentos justificativos.

4 - A documentação referida nos números anteriores é conservada durante um prazo mínimo de cinco anos, contados da data da conclusão da ação ou evento, e colocada à disposição das entidades com competência fiscalizadora.

5 - **Qualquer entidade abrangida pelo presente decreto-lei que, diretamente ou por interposta pessoa, conceda ou entregue qualquer subsídio, patrocínio, subvenção ou qualquer outro valor, bem ou direito avaliável em dinheiro, a toda**

e qualquer entidade, pessoa coletiva ou singular, designadamente associação ou qualquer outro tipo de entidade, independentemente da sua natureza ou forma, representativa de determinado grupo de doentes, ou ainda a empresa, associação ou sociedade médica de cariz científico ou de estudos clínicos, fica obrigada a comunicar esse facto, no prazo de 30 dias, ao INFARMED, I.P., em local apropriado da página eletrónica desta Autoridade Nacional. (negrito nosso)

6 - Toda e qualquer associação, ou qualquer outro tipo de entidade, independentemente da sua natureza ou forma, designadamente representativa de determinado grupo de doentes, associação ou sociedade médica de cariz científico ou de estudos clínicos, ou ainda **toda e qualquer entidade, pessoa coletiva ou singular, que receba subsídio, patrocínio, subvenção ou qualquer outro valor, bem ou direito avaliável em dinheiro, nos termos do número anterior,**

fica obrigada a comunicar esse facto, no prazo de 30 dias, ao INFARMED, I.P., em local apropriado da página eletrónica desta Autoridade Nacional, bem como a referenciar o facto em todo o documento destinado a divulgação pública que emita no âmbito da sua atividade.

7 - Não se consideram abrangidos pelo dever de comunicação previsto no número anterior a retribuição e outras prestações regulares e periódicas, em dinheiro ou em espécie, a que o sujeito tenha direito como contrapartida da prestação de trabalho de natureza subordinada, nem as remunerações devidas pela prestação de trabalho sem subordinação, quando o presta-

dor dependa economicamente do beneficiário da atividade.

8 - O INFARMED, I.P., disponibiliza na sua página eletrónica a informação prevista nos números anteriores”.¹

Assim é de concluir que, na generalidade das situações, os médicos continuam obrigados a notificar o Infarmed excepto naquelas que estão previstas no n.º 7 do art.º 159.º do Estatuto do Medicamento.

A intenção do legislador parece ser a de cruzar dados por forma a aferir da veracidade das declarações da indústria.

O Consultor Jurídico,
Paulo Sancho
2014-05-20

Artigo 159.º alterado pelo artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, Procede à oitava alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro, transpondo as Diretivas n.os 2009/35/CE, de 23 de abril de 2009, 2011/62/UE, de 8 de junho de 2011, e 2012/26/UE, de 25 de outubro de 2012 (DR 5 setembro). Esta versão entrou em vigor a 6 de Setembro de 2013.

Admissão à subespecialidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

O Conselho Nacional Executivo na sua reunião de 28 de Março de 2014, sob proposta da Direcção da subespecialidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, reviu os critérios de admissão na subespecialidade de Cuidados Intensivos Pediátricos no sentido de alargar a admissão a todas as especialidades e não apenas a pediatras.

Poderão assim candidatar-se ao título de Subespecialista em Cuidados Intensivos Pediátricos os médicos especialistas que cumpram, entre outras, as seguintes condições:

a) Apresentação curricular que demonstre o exercício profissional efectivo e contínuo por mais de 3 anos, disponibilizando pelo menos 75% do seu horário semanal numa Unidade/Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos polivalente.

b) Este período formativo deverá ter ocorrido em Unidade/Serviço(s) com um movimento anual superior a 200 doentes e pelo menos 50 doentes ventilados, variedade de patologias médicas, cirúrgicas, oncológicas e traumatológicas.

c) Ter actividade de formação médica de actualização ou aperfeiçoamento de competências, em diferentes áreas dos cuidados intensivos pediátricos, nomeadamente em cursos de suporte avançado de vida pediátrico, trauma, diálise, ventilação mecânica, ou outros relevantes para a subespecialidade, ministradas por organismo certificado ou acreditado. Ter actividade regular de investigação clínica aplicada com publicação ou apresentação pública de trabalhos.

Os currículos profissionais devem ser elaborados segundo o modelo Europass. A prova curricular é eliminatória e classificada em aprovado e não aprovado.

Consulte em www.ordemdosmedicos.pt, na área dedicada a este colégio, os restantes requisitos e o modelo de requerimento bem como a *check-list* de documentos a incluir na candidatura.



Parecer sobre o parto na água

Pedido que foi um parecer sobre o “parto na água” ao Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, a direcção desse Colégio concordou e assumiu como seu o parecer elaborado por Sousa Barros, no qual não se recomenda o trabalho de parto e/ou o nascimento em meio subaquático, e que passamos a transcrever.

“Em resposta ao email de V. Ex^a datado de 12 de Fevereiro de 2014, referente ao assunto supra citado, a Direcção do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia transcreve o parecer elaborado pelo Senhor Prof. Doutor Sousa Barros, com o qual esta Direcção concorda e que assume como seu:

“Não existem evidências científicas que validem a segurança e a eficiência deste tipo de procedimento, particularmente, no que diz respeito ao recém-nascido. De facto, embora uma análise da literatura científica sobre nascimentos subaquáticos identifique alguns estudos positivos, a falta de controlos científicos adequados, um número significativo de mortes e de doenças infantis não permitem recomendar e apoiar os partos na água. Não há nenhuma evidência convincente de benefício para o recém-nascido, mas alguma preocupação de dano grave. Portanto, o trabalho de parto e/ou o nascimento subaquático devem ser considerados procedimentos

experimentais, que não devem ser realizados, excepto dentro do contexto de ensaios clínicos, adequadamente concebidos e após o consentimento informado das parturientes.

As apaixonadas alegações a favor do parto/nascimento na água carecem de fundamento, sendo baseadas em evidências anedóticas, sem ensaios clínicos randomizados que permitam uma avaliação baseada em evidências sobre a segurança e os benefícios dos nascimentos em meio aquático.

A introdução de qualquer procedimento clínico num serviço de acção médica pressupõe que o responsável por essa implementação, assegurou uma cobertura em recursos humanos capaz de garantir assistência sem quebras de continuidade até os procedimentos estarem concluídos. Assim, o responsável pela introdução do procedimento clínico num serviço deve ter em consideração o disposto no artigo 3º. do Código Deontológico destinado a médicos:

(Independência dos médicos)

1. O médico, no exercício da sua profissão, é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus actos. Acresce, ainda, que, segundo a nossa interpretação do número 3 do referido artigo 3º., apesar da existência de hierarquias técnicas institucionais, legal ou contratualmente estabelecidas, em nenhum caso, um médico pode ser constrangido a praticar actos médicos contra sua vontade, sem prejuízo do disposto no artigo 7º. e 41º., número 1. Por outro lado, o Artigo 33º. (Condições de exercício) refere que:

1. O médico deve exercer a sua profissão em condições que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e a especificidade da sua acção, não aceitando situações de interferência externa que lhe cerceiem a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de actuar em conformidade com as leges artis.

Ora, o parto em meio aquático não está incluído como um procedimento que esteja de acor-

do com as leges artis médicas, não se encontrando referido na maioria dos tratados de obstetrícia ou de medicina materno fetal recomendados na formação médica.

Ainda o Artigo 34^a. (*Responsabilidade*) refere que:

1. O médico é responsável pelos seus actos e pelos praticados por profissionais sob a sua orientação, desde que estes não se afastem das suas instruções, nem excedam os limites da sua competência.
2. Nas equipas multidisciplinares, a responsabilidade de cada médico deve ser apreciada individualmente.

Assim, como atribuir responsabilidade a um médico pela execução de um procedimento que não iniciou e com o qual não concorda? Essa responsabilidade teria de ser transferida para o responsável do serviço.

Mesmo tendo em consideração o Artigo 38°. (*Objecção técnica*) - A recusa de subordinação a ordens técnicas oriundas de hierarquias institucionais, legal ou contratualmente estabelecidas, ou a normas de orientação adoptadas institucionalmente, só pode ser usada quando o médico se sentir constrangido a praticar ou deixar de praticar actos médicos, contra a sua opinião técnica, devendo, nesse caso, justificar-se de forma clara e por escrito.

Do exposto, pode concluir-se que o médico tem toda a legitimidade para recusar a realização de procedimentos com os quais não concorda. Em nossa opinião deverá, antecipadamente manifestá-lo por escrito, declarando que não aceitará a transferência de responsabilidade de qualquer parturiente que se encontre nas condições

referidas. Caberá sempre a quem iniciou o procedimento, terminá-lo ou providenciar a sua substituição por quem esteja de acordo com o procedimento. Em circunstância alguma a parturiente pode ser abandonada, caso o procedimento esteja em curso.

Numa equipa em que nenhum médico esteja de acordo com o procedimento, o mesmo significa que esse procedimento não está disponível, não devendo ser oferecido às parturientes.

Conclusão:

O Colégio da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia da Ordem dos Médicos não recomenda o trabalho de parto e/ou o nascimento em meio subaquático.

Sem outro assunto, com os melhores cumprimentos.

O Presidente da Direcção,
João Luis Silva Carvalho"

Quer ser revisor AMP?

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

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

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

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





Criação de consultas de grupo para medicamentos biológicos

A Ordem dos Médicos recebeu através do Infarmed uma proposta de despacho do MS de criação de consultas de grupo para a utilização de medicamentos biológicos nas áreas da reumatologia e doenças auto-imunes, da doença inflamatória intestinal e da psoríase. Divulgamos em seguida os pareceres das Direcções dos Colégios de Dermatovenereologia, Gastreenterologia, Reumatologia e da subespecialidade de Gastreenterologia Pediátrica sobre essa proposta.

Dermatovenereologia

Após análise do documento do Ministério da Saúde enviado sobre criação “Consultas de Grupo para Medicamentos Biológicos”, a Direcção do Colégio de Dermatovenereologia considera que:

- I. A introdução destes fármacos no arsenal terapêutico da Psoríase não tornou a doença mais complexa nem mais difícil de diagnosticar e tratar. Afirmamos a autonomia técnica e científica plenas da Dermatologia para a assistência a doentes com Psoríase.
- II. O Colégio de Dermatovenereologia não está em desacordo com criação de Consultas de Grupo multidisciplinares de discussão clínica de casos de elevada complexidade diagnóstica e terapêutica, prática já largamente disseminada por instituições do SNS e com provas dadas.
- III. As “Consultas de Grupo para medicamentos biológicos” que se pretendem agora implementar

não têm nada de semelhante com o espírito e a praxis das Consultas de Grupo na área de Oncologia, área em que são indispensáveis a multidisciplinariedade para a coordenação e uniformização entre as diferentes especialidades responsáveis pelo tratamento do doente (Cirúrgico, Quimioterapia, Radioterapia, etc.).

IV. Conscientes da necessidade de gerir recursos humanos e técnicos de forma mais racional e promover a formação e investigação científica na área da Psoríase, o Colégio da Dermatologia defende a criação de Consultas Especializadas de Psoríase em Serviços de Dermatologia de elevada diferenciação para doentes com formas clínicas graves e que necessitem de terapêutica sistémica (cerca de 30% dos psoriáticos e destes cerca de 1/3 poderão beneficiar de terapêutica com medicação biológica). O Colégio tem conhecimento de vários Serviços que tentaram implementá-las nos

últimos 5 anos, mas não tiveram receptividade por parte dos Conselhos de Administração.

V. Pensamos que a motivação para a criação das “Consultas de Grupo para Medicamentos Biológicos” são apenas factores de ordem financeira. Para auditar a correcta utilização de medicamentos biológicos por dermatologistas (SNS ou privados) sugerimos em alternativa um mecanismo administrativo ou clínico-administrativo sob a forma de uma Comissão de Verificação de Cumprimento das NOCs (com elementos médicos, farmacêuticos e administrador hospitalar) nos locais de dispensa destes medicamentos.

VI. Não concordamos com a criação de uma “Consultas de Grupo para Medicamentos Biológicos” exclusivamente formada por médicos, de especialidades diferentes, com o risco de deriva paternalista e tutelar de umas especialidades em relação às outras,

a digladiarem-se por questões de *pseudo* custo-efectividade. Será que está no horizonte do Ministério da Saúde alargar este conceito de “regulamentação de acesso” a outras áreas de custo elevado para o SNS, como por exemplo: “CDIs e Pace-makers”, “Terapêutica tripla para a Hepatite C”, “Medicamentos anti-retrovirais”, etc. Há doentes de 1ª e doentes de 2ª? Há especialidades de 1ª e especialidades de 2ª?

Na eventualidade de este despacho seguir em frente, é fundamental:

- Clarificar o âmbito: são reuniões clínicas? São reuniões administrativas? São meras comissões de escolha de medicamentos em que o critério é unicamente o preço imposto com argumentos de custo-efectividade pouco transparentes?
 - Clarificar o que se entende por “áreas da Reumatologia e doenças auto-imunes” (Reumatologia? Neurologia? Medicina Interna? Oftalmologia? ORL? Nefrologia, Pediatria?). Qual(is) a(s) especialidade(s) responsáveis pelas doenças englobadas genericamente sobre a designação “doenças auto-imunes”. Será o desabrochar de uma nova especialidade? Para a doença inflamatória intestinal e para a psoríase parecemos não existirem dúvidas das especialidades responsáveis (respectivamente Gastroenterologia e Dermatologia).
 - Incluir a obrigatoriedade de elementos fixos (coordenador e um responsável por cada consulta especializada que exista na instituição); o elemento variável seria o médico assistente do doente em cada caso (com participação presencial ou via electrónica).
- Manuela Selores (presidente da direcção do Colégio da Especialidade de Dermatovenereologia)

Gastrenterologia

O Documento em discussão para prescrição de terapêutica biológica por Consulta de Grupo parece completamente desfasado, face a todos os esforços que desde há longos meses vêm sendo feitos pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) e pelas Sociedades Portuguesas de Gastrenterologia, Reumatologia, Dermatologia e Medicina Interna que culminou na criação de ferramentas informáticas adequadas às especialidades e às patologias, centralizadas pela DGS e que deram lugar à assinatura recente de um protocolo pelas partes referidas. Neste momento está-se na fase de implantação “no terreno” do referido programa informático denominado BioDGS.pt. Parece pois que não existe qualquer coordenação entre a Secretaria de Estado que elabora este documento e a DGS. Relembro que um dos objectivos do BioDGS.pt é exactamente o registo dos doentes em base de dados nacional, criando uniformidade de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que no caso de não serem cumpridos impedem a prescrição e consequente disponibilização da medicação ao utente. Este programa BioDGS.pt, “garante pois a actualização dos registos informáticos em base de dados nacional dos doentes em tratamento”. Mais, após determinação de quais os centros prescritores, permitirá o referido “acesso em igualdade de condições a todos os utentes do SNS”, prevendo-se que numa lógica de proximidade se continue a prescrever fora dos Hospitais do SNS tal como agora acontece, desejando-se que no sentido de haver igualdade entre especialidades e entre utentes, tal seja também permitido à especialidade de Gastrenterologia (o que até agora não aconteceu). Con-

tudo, para tal, o médico, ao prescrever, terá de o fazer em Centro autorizado e aceder ao referido Programa, não constituindo esta vertente da prescrição um problema adicional na medida em que todas as prescrições, tratamentos e “follow-up” estarão monitorizados “on-line”. É pois, voltamos a referir, estranhíssimo que na fase de desenvolvimento do BioDGS.pt surja este documento para discussão, proveniente de uma Secretaria de Estado, e que choca em alguns pontos com todo o trabalho desenvolvido pela DGS, que tem trabalhado em estreita colaboração com as Sociedades Científicas, contando com o apoio dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e do INFARMED, tendo este inclusivamente sido já chamado e emitido pareceres técnicos. O documento em discussão é em suma dissonante do espírito e articulado do protocolo assinado. Deste envolvimento com a DGS resultaram projectos de NOC. De referir também que consideramos desadequado o espírito de emitir “Pareceres doente a doente por consultas de Grupo à imagem do que acontece na área de Oncologia”. As situações clínicas são muito diferentes, pois enquanto no âmbito oncológico existem frequentemente doentes com indicação para abordagem multidisciplinar, no campo da terapêutica biológica o tratamento na grande maioria dos casos refere-se apenas a uma patologia do foro da respectiva especialidade. Desta forma torna-se desajustado a emissão de pareceres ou interferência de outras especialidades sobre patologias e doentes que com elas não estão relacionados. Também convém referir que o estabelecimento de “periodicidade da consulta” é desadequado, pois estes doentes necessitam frequentemente de

alterações terapêuticas diversas (posológicas, periodicidade de administração, mudança de fármacos) que em face da gravidade e/ou instabilidade das situações clínicas não se compadecem com decisões em dias fixos, que conforme previsto no documento podem ser apenas uma vez por mês. Tal revela-se muito penalizante para os doentes e de enorme gravidade do ponto de vista de responsabilidade médica.

Guimarães, 6 de Abril de 2014

José Cotter (presidente da direcção do Colégio da Especialidade de Gastreenterologia)

Reumatologia

O Colégio de Especialidade de Reumatologia da Ordem dos Médicos está em completo desacordo com a filosofia e o teor deste “Despacho”! Vou pois fundamentar a nossa posição apenas no que se refere às doenças reumáticas, deixando aos colegas das restantes especialidades médicas envolvidas - Dermatologia e Gastroenterologia - as respostas que acharem mais adequadas.

Passamos a justificar a nossa opinião sobre as “consultas de grupo” no âmbito das doenças reumáticas (Artrite Reumatoide, Artrite Psoriásica, Artrites Idiopáticas Juvenis e Espondilartroses/Espondilite Anquilosante):

1 - No preâmbulo do “Despacho”, é afirmado que “Os referidos medicamentos estão sujeitos a utilização restrita, com fornecimento exclusivamente hospitalar e, como consequência do crescimento na sua utilização, têm significativo impacto orçamental para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). A utilização racional dos medicamentos biológicos é, portanto, uma prioridade na regulamentação do SNS.”

- Tais afirmações são irrealistas pelas seguintes razões:

a) Tanto quanto sabemos, estes fármacos são os únicos que têm um tecto de custos, a partir do qual os eventuais aumentos de consumo são suportados pela indústria farmacêutica. Como tal, não se entende a alegação que subentende um aumento marcado de custos dependente da sua utilização, nem o “significativo impacto para o SNS”, que é pura e simplesmente aquele que o MS aceitou no início da negociação.

b) também parece ser desconhecido pelo legislador que a referida “utilização racional dos medicamentos biológicos é, portanto, uma prioridade na regulamentação do SNS”, já está contemplada pelas Normas de Boa Prática clínica referentes à prescrição destes fármacos, que existem desde há cerca de 4 anos, implementadas por obrigatoriedade da TROIKA dos nossos credores externos, que se não estão já devidamente implementadas é apenas por incúria e negligência do Ministério da Saúde e da sua Secretaria de Estado.

c) Portanto, os custos com estes fármacos estão controlados - desde que o Ministério da Saúde saiba utilizar a sua capacidade negocial - e a forma de os regulamentar existe e está em vigor, coisa que o legislador parece desconhecer, pois efectivamente não utiliza os mecanismos que tem ao seu dispor.

2 - Quando é afirmado que “a regulamentação do acesso aos medicamentos biológicos passa pela obrigatoriedade de serem constituídos centros de diagnóstico e tratamento especializados e do registo em bases de dados informatizadas nacionais” o legislador novamente parece desconhecer que tal já está feito e em vigor há

vários anos, com atraso decorrente apenas da incompetência e ausência de resposta da DGS e da SES, que atrasaram mais de 3 anos a implementação das Normas de Boa Prática Clínica definidas e não têm capacidade para as controlar, apesar de disporem de todas as ferramentas para o fazer: Normas + Registo eletrónico (BIODGS.PT) + distribuição hospitalar dos fármacos.

Falta apenas a competência e o trabalho - faz lembrar Almada Negreiros quando escreveu: “coragem portugueses, só vos faltam as qualidades...”

3 - A invocação do exemplo da Oncologia para justificar a necessidade de “Consultas de Grupo” para prescrição de “agentes biotecnológicos” é, no mínimo, desadequada, o que não nos espanta nada, pois nenhum Reumatologista foi ouvido para se chegar a este documento. Assim, vale a pena referir que nas doenças oncológicas, por um lado, o primeiro tratamento é o que tem maiores hipóteses de ser eficaz e, se este falhar, o sucesso terapêutico está quase sempre comprometido e, por outro lado, as alternativas terapêuticas envolvem frequentemente 3 ou mais especialidades (por ex: Radioterapia + Oncologia Médica + Cirurgia).

Exactamente o oposto acontece com as doenças reumáticas, nas quais outras terapêuticas, mais baratas e muito menos agressivas, devem ser necessariamente utilizadas, de forma optimizada, antes de se tomar a eventual decisão de prescrever um agente biotecnológico. Acresce que de 75 a 80% dos doentes com as doenças reumáticas acima referidas (% dependendo da doença em questão) têm as suas doenças em remissão, ou adequadamente controladas, com terapêuticas farmacológicas muito mais baratas e com menos efeitos

adversos. Tal poderia ser facilmente apreciado pelo MS e pela SES, bastando para tal observar a base de dados da SPR - o REUMA.PT. Nas doenças reumáticas referidas, as decisões terapêuticas baseiam-se na relação Médico/Doente, com partilha de responsabilidades e conhecimentos. A necessidade de validação através de “consultas de grupo” feitas por Médicos que desconhecem o doente, nas suas vertentes psicológica, social, cultural e económica, pode mesmo pôr em causa a correcta adequação da terapêutica ao doente concreto, por não o avaliar com a profundidade que uma relação Médico/Doente prévia duradora garante. Acresce que os tais Médicos das “consultas de grupo” poderiam até nem ser especialistas em Reumatologia, o que é totalmente inaceitável quando se trata de tomada de decisão relativamente a doenças reumáticas graves.

Não entende também o CEROM a que se refere o termo “doenças auto-imunes”, pois não é reconhecida nenhuma especialidade ou competência Médica com essa designação!

4 - As tais “consultas de Grupo” não têm pois qualquer necessidade de existir e serão apenas uma forma de uma SES incompetente e negligente continuar a ignorar este assunto e os mecanismos que tem ao seu dispor para fazer este tipo de controlo, além de ignorar também que os gastos com estes medicamentos estão completamente controlados, podendo ser revistos em cada ano, sem que os custos aceites pela entidade pagadora (MS) sejam ultrapassados nesse período.

5 - Do ponto de vista da Especialidade de Reumatologia, especialidade esta reconhecida pela Ordem dos Médicos portuguesa, e igualmente em todo o mundo civiliza-

do, é particularmente afrontoso que seja introduzida uma pseudo-especialidade inexistente (“doenças auto-imunes”) para decidir relativamente aos doentes reumáticos. Tal é totalmente inaceitável pelos Reumatologistas portugueses e pelo seu CEROM.

6 - Tendo sido explicitados adequadamente os motivos pelos quais estamos completamente em desacordo com a criação destas “Consultas de Grupo”, que ferindo de ilegalidade ética a relação Médico/Doente, criam até especialidades médicas inexistentes, escusamo-nos de comentar os aspectos práticos da sua criação, presentes no resto do lamentável documento.

25/03/2014

J. A. Melo Gomes (presidente do Colégio da Especialidade de Reumatologia)

Gastreterologia Pediátrica

O documento proposto visa a criação de consultas de grupo multidisciplinares para a decisão e revisão de prescrição de medicamentos biológicos, a pretexto de que *“as estratégias adoptadas até ao momento não têm sido suficientes para garantir o acesso em igualdade de condições a todos os utentes do SNS, nomeadamente no que se refere à decisão terapêutica e à utilização racional das alternativas terapêuticas mais custo-efetivas”* (introdução). De facto já existem Normas de Orientação Clínica (para adultos) cujo objectivo é precisamente ajudar à prescrição adequada com fundamentação clínica bem identificada. O projecto cita o exemplo das consultas de grupo de Oncologia, como modelo a seguir.

Embora o texto não seja suficientemente claro, o contexto sugere que se pretenda uma única consulta

multidisciplinar em cada instituição, onde coexistem as várias especialidades, e é essa interpretação que aqui se comentará.

Assim, a Direcção do Colégio de Gastreterologia Pediátrica declara o seguinte:

1. Este projecto, como já vem sendo recorrente na legislação do Ministério da Saúde, em nada contempla a Pediatria ou a sua especificidade. Pretende-se constituir também consultas de Grupo exclusivamente pediátricas ou meramente nomear um Pediatra para o grupo onde todos votam? A 2ª hipótese é absurda e inaceitável por razões óbvias. Quanto à 1ª temos as mesmas objecções que adiante se mencionam.

2. As consulta de grupo de Oncologia, de inquestionável mérito, visam analisar o envolvimento multidisciplinar da mesma doença e sua repercussão em vários órgãos ou sistemas, bem como a decisão de terapêuticas por vezes testadas em pequenos grupos de doentes ou em situação limite. O que aqui se sugere é que um Reumatologista exerça o seu direito de voto acerca da indicação de tratamento biológico num doente com Doença de Crohn com determinadas características de gravidade ou de risco, etc.

3. Em reuniões médicas clínicas é habitual tomarem-se decisões por consenso ou mediante a recomendação de quem tem mais experiência. No presente projecto institui-se a votação por “maioria de votos expressos” (braço no ar ou escrutínio secreto?), o que pode perfeitamente legitimar a recusa de tratamento dum doente com Doença Inflamatória Intestinal por um Reumatologista e um Dermatologista...

4. O médico do doente não tem presença obrigatória na reunião de avaliação, a quem o doente será

previsivelmente devolvido e que poderá ter de o tratar contra a sua recomendação...

Por todas estas razões o projecto não mostra qualquer tentativa de responder à sua alegada motivação (*garantir o acesso em igualdade de condições a todos os utentes do SNS*), antes cria uma espécie de junta médica que não se assume responsável pelo tratamento subsequente ou suas consequências,

apenas autoriza ou não o que o médico do doente propõe como melhor opção.

Se é verdade que os custos associados aos tratamentos biológicos são de grande importância, parece inaceitável pela comunidade médica que a sua vigilância se faça por este mecanismo que eventualmente coloca médicos em confronto e devolve os doentes ao seu médico em posição de fragilidade por ter

sido desautorizado pelo “conselho de sábios”...

Por todas estas razões o projecto proposto é, em nossa opinião, descabido, inútil e pernicioso devendo ser energicamente recusado pela Ordem dos Médicos.

Jorge Amil Dias

(coordenador da direcção do Colégio da Subespecialidade de Gastrenterologia Pediátrica)

Biossimilares em patologias em que não foram estudados

Publicamos em seguida o parecer da Direcção do Colégio de Farmacologia Clínica sobre biossimilares que conclui que o desconhecimento do real benefício/risco dos biossimilares em doentes com patologias em que não tenham sido estudados justifica que, como regra, não devam ser recomendados nesse contexto.

Parecer

1. A informação científica actualmente disponível não permite garantir a intermutabilidade de qualquer medicamento biológico, independentemente de ser o original ou o biossimilar. A justificação está relacionada com a segurança e a eficácia, dado que a equivalência entre os originais não está estabelecida, e que relativamente aos biossimilares, nem os limites de equivalência, nem a definição de “similar” em si são claras. Estas particularidades dos produtos biofarmacêuticos podem condicionar a resposta clínica, incluindo a ocorrência de efeitos adversos, os quais podem ser particularmente graves se a substituição ocorrer sem o conhecimento do médico prescriptor. Deste modo, relevamos que substituição automática pode afetar a farmacovigilância, ao

omitir a identificação da marca ou fabricante dos produtos biofarmacêuticos.

O tratamento iniciado com um medicamento biológico deve, por conseguinte, ser continuado com o mesmo biofarmacêutico.

Vários países, como a França, os Países Baixos, Alemanha, Itália, Espanha, Reino Unido e Suécia, por exemplo, adotaram legislação que proíbe a substituição automática de produtos biológicos. (Huub Schellekens. Biosimilar therapeutics—what do we need to consider? NDT Plus 2009; 2 (Suppl 1): i27–i36; Zuñiga L, Calvo B. Regulatory aspects of biosimilars in Europe. Trends in Biotechnology 2009; 27:385–7).

2. No que concerne ao tratamento dos doentes “naïves” com um biossimilar recomen-

da-se a adopção de medidas adequadas tendo em consideração que se trata de um novo produto biológico que poderá apresentar diferenças clínicas na eficácia e segurança relativamente ao biofarmacêutico original.

O desconhecimento do real benefício/risco dos biossimilares em doentes com patologias em que não tenham sido estudados justifica que, como regra, não devam ser recomendados nesse contexto.

Lisboa, 26 Maio 2014

H. Luz Rodrigues,
Presidente da Direcção
do Colégio de Farmacologia
Clínica



Rastreio do Cancro da Mama

Pareceres das Direcções dos Colégios de Ginecologia/Obstetrícia e Oncologia Médica sobre estudo publicado no BMJ "Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian Nacional Breast Screening Study: randomized screening trial".

Colégio de Ginecologia/Obstetrícia

O Rastreio pela mamografia é consensualmente realizado para detectar carcinomas da mama em fase muito precoce, ainda clinicamente não palpáveis, e contribuir para uma redução da mortalidade em geral.

A maior incidência de cancro da mama surge nas mulheres com mais de 50 anos em cerca de 70-80% e aumenta a incidência à medida que a mulher progride na idade.

Nas mulheres com idade inferior aos 50 anos não tem sido demonstrado tão eficaz o rastreio nos grupos etários entre os 40 e 50 anos.

Aqui a maior densidade do tecido mamário não permite um diagnóstico mais preciso e pode omitir alguns cancros, onde a probabilidade de um rastreio apenas mamográfico pode ser insuficiente e necessitar de um complemento com Ecografia e um exame clínico cuidadoso.

À medida que a mulher se aproxima da menopausa o tecido glandular sofre uma involução e com uma maior proporção de tecido adiposo que necessariamente melhora a in-

terpretação da mamografia.

Actualmente nos últimos anos há uma maior incidência de carcinomas da mama em idades mais jovens, onde a prevalência de lesões benignas é muito maior, e existe uma maior dificuldade de diagnósticos precoces baseados apenas pela mamografia exclusiva.

Os novos programas de rastreio (UK) estão em fase de estenderem gradualmente para idades de 47 aos 73 anos e que será reavaliado em 2016.

Os estudos randomizados de Rastreio em vários países têm sido revistos muitas vezes o que atesta as dificuldades reais de estabelecer normas definitivas.

Todos os rastreio são unânimes em afirmar que existe uma redução na mortalidade que pode variar de 20 a 39%. As variações dependem dos períodos de observações e da população sobre as quais é realizado o rastreio.

Um rastreio também deverá ser adaptado em relação a determinado grupo de mulheres de alto risco.

As controvérsias dos rastreios têm-se mantido pelas análises

dos resultados na perspectiva de redução da mortalidade, mas que indiscutivelmente tem a oportunidade de diagnosticar tumores mais precoces, pese embora as características de agressividades dos tumores que não dependem de diagnósticos precoces, mas sim do seu potencial agressivo.

Apostar na Mamografia de rastreio ainda é um caminho seguro.

Colégio de Oncologia Médica

A recente publicação no BMJ sobre este tema, com avaliação da incidência e da mortalidade aos 25 anos, em doentes que se submeteram ou não ao rastreio organizado do cancro da mama, com realização de mamografia *versus* exame clínico especializado ou auto-palpação, em idades compreendida entre os 40 e 59 anos, veio alertar para um sobre diagnóstico de 22% e sem redução na mortalidade, alegando que os tratamentos adjuvantes são aplicados nos tempos correctos e com terapêuticas avançadas.

Este estudo tem feito sempre parte das diversas análises comparati-

vas sobre a eficácia do rastreio de cancro da mama na diminuição da mortalidade por cancro da mama.

Tem alguns vieses que prejudicam as conclusões que apresentam:

1- Desde o seu início foi acusado de problemas na randomização.

2- Utiliza procedimentos diagnósticos muito antigos (nomeadamente mamografia).

3- Utiliza os grupos etários que normalmente não são englobados em programas de rastreio organizado (40-49) ou estão no intervalo inferior (50-59), grupos onde reconhecidamente o efeito do rastreio é menor.

4- Não faz comparação com mulheres que não realizam mamografias nem qualquer tipo de exploração física.

5- Simplifica a definição de “sobrediagnóstico” à diferença entre o número de casos diagnosticados por mamografia e os casos diagnosticados por outros procedimentos físicos.

6- Não utiliza outros “marcadores” dos cancros além do tamanho do tumor, número de gânglios invadidos e receptores estrogénicos.

Embora seja um tema controverso, muitas outras publicações têm demonstrado um benefício do rastreio mamográfico, com redução de cerca de 31% na mortalidade das doentes com cancro da mama (Swedish Two-County Trial: Impact of mammography screening on breast cancer mortality during 3 decades- RSNA, 2011).

Doris Schopper, Chris de Wolf. How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. European Journal of cancer, 2009; 45, 1916-1923, é outro estudo publicado neste sentido.

O BJC em 2011, publicou um artigo de G van Schoor et al, sobre a

avaliação do programa de rastreio organizado conduzido entre 1970 e 1980 na Holanda, demonstrando 20 a 30% de redução na mortalidade por cancro da mama, nas mulheres entre os 50-69 anos. Estes resultados levaram à implementação de programas de rastreio de cancro da mama, em larga escala na Europa, América do Norte e Austrália (Shapiro et al, 1998). A avaliação subsequente destes programas mostrou idêntico benefício na mortalidade por cancro da mama nas doentes rastreadas (Demisse et al, 1998; Gabe and Duffy, 2005).

As diferentes conclusões sobre o papel destes rastreios organizados estão inerentes às diferenças do desenho dos estudos e do método de análise. A intensidade do *screening* (tempo de intervalo entre as mamografias - anualmente *vs* 24 a 33 meses), a idade das mulheres rastreadas, estando demonstrado que em idades mais jovens (<50 anos) os falsos positivos mamográficos são mais elevados, a experiência dos radiologistas, são factores que podem induzir estas divergências.

A educação, a facilidade de diagnósticos precoces na população geral, sem rastreio, é variável de país para país. A diferença na mortalidade por cancro da mama em tumores \leq a 2 cm *vs* tumores de maiores dimensões é substancial. O pressuposto deste artigo agora publicado no BMJ não é uniformemente aplicável, visto que é sabido que nem todas as mulheres fazem o auto-exame e muitas outras não frequentam consultas médicas especializadas, como no ramo de controlo daquele artigo.

A revisão dos vários estudos controversos publicados e compara-

dos, entre outros, concluem que as mamografias eram benéficas para as doentes.

Resumindo:

1- A redução da mortalidade é sobretudo função de dois factores muito importantes (muito difícil estimar a contribuição isolada deles): rastreio organizado e avanços terapêuticos (e maior acessibilidade aos cuidados de diagnóstico).

2- O rastreio “organizado” é muito melhor que o rastreio “oportunistico”.

3- Há avaliações recentes independentes: inglesa (The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review, 2012) e holandesa (Health Council of the Netherlands. Population screening for breast cancer: expectations and developments. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2014; publication no. 2014/01).

4- Que há dezenas de meta-análises que mostram o benefício do rastreio “organizado”.

Em Portugal o diagnóstico precoce por cancro da mama, em mulheres fora de qualquer programa de rastreio organizado, é bastante inferior ao desejável, com implicação na mortalidade, por ausência da realização de auto-exame e principalmente pela dificuldade de acesso e ou falta de regularidade das consultas especializadas.

Exemplos de artigos em que os programas portugueses são referidos (com resultados):

Giordano L, von Karsa L, Tomatis M, Majek O, de Wolf C, Lancucki L, et al. Mammographic screening programmes in Europe: organization, coverage and participation. J Med Screen. 2012;19 Suppl 1:72-82.

Törnberg S, Kemetli L, Ascunce N, Hofvind S, Anttila A, Seradour

B, et al. A pooled analysis of interval cancer rates in six European countries. Eur J Cancer Prev. 2010 Mar;19(2):87-93.

Törnberg S, Codd M, Rodrigues V, Segnan N, Ponti A. Ascertainment and evaluation of interval cancers in population-based mammography screening programmes: a collaborative study in four European centres. J Med Screen. 2005;12(1):43-9.

Klabunde CN, Sancho-Garnier H, Broeders M, Thoresen S, Rodrigues VJ, BallardBarbash R. Quality assurance for screening mammography data collection systems in 22 countries. Int J Technol Assess Health Care. 2001Fall;17(4):528-41

Alves JG, Cruz DB, Rodrigues VL, Gonçalves ML, Fernandes E. Breast cancer screening in the

central region of Portugal. Eur J Cancer Prev. 1994 Jan; 3 Suppl 1:49-53.

Assim, consideramos importante a realização do rastreio à população portuguesa.

¹ Norman Boyde, The review of randomization in the canadian National Breast Screening Study. Is the debate over? Can Med Assoc J 1997; 156(2); 207-9

ELEIÇÕES

**Subespecialidade de Dermatopatologia
e Competências em Avaliação do Dano Corporal
e Peritagem Médica da Segurança Social**

23 de Julho de 2014

Horário: das 9 às 20 horas

Local: Secções Regionais da Ordem dos Médicos

CALENDÁRIO ELEITORAL

- Maio 23** Os cadernos eleitorais estarão disponíveis para consulta em cada Secção Regional.
- Maio 30** Prazo limite para reclamação dos cadernos eleitorais
- Junho 06** Prazo limite para decisão das reclamações
- Junho 13** Prazo limite para formalização das candidaturas
- Junho 20** Prazo limite para apreciação da regularidade das candidaturas
- Julho 9** Prazo limite para o envio dos boletins de voto e relação dos candidatos
- Julho 23** Constituição das Assembleias Eleitorais (Secções de Voto),
acto eleitoral e contagem dos votos a nível regional
(a Mesa Eleitoral Nacional funciona na Secção Regional que detém a Presidência).
- Julho 28** Apuramento final dos resultados a nível nacional.
- Agosto 04** Prazo limite para impugnação do acto eleitoral.
- Agosto 11** Prazo limite para a decisão de eventuais impugnações.

Promoção e vigilância da saúde de trabalhadores via serviços integrados no SNS

O departamento jurídico da Ordem dos Médicos emitiu um parecer sobre a Portaria nº 112/2014 que "regula a prestação de cuidados de saúde primários do trabalho através dos Agrupamentos de centros de saúde (ACES) visando assegurar a promoção e vigilância da saúde a grupos de trabalhadores específicos, de acordo com o previsto no artigo nº 76.º da Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro e suas alterações". O parecer conclui pela inconstitucionalidade da portaria por permitir algo que a lei havia restringido. Reservando para um momento posterior uma análise mais detalhada, o Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho repudiou de forma preliminar a Portaria nº 112/2014. O Colégio de Medicina Geral e Familiar considera ser "mais um ataque profundamente capcioso, destinado a destruir a especialidade de MGF, atribuindo-lhe funções que não são da sua área de competência, como se a MGF fosse uma área médica onde tudo cabe". O Colégio de Saúde Pública defende que a matéria em causa seja estudada com a colaboração da OM. Divulgamos em seguida a tomada de posição dos três Colégios e o parecer do departamento jurídico da OM.

Medicina do Trabalho

"O Conselho Diretivo do Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho, reunido em 24 do corrente mês de Maio, analisou a recém publicada Portaria nº 112/2014, de 23 de Maio, e considerou:

1-A Portaria nº 112/2014 pretende regulamentar o disposto no normativo português desde o Decreto-Lei nº 26/94, quanto à possibilidade de a promoção e vigilância da saúde de alguns trabalhadores poderem ser asseguradas através de instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde.

2-Reconhecemos a necessidade e a importância de implementar tal prestação de serviços, a que poderá recorrer uma parte muito significativa da população trabalhadora portuguesa.

3-A solução encontrada merece, no entanto, a nossa total discordância e repúdio, por pecar por 3 ordens de razões:

a) Legais, pois que colide com o disposto no normativo português desde o distante Decreto 47512, de 25 de Janeiro de 1967, (primeira regulamentação portuguesa das atividades de Medicina do Trabalho), até à mais recente regulamentação, a Lei nº 3/2014, que fixam, inequivocamente, que

tais serviços serão prestados por "médicos do trabalho".

b) Técnico-científicos, pois que os médicos a quem a portaria pretende atribuir tais funções carecem de formação nesta área.

Se assim não fosse, não se compreenderia que o Estado Português tivesse criado a carreira médica de Medicina do Trabalho e o Internato Médico de Medicina do Trabalho (Portaria nº 307/2012) e que, anteriormente, tivesse validado os planos de formação da Ordem dos Médicos, desde 2002 com 4 anos de duração, em consonância com o estabelecido nos acordos com a Comunidade Europeia.

c) Deontológicos, pois que coloca os médicos que os praticarem sem a devida habilitação em violação do Código Deontológico da sua profissão, com todas as possíveis consequências daí decorrentes.

Assim, o Conselho Diretivo do Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho, surpreendido com a publicação da referida portaria, vem manifestar o total repúdio do conteúdo da mesma e, ainda, solicitar que a Ordem dos Médicos reaja veementemente junto das entidades competentes para a imediata anulação da Portaria nº 112/2014.

Num espaço de tempo curto, faremos chegar uma análise detalhada da referida portaria.

Coimbra, 26 de Maio de 2014
O Presidente do Colégio,
A. M. Lopes Pires”

Medicina Geral e Familiar

O Colégio de MGF tomou conhecimento, sem que antes tivesse tido qualquer oportunidade de se pronunciar, da publicação em DR da Portaria nº 112/2014 de 23 de maio.

A filosofia subjacente a esse diploma legal baseia-se em que “Os cuidados de saúde primários, ou básicos, do trabalho são, à semelhança dos cuidados de saúde primários gerais, cuidados essenciais que usam métodos, tecnologias e saberes apropriados e universalmente acessíveis” e assim “No âmbito dos cuidados de saúde primários, considera-se que, o médico de família acompanha o utente/trabalhador ao longo da vida, pelo que é o profissional de saúde que está melhor habilitado para diagnosticar e tratar as doenças dos trabalhadores e promover a sua saúde no seu contexto geral e laboral.”.

A sua publicação, mais uma vez o salientamos, sem qualquer consulta prévia aos órgãos da Ordem dos Médicos, demonstra, quanto a nós, duas coisas:

- O Ministério da Saúde deste des(Governo) não sabe quais as competências nucleares da Medicina Geral e Familiar e qual o seu papel no Serviço Nacional de Saúde;

Ou se sabe:

- O Ministério, ao elaborar a Portaria, fê-lo assente na esper-teza saloia, tentando atirar “areia aos olhos da população”, ao defender que os *cuidados de saúde primários do trabalho* são da competência da Medicina Geral e Familiar e não, quanto a nós, mais uma competência da Medicina do Trabalho, entrando em contradição com a Portaria n.º 307/2012 de 8 de outubro, que define o programa de formação da área de especialização de Medicina do Trabalho.

Vemos nisto mais um ataque profundamente capcioso, destinado a destruir a Especialidade de Medicina Geral e Familiar, atribuindo-lhe funções que não são da sua área de competência, como se a MGF fosse uma área médica onde tudo cabe, podendo colocar em risco o seu utente/trabalhador.

Aos Médicos de Família não lhes chega estarem, no presente, afogados em indicadores de duvidosa utilidade clínica, com metas definidas sem qualquer fundamentação científica, com listas de utentes de dimensão desmesurada, impostas à força, com sistemas informáticos lentos, inadequados e disfuncionantes, que em vez de facilitarem a sua prática clínica e a relação médico-paciente, só servem para as dificultar e levar à exaustão física e psíquica estes excelentes especialistas, ainda lhes querem impor atos médicos

que não são da sua competência mas sim da área da Medicina do Trabalho.

O Colégio da Especialidade de Medicina Geral da Ordem dos Médicos:

- Acha inaceitável que a Ordem dos Médicos não tenha sido ouvida relativamente ao assunto, o que denota da parte deste Ministério da Saúde uma atitude de sobrançeria e desprezo para com os representantes dos médicos que são quem detém legitimidade para emitir pareceres sobre as boas práticas técnico-científicas para o exercício da Medicina;
- Discorda da filosofia do referido diploma e aconselha os Especialistas de Medicina Geral e Familiar a usarem o dever de escusa se, em consciência, acharem não estarem aptos e ou em condições para exercerem os atos médicos, nos moldes exigidos pela referida Portaria.

Porto, 26 de maio de 2014
A Direcção do Colégio

Saúde Pública

A Direcção do Colégio da Especialidade de Saúde Pública, após analisar o conteúdo da Portaria n.º 112/2014, de 23 de Maio, e de a contrastar com a demais legislação no âmbito da formação e do exercício médico da Medicina do Trabalho e da Saúde Pública, entende o seguinte:

1. A solução encontrada pelo Ministério da Saúde para enquadrar a prestação de cuidados neste âmbito entra em contradição com o que o próprio Estado português tem legislado recentemente sobre a matéria, isto é, que os serviços nesta área devem ser prestados exclusivamente por médicos com a especialidade de Medicina do

Trabalho. Recorde-se que, em tempos recentes e por reconhecer essa necessidade, o Ministério da Saúde criou, sob proposta da Ordem dos Médicos, o Internato Médico de Medicina do Trabalho.

2. A solução encontrada pelo Ministério da Saúde é, na nossa perspectiva, uma solução de tipo “fácil e rápido”, isto é: recorre massivamente à mão de obra dos médicos de família, médicos encarados como “à disposição” do Ministério, para resolver um problema que deveria, em tempo e de forma reflectida, ser encarado de outro modo. Com esta solução, os médicos de família portugueses, que, globalmente, já exercem em difíceis condições e são frequentemente asoberbados com tarefas que os descentram da sua actividade prioritária, podem estar perante um acréscimo à sua actividade normal de cerca de 700.000 a 900.000 actos médicos por ano.

3. Entende a Direcção deste Colégio que a Coordenação desta actividade, em qualquer dos níveis da prestação, deve ser da responsabilidade de quem tem formação específica para a exercer, ou seja: médicos da especialidade de Medicina do Trabalho.

4. Esta Direcção estranha também o recurso a conceitos com fundamentação não sustentada do ponto de vista técnico-científico, como o é a novidade “cuidados de saúde primários do trabalho”.

5. Esta Direcção tomou ainda conhecimento da Posição sobre esta matéria do Colégio de Medicina do Trabalho, datada de 26 de Maio, com a qual concorda nas suas linhas de argumentação principais.

Pelo exposto, e resumidamente, a Direcção do Colégio da Especiali-

dade de Saúde Pública discorda da solução encontrada pelo Ministério da Saúde, pelo que considera que a Portaria em apreço deve ser revogada.

Finalmente, somos de opinião que uma solução para esta matéria deve ser estudada e encontrada com a colaboração das entidades com conhecimentos e competência na área, designadamente a Ordem dos Médicos.

Pela Direcção do Colégio da Especialidade de Saúde Pública
Pedro Serrano

Parecer do Departamento Jurídico da OM

O departamento jurídico da Ordem dos Médicos emitiu um parecer sobre a [Portaria n.º 112/2014](#) que “regula a prestação de cuidados de saúde primários do trabalho através dos Agrupamentos de centros de saúde (ACES) visando assegurar a promoção e vigilância da saúde a grupos de trabalhadores específicos, de acordo com o previsto no artigo n.º 76.º da Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro e suas alterações”. O parecer conclui pela inconstitucionalidade da portaria por permitir algo que a lei havia restringido. Reservando para um momento posterior uma análise mais detalhada, o Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho repudiou de forma preliminar a Portaria n.º 112/2014. O Colégio de Medicina Geral e Familiar considera ser “mais um ataque profundamente capcioso, destinado a destruir a Especialidade de MGF, atribuindo-lhe funções que não são da sua área de competência, como se a MGF fosse uma área médica onde tudo cabe”. Divulgamos em seguida

a tomada de posição dos dois Colégios e o parecer do departamento jurídico da OM.

Foi solicitado a este departamento a análise da legalidade da Portaria n.º 112/2014, de 23 de Maio, que “(...) regula a prestação de cuidados de saúde primários do trabalho através dos Agrupamentos de centros de saúde (ACES) visando assegurar a promoção e vigilância da saúde a grupos de trabalhadores específicos, de acordo com o previsto no artigo 76.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, e suas alterações”.

Vejamos.

A Portaria n.º 112/2014 veio regulamentar o disposto no artigo 76.º da Lei n.º 102/2009. Importa, pois, conhecer a redacção desta norma.

Ora, o artigo 76.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro dispõe o seguinte:

“A promoção e vigilância da saúde podem ser asseguradas através das unidades do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com legislação específica aprovada pelo ministério responsável pela área da saúde, nos seguintes grupos de trabalhadores:

- a) Trabalhador independente;
- b) Trabalhador agrícola sazonal e a termo;
- c) Aprendiz ao serviço de um artesão;
- d) Trabalhador do serviço doméstico;
- e) Trabalhador da actividade de pesca em embarcação com comprimento inferior a 15 m cujo armador não explore mais do que duas embarcações de pesca até esse comprimento;
- f) Trabalhadores de microempresas que não exerçam actividade de risco elevado” (sublinhado nosso).

De acordo com o artigo 103.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setem-

bro (regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho), considera-se médico do trabalho:

- 1) o licenciado em Medicina com especialidade de medicina do trabalho reconhecida pela Ordem dos Médicos;
- 2) aquele a quem seja reconhecida idoneidade técnica para o exercício das respectivas funções, nos termos da lei;
- 3) outros licenciados em Medicina autorizados a exercer as respectivas funções pelo organismo competente do ministério responsável pela área da saúde, no caso de insuficiência comprovada de médicos do trabalho qualificados nos termos referidos nos números anteriores

A mesma lei refere claramente que a responsabilidade técnica da vigilância da saúde cabe ao médico do trabalho – vide artigo 107.º

O n.º 2 do artigo 108.º esclarece que as consultas de vigilância da saúde devem ser efectuadas por médico que reúna os requisitos previstos no artigo 103.º, constituindo violação grave a utilização de serviço de médico não habilitado nos termos do artigo 103.º, imputável ao empregador.

O artigo 110.º da mesma Lei explica que só o médico do trabalho pode preencher a ficha de aptidão, constituindo contra-ordenação grave a violação desta regra. Contrariando o disposto na Lei n.º 102/2009, a Portaria n.º 112/2014, de 23 de Maio, vem dizer que “os cuidados de saúde primários do trabalho são prestados pelos médicos das unidades funcionais dos respetivos ACES, com especialidade em medicina geral e familiar, coadjuvados por profissionais das suas equipas”. Ou seja, a Portaria n.º 112/2014

desrespeita o disposto na Lei n.º 102/2009 no que concerne ao profissional médico que pode efectuar os actos de vigilância da saúde no trabalho, o que, a nosso ver, configura uma violação do princípio constitucional da hierarquia das normas.

Com efeito, é sabido que as portarias são regulamentos ministeriais, assinados apenas por um ou alguns ministros (cfr. Sérvulo Correia, *Noções de Direito Administrativo*, Vol. I, pág. 102, Lisboa/1982), tratando-se de actos normativos emanados do Governo no âmbito da sua actividade administrativa.

Contudo, o Direito criado pelo regulamento não possui o mesmo valor que o estatuído na lei.

Assim:

- a) o regulamento só pode estatuir na medida em que a lei lho consinta: dentro dos limites por ela marcados, ou para execução das suas normas, ou sobre as matérias por ela abandonadas;
- b) os regulamentos existentes ficam revogados pelo aparecimento de uma lei que estatua contrariamente às suas disposições;
- c) o regulamento não vale em todo aquilo que contrariar o disposto na lei que executa, ou a cuja sombra nasce» - Marcello Caetano, *Manual de Direito Administrativo*, Vol. I, pág. 95/96, 10.ª ed. (3.ª reimpressão).

Perante isto, parece ser evidente a ilegalidade, ou melhor, a inconstitucionalidade da Portaria em causa, na medida em que a Portaria vem permitir algo que a Lei havia restringido.

Assim sendo, sugere-se que seja remetida cópia do presente Parecer à Procuradoria-Geral da República junto do Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa,

para que esta entidade requeira providência cautelar de suspensão de eficácia da norma ao abrigo dos artigos 9.º, n.º 2, 73.º, n.º 3 e 130.º do Código de Processo nos Tribunais Administrativos e, bem assim, intente a correspondente acção principal.

Ponderou-se a hipótese da Ordem dos Médicos propor, ela própria, uma providência cautelar. No entanto, do estudo efectuado resulta que uma tal providência não poderia ter como efeito a declaração geral de suspensão das normas ilegais da Portaria, já que a lei apenas permite que tal seja feito relativamente a um caso concreto. Na verdade a lei restringe tal prerrogativa às acções intentadas pelo Ministério Público. Consequentemente, consideramos que deve ser pedida a intervenção do Ministério Público.

Sugere-se, ainda, que seja dado conhecimento do presente Parecer ao Sr. Provedor de Justiça, para que esta entidade possa ponderar a formulação de um pedido de fiscalização abstracta da constitucionalidade da Portaria, ao abrigo do artigo 281.º da Constituição da República Portuguesa. Por fim, sugere-se que uma cópia deste Parecer seja também remetida ao Gabinete de S. Ex.ª o Ministro da Saúde para que o Governo, atempadamente, faça publicar nova Portaria que suspenda a entrada em vigor da actual ou que a revogue por completo.

O Consultor Jurídico,
Vasco Coelho
2014-05-28



Pólo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas: uma fusão apressada (?)

Parece haver um amplo consenso de que o maior defeito da fusão dos quatro estabelecimentos hospitalares militares existentes na região sul do país foi o facto de ter demorado, ou seja: esta fusão deveria ter ocorrido há anos, provavelmente após o fim da Guerra de África ou a seguir ao fim do serviço militar obrigatório. Uma decisão adiada que, quando, finalmente, foi assumida contemplava prazos de execução igualmente questionáveis. . . 24 meses para completar a fusão de 4 instituições hospitalares num hospital militar único plenamente funcional. A Ordem dos Médicos deslocou-se à ainda Base do Lumiar da Força Aérea onde está localizado o Pólo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas para se inteirar das condições desta fusão e de quais as dificuldades sentidas pelos profissionais, as quais parecem estar interligadas com uma gestão pouco autónoma de recursos reconhecidamente considerados como escassos.

O Pólo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas (HFAR-PL) foi criado pelo Decreto-Lei n.º 187/2012, de 16 de agosto. A criação deste Pólo do HFAR, enquanto hospital militar único, veio substituir os quatro estabelecimentos hospitalares militares existentes na região de Lisboa: Hospital da Marinha, Hospital Militar Principal, Hospital Militar de Belém e Hospital da Força Aérea. O Pólo de Lisboa do HFAR ficou instalado precisamente no espaço físico do antigo Hospital da Força Aérea, também designado por Base do Lumiar, por ter sido considerado que possuía o melhor equilíbrio entre as capacidades técnica, médica e logística e a mais actualizada e moderna infra-es-

trutura hospitalar. O processo de reestruturação hospitalar foi considerado um eixo essencial da reforma do sistema de saúde militar estabelecendo o diploma legal que o processo de fusão deveria estar concluído no prazo máximo de 24 meses. Talvez por causa desse prazo – que terminará em Setembro de 2014 e que todos os intervenientes concordam ser demasiado curto – o processo acarretou algumas dificuldades, com inúmeras falhas administrativas, nomeadamente no atendimento telefónico, reflectindo-se especialmente em atrasos na marcação de consultas. O facto de ter sido necessário recorrer temporariamente a alguns gabinetes de consulta instalados em contentores também provocou

mal-estar entre utentes e alguns profissionais do HFAR-PL, mas, pelo que nos foi referido nesta visita, a única não conformidade seria a área disponibilizada para cada um deles, embora não seja exactamente isso que se reflecte nas queixas dos doentes...

José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, acompanhado por Álvaro Almeida, vice-presidente do Conselho Regional do Sul e Schaller Dias, presidente do Conselho Disciplinar da Secção Regional do Sul da OM, deslocaram-se ao Hospital das Forças Armadas para analisar como está a correr esta fusão e qual a percepção dos oficiais médicos que foram encarregados de a consumir.

Schaller Dias, Álvaro Almeida,
Major-General Eduardo Santana



Schaller Dias do Conselho Regional do Sul
da OM e o médico José Monge



Vera Beato, Jose Manuel Silva, Alvaro Almeida,
Schaller Dias, Major-General Eduardo Santana e Tenente Coronel Alberto Pereira



A apresentação da instituição foi conduzida pelo Major-General Silva Graça (em pé na foto), director do HFAR/PL



A delegação da OM foi recebida por oficiais médicos representantes dos três ramos das Forças Armadas que integram a direcção do HFAR: Major-General Silva Graça, director do HFAR-PL, Major-General Eduardo Santana, director clínico do HFAR-PL, Contra Almirante Albuquerque e Sousa, responsável pelos recursos humanos, Tenente Coronel José Vieira, responsável pela área logística, Capitão de Mar e Guerra Luís Bronze, director do internato médico militar, e o Tenente Coronel Alberto Pereira, chefe do Departamento de Cuidados Críticos.

Missão, actividade e fusão

O MGen Silva Graça explicou que com esta fusão foram desactivadas as outras instituições tendo sido feita uma gestão de equipamentos em que, quando existem em excesso (três ou mais), não se perdem nem deterioram pois são libertados para uso de outras unidades militares ou estabelecimentos de saúde civis. Sobre a eventual dificuldade desta fusão, o director do Pólo de Lisboa explicou que “cada ramo ainda sente que perdeu um hospital”, mas chegará o momento em que o sentimento será o de se ter ganho um hospital diferente, sendo reconhecida a potencialidade qualitativa que esta diminuição quantitativa de estabelecimentos permite: sem triplicação de recursos é possível prestar cuidados de maior qualidade. Foi explicada a missão do HFAR-PL “prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas e à família militar, bem como aos deficientes das Forças Armadas, podendo,

na sequência de acordos que venha a celebrar, prestar cuidados de saúde a outros utentes” e como, 18 meses depois de se ter iniciado o processo, e apesar do exigente calendário, além do encerramento das outras unidades tem-se conseguido “rentabilizar recursos humanos e assegurar a qualidade dos cuidados de saúde prestados”. Desde o início de 2014 que toda a atividade clínica do Hospital das Forças Armadas/Pólo de Lisboa se desenvolve nas instalações do Lumiar onde está a totalidade das suas consultas externas, o internamento, distribuído pelos Departamentos de Medicina e Cirurgia, com excepção do internamento em Psiquiatria que é disponibilizado através de protocolo com a Clínica Psiquiátrica de S. José (enquanto não dispuser de instalações próprias no HFAR-PL) e os serviços de patologia clínica e imagiologia, serviço de urgência básica, etc. numas instalações que, apesar da adaptação ainda em curso, têm, de maneira geral, elevada qualidade. Exemplo disso é precisamente o SO do serviço de urgência que foi remodelado, com o desaparecimento de barreiras físicas (“existiam dois pequenos SO e fizemos apenas um, mais amplo e com melhores condições”). Os representantes da OM ficaram ao corrente do que se pretende fazer a médio prazo quanto à expansão física das instalações, nomeadamente com a criação de um edifício hospitalar nuclear de quatro andares, que só estará pronto no final de 2017/2018, que irá aumentar o número de camas disponíveis (proporcionando mais 30 camas ao Departamento de Medicina) e onde se localizarão os serviços de esterilização, farmácia hospi-

talar, hemodiálise (actualmente suspensa), etc.;. Há igualmente a intenção de ampliar o espaço destinado a Medicina Física e Reabilitação, o que irá acontecer mediante a instalação de uma estrutura modular que permitirá aumentar a sua capacidade de resposta. Sendo que esta é uma área exigente no que se refere à saúde militar e na qual tem havido alguma dificuldade em corresponder às necessidades por não ter sido ainda possível efectuar essas obras. A própria imagiologia será redimensionada para permitir a instalação de outros equipamentos e especialidades (Oftalmologia e Endocrinologia, por exemplo) que serão reinstaladas noutro edifício.

Foram apresentados alguns indicadores de actividade referentes a Março de 2014 - 181 cirurgias convencionais, 339 em ambulatório, 80.942 exames complementares de diagnóstico, 1436 episódios de urgência – tendo sido explicado que o Serviço de Medicina, por ter uma lotação menor, é um dos que tem taxas de ocupação mais elevadas. Considerando que a sua capacidade de internamento pode ser insuficiente, foi feito um protocolo com o Hospital da Cruz Vermelha para obviar a situações em que se exceda a capacidade de internamento actual em medicina.

Especificidades da formação de um médico militar

O director clínico do HFAR, MGen Eduardo Santana, explicou qual a capacidade instalada: 45 camas no departamento de Medicina, 58 camas do departamento de Cirurgia, 10 camas





Tenente Coronel
José Vieira



Capitão de Mar e Guerra Luís Bronze



Major-General Silva Graça

para o departamento de Cuidados Críticos e 8 camas de recobro pós operatório, o qual inclui um serviço de urgência básica e uma unidade de tratamento intensivo, com uma equipa de emergência intra-hospitalar a funcionar 24 horas, e, das 9h às 17h, a consulta aberta, que sem marcação prévia garante a assistência médica e de enfermagem não urgente a todos os beneficiários da ADM e a avaliação da condição de aptidão dos militares no activo. Eduardo Santana apresentou os dados de produtividade da Urgência Básica, dos quais referimos, como exemplo o número de atendimentos (16.897/ano). Relativamente ao departamento de Cuidados Críticos, entre as 20h e as 08h, fins-de-semana e feriados, em presença física estão: um anesthesiologista, um especialista residente à UTI e dois oficiais médicos (internos da especialidade). De prevenção estão um cirurgião geral, um ortopedista, um nefrologista, um radiologista e um cirurgião de piquete. Foi igualmente explicado pelo director clínico qual a taxa de esforço dos médicos internos, para os quais está previsto que dediquem, 24 horas mensais ao HFAR-PL, sendo permitido que manifestem previamente as suas preferências e disponibilidades para os turnos a realizar. No pri-

meiro quadrimestre de 2014 o número de horas mensais dedicadas por interno foi de 24h55m em média.

O CALm Albuquerque e Sousa explicou o enquadramento jurídico que se aplica ao médico interno militar e as condições em que, por necessidade de participar em missões, inerentes à sua condição de militar, os internos podem ser temporariamente suspensos. No ano de 2014 o HFAR-PL tem 14 médicos militares internos da especialidade, num total de 55 existentes em todas as Forças Armadas e afectos aos respectivos ramos. “Não estamos a falar ‘apenas’ de um especialista, mas de um médico militar” o que tem implicações quanto a obrigações acrescidas, logo na fase do internato. “Naturalmente que tem que haver bom senso para não requisitarmos os internos, prejudicando a sua formação médica” mas também foi explicado o equilíbrio que é necessário encontrar para que os internos mantenham contacto com a saúde militar porque “se os internos, durante a sua formação, não participassem em missões, estariam 10 ou 12 anos sem ligação ao que é a instituição militar e perderiam a experiência e a aculturação necessárias e indispensáveis à carreira médica militar”, algo que é

essencial para quem, como estes jovens, escolheu essa vertente militar.

O CMG Luís Bronze, director do internato no HFAR-PL, explicou que os internos militares actualmente existentes pertencem aos vários ramos das Forças Armadas e que em cada um deles existe uma Direcção de Saúde que gere as suas carreiras e internatos, sendo que a maior parte destes jovens médicos faz a sua formação em instituições civis. “Esta época terminaram a sua especialidade 10 médicos”, salientou. Luís Bronze falou do orgulho inerente a ser médico militar e sublinhou que não faz sentido abraçar esta carreira sem estar disponível para participar em missões e fazer alguns sacrifícios. “A prestação de um serviço humanitário é, além de uma obrigação do médico militar, parte inerente à condição médica”. “Se as pessoas estiverem abertas para esta experiência, a vida militar dá-nos isto: não se pode ser médico sem ser boa pessoa”, frisou. Apesar de, hoje em dia, os vários ramos das Forças Armadas exigirem diferentes indemnizações caso os recém especialistas queiram abandonar a carreira das armas, “recentemente, da Marinha, saíram 14 especialistas e este ano já saíram dois”, explica. A razão



Tenente Coronel Alberto Pereira



Contra Almirante
Albuquerque e Sousa



Rogério Fanha
Chefe de serviço de Cirurgia Geral

desta taxa de saídas tem, provavelmente, a ver com o facto de “haver um desconforto natural nas situações novas mas a adaptação dependerá sempre da dedicação e da forma como cada um vê a vida”. Naturalmente que, para as Forças Armadas não é uma situação aceitável. “Não ‘construímos’ médicos para irem para outras instituições, tal como não treinamos pilotos para irem para a TAP”, comentou o director clínico. O TCor Alberto Pereira, chefe do Departamento de Cuidados Críticos explicou que os colegas que estão a fazer o internato são muitas vezes chamados para acompanhar missões em tempo de paz e que essa é “uma preparação essencial para um médico militar”. Especificamente sobre a fusão, Luís Bronze, cuja especialidade é cardiologia, referiu ser “um momento de grandes oportunidades” pois a junção de recursos humanos e técnicos permite “fazer coisas fantásticas” que a pequena dimensão das unidades hospitalares antigas não possibilitava. José Manuel Silva concordou com a visão dos colegas e sublinhou que “é perfeitamente natural que quando uma pessoa faz uma escolha na vida, conhecendo as regras, depois não possa/deva fugir ao seu cumprimento”.

Referindo-se a algumas queixas que a OM recebeu a este propósito, e que se prendiam com o facto de um médico em formação, já na fase da especialidade, ter que manter capacidade de resposta a situações mais genéricas, o bastonário da OM frisou que, como especialista em Medicina Interna, considera necessário que os médicos mantenham essa capacidade. Sobre o acompanhamento que é prestado aos internos durante a sua formação, Alberto Pereira elucidou que existem sempre especialistas disponíveis que tutelam a actividade dos mais jovens, seja os que estão em presença física na urgência básica seja os colegas da Unidade de Cuidados Intensivos. “Além das equipas de apoio temos o regime próprio da condição militar: qualquer um de nós, a qualquer hora, pode ser chamado e virá prestar apoio à urgência. (...) As mesmas pessoas que estão no centro de Lisboa, serão as que podem estar no meio do oceano Atlântico e têm que estar preparadas para prestar os cuidados de saúde que forem necessários”. Luís Bronze referenciou ainda que nada impede “um médico militar de desenvolver paralelamente a sua actividade numa unidade civil ou uma carreira académica”, dando como exemplo

que ele próprio exerceu a sua especialidade numa unidade coronária de um hospital civil, ideia reforçada por Alberto Pereira, “podem e devem porque isso permite-nos maior casuística o que é particularmente importante nas áreas cirúrgicas”. José Manuel Silva sugeriu aos colegas que, dadas as especificidades da saúde militar e para melhoria da interligação com a Ordem dos Médicos, se juntassem para formar uma Competência em Saúde Militar e foi explicado, por Luís Bronze, que já houve uma tentativa de o fazer e que o colega Abílio Gomes já teria uma parte do trabalho inicial preparado mas a sugestão foi bem acolhida por todos, nomeadamente pelo director do Pólo de Lisboa do HFAR, MGen Silva Graça.

Visita às instalações: “juntos, fazemos muito mais”

O director clínico, Eduardo Santana, e o chefe do departamento de Cuidados Críticos, Alberto Pereira, acompanharam a visita às instalações que se iniciou pelo Serviço de Cirurgia A que dispõe de nove enfermarias, com três camas cada e quatro indivíduos, num total de 31 camas,

sala de tratamentos, etc. Eduardo Santana explicou que já não existem enfermarias separadas para praças e para oficiais pois não se pretende gerar iniquidades ou diferenciação assistencial da pessoa doente”, situação que apenas é reservada a condições de segurança ou reservas de protocolo. “Sob o ponto de vista tecnológico estamos muito bem”, explicou durante a visita aos cuidados intensivos: “temos equipamentos de qualidade e uma lotação suficiente”, numa unidade polivalente que acaba por servir também como unidade de intermédios. “O principal problema são mesmo os recursos humanos diferenciados”, ou a falta deles, pois o HFAR-PL depende dos efectivos pertencentes aos Ramos e estes nem sempre podem ceder os recursos de que o hospital necessitaria. Mas o director clínico está convicto que “em breve poderemos fazer uma gestão de recursos mais autónoma e eficiente”. A triagem básica é feita logo à chegada ao serviço de Urgência Básica para evitar que situações graves possam ficar à espera, explicou o chefe do departamento de Cuidados Críticos. “Sempre que há dúvidas, o doente é avaliado prioritariamente”. Mas o HFAR-PL, por regra, não tem emergência. No S.O. da Urgência Básica, doentes aguardam esclarecimento clínico, entrada para o bloco operatório, vaga na enfermaria ou transferência para outras unidades do SNS. “Neste S.O. não há situações complicadas, corresponde a um internamento de transição”, elucida Alberto Pereira.

No HFAR-PL também há consulta quer de estomatologia quer de medicina dentária,

num departamento com 6 gabinetes, esterilização, sala de reuniões, gabinete preparado para cirurgia oral, “mas se for necessário, usam o bloco operatório”, trabalhando de modo ininterrupto diariamente das 8h às 20h. Também visitámos o laboratório de patologia que possui equipamentos como microbiologia com câmara de fluxo, microscópios de fluorescência e onde nos foi referido que “desde que estamos todos juntos, fazemos muito mais”, um excelente mote a reforçar a ideia com que se fica: esta fusão peca por... ter sido tardia.

Problemas respiratórios e outras queixas nos contentores

Passámos pelos contentores onde se faz consulta aberta de enfermagem e foi-nos explicado que “os doentes esperam comodamente numa sala”, só entrando para os contentores no momento da consulta. Os cerca de 12 gabinetes aí instalados têm áreas muito pequenas (cerca de 8m20cm, foi referido). “Os gabinetes cumprem todas as normas de segurança, com excepção da área”, afirmou Eduardo Santana, explicando que “se não os colocássemos nestes contentores, teríamos tido que fechar as consultas aqui instaladas... É uma solução de recurso, numa estrutura temporária”, concluiu. Desde que o provisório não passasse a definitivo e se não existissem queixas de doentes a ter em conta, o facto é que os gabinetes aparentam condições mínimas aceitáveis e têm ar condicionado. Contudo...

A ROM teve conhecimento de

diversas reclamações de utentes, nomeadamente no livro amarelo, que são vistos nos contentores e que reportam interrupções das consultas provocadas por ataques de tosse, faltas de ar, suores, etc. Aparentemente esta situação verifica-se porque os contentores, apesar de terem ar condicionado, não terão renovação de ar o que, associado à sua dimensão reduzida, provoca naturais desconfortos. Essa falta de renovação agrava-se, por exemplo, no caso dos doentes asmáticos mas também na sala de enfermagem do pé diabético – a que não tivemos acesso – mas que sabemos não ter janela o que não será adequado para o tratamento dessa patologia. Outra situação que já havia sido referida à Ordem é que, seja pela falta de espaço, seja pelo ar que é alegadamente “irrespirável” e “pesado”, frequentemente a consulta é feita de porta aberta a pedido do doente (ou porque o doente não se sente bem ou porque as pessoas não cabem no ‘gabinete’, como no caso de pais acompanhados por filhos ou idosos por familiares). Contudo, esta situação não se coaduna com o direito à privacidade, nem com o respeito pela ética médica nomeadamente no que se refere à relação médico/doente e ao dever de sigilo do profissional. Já para não referirmos a possibilidade de, estando vários gabinetes a funcionar ao mesmo tempo, ser possível que o barulho de um perturbe a consulta do gabinete contíguo. Uma situação provisória, que já se mantém há 6 meses e que, para segurança dos doentes, é desejável que seja rapidamente resolvida.



Plenário dos Conselhos Regionais - na defesa intransigente da qualidade da medicina

Realizou-se no dia 29 de Maio, em Lisboa, o primeiro Plenário dos Conselhos Regionais deste triénio. Além da discussão e aprovação de diversos documentos, a actualidade do sector da saúde marcou esta reunião, tendo a mesma culminado com uma expressiva votação numa moção de confiança no Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos para que este órgão adopte “as posições necessárias e mais adequadas na defesa intransigente da qualidade da medicina em Portugal”.

Naquele que foi o primeiro plenário deste triénio, verificou-se a existência de quórum, facto que mereceu o devido destaque por parte do bastonário da OM, José Manuel Silva, e que permitiu a apreciação e aprovação de diversos documentos (actas, relatório de actividades e de contas do CNE referentes a 2013 e plano de actividades e orçamento para 2014 relativos quer ao CNE quer ao Fundo de Solidariedade).

Relativamente ao relatório de actividades de 2013, que foi aprovado com algumas abstenções, Sérgio Ribeiro da Silva, secretário-adjunto do Conselho Regional do Sul, explicou que este Conselho se iria abster por discordar da falta de discussão do projecto de Estatutos que foi enviado e que não corresponderia ao que foi apresentado como proposta da comissão de revisão. José Manuel Silva explicou

as contingências temporais deste processo e como a OM teve que cumprir prazos legais o que impediu uma discussão mais alargada do projecto de estatutos. Ainda assim, o documento foi discutido em plenário e está publicado no site nacional para acesso e comentário dos médicos. “Apesar da OM ter cumprido o prazo, um ano depois o processo ainda não avançou”, referiu o presidente do CNE, lamentando que o Governo não seja cumpridor dos prazos legais que o próprio estabelece.

Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte, falou sobre as medidas de contenção orçamentais que foram incorporadas pelo CNE, tendo salientado uma iniciativa do CRN, quanto à passagem da ROM a formato digital para poupar recursos financeiros. Relativamente ao plano de actividades para 2014, ma-

nifestou reservas quanto a um ponto relativo à constituição de uma “Comissão de Acompanhamento de Terapêuticas Não Convencionais” por considerar que “aquilo que não é medicina não deve ser regulado nem acompanhado pela OM” e por considerar que a criação de tal comissão é prejudicial à discussão do acto médico e porque tem “dúvidas se um médico que esteja a aplicar uma TNC não estará a infringir as boas práticas e o código deontológico”. O plenário votou a separação desse ponto, para que fosse alvo de uma apreciação independente do restante plano de actividades. Durante a discussão foram apresentados vários argumentos nomeadamente o facto de já se reconhecer a acupunctura como prática médica. “Em Portugal temos também uma terapêutica não convencional tradicional: as termas. E

temos uma competência em hidrologia médica”, lembrou José Manuel Silva que é de opinião que não se devem rejeitar liminarmente as TNC mas sim pôr sob controlo médico. “Se nos demitirmos de fazer esse acompanhamento estamos a entregar a não médicos áreas que são procuradas pelas pessoas e que põem em causa a sua saúde. (...) A própria medicina recorre a técnicas que não têm evidência clínica. Temos que assumir com humildade a imensidão do que desconhecemos quanto à saúde humana”. Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, recentrou a discussão frisando que se trata apenas de uma “comissão de acompanhamento” e não de uma competência e frisou que, por exemplo “a fitoterapia já está a ser estudada do ponto de vista da medicina baseada na evidência” e recordou a história da medicina e como “os cirurgiões não eram reconhecidos como médicos”, reforçando a ideia de que a evolução por vezes muda a perspectiva. Também o presidente do Conselho Regional do Centro, Carlos Diogo Cortes, considerou que não há nesta proposta uma validação das Terapêuticas Não Convencionais mas que esta comissão de acompanhamento justifica-se pelo facto de “os médicos não poderem fingir que essa área não está a crescer na sociedade por-



Álvaro Almeida e Ana Abel (CRS)



Caldas Afonso, Lurdes Gandra e Martins Soares (CRN)



Nidia Zózimo (delegada ao plenário pelo Conselho Distrital de Lisboa Cidade)

tuguesa”, considerando que este é o caminho para que os médicos estejam alerta e preparados para quaisquer invasões das suas competências. Se para alguns dos delegados ao plenário, a criação desta comissão é precoce (Antonieta Dias, SRN), para outros é importante definir quais as TNC com alguma evidência científica (José Menezes, SRS), é fundamental que a comissão seja composta por elementos com espírito crítico (Pereira da Silva), outros consideram essencial que se definam devidamente as funções e competências dessa comissão (Nídia Zózimo). A criação da Comissão de Acompanhamento de Terapêuticas Não Convencionais acabaria por ser aprovada com 88 votos a favor. Na fase final do plenário foi discutido o actual estado da saúde em Portugal e José Manuel Silva explicou aos delegados que o CNE irá “fazer um processo de luta deontológica contra o Ministério da Saúde”. Um ponto incontornável do debate foi a proposta de código de ética (ver artigos publicados nesta edição) tendo o bastonário apelado que os colegas comuniquem à OM todas as deficiências ou problemas que detetem nas instituições onde trabalham pois a



OM pretende denunciar publicamente todas essas situações, como é seu dever deontológico. José Manuel Silva explicou ainda o memorando de exigências que foi elaborado (e que também está publicado nesta edição) na defesa da qualidade da medicina, da formação médica e dos direitos dos doentes. “A dignidade da profissão médica tem sido vilipendiada e não podemos hesitar na sua defesa. Tal como devemos ser exemplares contra os que prevaricam”, sublinhou. Amílcar Ribeiro, da SRS, referiu a necessidade de manter a colaboração entre instituições mas sublinhou: “estamos contra esta política de saúde que é castradora dos cuidados de saúde e dos profissionais”, uma política que qualificou como sendo “sabotadora da qualidade do Serviço Nacional de Saúde”. Também Nídia Zózimo falou da acção possível para a OM, “sem confundir as suas funções com as dos sindicatos”, recordando como os médicos se manifestaram ordeiramente há cerca de dois anos e

como esse poderá ser de novo o caminho, “com informação à população sobre as razões da nossa manifestação” e sugeriu que a OM convocasse um vasto fórum médico, sendo o resto para ser feito “em coordenação com os sindicatos”. José Manuel Silva lembrou que a OM não pode intervir directamente sobre muitas situações, mas que pode limitar a colaboração gratuita que os médicos prestam frequentemente ao Ministério e pode denunciar, como tem feito ao recorrer à IGAS para investigar algumas situações como foi o caso da inoperacionalidade das viaturas médicas. Ana Abel, do CRS, foi um dos vários delegados que falou sobre a Portaria 112/2014 tendo referido que esta é uma forma de tentar fazer “medicina barata”, colocando mais obrigações sobre os já sobrecarregados médicos de Medicina Geral e Familiar, sem respeitar o âmbito das especialidades médicas. Diogo Guerreiro da SRS referiu o estado de desalento dos colegas e considerando ser o mo-

Se os médicos estiverem unidos conseguimos resolver os problemas”.

mento de agir, propôs uma moção de confiança ao CNE para “uma estratégia activa e firme que demonstre ao MS que não colaboramos com esta política”. Essa moção de confiança acabou por ser elaborada e votada positivamente nos termos já referidos no início deste texto. O bastonário da OM encerrou o plenário frisando que “já não chega dizer que não estamos de acordo nem apresentar propostas alternativas. Temos que agir com medidas concretas. (...) Se os médicos estiverem unidos conseguimos resolver os problemas”.



Sem **25 de Abril** não haveria SNS

A Ordem dos Médicos associou-se pela primeira vez às comemorações do 25 de Abril de 1974. Foi no passado dia 23 de Abril que, numa sessão comemorativa que assinalou os 40 anos do 25 de Abril e os 35 anos do SNS, que médicos, políticos e capitães de Abril falaram sobre o sonho partilhado pelos portugueses da construção de um futuro livre e democrático em que o Serviço Nacional de Saúde é uma pedra basilar. O presidente da Secção Regional do Sul da OM, Jaime Mendes foi o moderador de uma mesa que contou com as intervenções de Paulo Mendo, médico e ex-ministro da Saúde, do Capitão de Abril Rodrigo Sousa e Castro, Carlos Vieira Reis, médico e autor do livro de “Ordem dos Médicos: passado e presente”, António Arnaut, advogado reconhecido como “o pai do SNS”, e o bastonário da OM, José Manuel Silva.

Na abertura da sessão comemorativa, além de recordar ser esta a primeira vez que a OM se associou a estas celebrações, Jaime Teixeira Mendes falou de um 25 de Abril ligado ao movimento da luta dos médicos até à criação do SNS, luta que está representada na exposição documental que foi inaugurada neste mesmo dia e que irá estar patente ao público nas três secções regionais. Sobre esse dia memorável nos idos de 1974, contextualizou: “no 25 de Abril estava exilado na Suíça, para onde fugi da guerra

colonial e não sabia de absolutamente nada. Fui para o hospital muito cedo e quando cheguei o meu chefe informou-me. É evidente que nesse dia não entrei no bloco operatório para sossego das crianças. () À noite quando vi, na televisão, a composição da primeira Junta de Salvação Nacional (...) pensei que se tratava de um golpe de direita!”

Paulo Mendo, médico, director do Hospital de Santo António, ex-ministro da Saúde com um passado ligado à consolidação do SNS foi

o primeiro orador e começou por prestar a sua homenagem pessoal ao 25 de Abril de 1974: “Para mim o 25 de Abril é o grande promotor da liberdade no nosso país, o resto interessa-me pouco. Se houve fases de um certo desentendimento entre nós isso é culpa do 26 não é culpa do 25. (...) O 25 de Abril defendeu sempre valores como o respeito pelos direitos individuais e pelos princípios da democracia.” E prosseguiu falando do renascimento que se deu nesse dia: “Tenho 81 anos, o que significa que

a minha vida está dividida em duas partes, a meio, rigorosamente a meio, são 40 anos vividos em ditadura e 40 anos em liberdade. (...) Eu renasci no 25 de Abril de 74!", explicou relembrando como a ditadura era também sinónimo de repressão social. Paulo Mendo recordou igualmente os primeiros passos do SNS e o processo que levaria à criação e publicação "num governo da AD, do Decreto-Lei n.º 310, o das Carreiras Médicas. Este diploma junta-se então a outros anteriores, desde 76, e transforma por completo a estrutura de formação dos profissionais de saúde".

O 25 de Abril e o Serviço Nacional de Saúde são coisas indissociáveis

Em seguida, as muitas dezenas de médicos presentes na sala, ouviram as palavras de Rodrigo Sousa e Castro, um dos capitães de Abril, que falou sobre dois médicos que marcaram a sua vida como exemplos, sendo um deles o médico Abílio Mendes, pai de Jaime Teixeira Mendes, que o auxiliou numa situação delicada: "nas vésperas do 25 de Novembro, fui encarregado de contactar o Dr. Mário Soares, que estava muito nervoso e queria transpor a Assembleia Constituinte para o norte, atitude ao arrepio do que era a nossa perspectiva de solução do conflito político-militar. Telefonei ao Dr. Abílio Mendes, que convocou o Dr. Mário Soares para sua casa. Tive então esse encontro e disse-lhe que a perspectiva do grupo militar (...) era que não devíamos ir em provocações, manter a situação como estava e quando houvesse necessidade de actuar

estariamos disponíveis." Sobre o momento actual defende que "a democracia política que hoje vivemos contém em si as virtualidades de se desenvolver e de melhorar, o que corresponde ao objectivo único do Movimento dos Capitães" e relembrou o pacto assinado por todos os partidos políticos – "esse pacto é um fenómeno único na história política da Europa e se calhar do mundo" – "um grupo de militares democratas, com a força militar e o prestígio que detinham, fez um pacto com a sociedade civil, transferiu a legitimidade revolucionária que lhe era própria para a legitimidade democrática expressa nas urnas livre e universalmente pelo povo português. E isso foi feito apesar das guerrilhas políticas, em paz e cumprindo todas as promessas do Movimento das Forças Armadas." Rodrigo Sousa e Castro caracterizou o regime ditatorial e mostrou imagens de época, da mocidade portuguesa, e referiu o atraso civilizacional a par da perda de direitos como consequência da ditadura. Sobre a Guerra Colonial, de grande violência e de meios muito escassos, exibiu um vídeo registado por uma equipa de um canal de televisão francês, filmado no noroeste da Guiné, durante uma embos-





Rodrigo Sousa e Castro



António Arnaut



José Manuel Silva



Paulo Mendo e Carlos Vieira Reis

cada, que retrata as dificuldades da guerra e a forma como as forças militares portuguesas eram fustigadas, relembrando que, apesar de pequeno na dimensão territorial, Portugal manteve 200 mil homens em três teatros de guerra a grandes distâncias.

António Arnaut é considerado como o político que fundou o Serviço Nacional de Saúde. A sua intervenção começou precisamente pela afirmação de que "sem 25 de Abril não haveria SNS", sublinhando a sua convicção que foi a Constituição o verdadeiro documento que permitiu a existência de um serviço de saúde de acessibilidade universal: "Eu sou apenas o autor

da lei que criou o Serviço Nacional de Saúde e disso me orgulho, mas o SNS tem mãe e a mãe é a Constituição, sem a Constituição ele não teria sido criado. O 25 de Abril e o Serviço Nacional de Saúde são coisas indissociáveis. (...) A Constituição da República é a filha primogénita da revolução, dela vêm os direitos sociais, designadamente o direito à saúde." Sem o 25 de Abril, referiu, até poderíamos ter construído uma democracia política mas não uma democracia social e económica. "Um cidadão doente que não tenha acesso à saúde, de que lhe serve a liberdade política?!", questionou, relembrando que "a liberdade é um conceito

que tem um conteúdo prático e que só existe se for acompanhada dos direitos sociais e apenas se todos tiverem os mesmos direitos, o que significa que não há liberdade sem igualdade." Mas as sementes do SNS são diversas: "A data da publicação da lei é de 15 de Setembro de 1979, mas verdadeiramente o SNS nasceu muito antes com um despacho meu publicado no Diário da República de 29 de Julho de 1978, que dizia mais ou menos que todos tinham direito à saúde e ao acesso gratuito aos serviços de saúde que existem, caixas e hospitais, e comparticipação medicamentosa por igual"; também não podemos esquecer o comba-

Jaime Mendes



te pelas carreiras médicas e a dedicação ao serviço: "os médicos começaram a lutar pelas carreiras médicas, que é a estrutura do SNS, em 1961." Sobre a actualidade, António Arnaut demonstra perplexidade por considerar que não há razão para existirem dificuldades de acesso e listas de espera e faz a apologia da defesa generalizada de um serviço que é um património único de valor inestimável: "a defesa do Serviço Nacional de Saúde tem que ser feita por todos nós, a começar pelos profissionais de saúde. Se o SNS tem a qualidade que tem, apesar do subfinanciamento crónico, é pela dedicação de muitos profissionais. (...) Vamos perder esta conquista de Abril? (...) O que seria este país sem o Serviço Nacional de Saúde?"

O orador seguinte foi Carlos Vieira Reis, médico e especialista em história da medicina que, enquanto autor do livro de história da OM, abordou o papel da instituição ao longo da sua existência e particularmente no período conturbado do 25 de Abril, explicando que "a classe médica era maltratada", que não havia regulamentação, nem remunerações condignas ou car-

reiras médicas, muito menos "diálogo com o Governo". "À volta de 57 surge o Movimento dos Novos, na sequência de umas palestras na Faculdade de Medicina de Lisboa. Era preciso mudar a Medicina em Portugal e começaram a haver reuniões nesse sentido. Daí até à constituição de uma comissão directiva para o estudo das carreiras foi um passo", mas o processo levaria anos até que o relatório ganhasse consistência, referiu, explicando as vicissitudes desse processo. Um dos momentos históricos referidos por Carlos Vieira Reis foi a greve protagonizada pelos médicos, tendo descrito os factos históricos que acompanharam a mudança interna da Ordem durante o período do 25 de Abril, até aos dias de hoje, elementos que recolheu e incluiu na obra "Ordem dos Médicos: passado e presente" onde estão facsimilados diversos documentos históricos.

O bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, começou por sublinhar que esta iniciativa teve a aprovação unânime do Conselho Nacional Executivo da OM e que contou com o apoio das três

Amílcar Ribeiro



Jorge Seabra



Correia da Cunha



Ana Abel



Vasco Nogueira



secções regionais. "Esta sessão justifica-se também para que nos recordemos como era a Saúde antes e como ficou depois do 25 de Abril e da criação do SNS". Referindo-se



Muitas dezenas de médicos associaram-se a estas comemorações

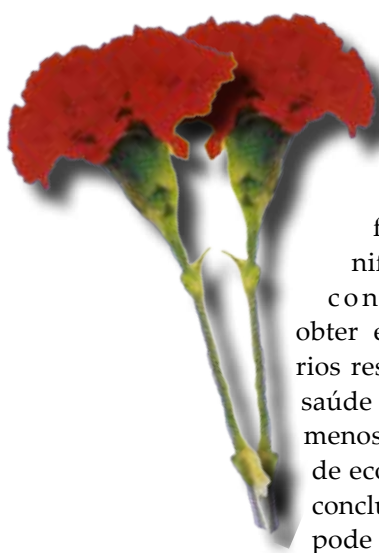
ao estado actual da medicina e do SNS defendeu, como em diversas outras ocasiões, a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde apresentando indicadores de saúde de excelência e comparando a despesa e financiamento em saúde dos diversos países, como por exemplo o facto de termos uma esperança

de vida à nascença igual à Alemanha mas com um PIB *per capita* muito inferior "Significa isto que conseguimos obter extraordinários resultados em saúde com muito menos capacidade económica." A conclusão só pode ser por um

SNS sustentável pois, como frisou José Manuel Silva, não se pode considerar que é gastar muito, o investimento de 10% do PIB num serviço que é prestado a todos os cidadãos portugueses, acrescentando que "pagamos 100% das despesas da saúde através dos nossos impostos, mas também através de contribuição directa" com 26% das despesas em saúde a sair do bolso dos cidadãos, o que é um valor muito acima da média da OCDE. Além disso, "a despesa em saúde tem vindo a reduzir em Portugal, sobretudo nos últimos três anos, ao contrário da maioria dos países, onde está a aumentar. A Ordem dos Médicos sendo acusada de ser uma organização corporativa defende o Serviço Nacional de Saúde, que é um sistema de serviço público, de serviço ao cidadão e não é onde os médicos mais podem auferir em termos de

vencimento. Defende um serviço pensando essencialmente no seu destinatário que é o doente." "As duas principais conquistas do 25 de Abril foram a liberdade e o Serviço Nacional de Saúde", afirmou, explicando o orgulho com que fala aos colegas de países estrangeiros do nosso SNS porque "tem muita qualidade, é universal e tendencialmente gratuito e particularmente barato para o Estado dada a contribuição dos cidadãos". "O que não é sustentável não é o nosso SNS, é o modelo partidocrático", concluiu.

Seguiram-se algumas intervenções com testemunhos e contributos de médicos: Amílcar Ribeiro, Correia da Cunha, Ana Abel, Jorge Seabra e Vasco Nogueira.





Colina de Santana - existem alternativas

Realizou-se no dia 29 de Março na Sociedade de Geografia de Lisboa o debate cívico Colina de Santana - existem alternativas, uma iniciativa promovida pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, pelo ICOMOS Portugal (Conselho Internacional dos Monumentos e Sítios), pelo ICOM Portugal (Conselho Internacional dos Museus) e pela Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa (SHM-SGL). A tónica de todas as intervenções foi pela preservação do património móvel e imóvel da Colina, ressaltando e valorizando a memória histórica da zona e o seu potencial turístico, o bem-estar das populações e a necessidade de manter cuidados de saúde de proximidade.

A mesa de abertura foi presidida por Luís Aires de Barros, presidente da SGL e contou com as intervenções de abertura de Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul da O.M., em representação do bastonário, José Manuel Silva, (o qual lamentou que os negócios privados comandem as acções do Governo e defendeu a manutenção de um hospital de proximidade para servir a população da baixa lisboeta), Helena Roseta, presidente da AML, José Luís Doria, presidente da SHM-SGL (que defendeu a realização de mais sessões em defesa da Colina de Santana, que é também como salientou “a colina do conhecimento” e pela preservação de um património “em muitos aspectos único” e que se traduz na história da medicina portuguesa e manifestou a sua natural oposição ao dismantelar da “primeira cidade universitária

da capital” até porque defende que a reabilitação é viável e menos onerosa do que a construção de raiz, tendo igualmente referido a necessidade de assegurar cuidados de proximidade), Ana Paula Amendoeira, do ICOMOS Portugal, Luís Raposo, presidente da Comissão Nacional do ICOM e Victor Machado Borges da direcção do NHMOM (que convidou todos a visitar a Colina de Santana para que a discussão da defesa deste património não tenha apenas uma abordagem teórico ou abstrata mas para que seja relacional com o espaço da Colina, sublinhado que é preciso “preservar o património móvel, imóvel e sentimental”, mas não esquecendo a população e as suas necessidades de cuidados de saúde e que deverá manter-se uma unidade de cuidados hospitalares médico-cirúrgicos básicos e que “apoiar a modernidade não significa destruir

o passado”, referiu, fazendo a apologia de que se encontre um modelo para um museu vivo e pedagógico).

Helena Roseta, uma das intervenções mais aguardadas explicou todo o processo que viria a culminar na aprovação por maioria, na sessão extraordinária da Assembleia Municipal de 25 de Março de 2014, de uma deliberação consubstanciando diversas recomendações relativas à Colina de Santana, na qual se lê a necessidade de garantir que mais nenhum hospital da Colina de Santana feche sem estar construído e a funcionar o prometido novo Hospital de Todos os Santos bem como o desenvolvimento de serviços de saúde de proximidade, mas também preocupações de índole cultural e histórica como a necessidade de salvaguarda de “todo o espólio e património cultural móvel inerente à história hospitalar da

Colina de Santana, através da criação de um ou mais museus, núcleos museológicos” e “garantir a manutenção e desenvolvimento adequado do museu de Arte Outsider no Hospital Miguel Bombarda”. A Assembleia deliberou ainda criar uma Comissão de Acompanhamento para garantir que este processo decorra da melhor forma. Helena Roseta explicou como o processo começou de forma enviada em 2007 quando a Câmara Municipal de Lisboa (CML), sob a presidência de António Costa,

Maria Ramalho do ICOMOS, “uma parte da cidade de Lisboa é agora mantida refém pela Estamo”.

Ana Paula Amendoeira começou por realçar o trabalho desenvolvido por Luís Raposo no ICOM e a sua atitude de cidadania “à prova de bala” e defendeu que “as propostas que têm sido feitas para a Colina de Santana são totalmente incompatíveis com o conceito de paisagem urbana histórica”, referindo-se à possibilidade de candidatar Lisboa a paisagem urbana his-

de Andrade, coordenadora do Museu da Saúde, foi outra das intervenções deste debate, tendo explicado o modelo e estratégia do actual museu, bem como a missão de preservar a memória dos serviços de saúde, tendo reiterado a sua disponibilidade para cooperar neste processo. Luís Damas Mora, cirurgião dos Hospitais Cíveis, falou dos tesouros escondidos na cidade, e mais precisamente na Colina de Santana, tendo mostrado imagens de pormenores do vasto património hospitalar, cultural



Aires de Barros, Jaime Mendes e Ana Paula Amendoeira



Vítor Machado Borges, José Luís Doria e Luís Raposo



Helena Roseta

mas sem maioria, negociou com o Ministério da Saúde a venda do terreno onde seria implantado o novo Hospital de Todos-os-Santos, em substituição do conjunto dos hospitais da zona central de Lisboa e a sua convicção de que “as pessoas não se aperceberam de que estavam a aprovar a venda de um terreno para construir um hospital em Marvila, com um considerando que previa o encerramento de uns quantos hospitais”. Com a venda à Estamo em Julho de 2013, o património em causa ficou nas mãos de uma empresa de capitais exclusivamente públicos que depende do Ministério das Finanças, para promoção imobiliária, ou, como referiria durante o debate a arqueóloga

tórica da Unesco. Luís Raposo defendeu como essencial “a qualidade de vida, em primeiro lugar dos moradores” o que não significa “transformar a cidade num museu” mas significa manter “um espaço de memória” e não a substituição de edificações históricas como as cercas dos conventos por “condomínios fechados só para alguns”. Luís Raposo salientou “algumas iniciativas comoventes de militância cultural de médicos ou administradores hospitalares” com o intuito de preservar as colecções móveis dos hospitais e defendeu a ideia de um museu central nacional que depois pode ter núcleos específicos, como o já existente Museu de Arte Outsider. Helena Rebelo

e histórico e alertou para o que “pretendem destruir em nome do progresso” e defendeu “a dignificação de Lisboa”. Vítor Serrão, que há mais de 4 décadas se dedica ao estudo da História de Arte em Portugal, não pôde estar presente mas enviou uma mensagem onde se lia que as propostas da Estamo “violam o espírito do lugar, sacrificado a uma lógica especulativa de rentabilização a todo o custo, como se os edifícios antigos, por existirem, fossem um estorvo para os gabinetes ditos de reabilitação urbana. (...) É urgente e imperioso avançar com propostas de salvaguarda do património”. Os arquitectos José Luís Aguiar e Pedro Pacheco, da Faculda-

de de Arquitectura de Lisboa, além de congratularem a organização porque “cidadãos organizados são a melhor defesa que a cidade pode ter”, apresentaram projectos dos alunos para intervenção na Colina, nos quais se incluíam, por exemplo múltiplas actividades ligadas à saúde, bem estar e cultura mas sem se perder a ideia de espaço aberto ao público e alguns exercícios de alunos que apresentam soluções de recuperação do convento para unidades de investigação, núcleos museológicos,

uma arqueologia dos espaços anteriores à adaptação a unidades de saúde, antes de conceber uma nova utilização desses espaços”. Victor Freire, administrador hospitalar, presidente da Associação Arte Outsider e ex-administrador do Hospital de Miguel Bombarda, que já apresentou diversas propostas à tutela para protecção do património, referiu que esta é a instituição que corre maiores riscos porque já foi desactivada há três anos, tem edifícios de enorme valor com proposta de classificação pendente

nova, aproveitando ao máximo as construções existentes, e frisou que “a descaracterização de Lisboa não é compensada por mais valias de exploração imobiliária”, reforçando a necessidade de valorizar os aspectos culturais e atrair uma população mais jovem e assegurando que “com pequenas intervenções é possível melhorar significativamente o comportamento dos edifícios face ao risco sísmico”.

Maria Ramalho lamentou um certo provincianismo na desvalorização do nosso património e



etc. Pedro Pacheco reforçou precisamente a ideia de que, nessas reflexões, se quis defender “a integridade dos espaços e a sua abertura à cidade” e aos seus habitantes. José Luís Aguiar frisou o princípio da intervenção mínima e lembrou que “fachadismo não é reabilitação”.

José Morais Arnaud, presidente da Associação dos Arqueólogos Portugueses, defendeu que se façam estudos do património arqueológico pois “o turismo é fundamental e ninguém quer visitar uma cidade cheia de condomínios de luxo. Seria criminoso não aproveitar a eventual desactivação dos hospitais para realizar um trabalho de levantamento do que resta dos edifícios anteriores ao terramoto e para fazer

e “possui um riquíssimo arquivo e um precioso acervo artístico”, incluindo arte dos doentes, mas que alguns dos edifícios estão a degradar-se por falta de cuidado da entidade gestora. Maria João Torres, jurista do ICOMOS, falou sobre “a gestão errática que o Estado faz do património imobiliário” e salientou contradições entre o Plano Director Municipal e os PIP (pedido de informação prévia sobre o que é possível fazer num determinado terreno) e referiu que existe violação do PDM quando se prevê a demolição de imóveis sem cumprir todos os requisitos legais.

Vítor Córias, engenheiro civil dedicado à reabilitação do património arquitectónico, defende que se minimize a construção

na forma depreciativa como se fala do que existe e apelou que primeiro se estude as questões e só depois se decida.

As intervenções de José Aguiar, do ICOMOS Portugal e da Faculdade de Arquitectura da Universidade Técnica de Lisboa, Maria João Torres, do ICOMOS Portugal, Maria Ramalho, do ICOMOS Portugal e Vítor Serrão, Professor Catedrático da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Coordenador do Instituto de História de Arte, podem ser consultadas em www.icomos.pt. No site da OM, na área reservada à história da medicina, pode ser consultada a intervenção integral de Vítor Freire.



Resistência a antibióticos

A perda progressiva global da eficácia dos antibióticos é inegável. De acordo com um inquérito de prevalência europeu, Portugal tem a prevalência de infeção mais elevada, verificando-se uma taxa nacional acima da média europeia no consumo de antimicrobianos. Acresce que não há, no nosso país, médicos a tempo inteiro dedicados ao controlo de infeções nos estabelecimentos de saúde (a média europeia é de 0,9 médicos enquanto que a média portuguesa é de cerca de 0,1). Consciente da gravidade desta situação, a DECO organizou em Setembro de 2013 uma mesa redonda sobre resistência a antibióticos, na sequência da qual foi elaborado um relatório que disponibilizamos integralmente em www.ordemdosmedicos.pt e do qual apresentamos algumas conclusões.

José Manuel Silva, bastonário da OM, Mário Durval dirigente da Associação Nacional Médicos de Saúde Pública, Jorge Reis vice inspetor Geral da ASAE, José Manuel Calheiros do conselho diretivo do Instituto Ricardo Jorge, Jorge Machado diretor do Laboratório Nacional de Referência de Infeções Gastrointestinais, Maria Helena Ponte, diretora de Serviços de Meios de Defesa Sanitária da Direção Geral de Alimentação Veterinária, Laurentina Pedroso, bastonária da Ordem dos Veterinários, Luísa Peixe, professora na Faculdade de Farmácia do Porto da Ordem dos Farmacêuticos, Fernando Ramos investigador do Centro de Estudos Farmacêuticos da Universidade

de Coimbra, Lurdes Clemente responsável pelo setor de Resistência Antimicrobiana, do Instituto Nacional de Investigação Agrária e Veterinária, Pedro Queiroz diretor Geral FIPA – Federação das Indústrias Portuguesas Agro-Alimentares e Luís Meirinhos Soares, diretor do Laboratório de Biologia e Microbiologia do Infarmed debateram o problema do aumento das resistências aos agentes antimicrobianos. Verificou-se que nas últimas duas décadas pouco se avançou nesta área apesar de se verificar que "muitas entidades, muitos profissionais, investiam, no âmbito das suas áreas de competências, na sugestão de soluções parcelares, setoriais, mas sem profundidade

global, por inexistir uma coordenação efetiva de todos os contributos numa direção única".

Actualmente, em Portugal e no mundo, a situação está fora de controlo com a resistência microbiana em fase de expansão, "embora ainda haja tempo de inverter" essa tendência. "O uso generalizado e não controlado de compostos antimicrobianos, nos medicamentos de uso veterinário e de uso humano, tem contribuído para o aparecimento de bactérias resistentes. O uso de antimicrobianos também na produção animal, na agricultura, na tecnologia industrial bem como o aumento do movimento de pessoas, a circulação de alimentos e de matérias-primas para

a produção alimentar, entre diferentes países, fazem também parte dos fatores responsáveis pelo aparecimento e disseminação de estirpes bacterianas resistentes e multirresistentes". O desenvolvimento de resistências traduz-se num risco para as saúdes humana e animal. Neste cenário é essencial conhecer os mecanismos de resistência aos antibióticos "para que sejam desenvolvidas estratégias de monitorização e controlo das resistências microbianas em todos os países".

Dos problemas elencados, destacamos a necessidade de análises de segurança alimentar com critérios mais exigentes, a necessidade de eliminar a dispensa de antibióticos sem prescrição (embora esse seja um problema estatisticamente irrelevante pois a venda sem receita é inferior a 0,05 % do total segundo um estudo do Infarmed), é necessário cumprir as exigências comunitárias, etc.

As soluções terão necessariamente que passar por uma abordagem multidisciplinar, numa perspetiva de trabalho integrada, em que se incluam todas as vertentes, nomeadamente a área do Ambiente, pois muitos destes problemas têm aí a sua origem, tendo sido referenciada por exemplo a importância do tratamento dos resíduos.

Reconhecendo que existe descoordenação, os participantes desta mesa redonda defenderam o reforço do conceito "uma só saúde: animais saudáveis – pessoas saudáveis" pois muitas das normas existentes só abrangem a saúde humana, faltando as componentes animal e ambiental. Apesar de existirem muitos dados, é preciso que sejam partilhados e que o seu tratamento se faça com uma intervenção concertada, com uniformização dos critérios de controlo e com articulação das áreas

de avaliação de risco (e.g., DGAV, ASAE, DGS). Destaque para o papel potencial da Aliança para a Preservação dos Antibióticos e a necessidade de os agentes dos setores económicos também se mobilizarem para manter a eficácia dos antimicrobianos.

No que se refere à formação concluíram os intervenientes que é necessário aprofundar a importância do papel da Ordem dos Médicos: é determinante entender a limpeza hospitalar como uma área de especialidade – é preciso fazer formação, auditar práticas, monitorizar, assegurando uma formação com maior qualidade.

No que se refere à utilização racional, é imperativo, tal como está inscrito no Plano de Ação Nacional, diminuir o consumo de antibióticos, tendo sido estabelecido como um objectivo importante a diminuição das vendas de antibióticos para consumo animal. Existem dados relativos à venda de antibióticos, mas não quanto ao seu consumo efetivo e uma parte significativa do uso escapa ao circuito normal do medicamento, pelo que é necessária uma monitorização mais rigorosa do consumo quer ao nível ambulatorio quer hospitalar. Foi ainda reconhecido que a visão de saúde pública está a ser retirada de muitas áreas do debate – em prol de uma visão "financeirista" reinante e que a "financeirização" da saúde é um desastre. É essencial investir numa cultura de prevenção a todos os níveis e alargar os programas de controlo.

Foram feitas algumas propostas e sugestões como: desenvolver programas de monitorização; promover a mudança de hábitos, como algumas regras de higiene; partilhar e publicar a informação disponível; ao nível de explorações adotar regras de biossegurança; regulamentar o acto médico vete-

rinário; fiscalizar mais e melhor; reforçar o papel dos médicos de Saúde Pública junto do Ministério da Saúde, etc.

A grande conclusão que se retirou desta reunião é que existe muito trabalho realizado e com qualidade assinalável. Mas, por paradoxal que possa parecer, esta conclusão é acompanhada de outra bem mais preocupante – as diversas instituições presentes desconhecem, conhecem parcialmente ou muito superficialmente, o trabalho desenvolvido pelas outras organizações. Ou seja, há a consciência de que todos estarão a fazer o seu trabalho. No entanto, fazem-no de forma não integrada, atomística, sem coordenação global, aproveitamento de sinergias, organização de economias de escala ou evitando a sobreposição de tarefas. Concluiu-se portanto que falta uma coordenação efetiva, continuada e operacional, que defina, em diálogo, prioridades, planos de ação, que acompanhe a sua execução, monitorize os seus resultados e seja demandável pela execução, ou não, do seu trabalho. A maioria dos intervenientes destacou, ainda, o baixo conhecimento que a sociedade tem do problema, o que inviabiliza uma frente comum no combate ao crescimento das resistências que integre, também, os consumidores, área em que a DECO assumiu o compromisso de prosseguir na divulgação do problema e na sensibilização dos consumidores para o impacto nefasto que a falência progressiva da eficácia dos antibióticos representa.

Dificuldades no acesso a medicamento oncológico

Chegou ao conhecimento da OM, em final de 2013, mais uma situação de recusa de tratamento com um medicamento oncológico por parte do IPO de Lisboa. Apesar de existir evidência dos benefícios terapêuticos do medicamento em causa e de o mesmo ter a aprovação do Infarmed, foram precisas diversas diligências para que o fármaco fosse disponibilizado. A este propósito convidamos à leitura da página 50 e seguintes da ROM de Janeiro/Fevereiro de 2013 onde divulgámos a opinião da Fernanda Palma, professora catedrática de direito penal, secundada pelo parecer do Departamento Jurídico da Ordem dos Médicos sobre como a recusa de medicamentos pode substanciar um crime.

A Ordem dos Médicos recebeu o relato que passamos a resumir: Doente com 52 anos a quem há 7 anos foi diagnosticado cancro do rim. Acompanhado no IPO Lisboa tendo iniciado em 2010, com a evolução para metástases ósseas, a terapêutica considerada de 1ª linha (sunitinib) que permitiu controlar a doença durante 2 anos. Na altura em que o organismo ganhou resistência e a medicação deixou de ser eficaz iniciou terapêutica com um dos medicamentos indicados para 2ª linha (everolimus), com o qual obteve bons resultados terapêuticos nomeadamente o desaparecimento das dores mas em Junho de 2013 após 4 meses com essa medicação a doença avançou de novo. O IPO informou a família que não havia mais opções, restavam os cuidados paliativos. O doente pas-

sou a tomar doses crescentes de morfina, perdendo toda a energia, ânimo e a autonomia que ainda mantinha. Em desespero, a família marcou uma consulta na Fundação Champalimaud e teve acesso a um outro medicamento (axinib), aprovado pelo INFARMED em 2012, considerado uma opção para a terapêutica no cancro do rim avançado. Começou o tratamento em Julho e umas semanas depois “o ritmo vertiginoso com que a doença avançava foi abrandando”, tendo o doente voltado a conseguir sair de casa, acompanhar os filhos menores nas suas tarefas diárias e a “viver com alguma esperança”. Sucede que o medicamento tinha um custo de 5.180€ por mês e só nos 3 primeiros meses a família teve comparticipação da seguradora a 90%. “Neste mo-

mento estamos integralmente sozinhos nesta luta de comprar por 5000 euros cada mês de vida”, lia-se na carta enviada à OM. Solicitada a ajuda do IPO, demonstrando que o medicamento estava a ter resultados não negligenciáveis, a resposta inicial foi que “o IPO não disponibiliza este medicamento a nenhum doente” e que “na consulta de grupo de oncologia médica nem sequer foi considerada a hipótese de um pedido de autorização especial”. A família recorreu então ao hospital da sua área de residência. O oncologista desse hospital, após uma primeira consulta e depois de verificar a situação clínica do doente, enviou uma carta ao IPO solicitando a reanálise do processo de pedido de autorização especial para acesso ao axitinib visto existir “clini-

camente evidência de benefício clínico dessa terapêutica". Em finais de Novembro o doente fez um TAC de monitorização no IPO cujo relatório evidenciava precisamente essa melhoria significativa da doença, com redução do tamanho dos nódulos entre 30 e 44%. Na mesma consulta de oncologia médica em que é referido esse resultado da TAC (ocorrida a 12 de Dezembro) é dada a informação de que a comissão de farmácia não irá efectuar o pedido de autorização especial necessário. Na avaliação comparativa do IPO pode ler-se "Em relação à lesão tumoral presente à direita, em localização central paramediastínica, verificou-se redução das suas dimensões, medindo agora cerca de 28mm de maior eixo, quando antes media cerca de 41mm" e uma "diminuição muito acentuada do número e de dimensões das lesões nodulares visíveis".

Em face do apelo/informação que foi encaminhado à OM, foi solicitado parecer do Colégio da Especialidade de Oncologia Médica que se pronunciou da seguinte forma: "Assumindo que o benefício clínico está

comprovado e havendo já evidência científica para a utilização do mesmo no caso clínico exposto é opinião deste Colégio que é boa prática clínica manter o atual fármaco até ser comprovada progressão ou existir toxicidade considerada inaceitável".

Lamentando que situações como esta continuem a acontecer, a Ordem dos Médicos não pode deixar de assinalar como positiva a informação que nos foi remetida pela família do doente dando conta que no dia 30 de Janeiro de 2014 foi prescrito e fornecido pelo IPO o fármaco axitinib. Para este desenlace terá contribuído, explicam-nos: "o facto de termos solicitado ao IPO a confirmação por escrito da decisão, transmitida na consulta de oncologia médica em 12-12-2013, de que a Comissão de Farmácia e Terapêutica tinha, uma vez mais, indeferido o pedido de AE para o Axitinib, e de ter dado conhecimento da situação à Ordem dos Médicos. (...) E neste último ponto que gostaria de enaltecer o papel que a Ordem dos Médicos tem desempenhado no desbloquear do acesso aos medicamentos

inovadores, no alertar da situação através da comunicação social, no apoio aos doentes e familiares que passam actualmente por este sufoco. Quero agradecer em meu nome e no do meu marido todo o apoio neste processo, em especial ao Sr. Bastonário, que muito admiramos pela postura ética e humana que tem demonstrado em tantas situações, e que teve a delicadeza de pessoalmente me telefonar. Infelizmente percebemos que no IPO Lisboa esta AE para o axitinib se trata de uma excepção, que não será generalizada a sua prescrição a outros doentes. Por isso apelo à continuidade da vossa pressão junto de quem decide, no sentido de encurtar os longos e insustentáveis meses (anos!) que o INFARMED leva a negociar os custos destes medicamentos junto das farmacêuticas" – foi com estas palavras que terminou a carta que gentilmente remeteu à OM, partilhando a sua alegria por o familiar estar a receber o tratamento adequado mas, ao mesmo tempo, lamentando os outros doentes que possam ter que passar por processos idênticos.



José Manuel Silva

Bastonário da Ordem dos Médicos

Moita, sem Flores

Artigo de opinião previamente publicado no jornal Correio da Manhã de dia 11 de Maio.

É pena que Moita Flores tenha descido ao nível de falar de tudo e de todos sem conhecer os assuntos e as posições das pessoas sobre os quais escreve com sobrançeria e qualifica destrutivamente.

Não conheço Moita Flores. Mas fico com uma ideia do seu carácter pela forma como generalizou as críticas aos médicos, no artigo "milhões de remédios", onde demonstra que não sabia do que falava nem conhecia as razões de quem tão maldosamente qualificou e difamou.

Moita Flores de-

turpou a realidade e insultou quem não merecia, lembrando-me uma frase célebre de La Rochefoucauld "Se não tivéssemos tantos defeitos, não nos agradaria tanto notá-los nos outros".

Há vigaristas entre os médicos? Claro que sim, como há em todas as profissões, sem excepção. Mas a descoberta das fraudes com as receitas foi feita com o programa de prescrição SAM, com o Centro de Conferência de Facturas e com uma saudável cooperação entre o Ministério da Saúde e da Justiça. Não foi com o programa PEM, que só agora está a ser im-

plementado e ainda tem muitas insuficiências.

Ao contrário do que afirmou Moita Flores, os médicos criticam a PEM não por recearem o controlo da prescrição, que já existia com o SAM e outros programas, mas porque a PEM tornou a prescrição num inferno a milhares de médicos. Todas as características que Moita Flores atribui à PEM já existiam com o SAM!

Os médicos, que há muito exigem computadores novos e mais largura de banda para conseguirem trabalhar, apenas pediram o regresso ao SAM enquanto o

Ministério não conse-

guir colocar a PEM a trabalhar normalmente! Para Moita Flores foi um crime!

Na ânsia de defender o partido pelo qual tem sido candidato autárquico, Moita Flores até culpou



OPINIÃO

Moita sem flores

11-05-2014

É pena que Moita Flores tenha descido ao nível de falar de tudo e de todos sem conhecer os assuntos e as posições das pessoas sobre os quais escreve com sobrançeria e qualifica destrutivamente.

Não conheço Moita Flores. Mas fico com uma ideia do seu carácter pela forma como generalizou as críticas aos médicos, no artigo "Milhões de remédios", onde demonstra que não sabia do que falava nem conhecia as razões de quem tão maldosamente qualificou e difamou.

Moita Flores deturpou a realidade e insultou quem não merecia, lembrando-me uma frase célebre de La Rochefoucauld: "Se não tivésse-

mos tantos defeitos, não nos agradaria tanto notá-los nos outros."

Há vigaristas entre os médicos? Claro que sim, como há em todas as profissões, sem excepção. Mas a descoberta das fraudes com as receitas foi feita com o programa de prescrição SAM (Sistema de Apoio ao Médico), com o Centro de Conferência de Facturas e com uma saudável cooperação entre o Ministério da Saúde e o da Justiça. Não foi com o programa PEM (Prescrição Electrónica Médica), que só agora está a ser implementado e ainda tem muitas insuficiências.

Ao contrário do que afirmou Moita Flores, os médicos criticam a PEM não por recearem o

existia com o SAM e outros programas, mas porque a PEM tornou a prescrição num inferno a milhares de médicos. Todas as características que Moita Flores atribui à PEM já existiam com o SAM!

Os médicos, que há muito exigem computadores novos e mais largura de banda para conseguirem trabalhar, apenas pediram o regresso ao SAM enquanto o Ministério não conseguiu colocar a PEM a trabalhar normalmente! Para Moita Flores foi um crime!

Na ânsia de defender o partido pelo qual tem sido candidato autárquico, Moita Flores até culpou os médicos de não serem sérios por não imporem "sistemas modernos de servidores" ao Ministério da Saúde! É inacreditável!

Perante a hipótese de um

"Que Honra?"; em que já não faz o mesmo tipo de afirmações, em que até já reconhece que a PEM não funciona bem e já responsabiliza o Ministério da Saúde pelos computadores obsoletos!

Moita Flores volta a falar no êxito das investigações, que os médicos sempre aplaudiram, mas que, sublinhe-se, foram feitas com o programa SAM e não com a PEM, ficando assim provado que os médicos não receiam o controlo, pelo contrário, porque querem que todos os vigaristas sejam apunhados para os poder expulsar da Ordem dos Médicos e proibir de exercer medicina.

Aliás, no triénio passado, a Ordem dos Médicos instituiu várias penas de expulsão e suspensão, precisamente

mantém a soberba e a pesporrente adjectivação no segundo artigo. Não admira, porque, como disse John Ruskin, "a primeira prova de grandeza de um homem é a sua humildade".

Moita Flores não sabe ser humilde. Como lhe deve ter sido difícil retratar-se! Martinho Lutero considerava a soberba como "um cachorro perigoso".

Enfim, a honra dos médicos honestos, a esmagadora maioria, ficou defendida. Pela Ordem dos Médicos e por mim, o assunto fica definitivamente encerrado.

Quanto a Moita Flores, está perdoado, com uma frase de Fernando Pessoa como dedictória: "O perfeito é doer."

os médicos de não serem sérios por não imporem “sistemas modernos de servidores” ao Ministério da Saúde! É inacreditável! Perante a hipótese de um processo por difamação, Moita Flores escreve um novo artigo, “Que Honra?”, em que já não faz o mesmo tipo de afirmações, em que até já reconhece que a PEM não funciona bem e já responsabiliza o Ministério da Saúde pelos computadores obsoletos! Moita Flores volta a falar no êxito das investigações, que os médicos sempre aplaudiram, mas que, sublinhe-se, foram feitas com o programa SAM e não com

a PEM, ficando assim provado que os médicos não receiam o controlo, pelo contrário, porque querem que todos os vigaristas sejam apanhados para os poder expulsar da Ordem dos Médicos e proibir de exercer medicina. Aliás, no triénio passado, a Ordem dos Médicos instituiu várias penas de expulsão e suspensão, precisamente porque quer separar o trigo do joio. Tristemente, Moita Flores mantém a soberba e a pesporrente adjectivação no segundo artigo. Não admira, porque, como disse John Ruskin, “A primeira prova de grandeza de um homem é a

sua humildade”. Moita Flores não sabe ser humilde. Como lhe deve ter sido difícil retratar-se! Martinho Lutero considerava a soberba como “um cachorro perigoso”.

Enfim, a honra dos médicos honestos, a esmagadora maioria, ficou defendida. Pela Ordem dos Médicos e por mim o assunto fica definitivamente encerrado.

Quanto a Moita Flores, está perdoado, com uma frase de Fernando Pessoa como dedicatória: “O perfeito é desumano, porque o humano é imperfeito”.



Francisco Crespo

Médico

Código de ética?

Proibir funcionários do SNS de denunciarem publicamente o que corre mal nos Serviços é ético?

Estou perplexo com o articulado da lei prevista, que assume essa proibição, mesmo que esteja eventualmente em fase de discussão. Mas, meus caros amigos, alguma vez se pode pôr à discussão uma questão que não tem discussão?

Quem escreve tal enormidade para sondar as reacções, está a prever que os profissionais de saúde sejam coniventes nas más práticas? A única obrigatoriedade é que haja a identificação de quem comunica a informação, obviamente para garantir o contraditório e a democracia.

Mas temos que ir mais longe, pois esta atitude prevê um abuso de poder, uma ausência de liberdade, a existência de uma censura.

Este seria o Código da Anti Ética.

Acontece que eu nunca cumpriria esta lei e assinaria a denúncia, como penso que fariam os nossos colegas. Temos que, colectivamente, exigir a defesa da ética, da liberdade e o respeito pelos doentes.

As ditaduras acabaram entre nós, assim era pressuposto.



Miguel Guimarães

Presidente do CRNOM

O Ministério da Saúde, a desqualificação da Medicina e a decadência do SNS.

Que caminhos para os Médicos?

Este texto foi publicado como editorial da Revista Norte Médico nº 58.

O desafio verdadeiramente titânico que os doentes e os médicos enfrentam há cerca de três anos, desde que Portugal está sob assistência financeira, não permite encarar o futuro com esperança sem a existência de uma estratégia sólida, concertada e inteligente. Cada vez mais é imperiosa uma verdadeira união de todos na defesa daquela que é considerada a maior conquista social da nossa democracia: o acesso a um serviço nacional de saúde público universal e de qualidade.

Muitas têm sido as alterações legislativas realizadas pelo Ministério da Saúde (MS) – frequentemente associadas a uma intervenção ‘cirúrgica’ na comunicação social com o propósito de desqualificar e denegrir os médicos – visando apenas a redução drástica da despesa no sector, mas com custos dramáticos na qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Os objectivos declarados são sempre os mesmos: cumprir as metas impostas pela troika e tornar o SNS sustentável. Os portugueses continuam a ser confrontados regularmente, por

iniciativa do MS, com a possibilidade de outros profissionais da área da saúde poderem substituir os médicos, de forma autónoma, no exercício das suas funções específicas. Num país em que a qualidade da Medicina é elevada e os cuidados de saúde apresentam indicadores de topo a nível internacional, porquê a reiterada tentativa de colocar em causa essa qualidade e esse prestígio? A quem interessa destruir a qualidade da Medicina portuguesa e a qualidade dos cuidados de saúde?

Os portugueses foram confrontados recentemente com legislação que visa uma reforma do SNS indevidamente fundamentada, e que mais não faz do que deteriorar os cuidados de saúde de proximidade, acentuar as assimetrias no acesso aos cuidados de saúde já existentes no território nacional e criar condições para que o país tenha doentes de primeira e doentes de segunda categoria. De resto, o encerramento previsto de dezenas de unidades e serviços, associado à criação da figura do chamado “gestor do doente”,

constituem os instrumentos ideais para dismantlar o SNS e ajudar a financiar um serviço privado de saúde em dificuldade e cada vez menos acessível à maioria da população portuguesa.

Os portugueses continuam a ser confrontados diariamente com a decadência anunciada do SNS. Em que alguns têm acesso a terapêuticas inovadoras e outros não. Em que alguns têm direito a cuidados de saúde especializados e outros não. Em que os famosos centros de referência nunca mais são definidos. Em que a célebre liberdade de escolha legalmente consagrada é uma miragem. Em que o centrar o sistema no doente tantas vezes apregoado está cada vez mais distante. Em que os hospitais e restantes unidades de saúde continuam sem divulgar publicamente os resultados reais dos tratamentos realizados. Em que os doentes se sentem cada vez mais afastados dos médicos. Em que os médicos cada vez mais sentem a falta de tempo para estar com os seus doentes. Em que a desumanização da Medicina e dos cuidados de saúde é cada vez

maior. Em que os números assumem toda a importância nos contratos-programa. Em que a qualidade é cada vez mais desprezada. Em que a identidade cultural e social dos hospitais está na iminência de desaparecer. Em que as taxas moderadoras não param de aumentar. Em que a excessiva limitação do apoio nos transportes afasta os doentes do SNS. Em que as miseráveis condições sociais e financeiras de muitas famílias impedem os doentes de fazer os tratamentos prescritos. E tudo, tudo, em nome da sustentabilidade do sistema!

A legislação laboral e as tabelas salariais são cada vez mais injustas, completamente desajustadas face ao elevado grau de responsabilidade social dos médicos. E as exigências são cada vez maiores. Será que é possível manter a qualidade dos cuidados de saúde nas condições adversas que todos conhecemos? Tempos de consulta completamente disparatados e desadequados. Sistemas informáticos disfuncionais, indevidamente testados e em experimentação em tempo real, consumindo a paciência e perturbando a sanidade mental de médicos e doentes. Sistemas informáticos que não garantem a segurança do trabalho médico nem a segurança dos dados clínicos dos doentes. Trabalho extraordinário obrigatório e extraordinariamente mal pago. Reformas que não respeitam minimamente o elevado grau de desgaste inerente ao exercício da profissão médica. Carreiras Médicas sem os devidos concursos em tempos aceitáveis. Categorias profissionais sem a devida progressão nas diferentes posições remuneratórias. SIADAP para 'congelar' o que já está congelado há muitos anos (progressão nas posições remuneratórias) e ainda sem critérios conhecidos de equi-

dade e qualidade. Persistência no recurso a empresas para contratar médicos ao preço/ hora mais barato e sem critérios de qualidade prévia e devidamente definidos. Concursos regionais 'fechados' que violam o direito de igualdade de acesso ao emprego no sector público e colocam em causa referências de transparência, equidade e igualdade de oportunidades na administração pública (e que já foram considerados ilegais pelo Provedor de Justiça!).

Para acentuar este quadro absolutamente desastroso, o MS tem implementado medidas 'correctoras' para 'disciplinar' os médicos. Prescrição por DCI sem qualquer respeito pela opção do doente. Declarações de conflitos de interesse e incompatibilidades e de qualquer tipo de patrocínios com valor acima dos 25 euros! Ameaça constante de organizar o trabalho médico de acordo com o regime de dedicação exclusiva que o próprio MS contribuiu para extinguir, promovendo incompatibilidades para acumulação de funções no sentido de evitar remunerar os médicos de forma adequada. Proposta de formação médica especializada (internatos médicos) assumindo o MS a função da Ordem dos Médicos na definição dos programas de formação e na definição das idoneidades e capacidades formativas dos serviços, para além de outras matérias completamente inaceitáveis. Extinção do internato do Ano Comum e criação de condições para a existência de médicos indiferenciados, com todas as consequências negativas daí decorrentes. Promoção da emigração médica por falta de condições adequadas ao exercício da profissão em Portugal. Manutenção de numerus clausus nos cursos de Medicina que não respeitam minimamente as capacidades

formativas das Escolas Médicas e que criam as perfeitas condições para a existência de médicos indiferenciados, a emigração médica e o desemprego médico. Ou seja, desqualificação médica e mão-de-obra mais barata ("proletarização" do trabalho médico). Contratação absurda de médicos estrangeiros (da América latina) para os centros de saúde sem a devida especialização em MGF e a auferir ordenados milionários, com desprezo absoluto pelos médicos portugueses. Contratualização não partilhada de objectivos e imposição de indicadores castradores das boas práticas médicas na MGF. Aplicação em massa de normas de orientação clínica nem sempre devidamente validadas e sem qualquer respeito pela relação médico-doente. Legislação bizarra sobre licenciamento de unidades privadas de saúde que conduz à destruição dos cuidados de proximidade e enfraquece a relação médico-doente nos consultórios e nas pequenas clínicas médicas. Legislação sobre o modelo das Convenções que não garante maior acessibilidade aos doentes e que contribui para o desperdício de recursos, não cumprindo os princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade, da concorrência pela qualidade e da medicina de proximidade. Ausência de legislação específica sobre o acto médico (inconstitucionalidade e erro por omissão).

Em Julho de 2012 aconteceu a maior greve dos médicos de que há memória. Em defesa do SNS e dos doentes portugueses. E contra a vergonhosa contratação de médicos à hora pelo valor mais baixo, através de empresas. Os Sindicatos Médicos, com o apoio da Ordem dos Médicos e outras organizações ou grupos (nomeadamente os Médicos Unidos),

souberam em conjunto gerir uma greve em que quase todos os médicos acreditaram. Os Sindicatos negociaram o acordo que é conhecido e que terá sido o melhor possível nas condições adversas existentes. A Ordem dos Médicos apresentou e fundamentou as suas reivindicações, mas nenhuma delas foi devidamente atendida.

A Ordem dos Médicos tem apresentado e fundamentado muitas das suas posições em resposta às medidas implementadas pelo MS que tendem a desqualificar o SNS e a Medicina. Infelizmente, o MS persiste em não atender na sua governação à imensa maioria das propostas da OM.

Nas últimas eleições para a Ordem dos Médicos a equipa que tive o privilégio de liderar definiu como objectivos essenciais, na “defesa da Medicina que escolhemos quando decidimos ser Médicos”, continuar a defender os médicos e os doentes e não desistir de lutar pela dignidade dos doentes e dos médicos, pelo SNS, as carreiras médicas e a formação médica, pela qualidade da medicina e dos cuidados de saúde, pela qualificação, a ética e a deontologia da profissão médica, pelo respeito pelas competências médicas e pelo acto médico, pelo futuro dos jovens médicos e pela solidariedade interpares.

E reforçamos a ideia de que o poder político tem que sentir que existe uma união sólida entre todos os médicos, para que seja possível defender médicos e doentes de forma mais consequente e eficaz.

Como estratégia para alcançar os objectivos gerais propostos apontámos cinco caminhos, que queremos agora destacar e reforçar:

1. A OM deve estar mais próxima dos médicos;

2. A OM deve manter e reforçar a relação institucional de colaboração estreita e estratégica com os Sindicatos Médicos;

3. A OM deve ser mais proactiva e menos reactiva (e a reactividade deve ser feita por patamares de importância da matéria envolvida);

4. A OM deve apresentar uma proposta de solução concreta para cada problema colocado pelo Ministério da Saúde;

5. A OM deve apresentar institucional e publicamente a sua proposta de reforma do Sistema Nacional de Saúde (onde estejam incluídas todas as matérias que vão sendo habitualmente objecto de discussão).

A proximidade com os médicos no mundo real acentuou-se. Já foram realizadas várias reuniões com a presença de centenas de médicos e iniciaram-se as visitas aos distritos para ouvir os médicos. Já foram realizadas múltiplas intervenções e produzidos inúmeros documentos e pareceres. É preciso rapidamente implementar as pontes que permitam activar e cruzar todos os caminhos referidos. Só assim será possível a OM ser mais eficiente e eficaz. E mais exigente na capacidade de resposta organizada em pelouros funcionais, na definição das questões nucleares das suas próprias competências, no estabelecimento de prioridades, na constituição de grupos específicos para negociar com o poder político e os parceiros sociais, e na implementação de reuniões regulares das quais resultem memorandos de entendimento assinados e datados entre o MS e a OM.

Na situação actual, o caminho não é fácil. Temos que saber resistir e não desistir de lutar pelos valores e princípios em que sempre acreditámos. E temos que ser todos, não apenas alguns. Em nome da

qualidade da Medicina e dos cuidados de saúde. Os doentes precisam de nós. E nós precisamos dos doentes. A greve é um instrumento sindical de último recurso (e que todos podemos apoiar, se necessário e justificado). Entretanto, e porque os cerca de 40.000 médicos do país potencialmente contactam toda a população portuguesa, a defesa da qualidade da Medicina, dos cuidados de saúde e, consequentemente, dos doentes está nas nossas mãos.

A OM e os médicos podem utilizar desde já todas as suas capacidades para pressionar o poder político. Informação directa aos doentes dos verdadeiros problemas da Saúde e das propostas da OM. Renúncia imediata do protocolo existente entre a DGS e a OM para a elaboração das normas de orientação clínica. Renúncia à participação em todas as Comissões mistas de colaboração com o MS (nomeadamente a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica). Suspensão (juridicamente fundamentada), por tempo indeterminado, da utilização dos programas informáticos ineficazes (nomeadamente a PEM), exigindo a sua imediata substituição pelo SAM. Recusa (juridicamente fundamentada) de participação em júris de concursos considerados ilegais. E por aí adiante.

Todas as medidas devem ser sempre acompanhadas de propostas concretas para a resolução de problemas reais (e não fictícios), como por exemplo a questão da falta de médicos em algumas zonas do país. E como sempre, é bom ter um plano B. E esse está nas mãos dos Sindicatos Médicos e de todos nós.

Médicos preparam rutura total com Ministério da Saúde

"Lei da rolha" leva Ordem dos Médicos do Norte a propor suspensão de todas as colaborações com a tutela - Artigo do Jornal de Notícias de 20 de Maio que reeditamos com a devida autorização do jornal e a solicitação do CRN.

Os Médicos não aceitam a "lei da rolha" prevista na proposta de código de ética, que está a ser preparada pelo Ministério da Saúde, e preparam-se para romper com todas as colaborações com a tutela.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos vai colocar a discussão e votação na próxima reunião do Conselho Nacional Executivo (presidido pelo bastonário), dia 29, um conjunto de propostas que visam suspender as relações com o Ministério da Saúde. E já está a preparar uma alternativa, em conjunto com os sindicatos dos médicos, que pode levar a mais uma greve.

É a resposta ao código de ética que está a ser redigido pela tutela e que, entre outros pontos polémicos, obriga os profissionais de saúde a guardar "sigilo absoluto" em relação ao exterior de toda a informação que possa afetar ou colocar em causa a imagem da instituição.

"Se os médicos forem proibidos de denunciar situações que es-



tão mal nas instituições do SNS, quem sai prejudicado são os doentes, é a segurança dos doentes que fica em causa", afirmou, ao JN, o presidente do Conselho Regional do Norte (CRN) da Ordem dos Médicos (OM). Para Miguel Guimarães, as informações sobre o código de ética que está em preparação - "o projeto de despacho nunca foi enviado à Ordem" - foram a "gota de água" num copo que arriscava transbordar há muito. "Não podemos ficar

de braços cruzados, não podemos colaborar com este Ministério que tem atitudes tão gravosas para o SNS", refere o dirigente. O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos e o bastonário José Manuel Silva também já repudiaram o código de ética, pelo que é previsível que, no dia 29, as propostas sejam aprovadas.

Entre outras medidas, o Norte quer a "suspensão de todas as colaborações da Ordem dos Médicos com o Ministério da Saúde, nomeadamente nas comissões



CÓDIGO "QUER DEFENDER IMAGEM DO MINISTÉRIO"

Para o bastonário da Ordem dos Médicos, este código de ética é "inaceitável" e pretende "defender mais a imagem do Governo do que os interesses dos doentes.

O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, compromete-se a estar ao lado de cada médico que seja ameaçado por denunciar situações de grave prejuízo para os doentes no seu serviço ou instituição.

Os conselhos distritais da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos emitiram, ontem, um comunicado de repúdio do código de ética, considerando que deveria ser obrigatório os médicos denunciarem tudo aquilo que possa pôr em risco os doentes.

das Normas de Orientação Clínica e Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica", quer apelar a todos os médicos para que deixem de colaborar com a tutela, a título individual, e defender que os dirigentes da Ordem dos Médicos suspendam militância nos partidos do Governo.

O CRN da OM quer ainda dissuadir os médicos de participarem em júris de concursos fechados (de recrutamentos) já considerados ilegais pela Provedoria de Justiça.

"Queremos mostrar ao Ministério da Saúde que terá de mudar de atitude. Caso contrário, há sempre um "plano B" que está na mão dos sindicatos e de todos os médicos", disse Miguel Guimarães, admitindo que pode passar por mais uma greve.

O JN contactou o Ministério da Saúde, que não quis fazer qualquer comentário.

Dever de confidencialidade

A proposta do Código de Ética refere que, com exceção dos casos autorizados, "os colaboradores e demais agentes devem abster-se de emitir declarações públicas, nomeadamente quando possam pôr em causa a imagem do serviço ou organismo, em especial fazendo uso dos meios de comunicação social".

Ofertas proibidas

A proposta proíbe os colaboradores do SNS de receberem dádivas ou gratificações. Têm de ser entregues à secretaria geral do Ministério da Saúde, que as entregará depois a instituições de solidariedade social.

**Helena Cabral**

Interna Formação Específica MGF – USF Garcia de Orta

Voluntariado: uma ferramenta para o Internato!

A vontade de fazer voluntariado já existia...

Mas faltava o projecto certo. Ainda antes do Ano Comum, foi a altura ideal para começar esta aventura. Os Médicos do Mundo pareceram-me a organização certa. Perto de casa, do local onde iria trabalhar naquele ano (Hospital de S. João), com uma equipa grande e com projectos vários, alguns na área da Saúde. Por sorte, estava quase a começar o “Projecto Ser Dia”, que iria desenvolver a sua intervenção na área da Diabetes, nos concelhos de Espinho, Maia, Valongo e Matosinhos. Logo na entrevista na sede da organização, senti que era um projecto aliciante. Durante o primeiro mês decorreu uma formação, por elementos dos Médicos do Mundo, aos voluntários (enfermeiras, eu como médica, mas também voluntários de áreas completamente diferentes – Engenharia do Ambiente, por exemplo, que contribuiriam para enriquecer o grupo e as actividades), constituindo uma equipa de “Educadores da Diabetes”. O projecto previa programas de rastreio, identificação dos factores de risco acrescidos na população geral e prevenção precoce do apare-

cimento das complicações associadas à diabetes. Com a ajuda de enfermeiros, podologista, nutricionista e educadoras sociais, durante 2009 e 2010, nesta altura já no primeiro ano da especialidade de Medicina Geral e Familiar, andei pelos bairros de Anta (Espinho), Saibreiras (Valongo), Vermoim e Águas Santas (Maia), bairro do Seixo (Matosinhos), em actividades de rastreio, educação para a saúde, monitorização (com regresso aos locais onde tinham sido efectuados rastreios e cujos participantes tinham demonstrado vontade de continuar a colaborar com o projecto), quer em Unidade Móvel dos Médicos do Mundo, quer em associações da comunidade que nos recebiam. Sempre me senti bem recebida, segura, entre pessoas que muitas vezes tinham pouco acesso a serviços de saúde e poucos conhecimentos sobre diabetes mas mostravam vontade de aprender e interesse em colaborar com a organização e os voluntários. Senti que fazia diferença e que podia utilizar o que tinha já aprendido durante o meu percurso formativo e o que ia aprendendo no Inter-

nato de Medicina Geral e Familiar neste projecto. Agora já no final do Internato e olhando para trás, em jeito de reflexão, o projecto e o voluntariado ajudaram-me a crescer como pessoa e como médica, contribuindo para a aquisição de competências previstas no Portfolio do Interno, disponibilizado desde o início pela Coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar. Os Médicos do Mundo continuam a lutar para que todos tenham acesso a cuidados globais de saúde e podem ser uma óptima oportunidade de aprendizagem para todos os internos!





José Silva Henriques

Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

Concursos para recém-especialistas

Os concursos para recrutamento e colocação dos novos especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF) têm sido sempre um assunto controverso. Um processo que devia ser simples, desburocratizado (a burocracia é uma força invencível?), organizado e célere é precisamente o contrário: nebuloso, burocrático, polémico e moroso.

1. Para ser célere, o concurso, devia decorrer dentro de um mês após a homologação da classificação final das avaliações finais de saída do internato da especialidade.

2. Para ser simples, devia ser nacional, os candidatos deviam previamente saber quais as Unidades de Saúde a que concorrer e a nota da avaliação final do internato ser o único critério para a escolha do local de colocação. A exceção seria no caso de empate e que estariam previstos critérios previamente definidos e do conhecimento público. O concurso como é feito presentemente, tem uma entrevista de seleção pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) destinada a avaliar se os candidatos têm competências técnicas necessárias ao exercício da função. Então, o candidato já foi avaliado durante o seu internato (anualmente por uma entrevista rigorosa e exigente e no

final do seu internato através de três provas morosas e também muito exigentes, por especialistas de MGF idóneos), não tem qualquer cabimento que quando vai concorrer a uma vaga para Médico de Família (MF) seja sujeitos a processo de avaliação como aquele que é feito presentemente pelas ARS. Se é para cumprir a legislação vigente, mude-se a legislação e o mais rapidamente! Não podemos pactuar com um país que tem governantes que sofrem de miopia política crónica. Para mais é um processo que agrava e é responsável pela carência crónica de MF no país, que promove o abandono dos jovens especialistas do serviço público, levando-os a optarem por trabalhar nos serviços privados ou, moda promovida pelo atual governo, emigram para países que lhes dão melhores condições de trabalho e de remuneração. A situação é agravada pela ausências de

concursos de mobilidade dos médicos.

3. Os vários governos, e este não foge à regra, andam constantemente a lamentarem-se que há falta de MF. Isto acontece porquê?

4. Porque nunca criaram mecanismos para acelerarem os concursos de colocação dos médicos.

5. Porque nunca criaram verdadeiros incentivos envolvendo as autarquias para resolver o problema dos locais em que há maiores dificuldades em fixar estes profissionais.

6. Porque não promovem concursos para que haja mobilidade.

7. Efetivamente, o que desenvolvem é uma retórica hipócrita, para português ouvir, porque na verdade não estão interessados em atribuir MF aos portugueses que dele necessitam. Consideram a MGF a base do Serviço Nacional de Saúde, forçam os serviços de

MGF e a Ordem dos Médicos a abrirem mais e mais capacidades formativas para o internato, sem estarem preocupados com a qualidade da formação, e depois dos internos estarem capacitados para serem MF criaram um sistema de concursos vergonhosos e retrógrados para os colocar. Para promoverem a desmotivação, não abrem concursos destinados à mobilidade dos médicos.

8. Relativamente ao preenchimento de vagas nas Unidades de Saúde Familiares (USF), atendendo a que têm uma cultura organizacional específica, deviam ter autonomia para o recrutamento dos seus profissionais, independentemente de terem ou não vínculo à função pública. As USF deviam ter assegurado pela legislação critérios próprios de recrutamento e seleção que fossem do conhecimento público.

9. Se continuar a persistir tudo como está relativamente aos concursos de recrutamento e mobilização, se o Ministério da Saúde continuar em querer forçar os MF a terem uma lista de utentes na base do número e não de unidades ponderadas, será que os recém-especialistas e os especialistas (assistentes, assistentes graduados e assistentes graduados séniores) de MGF estarão dispostos a entrar num processo de luta ativa e determinada, para que haja justiça e se acabe com a prepotência e incompetência dos nossos governantes? Faço votos para que sim.



José Pedro L. Nunes

Médico e professor universitário

Sobre a “Medicina normalizada”

1. A prática médica encontra-se presentemente associada ao uso frequente de recomendações de prática clínica (“clinical practice guidelines”) – documentos que representam sínteses da informação mais relevante sobre um dado tópico, concluindo com recomendações. Segundo os seus defensores, teriam a possibilidade de melhorar a prática clínica, diminuindo os erros médicos, através de uma maior acessibilidade de dados atualizados colocados à disposição dos clínicos.

O uso de “guidelines” é certamente controverso. Um aspeto fundamental reside na circunstância de grande parte dos autores de muitas recomendações manterem importantes conexões com a indústria farmacêutica e de dispositivos médicos¹ – limitando a credibilidade destes textos. Por outro lado, tem sido feita a análise crítica de alguns textos desse tipo^{2,3}.

Coloca-se a questão: haverá algum benefício em passar do uso de “guidelines” para normas com cariz obrigatório, a serem seguidas pelos médicos, designadamente no contexto da prescrição?

Para abordar este tema, deve começar por se referir que a Medicina não é uma ciência exata, nem nunca o foi - apesar de ser um dos

ramos científicos mais avançados na fase em que a Humanidade se encontra. De resto, em Ciência não existem verdades absolutas e definitivas – e na Medicina esse facto é particularmente proeminente, e coloca reservas incontornáveis ao próprio conceito de normas obrigatórias. Como qualquer texto de síntese representa, mais do que qualquer outra coisa, um conjunto de opiniões baseadas num conjunto de factos, o que ocorre é que não é raro as opiniões sobre o mesmo assunto serem consideravelmente divergentes, desde logo por se valorizar de forma diferente os mesmos factos, ou por se valorizarem diferentes conjuntos de factos. Existem aspetos de natureza epistemológica que também limitam, em alguns casos, a força das recomendações terapêuticas⁴.

A opção em favor da existência de normas poderia residir em motivos de natureza financeira, nomeadamente no contexto de um sistema de saúde pago em grande parte pelos cidadãos (contribuintes). Não é de todo claro quais seriam as consequências financeiras da adoção de um sistema de normas – na verdade, poderia levar a um aumento dos custos, por tornar a prática médica mais rígida. Apenas o acesso a dados empíricos poderia esclare-

cer esta matéria, o mesmo ocorrendo no que concerne ao impacto sobre os desfechos clínicos (“clinical endpoints”). Podemos entretanto admitir que o impacto sobre estas duas vertentes (financeira/ clínica) dependerá em parte considerável da própria redação das normas (por exemplo, dos medicamentos que são preconizados/ impostos).

A Medicina é uma atividade centrada no princípio da beneficência, ou seja, é constituída por formas de ação com a intenção de beneficiar ou promover o bem de outras pessoas. Os médicos devem escolher ou sugerir as opções que melhor correspondam aos interesses e às preferências dos doentes, e não as opções mais apropriadas aos seus próprios interesses pessoais. A perspetiva de eventuais sanções poderá levar a um dilema ético, levando o(a) médico(a) a escolher, não a opção que considera melhor, mas antes aquela que corresponde à norma, de forma a não ter problemas. Mais ainda, segundo Sunstein, “num grau notável, os seres humanos são influenciados por aquilo que os outros fazem”⁵. A existência de normas, e a possibilidade de sanções, pode levar a uma alteração fundamental na relação médico/ doente, sendo que muitas escolhas teriam sido feitas a priori,

de forma a serem aplicadas automaticamente quando em presença de um dado diagnóstico, de forma independente das características específicas de cada situação clínica e das preferências do doente/interessado. Pode ser implementado um sistema de exceções justificadas à aplicação das normas. Contudo, os médicos poderiam não dispor do tempo adequado para andarem continuamente a justificar exceções, sobretudo se ocorrer uma discordância de fundo com uma ou mais normas.

O “princípio do primado do bem-estar do doente” inclui o conceito segundo o qual “as forças de mercado, as pressões da sociedade e as exigências administrativas não devem comprometer este princípio”⁶. Ora, não é líquido que um sistema de normas não possa interferir com o bem-estar do doente, seja introduzindo uma tendência para falta de flexibilidade, seja abrindo a porta para, depois de implementado o princípio, poder verificar-se a qualquer momento a imposição de normas muito limitativas.

A dificuldade em suportar os custos dos sistemas de saúde é real e existe em muitos países, desde logo em função de aspetos demográficos. Contudo, a mudança de recomendações para normas não dá qualquer garantia de resolver esse problema, e apresenta-se como sendo capaz de criar novos problemas. Para ser capaz de resolver o problema financeiro, o sistema de normas teria que se afastar significativamente da evidência científica e das recomendações internacionais – com potenciais consequências clínicas negativas.

2. Em que tipo de sociedade desejamos viver? Para alguns, talvez no modelo de Platão na “República”, com “comunidade das mulheres, comunidades dos filhos e de toda

a educação, e do mesmo modo comunidade de ocupações na guerra e na paz, e que dentre eles serão soberanos aqueles que mais se distinguiram na filosofia e na guerra”⁷.

Pela minha parte, vou preferindo as ideias atribuídas a Péricles “A liberdade que o nosso regime nos confere alarga-se, do mesmo modo, à nossa vida privada. Nesse campo, longe de exercermos uma vigilância invejosa sobre cada cidadão, não nos sentimos impelidos a conflitar com os vizinhos pelo facto deles fazerem aquilo que lhes apraz”⁸.

Para F. Hayek, “a razão pela qual muitas das atividades de provisão do governo constituem uma ameaça à liberdade, então, é que embora sejam apresentadas como meras atividades de serviço, elas realmente constituem um exercício dos poderes coercivos do governo e repousam sobre o facto de este reclamar direitos exclusivos em certos campos”⁹.

3. Enquanto nota cultural, notaremos que se tivesse vivido até ao século XXI, George Orwell (E.A. Blair), poderia ter escrito uma sequência para o seu conhecido livro “1984”. Os “baby-boomers” estariam agora mais velhos e a braços com alguns problemas de saúde. O “Big Brother” poderia ter sido substituído pelo “Big Cousin”, e todos os registos relativos ao primeiro poderiam ter sido eliminados. Este último poderia ter criado um sistema centralizado relativo às doenças, que poderia compreender um registo eletrónico centralizado dos dados clínicos, bem como um sistema de normas a aplicar a cada diagnóstico. Nessa eventual sequência literária, os médicos tratariam apenas do diagnóstico e de algumas intervenções ainda não robotizadas, o resto seria aplicado de forma automática por um qual-

quer HAL, personagem divulgada por Kubrick. Estritamente proibido seria deixar o doente pronunciar-se sobre a sua própria situação clínica. Para Milan Kundera, a compaixão, entendida num certo sentido, “Na hierarquia dos sentimentos, é o sentimento supremo”. Ora a Medicina, mais do que normas ou do que mera contabilidade, deverá ser compaixão – e este aspeto tem importantes implicações na relação médico/doente, uma relação que deve partir de uma base de confiança.

4. A Medicina deveria evoluir de uma forma anacrónica de “paternalismo médico” para uma forma de “Medicina centrada no doente”. Cada vez mais, deverão ser as preferências do doente a ditar muitas opções a serem escolhidas. Ao Estado caberá um papel regulador, designadamente no contexto da avaliação dos medicamentos e dispositivos médicos.

Em conclusão, e no que respeita à “Medicina normalizada”, sou de parecer que o conceito deve ser abandonado.

Bibliografia

1. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 2002;287:612-7.
2. Lenzer J. Why we can't trust clinical guidelines. *BMJ* 2013;346:f3830.
3. Iannone P, Haupt E, Flego G, et al. Dronedrone for Atrial Fibrillation: The Limited Reliability of Clinical Practice Guidelines. *JAMA internal medicine* 2014;174:625-9.
4. Nunes JP. Medical therapeutics: from induction to scientific evolution. *Perspect Biol Med* 2013;56:568-83.
5. Sunstein CR. Why societies need dissent. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 2003.
6. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of internal medicine* 2002;136:243-6.
7. Platão. A República. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1996.
8. Tucídides. História da guerra do Peloponeso. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
9. Hayek FA. The constitution of liberty. London: Routledge; 1960 (1993 reprint).



Silvino Bacelar

Medicina ou engenharia de indicadores?

Tem toda a razão o nosso Bastonário quando denuncia nas páginas desta revista a instalação nas estruturas do Ministério de uma plêiade de burocratas que pensam que a Saúde se faz com e de indicadores. . .



Mas sejamos realistas: tendo escapado aos radares da Troika, nenhum destes inúmeros “governadores clínicos” vai abdicar das funções que o sustentam; e, se porventura houver mudança de política, eles vão opôr enorme resistência a requalificarem-se em algo de útil.

Ou seja: a menos que surja um método revolucionário, vamos mesmo ter que prescindir de muito do nosso tempo, já tão es-

casso para a actividade clínica, para nos desdobrarmos noutro *métier* que muito pouco tem de médico: o de engenheiros de indicadores.

Pessoalmente, concordo que podem ser muito enriquecedoras experiências em ofícios que nada tenham a ver com o nosso. Eu próprio trabalhei em cenários tão diversos do presente como a pesca artesanal, a apanha do lúpulo e o abate e processamento

de galináceos... Aprendi muito.

Mas fi-lo durante as férias, enquanto estudante; e não em prejuízo da atenção que, como médico geral e familiar, devo a uma longa lista de utentes, meticolosamente expurgada de inactivos. Acresce que as circunstâncias são agora particularmente más para nos desdobrarmos em actividades tão incompatíveis: nunca as aplicações informáticas (PEM e quejandas) nos roubaram tanto tempo (a miserável rodinha é um medonho rolo compressor do mes-

mo!); e é imparável a escalada de solicitações, também enquanto médicos – ainda há dias se reformou, precocemente, 1/6 do quadro da nossa UCSP. Sem perspectivas próximas de substituição... (De qualquer modo, para a ameaça do alargamento da lista para 1.900 utentes, um número absurdo no contexto em que trabalhamos.)

A boa notícia é que descobri um

processo inovador para nos livrarmos da sobrecarga insuportável da engenharia! Apresento seguidamente um conjunto de indicadores desenhados para não interferirem minimamente na consulta médica – ao contrário dos actualmente em uso, os quais, como o Prof. José Manuel Silva cita, podem consumir 35 a 40% do nosso tempo assistencial. A que, acrescento, para além do prejuízo quantitativo retiram imensa qualidade. Este pacote de novos indicadores pode à primeira vista impressionar pela sua singeleza, mas não duvido da capacidade dos nossos burocratas para, a partir destes, elaborar outro manual com mais de 200 páginas (como um que vi e que deve estar em vigor...), detalhando os respectivos “bilhetes de identidade”.

Eis então a minha lista:

NOVOS INDICADORES PARA CONTRATUALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO MÉDICAS e respectivos “cartões de cidadão”

- **número de cliques no rato:** mede a carga total de trabalho, em qualquer período de tempo considerado. Tal como na leitura informática dos Holters, serão detectadas salvas de cliques, a denunciar utilização fraudulenta.

Um verdadeiro ovo de Colombo, este método ratoclíquico! Que, para espelhar a qualidade dos registos e a quantidade de todos os outros documentos produzidos, pode ser complementado com uma avaliação percussio-técnica.

- **% do salário médico pago com as taxas moderadoras:** ou-

tro bom indicador de produtividade, individual e de unidades de saúde (desde que ponderada em cada caso a percentagem de isentos).

- **tempo dedicado ao Outlook Express:** quantifica o entusiasmo com as orientações das chefias.

- **número médio de consultas de Planeamento Familiar que, para a mesma mulher, antecedem uma primeira consulta de Saúde Materna:** mede o empenho posto no que, face às actuais taxas de natalidade, é um verdadeiro desígnio nacional – a reprodução da espécie.

- **número de metros de rolo de papel protector da marquesa gastos por consulta:** bom índice da prática do exame objectivo, promovendo a clínica em detrimento do recurso fácil aos dispendiosos exames auxiliares de diagnóstico.

- **número de mililitros de sabão líquido ou de desinfectante gastos por consulta:** reflecte o cuidado posto na não transmissão de germes, que levará ao menor consumo de antibióticos. Tal como o anterior, tem a vantagem de promover a participação do pessoal auxiliar.

- **% de utentes com índice de massa corporal (a determinar por Enfermagem) superior a 30 com prescrição de ventiloterapia domiciliária (CPAP's e biPAP's):** índice robusto de segurança rodoviária.

- **% de utentes atendidos por profissionais do mesmo sexo:** correlacionável com a satisfação do público, não só em meios rurais mas também entre a crescente população muçulmana das maiores cidades.

- **% de idosos com prescrições de genéricos do Viagra:** corre-

laciona-se com a qualidade de vida dos idosos e respectivas companheiras.

- **% de idosos em tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação:** conforme os ciclos eleitorais, tanto pode ser utilizado como outro indicador de qualidade de vida daquela população, como de desperdício de recursos.

- **prescrição de tranquilizantes segundo as cores dos alertas da Meteorologia:** além de elementos para investigação fascinante, poderá fornecer argumentos para convencer aqueles serviços a moderarem o colorido das suas previsões.

- **% de faltosos às consultas segundo as cores dos alertas da Meteorologia:** não vislumbro para já a utilidade deste indicador, mas facilmente a Administração encontrará alguma.

Se esta dúzia de indicadores “doctor-friendly” não resultar em manuais e papeladas suficientemente volumosas, poderão decerto os nossos gestores contar com a cooperação dos médicos. Encontraremos mais. Mas **deixem-nos trabalhar** naquilo que sabemos, e que tanta falta faz!

(texto escrito contra o aborto gráfico)

Porto, 11 de Maio de 2014

Nota: ilustração cedida pelo autor.



Carlos Costa Almeida

Associação Portuguesa dos Médicos de Carreira Hospitalar

Tivemos uma vida profissional tão boa...

Há uns meses dirigia-me a uma reunião onde se iria falar sobre o que é “ser médico hoje”, e encontrei um amigo e antigo colega de hospital, entretanto saído para “o interior”, onde tem desenvolvido com enorme mérito a sua actividade clínica. Dois dedos de conversa a matar saudades, convidei-o para ir comigo, ele não podia porque já tinha outro compromisso na “sua” velha Coimbra. Falou-se rapidamente do passado e do presente, e depressa se chegou à “crise” e ao que tem acontecido – por causa dela, apesar dela ou com a desculpa dela – ao nosso país, e em especial à Saúde. Porque dela somos profissionais, e porque, se ainda não fomos, qualquer dia seremos “utentes” dela. Em ambos veio ao de cima, ao mesmo tempo apesar de tantos anos sem falarmos um com o outro, uma sensação de desalento. “E olha que tivemos uma vida profissional tão boa...”, disse ele, num desabafo.

Esta frase marcou-me. Pela sua espontaneidade, pela sua verdade, pela tristeza que encerra. E ele continuou: “Quando começámos tínhamos um projecto definido, um objectivo, um limite visível no horizonte, que procurávamos atingir. Queríamos fazer mais e melhor, queríamos progredir na nossa carreira hospitalar, dar provas de capacidade e de realização e assim subir na hierarquia, arcando com mais responsabilidades e obtendo maior prestígio profissional. Era uma avenida aberta na nossa frente, longa e às vezes íngreme, mas as regras eram claras, e quando alguém as contornava dava-se bem por isso.” Tudo isso se tem vindo agora a esvaír, esmorecendo, a nossa actividade clínica envol-

vida por uma mancha nebulosa de regras e razões puramente administrativas, de contratos por objectivos, em que sobressai sobretudo o pagamento, à peça ou por pacote.

Cerceadas que foram as carreiras, adormecidas, por esvaziamento das suas funções, o estímulo, e o prémio, para o aperfeiçoamento individual desapareceram, restando o dia a dia da “produção” contratualizada e do horário devidamente registado no “pontómetro”, agora electrónico. Aque-la esperança, a *ilusión* dos nossos vizinhos e agora tantas vezes colegas de trabalho castelhanos, no nosso trabalho, na nossa progressão dentro dele, não a encontro nos nossos jovens colegas. E vejo neles o mesmo gosto pela sua

profissão, o prazer que todos nós temos nela e nos leva a ser tantas vezes explorados por quem até vive à custa dela sem a ter. Mas vão sentindo apenas o momento, o contrato, o emprego, o local de trabalho melhor ou pior, as horas de trabalho e de descanso, o preço da hora, pensam já quanto irão receber de reforma, ou se ela ainda vai chegar para eles. O horizonte límpido, ao longe, no alto mar, apagou-se; velejam à vista de costa, mas a culpa não é deles. Poderiam arrancar pelo mar fora, têm capacidade para isso, mas não os deixam. E nós pudemos, e por isso tivemos uma vida profissional tão boa...

E lá fui à reunião sobre ser médico hoje. E a sensação amarga de desalento que levava não de-

sapareceu. Rodeando algumas tentativas de reencontrar o caminho perdido, da progressão pela qualidade profissional como estímulo para mais e melhor, falou-se sobretudo de contratos e horários de trabalho, de concursos que são contratos por ajuste directo, de incentivos pecuniários e da ausência deles (sem se perceber o porquê de alguns os receberem e outros não), das diferenças enormes de ordenado no trabalho público sem qualquer razão lógica e válida e sem ninguém se incomodar sequer com o ganhar muito mais que outros muito mais experientes e diferenciados. Recordando a cada passo a conversa que tinha tido antes com o colega, fui confirmando a enorme influência em tudo isto da reviravolta na gestão hospitalar, com a tónica posta agora na vertente administrativa pura e dura. A cada dia que passa ela se torna

mais evidente, no mau resultado que trouxe. E subitamente, no meio da reunião, tornou-se-me evidente o triunfo supremo dessa reviravolta iniciada por um ministro do passado e centrada na Escola Nacional de Administradores Hospitalares: médicos orientados entusiasticamente para a gestão administrativa, com cursos vários nessa área. Que não é a deles. É claro que o saber não ocupa lugar, e não é mau procurar saber mais, mas a gestão dos hospitais dever ser sobretudo clínica. Se forem os próprios médicos a abdicar dela, querendo antes proceder como os que dela não sabem nem têm condições para saber, que futuro imediato nos resta? Que esperança para reverter o mau caminho trilhado?

E por isso não podemos deixar as coisas assim. Há que lutar, procurar o caminho perdido.

Reorganizar o trabalho hospitalar, libertá-lo, permitir-lhe ganhar asas, em favor da medicina e dos nossos doentes, colocar os trâmites administrativos no seu lugar limitado, não os deixar ser grilhetas para quem quer ir mais longe na sua profissão e no seu local de trabalho. Por isso a Associação dos Médicos de Carreira Hospitalar, cerceadas e adormecidas no momento as carreiras, quer abrir-se a todos os médicos hospitalares, ser um espaço de convívio informal, de troca de ideias, de informações, de projectos, de discussão de problemas que são comuns a todos os que trabalham num hospital, maior ou mais pequeno. É urgente haver um espaço assim. Os médicos hospitalares não podem desistir. Até porque o futuro dos hospitais e do SNS passa necessariamente por nós todos.



Luís Machado Luciano

O PREC e UM TIRO. O MFA e UMA PAIXÃO

Relato de um facto verdadeiro e histórico com interesse para quem se lembra como era a prática médica; possível e igualmente eficaz.

*Recordando palestra do
Prof. Cid dos Santos anos 60
Sociedade Ciências Médicas
"Com facas e garfos também se opera"*

Estávamos em Setúbal, 7 de Março, do já muito longínquo ano de 1975.

Era o início da noite e o início dum comício do PPD que se esperava inflamado, por trazer a esta terra, figuras gradas dum partido em oposição clara ao que se passava no país, e em Setúbal principalmente. Dois opositores mostravam na rua, a sua força e esta disputa soava por todo o lado.

No Clube Naval Setubalense organizava-se a mesa e as bancadas iam-se enchendo. Na mesa estariam sentados os grandes do partido e os grandes da terra também tornando-se, assim, alvos bem visíveis para acções futuras. Vigiava-se lá dentro e cá fora a mando de quem queria perturbar ou mesmo impedir que aquilo se realizasse. Era visível, por todo o lado, forças de segurança, mais inseguras que seguras, por

falta de prática em conter multidões nesta jovem democracia.

O resto da cidade jantava, ia ouvindo vagamente a TV, a preto e branco, ou aguardava informações para pensar ou reagir à confusão dum País em convulsão.

No Hospital de S. Bernardo cumpria-se a rotina duma urgência: pouca gente, alguns pensos ou dores de barriga para se chamar o cirurgião a decidir entre operar, medicar ou ir para casa, rotina dum dia sem complicações. De repente tudo muda: correrias, buzínões ou ambulâncias berrando a abrir caminho para o Banco dum Hospital acanhado que rapidamente se enche de feridos por balas, desmaios de gente perturbada, ou mesmo profissionais da perturbação e do desacato.

Alerta máximo em cidade pacata com serviços de urgência, aparentemente, sem meios para prestar socorro, a tudo isto.

Acorrem médicos de toda a cidade e não médicos também, penetrando em todo o lado, recolhendo informação, com ou sem intenções de perturbar. Lembro-me muito bem dum dito estudante de medicina, que se prontificou

a ajudar e, dentro do bloco operativo ia recolhendo informação deturpada, que transmitiu para fora com intenção política o que provocou, evidentemente, danos morais em muitos médicos e em muita gente de bem. Vi-o durante alguns anos na cidade, era referenciado a uma organização extremista. Não mais o vi, e ele de certeza, a mim também não.

Que se tinha passado na cidade? Ao ser impedido o comício de continuar, a multidão desce à rua e mistura-se, ou seja, quem sai com quem não tinha podido entrar (mistura explosiva).

Noite escura, corre tudo, muitos sem saber porquê ou para quê, dirigem-se para junto do Quartel da Polícia, sito na Av. Luísa Todi. Diz-se que é aí que começa a agressão da multidão à polícia (?) com arremesso de pedras ou é a polícia que avança primeiro sobre a multidão (?), já que, vendo-se cercada e pensando na possível invasão do posto, à sua guarda, dispara (?) ou seja, ouvem-se disparos. De onde ou de quem, para onde ou para quem? Até hoje nada se apurou, mas os danos sabem-se: um morto e vá-

rios feridos. São estes que, como ia dizendo, entram no hospital. Começa aqui a história, ou seja: a dos feridos, e a destes já dentro do hospital: equipa de urgência escassa para tanta confusão mas os feridos entram e são rapidamente transportados para o Bloco Operatório (B.O.) e é aí que o cirurgião tenta perceber a gravidade ou emergência cirúrgica para decidir ou avaliar posteriormente, com recurso a exames auxiliares de diagnósticos indicativos de intervenção cirúrgica.

Dado o alarme, vários médicos não escalados para a urgência, acorrem ao hospital e, como em muitas ocasiões, a quantidade não é sinal de eficácia, mas sinal de confusão e é neste ambiente que aparece um jovem, dizendo ser estudante de medicina, a oferecer-se para ajudar no BO. Foi aí que o vi, no meio de grande confusão.

Tudo se vai resolvendo, despiste da gravidade das lesões, aplicando-se pensos iniciais, pequenas cirurgias possíveis para extracção de projecteis superficiais ou estancando feridas sangrantes.

Um jovem atingido por bala, chega cadáver ao hospital e o 7 de Março, terminado, recomeça, novamente nos dias seguintes: o jovem ajudante, afirmando-se aluno de medicina, funcionou como informador do que se passou e não passou no B.O. e, com a ignorância de quem nem estudante era, informa com a amplitude necessária para que se tornasse uma boa notícia. Diz: “retiraram as balas e o Dr. tal e tal guardou-as para não poderem ser identificadas, fugindo, assim, ao inquérito de averiguação da responsabilidade dos factos”... “balas não retiradas com intenção de infecções futuras fazendo perigar a saúde de

valentes operários”, etc., etc.

Como cirurgião, colaborei nas primeiras atitudes terapêuticas e diagnóstico de outras lesões. Ponderado ou deferido o tratamento deliberou-se: transferir alguns feridos para os serviços de cirurgia procurando, após exames auxiliares de diagnóstico, uma decisão mais serena e, como tal, mais acertada.

Como Integrante da Comissão Instaladora, nomeada para gerência transitória do Hospital, dei instruções para que todos os projecteis retirados, fossem entregues e guardados no cofre da secretaria devendo, depois, ser entregues a quem se identificasse como elemento responsável pelo inquérito.

Os feridos, transferidos para as enfermarias foram, ali avaliados para possível decisão cirúrgica sendo esta da responsabilidade do cirurgião desse serviço. Foi assim que avalei um ferimento, por bala, atingindo a perna esquerda e causando fracturas múltiplas, na tibia e no perónio, estilhaçados pelo embate dum projectil que se encontrava retido nas partes moles e bem visível ao Rx. Este ferido era um jovem de 15 anos, estudante na escola de hotelaria de Tróia. Já tinha o movimento da perna estabilizado por tala, o que tornava a dor, suportável. De seguida e após cobertura antibiótica, umas horas depois, foi planeada a melhor solução cirúrgica.

Decidiu-se assim:

1-Não abordar a zona fracturada por ser constituída de fragmentos múltiplos devendo, o membro, ser mantido em tracção continua montando tracção ao calcâneo com membro alinhado em plano inclinado sendo peso de tracção calculado consoante

o peso do corpo. Afirmávamos que, por ser jovem, teria calo fibroso em 2 semanas e já suficiente para manutenção de alinhamento ósseo e, era previsível que, ao fim dum mês, teria calo ósseo consolidado.

2-O projectil seria extraído ao fim de 4 dias, sob anestesia local, após cobertura antibiótica e sem contactar a zona fracturada.

Foi assim planeado e foi posteriormente executado.

Os Hospitais estavam mal equipados, sem camas articuladas, com material muitas vezes improvisado o que nos impunha muita imaginação, só a experiência em situações anteriores nos dava segurança. Assim, o plano inclinado necessário para a cama funcionar como contrapeso ao doente foi conseguido com tijolos elevando os pés da cama e a tracção ao calcâneo era feita montando uma roldana em tala de arame suspendendo, na extremidade, um saco de areia com peso de tracção calculado, de acordo com peso do doente. Conseguia-se, assim, um plano inclinado necessário para mantermos o alinhamento perfeito da tibia e perónio. Ao doente demos-lhe confiança assegurando-lhe estar a ser bem tratado e foi assim que acreditou em nós.

Na rua o ruído continuava. Dizia-se, “o médico que deveria estar de urgência geral estava na Mesa a presidir ao Comício onde toda esta tragédia se passou e foi substituído por outro” que, a critério da multidão, “não era competente para a responsabilidade exigida”. Tudo eram razões para agitar multidões e o bom e dedicado médico foi incomodado, meses seguidos, explorando contradições e questionando dúvi-

das infundadas. Carro pintado, dísticos em paredes, ameaças, etc.

No dia seguinte foi o funeral do infeliz jovem baleado. Foi transportado por uma multidão que parou à porta do Hospital com a palavra de ordem: "Invadir o Hospital".

Foi criado o pânico no quadro médico do hospital, não habituado a ser insultado já que, em meios pequenos, o seu prestígio foi sempre reconhecido e respeitado; como elemento da Comissão Instaladora, dirigi-me à porta principal e consegui demovê-los da intenção, que a nada conduziria. Os ânimos pareceram serenar mas, se não foi naquele dia, seria noutros?

Assim aconteceu: queriam visitar os feridos a toda a hora e tiravam conclusões, rapidamente difundidas na rádio e jornais. A TV italiana esteve comigo junto do doente e filmava todo aquele novo método de cama elevada com tijolos e saco de areia como peso compensador, cama velha de ferro e mal pintada de branco. Delegados, ditos sindicais e comissão de trabalhadores achavam que os médicos não eram trabalhadores mas paus mandados, dessas comissões, para obedecer ou dar explicações a perguntas tolas, não a favor do doente, mas a favor do ruído necessário e intenções populistas.

No dia seguinte os jornais e panfletos diziam que não se retirava a bala para o operário morrer de infecção e que o rapaz iria morrer porque não havia ordens nem tempo para dar clisteres morreria assim ou rebentava com as fezes lá dentro (fui aprendendo estes novos conceitos de fisiopatologia). Os médicos, mais antigos, aconselhavam-me a transferir o doente para Lisboa o que sempre

recusei por saber que ali, mesmo com aquela confusão, seria bem tratado. Aquele tipo de fractura, era assim que se devia tratar. Por todo o lado se ouvia "O POVO ESTÁ COM O MFA" e lembrei-me então de arranjar um MFA para a enfermaria. Desloquei-me ao "Quartel do 11" contactando o oficial de dia que me recebeu muito atarefado no meio de telefonemas, em telefone ainda com



Fractura consolidada

manivela e campainhas de campânula. Só ouvia perguntar, com preocupação, se havia movimento de tropas em Vila Franca de Xira e outras dúvidas de cariz militar. Atendeu-me e pedi-lhe um MFA enfermeiro para cuidar do rapaz que corria o risco de ser agredido por mim ou outros "inimigos da classe operária". Foi deste modo que resolvi o assunto da suspeição de haver maus tratos, intencionais, àquele agredido em 7 de Março.

O tempo passou, o rapaz manteve-se internado 45 dias, foi bem tratado, saiu a andar bem. Nada mais soube dele e, ao fim destes 38 anos, recordava-me, vagamente do apelido, sem saber se era, com "ç" ou "ss", que se escrevia. Anos depois, em reunião da Sociedade Médica dos Hospitais da Zona Sul, no Hospital das Caldas

da Rainha, um distinto médico que mais tarde seria Director de serviço de Medicina, naquele Hospital, recorda-me que eu não o estava a reconhecer, mas era ele o oficial de dia no Quartel do 11 em Setúbal quando lhe fui solicitar um enfermeiro do MFA para tratar o meu doente, já que a população julgava que em vez de o estar a tratar bem, como era meu dever, estava a agredi-lo na sua fragilidade de doente. Hoje, médicos já reformados, vivemos de boas e más recordações. Estas, não foram nem boas nem más, foram as possíveis, em tempos perturbados contudo, com um pouco de humor e sem rancor, delas nos recordamos com imensa saudade.

Trinta e oito anos depois fiz esforço de memória e recordei-me do nome do agredido pelo tiro e a seguir, "agredido por mim", na perspectiva revolucionária da multidão. O nome que julgava ser Cassoete, era corrigido para Caçoete.

Não sendo um apelido vulgar, de certeza, alguém em Setúbal saberia localizá-lo. Por curiosidade foi também um polícia, (novamente a polícia), a identificá-lo pois o polícia era seu sobrinho. Telefonei-lhe e tive a alegria de sabê-lo bem. Vive em Porto-Covo e, de imediato, apareceu-me. É casado, tem pequeno comércio, pratica atletismo correndo todos os dias, tem 1m 83 de altura e as pernas são iguais, do mesmo tamanho, sem qualquer deformação, visível, nem deformação das articulações proximais. Pedi-lhe para fazer Rx de ambos os membros inferiores com articulações que comprova que eu tinha razão. Foi bem tratado, ficou muito bem e ficou meu amigo.

Contou-me o que viu e ouviu como doente: refere a minha

determinação em tratá-lo e o envolvimento constante de pessoas com dúvidas sobre o que deveria ser feito e tudo isto num ambiente de grande tensão.

Era rapazinho novo, já lá vão 38 anos, mas aceitou sempre que a minha determinação e coragem eram sinal de saber fazer e fazer bem.

O Enfermeiro MFA durante o tempo que ali esteve estabeleceu namoro com a Enfermeira, de serviço, que era muito alegre e divertida. Chegou a desabafar: “ainda bem que levaste o tiro porque aqui é que eu estou bem”. Sobre o Inquérito para investigação do que se passou naquela noite de 7 de Março de 1975 nada foi revelado e penso que as responsabilidades não foram atribuídas a qualquer Instituição ou a qualquer indivíduo em particular.

Tenho receio que, ao divulgar estes factos alguém, mal-intencionado, possa atribuir-me responsabilidades nos factos ocorridos com a intenção de inovar um novo método ortopédico, não autorizado, e com a conivência do Enfermeiro MFA para namorar a Senhora enfermeira que não a identifico por razões de confidencialidade e respeito para com quem comigo trabalhou Assim se explica o TIRO, O PREC, O MFA e um Namoro passageiro.

Setúbal 02-01-2014

Perspectiva do doente

Recebemos com este artigo um sentido louvor do doente ao médico, texto de grande interesse nomeadamente por permitir a compreensão de **algumas situações curiosas do ambiente dentro e fora do hospital**. Apenas por uma questão de gestão de espaço e por repetir factos já descritos, publicamos apenas um resumo:

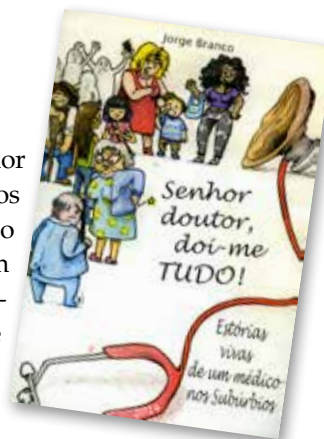
“Meu caro amigo Dr. Machado Luciano, (...) O tempo por vezes encarrega-se de trazer a nós a oportunidade do agradecimento, agradecimento esse, que não fiz na altura devida, a quem por mim tanto fez de uma forma tão profissional, corajosa e humana. (...) Com a idade de 16 anos, já trabalhava na então Torralta CIF. E como jovem e amigo do desporto atravessava o rio Sado para praticar no Clube Naval Setubalense a modalidade de Karaté. No dia 07 de Março de 1975, lá estava eu para mais uma sessão de treino. Findo o treino, o mesmo pavilhão foi ocupado para dar início ao comício do então PPD, hoje PSD, eu por outro lado, e para dar mais cor à minha modalidade dirigi-me ao extinto Salão Setubalense para iniciar uma sessão de um filme de Karaté cujo seu autor principal era o famoso Bruce Lee. (...) Penso que ninguém sabia dos tumultos que a cidade estava a viver cá fora, fomos todos apanhados de surpresa. (...) Depois de muita confusão, gente a correr por todos os lados, gritos e tiros, fui cair desamparado com um tiro na perna esquerda (...). Fui socorrido em primeiro lugar por pessoas anónimas, e só depois fui encaminhado para o Hospital de Setúbal. (...) senti que estava numa situação complicada atendendo à complexidade engenhosa em que a minha perna ficou submetida. Um ferro atravessava o calcanhar, roldanas, pesos e tijolos debaixo dos pés da cama. (...) Ninguém sabia (daquela gente anónima) que por detrás da arquitetura engenhosa (...) estava um grande homem, e um cirurgião determinado. (...) Assumi com grande determinação e coragem a liderança das operações, aplicando a técnica do ‘contrapeso’. (...) O tempo ia passando, os ossos da minha perna iam consolidando, e eu já sorria para aquela gente maravilhosa (Médicos, enfermeiras e pessoal dos serviços). (...) Bem-haja Doutor Machado Luciano”

21 de Janeiro de 2014

Júlio Manuel Lopes Caçoete

Senhor doutor, dói-me tudo!

Jorge Branco, especialista em Medicina Geral e Familiar e coordenador da USF do Prior Velho, lançou o livro “Senhor doutor, dói-me tudo! (estórias vivas de um médico nos subúrbios)”. Para este médico, escrever é um mais nível de estudo e compreensão do outro nas circunstâncias que a vida lhe coloca tal como na medicina humanista em que sempre se moveu. Sobre as histórias do seu mais recente livro, lê-se na nota introdutória de José Albino Mendes que “são pinturas de uma paisagem dura, árdua e real de um, ora descampado ora arado, campo humano onde o sofrimento físico se subtrai ao sofrimento maior social e psíquico dos seus doentes”. No prefácio, João Carmona alerta-nos: “os grandes contos não são só sentimentos, são experiências, são lembranças purificadas de beleza e expressão contínua a contar-nos o que eles te dizem, te impressionam e também a fazer-nos felizes”, e são essas lembranças ora tristes ora a fazer-nos sorrir que encontramos nesta obra da autoria do médico Jorge Branco.



O meu livrinho do coração

“O meu livrinho do coração” é a nova obra do cardiologista Fernando Pádua e da investigadora Luciana Graça e resulta de uma união que visa ajudar os mais novos a prevenir doenças e a cultivar um estilo de vida saudável. Os autores escolheram uma palavra para cada letra do alfabeto e foram criadas quadras que são acompanhadas por conselhos úteis e desenhos para colorir (da autoria da designer e ilustradora Sofia Travassos Diogo). Este livro infantil foi lançado no dia 15 de Janeiro de 2014.



Cadernos de um cirurgião

Francisco D'Oliveira Martins, Maria Veiga de Macedo e Patrícia Amaral são os autores de “Cadernos de um cirurgião”, uma obra notável que relata diversos casos clínicos singulares, tratados por uma equipa. O que torna esta obra digna de nota, não é apenas o relato interessante dos casos, mas também o facto de ser acompanhada por ilustrações feitas por um cirurgião. Alguns desenhos foram feitos no pós-operatório imediato, acompanhando protocolos de cirurgias ou processos clínicos, quase feitos à cabeça do doente, relevando espontaneidade. São imagens de reflexões de um cirurgião, Francisco D'Oliveira Martins, mais do que ilustrações feitas por um profissional. São, como diz o seu autor, desenhos feitos enquanto se pensa ou o elaborar de um pensamento e reflexão enquanto se desenha.



Outras edições em destaque:

Liderança positiva

Da autoria de Arménio Rego e Miguel Pina e Cunha (Edições Sílabo)

Depressão e suicídio – um guia clínico nos cuidados de saúde primários

Obra coordenada por Carlos Braz Saraiva (Lidel)

Fisiopatologia – fundamentos e aplicações

Obra coordenada por Anabela Mota Pinto (Lidel)

Líquido amniótico e suas perspectivas clínicas

De Irene Rebelo e Belmiro Patrício (Lidel)

