



InAnestesia

Um dia todas as especialidades
começarão assim?... pág. 33

1ª Distinção de Mérito

em Gestão dos Serviços de Saúde
atribuída a Paulo Mendo - pág. 28

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 31
N.º 156
Janeiro - Fevereiro 2015

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:
Cuckoo Lda
Lidergraf - Sustainable Printing
Rua do Galhano, n.º 15
4480-089 Vila do Conde, Portugal

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

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



Sumário

editorial

- 05 Falta de Médicos
ou falta de dinheiro?

informação

- 09 APCMG faz petição em defesa
da medicina de proximidade
- 10 Demissão no Garcia de Orta
- 11 Medicamentos Genéricos
Mais uma vez, a razão está
do lado da OM
- 12 OM aprovou criação da
sub-especialidade
de Psiquiatria Forense
- 13 Obrigação de prestação de serviço
nas vagas preferenciais
- 14 Prestação de Serviço em VMER
por médicos internos durante o
período de formação
- 15 Urgências: um despacho
"demagógico, inútil e prejudicial"
- 18 Carta ao Secretário de Estado
Adjunto e do Orçamento
- 20 Imposição de reduzidos
tempos de consulta

actualidade

- 22 Corpo Clínico nos 35 anos do SNS
- 28 1ª Distinção de Mérito em Gestão
dos Serviços de Saúde atribuída a
Paulo Mendo
- 32 Juramento de Hipócrates
em Braga - Invocar a memória e
regressar às raízes
- 33 Um dia todas as especialidades
começarão assim?...

opinião

- 46 Demitiram-se os médicos
mas o ministro lá vai continuando
- 48 A desumanização da Saúde
- 50 A queda da Saúde:
um testemunho e um apelo



informação

- 52 Informação do Conselho
Regional do Norte
- 53 Falta de Medicamentos
Interesses particulares
e económicos não podem
prejudicar saúde dos doentes

opinião

- 54 Projecto de Alta Velocidade
(PAV/TGV) - Um exemplo
da insustentabilidade do país?
- 56 Cábula
- 57 Reforma hospitalar: ainda a carta
a Passos Coelho... e o
"caos actual nas urgências"!
- 61 O Testamento Vital
- 64 A Gastrenterologia
e a distribuição territorial
dos médicos
- 66 Um rastreio envolto em
incertezas - o que fazer então?
- 68 "O Bazófias"
- 70 Do sonho ao pesadelo...
- 71 Charlie Hebdo versus
Charlie Brown
- 75 A pressão da escolha
(e a escolha da pressão)
- 77 Ruela Torres (1922-2014)
Pioneiro da Anestesiologia
em Portugal

histórias da história

- 79 História da Urologia:
uma visão panorâmica

Nota da redacção: Os artigos assinados são da inteira responsabilidade dos
autores, não representando qualquer tomada de posição por parte da Revista da
Ordem dos Médicos.
Relativamente ao acordo ortográfico a ROM escolheu respeitar a opção dos auto-
res. Sendo assim poderão apresentar-se artigos escritos segundo os dois acordos.

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

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

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

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



Falta de Médicos ou falta de dinheiro?

Numa cerimónia pública, o Primeiro-Ministro afirmou peremptoriamente “Que fique bem registado: não foi por falta de dinheiro que os hospitais evidenciaram, num ou noutro caso, menos recursos médicos do que aqueles que eram necessários”. Pois bem, tal afirmação é completamente contrária à verdade, como é fácil demonstrar.

Na Saúde, como todos sabem e viram, faltou dinheiro para as Urgências, como faltou a montante e a jusante destas. Veja-se:

- Faltou dinheiro para contratar milhares de enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos, nutricionistas, psicólogos, etc., colidindo gravemente com a qualidade e capacidade de funcionamento dos serviços de saúde.
- Faltou dinheiro para impedir as recorrentes faltas de material clínico de uso corrente e de medica-

mentos em hospitais e centros de saúde, bem como para manter actualizado o parque tecnológico da Saúde.

- Faltou dinheiro para evitar o encerramento de centenas de camas de doentes agudos, obrigando ao indigno e desumano internamento em macas, muitas vezes durante vários dias seguidos.
- Faltou dinheiro para abrir mais camas de Cuidados Continuados, conforme plano traçado e anunciado pelo próprio Ministério e que não foi cumprido, e assim impedir

a permanência de casos sociais internados nos Hospitais. No total, este Governo encerrou cerca de 650 camas de agudos, que faziam falta, e abriu cerca de 1500 camas de cuidados continuados, em número insuficiente. Demagogicamente, o Ministério da Saúde, confundindo a missão das camas de agudos e de crónicos, afirma que agora o SNS tem mais camas (pois, mas como as camas de agudos são muito mais caras que as camas de crónicos, cerca de 4x mais caras, mesmo assim o Governo “poupou” muitos

Faltou dinheiro para implementar medidas de discriminação positiva para estimular a fixação de médicos no interior do país. Razão pela qual preferem emigrar (...). Faltou e falta dinheiro para reduzir a contínua saída de médicos do SNS para o sector privado.

milhões de euros, prosseguindo o objectivo que preside a todas as medidas: cortar)!

- Faltou dinheiro para criar condições para que os doentes institucionalizados nos Cuidados Continuados (e Lares...), sejam tratados das suas “febres e descompensações” na própria instituição, sem necessidade de envio às urgências, muitas vezes sem sequer serem objecto de uma observação médica prévia.
- Faltou dinheiro para manter os Centros de Saúde abertos em horário alargado, evitando que os doentes fossem desnecessariamente obrigados a acorrer aos serviços de urgência hospitalares.
- Faltou dinheiro para prosseguir a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, que deveria ser a principal aposta do Ministério da Saúde. Os últimos dois anos foram os piores de sempre no que toca à abertura de novas USF, apesar de aumentar o número de jovens especialistas! Também as evoluções para USF de modelo B registaram em 2014 o menor número de sempre. No Algarve, uma região particularmente carenciada e a necessitar de estímulo, não foram criadas mais USF’s nos últimos 3 anos, nem houve progressão das USF’s de modelo A para B, apesar dos pedidos e de preencherem os critérios.

- Faltou dinheiro para fazer obras em serviços de urgência claramente subdimensionados para a população que deviam servir e para substituir edifícios onde, sem qualidade e condições, funcionam serviços de saúde.

- Faltou dinheiro para autorizar a contratação de mais técnicos para o INEM, evitando os inaceitáveis atrasos no atendimento da linha 112 (só agora foram finalmente autorizados).

- Faltou dinheiro para não cortar ou reforçar os apoios sociais e domiciliários à nossa população idosa e carenciada, que vive quase sempre sozinha e sofre muito frio no Inverno, assim adoecendo com mais facilidade e mais gravemente, aumentando a pressão sobre o SNS. Segundo o INE, em 2014, 25,7% dos residentes em Portugal viviam em privação material, e 10,6% em situação de privação material severa. Um dos principais escapes destas pessoas são os serviços de saúde. Note-se que os relatórios estatísticos da ONU e da OCDE demonstram que Portugal tem o coeficiente mais elevado de desigualdade de distribuição de rendimentos na Europa (medido pelo coeficiente de Gini), o que sugere que se trata de uma das sociedades mais injustas e desiguais.

- Faltou dinheiro para planear adequadamente o Inverno, levando ao colapso as urgências de um número elevado de Hospitais, de norte a sul do país (saúdam-se as reportagens feitas pelas televisões e outros meios de comunicação social, que evidenciam a verdade que o Governo procurou esconder!). O Ministério da Saúde imaginava que o Inverno seria uma Primavera, sem frio e sem gripe! A abertura de centenas de camas de internamento,

sob pressão das urgências, sem reforço proporcional de recursos humanos, significa que os doentes internados estão a ser mal assistidos.

- Faltou dinheiro para associar a vacina pneumocócica à vacina da gripe, o que poderia ter reduzido a necessidade de internamentos de idosos com pneumonia.

- Etc., etc., etc.

E quanto aos médicos?

- Faltou dinheiro para tornar mais atractiva a continuidade dos médicos no SNS, reduzindo as reformas antecipadas, que representam mais de 50% das reformas dos médicos, e os pedidos de redução de horário, sempre autorizadas.

- Faltou dinheiro para contratar condignamente os médicos reformados, que permitiriam fazer uma transição tranquila entre os dois picos etários da demografia médica. Pelos valores que agora irão ser propostas, poucos médicos regressarão.

- Faltou dinheiro para implementar medidas de discriminação positiva para estimular a fixação de médicos no interior do país. Razão pela qual preferem emigrar, auferindo salários cinco vezes superiores, trabalhando menos e sendo mais respeitados.

- Faltou e falta dinheiro para reduzir a contínua saída de médicos do SNS para o sector privado.

- Faltou e falta dinheiro para reduzir o impressionante fluxo emigratório de médicos. Só em 2014 emigraram efectivamente 387 médicos (não se incluem neste número os médicos que apenas foram realizar estágios) e o pedido de certificados que permitem o trabalho no estrangeiro aumentou cinco vezes de 2010 para 2014 (no ano de 2010 foram pedidos 237 certificados, em 2011 foram pedidos 552 certificados, em 2012 foram solicitados 789 certificados, em 2013 foram 945

certificados e em 2014 foram solicitados 1122 certificados). Esta emigração representa um prejuízo em formação, para o país, de cerca de 150 milhões de euros.

- Faltou dinheiro para reforçar as equipas dos Serviços de Urgência com mais médicos, com médicos mais experientes e com o pagamento de mais algumas horas (eventualmente extraordinárias). A preocupação do Ministério foi a de reduzir as equipas para diminuir o número de horas-médico pagas no Serviço de Urgência.

- Faltou dinheiro para autorizar os Hospitais a contratar os médicos de que desesperadamente necessitavam (como demonstra o exemplo do Amadora-Sintra, que só foi autorizado a contratar mais médicos para a urgência em plena catástrofe).

- Faltou muito (mesmo muito) bom senso para acabar com os estúpidos, injustos e ilegais concursos fechados, que afastam os jovens do interior do país e do próprio país, pela indefinição e sentimento de injustiça que provocam. Os concursos deviam ser institucionais e abertos. Por causa dos atrasos dos concursos fechados, da insegurança que provocam e de não darem uma segunda oportunidade, mais um casal de jovens especialistas, que até queriam ficar em Castelo Branco, onde eram necessários e desejados, optaram por rumar a Cascais, para garantirem que ficavam juntos. Em matéria de concursos, não há um lampejo de inteligência que ilumine as sinapses do Ministério da Saúde?!

A verdade indesmentível é que, na Saúde, faltou dinheiro em todos os sectores, inclusive para contratar médicos e evitar o seu êxodo do SNS!

Por conseguinte, quando afirmou que “não foi por falta de dinhei-

ro que os hospitais evidenciaram, num ou noutro caso, menos recursos médicos do que aqueles que eram necessários”, o Primeiro-Ministro estava a mentir deliberadamente ou apenas mal informado pelos seus assessores?

Portugal é o quarto país da Comunidade Europeia e o quinto da OCDE com mais médicos no activo, conforme os dados publicados da OCDE, que a base de dados da Ordem dos Médicos confirma, com 4,1 médicos, com 69 anos ou menos, por cada 1000 habitantes, para além de 2153 médicos com 70 anos ou mais a continuarem a exercer activamente!

Portugal está a formar anualmente pelo menos mais quinhentos jovens médicos do que as necessidades do país, segundo o estudo de Demografia Médica da Universidade de Coimbra, e as capacidades formativas pós-graduadas, que são cerca de 1500/ano, estão saturadas.

Sendo o quarto país da CE com mais médicos e tendo um impressionante fluxo emigratório, de reformas antecipadas e de saídas para o sector privado, como podem o Ministro da Saúde e o Primeiro-Ministro afirmar que são contratados para o SNS todos os médicos disponíveis?

Como podem escamotear a realidade e ignorar as profundas consequências da desvalorização do trabalho médico, com os jovens especialistas a serem contratados a 8 euros líquidos/hora, o que os impele a procurar outras alternativas, e da desconsideração dos médicos por parte da tutela e algumas das insólitas e incompetentes personalidades nomeadas politicamente para locais de chefia da Administração, que olham os médicos como uma espécie de mercadoria?

O Ministério da Saúde afirma que aumentou nos últimos anos o número de médicos do SNS. Até ad-

mitimos que sim, ligeiramente, mas saíram os mais experientes e sabedores, muitos com menos de 60 anos, e entraram internos da especialidade. Todos têm a qualidade própria do patamar da carreira e do percurso de vida profissional em que se encontram, mas não são a mesma coisa.

De qualquer forma, nem é certo que o Ministério saiba exactamente quantos médicos tem contratados no SNS e, sobretudo, quantas horas-médico estão disponíveis no SNS, este sim, o parâmetro relevante, pois há muitos médicos especialistas com redução de horário e as horas extraordinárias foram cortadas mesmo onde eram necessárias, para reduzir custos. Por isso a falta de médicos sente-se mais agora do que em anos mais recentes.

E quanto ao número real de médicos no SNS? Olhando o último *Inventário do pessoal do Sector da Saúde* publicado pela ACSS, o que aconteceu em 2012 (com dados e 2011), verificamos que no Quadro 1 (o Total Geral de Empregos do MS), os Médicos eram 20311 + 6839 internos = 27150; no Quadro 2, os Médicos (Pessoas) eram 25461; já no Quadro 3, os Médicos (Empregos) eram 26767! Para tornar este panorama ainda mais interessante, o *Balanço social do MS de 2011* referia que havia 26136 médicos (incluindo 1869 em prestação de serviços)! Não bate a bota com a perdigota...

Quanto ao Balanço Social do MS de 2013, está escrito que havia 1107 médicos do Ano Comum no SNS em Dezembro de 2013 (Hospitais de Cascais e de Loures não forneceram informação). Porém, segundo os dados da ACSS, em Janeiro 2013 foram colocados 1635 médicos no Ano Comum e em Dezembro 2013 abriram 1490 vagas para a especialidade (concurso A), escolhidas pelos médicos que entraram no AC em Janeiro desse ano!

Construir um curso de Medicina de qualidade, com a sua exigente componente altamente tecnológica e teórico-prática, a imprescindibilidade de um corpo docente qualificado e a necessidade de acesso a um Hospital com todas as especialidades e a Centros de Saúde disponíveis para formação, não é a mesma coisa, nem tem os mesmos custos, que criar um curso de Direito ou Economia numa universidade privada...

Perante esta incongruente disparidade de números, afinal em que estatísticas oficialmente publicadas podemos acreditar e quantos médicos (e horas de trabalho médico) há no SNS? Provavelmente, nem o Ministério da Saúde sabe... É o que temos.

Voltando ao Primeiro-Ministro, Pedro Passos Coelho afirmou que faltam médicos em Portugal e admitiu que a formação destes profissionais se devia alargar às universidades privadas. «Precisamos de formar mais médicos. Talvez aqui haja uma oportunidade para o investimento privado. O Estado não tem de ter o monopólio [da formação destes profissionais]», afirmou o primeiro-ministro, citado pelo jornal Público.

Tem toda a razão o Diretor do curso de Medicina da Universidade do Minho, que afirmou que «Há sempre um enorme equívoco por parte dos nossos dirigentes relativamente àquilo que são as necessidades de formação de médicos» e que o problema da insuficiência

de médicos em algumas regiões do país é provocado pela «péssima gestão que é feita na colocação desses profissionais onde eles são necessários».

As afirmações do Primeiro-Ministro são preocupantes e surpreendentes. Significam que está completamente desinformado da realidade da Saúde, da demografia médica, do ensino médico em Portugal e do facto de já terem sido chumbadas várias propostas de cursos de medicina privados pela A3ES, a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, por manifesta e indiscutível falta de qualidade.

Construir um curso de Medicina de qualidade, com a sua exigente componente altamente tecnológica e teórico-prática, a imprescindibilidade de um corpo docente qualificado e a necessidade de acesso a um Hospital com todas as especialidades e a Centros de Saúde disponíveis para formação, não é a mesma coisa, nem tem os mesmos custos, que criar um curso de Direito ou Economia numa universidade privada...

Esperemos que o Primeiro-Ministro não pressione a A3ES para aprovar “custe o que custar” um curso de Medicina privado, por muito deficiente que seja o projecto, apenas para servir interesses económicos de grupos de pressão e por razões políticas inconcessíveis. Sobretudo, os médicos, os estudantes de medicina e as suas famílias devem ter a consciência das potenciais consequências das suas opções quando proximamente forem chamados a participar das decisões sobre o futuro de Portugal.



Mãos sujas

Os escândalos do BPN, BPP e BES têm culpados. Por fraudes muito menores na Saúde estão dezenas de pessoas presas, e bem. Pelas fraudes de milhares de milhões e pela grande corrupção, que levaram o país à bancarrota e muitos portugueses à miséria, não há ninguém preso!

Exige-se a demissão do Governador do Banco de Portugal e do Presidente da CMVM, que erraram e mentiram sobre a situação no BES. A Regulação falhou, os seus responsá-

A Reforma do Estado não é feita porque afeta a classe política. Portugal é roubado

veis têm de sofrer consequências! Ou foram coniventes, ou incompetentes, ou acomodados. E a KPMG, que falhou nas auditorias, e não é multada?

Por causa de tudo isto, o Estado Social, a Educação, a Investigação e o SNS estão a ser destruídos. A emigração forçada de jovens e a baixa natalidade retiram o futuro ao país. A Reforma do Estado não é feita porque afeta os interesses da classe política. Portugal é roubado e a Justiça não funciona.

Por ação, por omissão, ou por acreditarem repetidamente em mentiras, quase todos os portugueses têm as mãos sujas pelo que se passa em Portugal.

Quando lavamos as mãos e o país?

APCMG faz petição em defesa da medicina de proximidade

Divulgámos no site nacional o conteúdo integral da petição à Assembleia da República da APCMG – Associação de Medicina de Proximidade (Unidades Privadas de Serviços de Saúde de Pequena e Média Dimensão – UPSS's – PM) que defende que os estabelecimentos de saúde com menos de 150 metros quadrados sejam isentos do cumprimento das regras da acessibilidade, em defesa da medicina de proximidade, manifestando a Ordem dos Médicos, o seu total apoio a esta meritória iniciativa.

O objetivo da petição cujo primeiro subscritor é José Mário Pinto Saraiva Martins (Presidente da APCMG – Associação de Medicina de Proximidade, e representante dos Peticionários) é alterar a redação da alínea d) do artigo 2º do Decreto-lei nº 163/2006, de 8 de Agosto, sobre o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, propondo a seguinte redação: “As normas técnicas aplicam-se... d) Clínicas e Consultórios médicos cuja superfície de acesso ao público ultrapasse 150 metros quadrados, bem como centros de saúde, centros de enfermagem, centros de diagnóstico, hospitais, maternidades, centros de reabilitação, farmácias e estâncias termais;”. Esta petição nasce da consciência de que a medicina de proximida-

A medicina de proximidade, nomeadamente a que sempre foi praticada nos consultórios propriedade de médicos individuais, ou associados em pequenas clínicas, ao actuar em complementaridade com o Serviço Nacional de Saúde, garantindo uma mais humanizada relação Doente/Médico, contribuiu para a obtenção dos nossos excepcionais indicadores de Saúde.

de, nomeadamente a que sempre foi praticada nos consultórios propriedade de médicos individuais, ou associados em pequenas clínicas (UPSS's – PM), ao actuar em complementaridade com o Serviço Nacional de Saúde, garantindo uma mais humanizada relação Doente/Médico, contribuiu para a obtenção dos nossos excepcionais indicadores de Saúde. Mas, como refere a petição está a ser colocada em causa a existência deste importante sector da Saúde: o DL 163/2006, de 8 de Agosto de 2006, que introduz uma cláusula

de excepção para atividades de diversa natureza de dimensão igual ou inferior a 150 metros quadrados, não inclui Consultórios e Clínicas. É por essa razão que um dos fundamentos desta petição é a “defesa da reposição da igualdade dos Cidadãos perante a Lei, explicitamente ver-

tida na nossa Constituição” e se solicita que Consultórios e Clínicas Médicas de Proximidade passem a estar incluídas na dita cláusula, produzindo-se a necessária alteração na Lei.

Para ler e assinar a petição online, aceda:

<http://www.peticaopublica.com/pview.aspx?pi=pt75603>

Contacto de email da APCMG: geral@apcmg.pt

Tel: 213 580 095



Demissão no Garcia de Orta

Divulgamos os fundamentos apresentados pelos Chefes de Equipa do Serviço de Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta ao Conselho de Administração onde se refere o facto de o risco do acto clínico nesse serviço e a segurança dos doentes ter atingido um ponto crítico e inaceitável.

Os Chefes de Equipa do Serviço de Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta EPE (SU), apresentaram a sua demissão “nos termos e para os efeitos do artº 271, da Constituição da República Portuguesa, e do artº 5 do Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que exercem funções públicas, publicado em anexo L. 58/2008, de 09.09” nos seguintes termos:

“na sequência de carta de protesto enviada ao Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta EPE em 04/12/2014, e que alertava para o conjunto de aspetos funcionais e organizativos que, em nosso entender, colocavam em risco a segurança clínica dos doentes, bem como a dignidade e segurança de trabalho de todos os profissionais de saúde que ali prestam serviço, e dos quais importa novamente salientar:

- Excessiva lotação de doentes internados em área de internamento do SU, que frequentemente ultrapassa os 200%, com óbvia repercussão nos cuidados

prestados aos mesmos, condicionando dificuldade e atraso na admissão de novos doentes agudos, assim como na observação de doentes na área de ambulatório

- Associado ao problema de sobrelotação, cada vez mais se assiste a um elevado número de doentes com situações infecciosas relacionadas com agentes que impõem necessidades de condições de isolamento físico, o que, na impossibilidade do mesmo, condicionam acréscimo do risco coletivo

- Insuficiência de meios humanos, quer em número, quer em diferenciação e autonomia

- A crescente complexidade clínica dos doentes que recorrem ao SU, em face do envelhecimento da população, da elevada prevalência de doenças crónicas e irreversíveis, das crescentes e conhecidas dificuldades socio-económicas vividas e da insuficiente acessibilidade a cuidados de saúde primários e terciários, não tendo vindo a ser adotadas medidas que se

adequem a esta realidade.

Mais se acresce que as recentes medidas de alteração organizativa implementadas no SU e para as quais não foi tida em consideração a opinião dos Chefes de Equipa do SU, não só não resolveram os problemas citados como ainda criaram constrangimentos adicionais, quer do ponto de vista clínico, quer no aspeto de relacionamento interpares, quer do ponto de vista da capacidade de organização e gestão da equipa de urgência.

Em face do exposto e do agravamento das condições de trabalho, entendemos que o risco do Acto Clínico no SU e a segurança dos doentes atingiu um ponto crítico e inaceitável.

Em virtude do acima mencionado e em coerência com o que temos vindo a expor vimos, por este meio, apresentar a nossa demissão coletiva do cargo de Chefia do Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta.

Almada, 26 de Janeiro de 2015”



Medicamentos Genéricos Mais uma vez, a razão está do lado da OM

Comunicado da Ordem dos Médicos a propósito das recentes notícias que provam a fragilidade do sistema de aprovação de medicamentos genéricos na Europa e em Portugal, com riscos graves para a saúde das populações.

As notícias mais recentes são extremamente preocupantes e provam a fragilidade do sistema de aprovação de medicamentos genéricos na Europa e em Portugal, com riscos graves para a saúde das populações.

Setecentos processos de medicamentos genéricos foram aprovados em Portugal e na Europa com base em estudos feitos por uma empresa Indiana, a GVK Biosciences, que não respeitou as boas práticas clínicas.

Foi graças a uma inspecção da Agência Francesa de Segurança do Medicamento que se detectou que, pelo menos entre 2008 e 2014, terá havido falsificação de dados, pelo que os estudos não podem ser considerados como válidos.

Esta descoberta de falsificação no mundo dos genéricos segue-se a outras. A FDA (Food and Drug Administration) enviou recentemente treze cartas de aviso a companhias farmacêuticas indianas após auditorias terem detectado práticas irregu-

lares. Várias outras empresas, como a fábrica de Toansa dos Laboratórios Ranbaxy, foram sujeitas a limitações de exportação para os Estados Unidos, tendo a Ranbaxy sido multada em 500 milhões de dólares depois de detectados dados fraudulentos para a aprovação de medicamentos genéricos.

Outros episódios têm sido publicados. Em 2011, a FDA verificou que um grande laboratório, a instalação de Houston da agora extinta firma Cetero Research, tinha cometido tão "chocantes" e generalizadas violações das boas práticas de investigação que anos de testes de investigação eram potencialmente inúteis. Cerca de 100 medicamentos foram afetados, mas a FDA recusou-se a nomeá-los, com a desculpa de que fazê-lo seria revelar informações comerciais confidenciais. Sem a intervenção da ProPublica este escândalo nunca teria sido publicamente conhecido (<http://www.propublica.org/article/>

Os estudos de bioequivalência dos medicamentos genéricos deveriam ser repetidos em laboratórios independentes antes da sua aprovação formal

fda-let-drugs-approved-on-fraudulent-research-stay-on-the-market)!

A fraude nos estudos de bioequivalência pode ocorrer de várias formas, algumas particularmente sofisticadas, e na maioria dos casos verifica-se o conluio entre o patrocinador e o investigador clínico. Há vários estudos publicados de demonstrada não bioequivalência de medicamentos genéricos, pelo que todos os resultados de não bioequivalência deveriam ser obrigatoriamente publicados para desencorajar os procedimentos incorrectos (Clin Research & Reg Affaris, 2002; 19: 63-6).

Conclusões:

- O actual sistema de aprovação e controlo de genéricos é frágil e permissivo, permitindo que se mantenham comercializados durante muitos anos medicamentos genéricos aprovados com base em estudos de bioequivalência falsificados.
- Comprovadamente, os genéricos não são todos iguais nem todos bioequivalentes entre si.
- Os estudos de bioequivalência dos medicamentos genéricos deveriam ser repetidos em laboratórios independentes antes da sua aprovação formal e comercialização, devendo os respectivos resultados ser sistematicamente divulgados ao público.
- É necessário intensificar o controlo de qualidade dos medicamentos.
- A Ordem dos Médicos reitera a exigência de, quando entendam

fazê-lo por opção dos doentes e por questões de qualidade, os médicos poderem prescrever medicamentos de marca em tratamentos de curta duração, nomeadamente antibióticos e antifúngicos, que são particularmente sensíveis a questões de qualidade, procurando a eficácia e a segurança do doente.

- É mistificadora a afirmação de que não há evidência de efeitos adversos para os doentes com estes genéricos. Como a Ordem dos Médicos escreveu em devido tempo, a continua substituição de marcas de genéricos colide com a possibilidade de uma real e efectiva farmacovigilância e a sub-notificação em Portugal é por demais evidente, além de que a falta de eficácia é muito difícil de ser evidenciada.

-Tecnicamente e com honestidade, o Infarmed deveria afirmar, também, que não há evi-

dência que não tenham sido prejudicados doentes com estes genéricos, quer por ausência de eficácia, quer pela existência de efeitos adversos.

- Recorda-se e sublinha-se que, até ao presente, o Infarmed afirmava que os medicamentos agora retirados do mercado eram de qualidade garantida e que os doentes podiam estar tranquilos. Afinal, não era verdade. Que cada um retire as suas conclusões sobre a idoneidade destas extemporâneas e infundadas afirmações da nossa autoridade do medicamento.

- Compreende-se bem as queixas e angústias de alguns médicos que não entendem porque é difícil controlar alguns doentes apesar de estarem adequadamente medicados.

Ordem dos Médicos,
30 de Janeiro de 2015

OM aprovou criação da sub-especialidade de Psiquiatria Forense

Na sequência da realização de um Seminário sobre Psiquiatria Forense, na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, o Conselho Nacional Executivo da OM aprovou a criação da Sub-Especialidade de Psiquiatria Forense. Já foi nomeada a comissão instaladora que irá dinamizar o início deste Colégio, nomeadamente, através da preparação dos critérios de admissão.

O Seminário sobre Psiquiatria Forense que se realizou na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos foi organizado pelo Colégio da Especialidade de Medicina Legal, presidido por Francisco Corte Real, e pelo Colégio da Especialidade de Psiquiatria, presidido por Luiz Gamito, e criou as condições para o entendimento necessário entre as duas especialidades para a concretização deste importante passo para as Ciências Forenses em Portugal.

A Psiquiatria Forense tem constituído a área das Ciências Forenses em que se verificam maiores problemas e atrasos, dada a falta de especialistas vocacionados para esta temática.

Na sessão de abertura deste Seminário, o Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, sublinhou a relevância do entendimento entre as duas especialidades, o que permitiu a criação de uma comissão instaladora conjunta para preparar o plano de formação da Sub-Especialidade de Psiquiatria Forense, agora aprovada pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos.

Obrigações de prestação de serviço nas vagas preferenciais

Divulgamos a informação do CNMI, devidamente aprovada em CNE, sobre a obrigação de prestação de serviço em vagas preferenciais com compromisso de formação, na qual se pode ler que "tendo em conta o disposto na lei, o respeito pelo percurso formativo e o equilíbrio desejado entre candidatos para o exame final de internato, o médico interno com vaga preferencial à qual está associado compromisso de formação, deverá permanecer na instituição de formação até à realização do exame final, que marca a conclusão do seu internato".

"Tem sido questionado se os colegas colocados em vagas preferenciais com compromisso de formação devem regressar à Instituição de Saúde cuja necessidade/carência de profissionais justificou a abertura da vaga (instituição de colocação), no período que medeia o fim do plano de formação e o exame final.

Legalmente, **o internato médico só acaba aquando da realização do exame final.** De acordo com o Regime Jurídico do Internato Médico, na sua atual redacção, constante do Decreto-Lei n.º 45/2009 de 13 de Fevereiro, Artigo 12ºA, *o médico que realize o internato em estabelecimento ou serviço diverso daquele onde se verificou a necessidade que deu lugar à vaga preferencial, deve continuar a sua formação neste último, caso o mesmo venha a adquirir capacidade*

formativa na respectiva área de especialização e a partir do momento em que tal circunstância não prejudicar a continuidade e a qualidade do percurso formativo, cuja colocação compete à ARS respectiva.

Se a Instituição de Saúde cuja necessidade/carência de profissionais justificou a abertura da vaga não têm idoneidade formativa, não existe fundamento legal para que um médico não especialista aí exerça medicina. Os médicos internos apenas podem exercer medicina tutelada, o que implica que só o possam fazer em serviços nos quais existe idoneidade formativa.

Por outro lado a obrigação do médico interno para com a instituição de colocação apenas começa aquando da celebração de contrato de trabalho com esta, tal como plasmado Regime Jurídico do IM (DL 45/2009) aonde se lê «O contrato a termo resolu-

tivo incerto... vigoram pelo período de duração estabelecido para o respectivo programa de formação médica especializada, incluindo repetições e interrupções e, no caso das vagas preferenciais, até à efectiva celebração do contrato por tempo indeterminado.»

O período que medeia desde o final do programa de formação até ao exame final faz parte deste internato, e não das obrigações contratuais que o interno possa ter após o seu término. O orientador de formação do médico interno não é da instituição de colocação, mas sim da instituição de formação. Faz parte das competências de um orientador a supervisão da formação do médico interno, o que tem especial significado neste período de preparação intensiva para o exame final. Tal será mais difícil, senão impossível, a quilóme-

tros de distância. Por outro lado, querer sujeitar um jovem colega à realocação geográfica numa fase tão determinante e decisiva da carreira, pela preparação e estudo que implica, coloca-o numa situação de desfavorecimento em relação aos seus cole-

gas que não é aceitável e põe em causa o equilíbrio da avaliação final do internato.

Deste modo, e tendo em conta o disposto na lei, o respeito pelo percurso formativo e o equilíbrio desejado entre candidatos

para o exame final de internato, o médico interno com vaga preferencial à qual está associado compromisso de formação, deverá permanecer na instituição de formação até à realização do exame final, que marca a conclusão do seu internato."

Prestação de Serviço em VMER por médicos internos durante o período de formação

Divulgamos em seguida a informação do CNMI, aprovada em CNE, sobre a potencial responsabilidade dos médicos internos no preenchimento das escalas dos meios de emergência pré-hospitalares. O CNMI relembra que "os médicos internos não são mão-de-obra barata à disposição das administrações para colmatarem as falhas de recursos humanos dos hospitais" e que "a sua obrigação para com o hospital cinge-se às atividades constantes do programa de formação", solicitando aos colegas que façam chegar informação de situações de prática reiterada desta natureza para que seja possível agir.

O Despacho n.º 5561/2014 veio definir os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM. Entre outras alterações, este despacho veio colocar sob a alçada do diretor do serviço de urgência a responsabilidade pelas escalas dos meios de emergência pré-hospitalares. Tal medida tem como objetivo o aumento da operacionalidade desses meios, o que se aplaude, pelo princípio.

No entanto, infelizmente à semelhança de outros processos no nosso país, acaba por recair nos médicos internos, a responsabilidade de preencher essas mesmas escalas.

Se a prestação de serviço em meio extra-hospitalar, após adequada formação, é uma opção sobre a qual não existe qualquer impedimento para os médicos internos, a mesma não faz parte de nenhum programa de forma-

ção, pelo que não pode substituir as atividades previstas nos mesmos programas de formação.

O que tem vindo a acontecer em algumas unidades de saúde é que a organização das atividades do programa de formação (seja prestação de SU, internamento ou consulta) é substituída pela prestação de trabalho nas VMERs (muitas vezes com aviso apenas no próprio dia) em função das necessidades da escala dos meios extra-hospitalares.

Tal prática, além de poder constituir um abuso de posição de poder, é contra o interesse formativo dos médicos internos pois retira-lhes tempo de formação efetiva para se dedicarem a atividades que não fazem parte do objetivo do internato médico.

Deste modo, não é compatível com a manutenção de idoneidade formativa dos serviços em que tal acontece. A manutenção destas práticas levará a Ordem dos Mé-

dicos a tomar medidas no sentido da retirada dessa idoneidade.

Os médicos internos não são mão-de-obra barata à disposição das administrações para colmatarem as falhas de recursos humanos dos hospitais. A sua obrigação para com o hospital cinge-se às atividades constantes do programa de formação. Não existe nenhum impedimento à prestação de trabalho em meio extra-hospitalar em período extra-horário, desde que não prejudique os objetivos do internato médico e de cada programa de formação.

NOTA: Pedimos aos colegas que nos façam chegar informação de situações de prática reiterada desta natureza para que possamos agir através do e-mail medicointerno@gmail.com ou outro meio que entendam mais adequado (a confidencialidade será estritamente garantida)



Urgências: um despacho "demagógico, inútil e prejudicial"

Divulgamos o parecer negativo da Ordem dos Médicos em relação à proposta de Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde relativa à requisição de exames complementares por protocolos associados ao Sistema de Triagem de Manchester, em que a Ordem dos Médicos recorda que "a única forma de acelerar a observação dos doentes num serviço de urgência é dotando os serviços de urgência dos recursos técnicos e humanos que necessitam, nomeadamente médicos".

"Analisada a proposta de Despacho relativa à requisição de exames complementares por protocolos associados ao Sistema de Triagem de Manchester (MTS), a Ordem dos Médicos vem emitir o seu parecer negativo nos seguintes termos e fundamentos:

1. O MTS consubstancia um sistema de triagem geral com atribuição de prioridades no atendimento de utentes urgentes, e não uma triagem clínica, pelo que, de modo algum, poderá ser estabelecido um paralelismo com as chamadas "vias verdes". Efectivamente, MTS, "vias verdes" e "solicitação de exames" à entrada da urgência são questões completamente diferentes, sendo surpreendente e incompreensível a confusão estabelecida entre elas por sua Exa. o Ex.mo Senhor Secretário de Estado Adjunto da Saúde!
2. É particularmente grave, mui-

to grave, que se afirme, no preâmbulo da proposta de Despacho, que, não havendo qualquer avaliação médica prévia, o MTS permita implementar protocolos de analgesia e exames complementares de diagnóstico! A Ordem tem a certeza que o Grupo Português de Triagem não concorda com esta afirmação. O MTS é uma mera triagem de prioridades! Não está preparado nem validado para mais nada! Fazer analgesia antes de observação clínica representa um enorme risco para os doentes, podendo mascarar algumas situações potencialmente graves!

3. De resto, como sistema geral de atribuição de prioridades no atendimento de utentes, o MTS revelou já as suas insuficiências, como notícias mais recentes revelam, quer no que toca à deficiência do sistema em resolver o verdadeiro problema das urgências, que é o da insuficiência de meios nos SUs,

em especial de profissionais médicos e de enfermagem, mas também de outros técnicos, quer no que respeita à classificação errada de alguns doentes, com sérios prejuízos para os mesmos;

4. Na verdade, a Ordem dos Médicos não foi informada sobre os resultados de auditorias externas que tenham sido já realizadas. O MTS existe no terreno há vários anos, as queixas de doentes e médicos têm sido muitas, algumas particularmente preocupantes, mas os verdadeiros resultados da sua aplicação continuam a não ser revelados;

5. A forma como o MTS tem sido apresentado pela própria Ordem dos Enfermeiros, de um sistema de triagem de doentes urgentes feito por enfermeiros, é falaciosa e enganadora, obrigando a Ordem dos Médicos a recordar que os enfermeiros, que respeitamos, não fazem a triagem dos doentes,



limitando-se a aplicar os protocolos, elaborados por médicos e sob delegação médica, sendo a triagem de prioridades dos doentes feita pelo resultado dos algoritmos e não pelos enfermeiros. Da mesma forma, os enfermeiros não pedem exames nas vias verdes, limitam-se a aplicar um protocolo numa situação muito particular e devidamente tipificada, em que o mesmo exame é essencial para o primeiro diagnóstico diferencial e, não menos importante, vai ser imediatamente observado por um médico!

6. Ao pretender consagrar e generalizar “competências” dos enfermeiros, através de protocolos supostamente validados (certamente saberá qual o significado científico de protocolo validado?), na requisição de exames complementares de diagnóstico, a proposta de despacho incorre em vários erros com os quais a Ordem dos Médicos de modo algum poderá estar de acordo.

7. Em primeiro lugar, atribui competências “protocoladas” a estes profissionais que, nos termos da lei e, em especial, dos Decretos-lei 176/2009 e 177/2009, de 09 de Agosto, são competências próprias dos médicos, como seja a de realização de um diagnóstico;

8. É que o pedido de realização de exames complementares de diagnóstico no contexto geral do MTS deverá ser enformado por uma presunção clínica de diagnóstico até porque, estando em causa exames que importam a ofensa à integridade física do doente e que, em alguns casos, importam riscos para essa integridade, os mesmos só devem ser prescritos/utilizados na medida do estritamente necessário e em face de uma hipótese científica e clinicamente fundamentada de diagnóstico, e não através da multiplicação de protocolos normalizados; a medicina

não é aplicável por protocolos rígidos, pois cada doente é um doente, principalmente o doente urgente.

9. Estamos no domínio dos direitos, liberdades e garantias dos doentes pela que a actividade de prescrição de exames complementares de diagnóstico deve obediência aos princípios jurídicos fundamentais da adequação, da necessidade e da proporcionalidade que a proposta de despacho coloca em crise;

10. Em segundo lugar, num contexto onde a política de saúde envereda pela imposição de inúmeras restrições, determinadas apenas e só por critérios economicistas, não se compreende a adopção de uma falsa solução que poderá redundar na realização de exames que, afinal, na maioria das situações, se podem revelar completamente desnecessários e, em alguns casos, perniciosos;

11. Trata-se assim de uma medida que, a ser adoptada, contende com o princípio da eficiência que deve presidir à realização do interesse público;

12. Acresce ainda que, mesmo determinando que os pedidos de exames complementares de diagnóstico sejam apenas e só admitidos perante o preenchimento de uma “check list” prévia de sintomas, tal contende com o facto de a Medicina não dever nem poder ser normalizada, não se tratando, como a prática demonstra na própria aplicação do MTS, de uma ciência precisa e meramente presumida de sintomas padrão que podem representar realidades muito diferentes;

13. Os doentes vão ser obrigados a pagar a taxa moderadora de exames que lhes foram desnecessariamente solicitados e que, durante horas, nenhum médico esteve disponível para observar? Ou estes exames pedidos por protocolo vão

ser isentos de taxas moderadoras?

14. Em terceiro lugar, se com a adopção do referido despacho se pretende dar uma resposta ao problema da escassez de recursos humanos nos SUs, o despacho proposto não resolve o problema e apenas pretende criar a aparência de que o utente está a ser atendido e a aceder aos cuidados de saúde, quando a observação por um médico continuará a depender dos recursos médicos existentes nos SUs, problema ao qual o despacho não dá resposta; ou seja, o Despacho visa enganar os doentes. Verdadeiramente, o que adianta ao doente fazer alguns exames se, durante horas, nenhum médico puder observar o doente e analisar esses exames?

15. Por outro lado, o Despacho vai sobrecarregar os procedimentos da enfermagem aquando da aplicação do MTS, atrasando a triagem dos doentes, sem qualquer benefício para os mesmos.

16. Na esmagadora maioria dos doentes, o que vai acontecer é que, quando por fim tiverem a sorte de chegar a sua vez de ser sujeito a observação médica, caso não seja já tarde demais, o doente vai ter de repetir a realização de exames complementares, agora adequados aos diagnósticos diferenciais finalmente colocados na sequência da realização da competente história clínica; não são alguns exames “protocolados” feitos à entrada que evitarão as mortes desnecessárias nos serviços de urgência ou poderão acelerar a orientação dos doentes.

17. Em quarto lugar, lamentavelmente, o Despacho também não dá resposta à necessidade de reforço dos Cuidados de Saúde Primários que são, no entender da Ordem dos Médicos, uma variável imprescindível na resolução das situações

clínicas agudas que sobrecarregam os SUs, cuja vocação deverá ser a de atendimento de urgências e emergências médicas.

18. Também não dá resposta à falta de camas hospitalares, um dos factores de congestão das urgências e de sobrecarga de funções dos parcos recursos humanos disponíveis, nem ao esgotamento das macas disponíveis, com reflexo negativo na acção e prontidão dos bombeiros.

Os doentes vão ser obrigados a pagar a taxa moderadora de exames que lhes foram desnecessariamente solicitados e que, durante horas, nenhum médico esteve disponível para observar? Ou estes exames pedidos por protocolo vão ser isentos de taxas moderadoras?

19. Finalmente, a avaliação e auditoria externa (verdadeiramente externa) de quaisquer medidas aplicadas no sector da Saúde constituem, a par da transparência de processos, ferramentas essenciais de trabalho e avaliação que deviam ser amplamente implementadas, nesta e noutras matérias, e eticamente divulgadas.

Em face do exposto, a Ordem dos Médicos reitera a sua fundamentada discordância quanto ao teor da proposta apresentada, sem prejuízo do óbvio benefício da actualização generalizada dos protocolos do MTS e respectiva auditoria regular. Efectivamente, este estranho Despacho mistura e baralha conceitos, irá aumentar a despesa em exames complementares, vai atrasar a aplicação da triagem dos doentes e vai obrigar os doentes a serem submetidos a exames complementares em dois tempos, nada beneficiando

de forma substantiva o processo de avaliação e encaminhamento do doente no serviço de urgência.

A única forma de acelerar a observação dos doentes num serviço de urgência é dotando os serviços de urgência dos recursos técnicos e humanos que necessitam, nomeadamente médicos.

Um doente urgente precisa de ser rapidamente observado por um médico, o acto por excelência que vai efectivamente ditar a rapidez

com que o doente é diagnosticado, tratado e devidamente orientado. Nada adianta realizar meia dúzia de exames ditados por um protocolo. Os doentes urgentes são dos mais complexos da medicina, não são meros protocolos.

Em conclusão, o presente Despacho é demagógico, inútil e prejudicial, não resolvendo nenhum dos verdadeiros problemas do acesso à Urgência em Portugal.

Ainda hoje, ao visitarmos um serviço de urgência de um Hospital Universitário, encontramos 52 doentes em macas num espaço previsto para apenas 17 macas, já sem contar com os doentes sentados, estando os profissionais debaixo de um enorme stress, o que, naturalmente, aumenta o risco de erros, cuja responsabilidade não lhes pode ser imputada; e não era dos piores dias...

A Ordem dos Médicos recorda o velho ditado português, fruto de sabedoria milenar, que “não se fazem omeletas sem ovos”, e reitera junto de V.Exa a sua total disponibilidade para, em diálogo técnico e franco, analisar e resolver os problemas das urgências em Portugal.

Com os melhores cumprimentos,
José Manuel Silva
Presidente da Ordem dos Médicos”



Carta ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento

Divulgamos o ofício que foi dirigido ao Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, Helder Reis, pelo bastonário da OM, José Manuel Silva, com uma exposição em que se faz a demonstração dos pressupostos legais para que haja lugar à figura da relevação no que diz respeito a quantias reclamadas pela Autoridade Tributária a médicos aposentados que prestaram trabalho remunerado no SNS.

“Na qualidade de Bastonário da Ordem dos Médicos, após vários pedidos de esclarecimentos recebidos nesta Ordem, venho por este meio expor e a final solicitar a V.Exa. o seguinte:

O Decreto-Lei n.º 89/2010 de 21 de julho estabelece as condições em que os médicos aposentados podem exercer funções públicas ou prestar trabalho remunerado em estabelecimentos do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Estabelece ainda que mediante proposta do estabelecimento de saúde onde as funções devam ser exercidas ou o trabalho deva ser prestado e após autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde, os médicos aposentados possam continuar a exercer funções no SNS, de acordo com determinadas condições.

De notar que os médicos, nos termos do referido DL, são contratados através de contrato de trabalho a termo resolutivo certo ou contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo, nos termos do regime legal aplicável, que pode ser renovado, cuja duração não pode exceder o prazo de vigência do referido DL (art. 5.º).

Os médicos contratados nestes termos estão sujeitos ao regime estipulado no art. 79.º do Estatuto da Aposentação, aprovado pelo DL n.º 498/72, de 9 de dezembro, com a redação dada pelo DL n.º 179/2005, de 2 de novembro, que se passa a citar:

“1. No período que durar o exercício das funções públicas autorizadas os aposentados, reformados, reservistas fora de efetividade e equiparados não recebem pensão ou remuneração de reserva ou

equiparada. 2. Cessado o exercício de funções públicas, o pagamento da pensão ou da remuneração de reserva ou equiparada, com valor atualizado nos termos gerais, é retomado. 3. Caso seja escolhida a suspensão da pensão, o pagamento da mesma é retomado, sendo esta atualizada nos termos gerais, findo o período da suspensão. 4. O início e o termo do exercício de funções públicas são obrigatoriamente comunicados à Caixa Geral de Aposentações, I. P. (CGA, I. P.), pelos serviços, entidades ou empresas a que se refere o n.º 1 do artigo 78.º no prazo máximo de 10 dias a contar dos mesmos, para que a CGA, I. P., possa suspender a pensão ou reiniciar o seu pagamento. (...)”

Ainda de acordo com o DL n.º 89/2010, de 21 de julho, e aqui em apreço, o início e o termo dos contratos com médicos aposentados são obrigatoriamente

comunicados à Caixa Geral de Aposentações (CGA) pelos serviços ou estabelecimentos do SNS no prazo máximo de 10 dias a contar dos mesmos, por forma que a CGA possa suspender a pensão ou reiniciar o seu pagamento o mais rapidamente possível (n.º 1 do art. 7.º).

O incumprimento pontual deste dever de comunicação constitui o dirigente máximo do serviço ou estabelecimento do SNS pessoal e solidariamente responsável, juntamente com o médico aposentado, pelo reembolso à CGA das importâncias que esta venha a abonar indevidamente em consequência daquela omissão.

Por sua vez, diz-nos este DL que os médicos aposentados com recurso a mecanismos legais de antecipação, autorizados a exercer funções públicas ou a prestar trabalho nos termos do presente DL, são remunerados de acordo com a categoria e escalão detidos à data da aposentação e o período normal de trabalho aplicável, com a limitação decorrente do artigo 3.º da Lei n.º 102/88, de 25 de agosto, e ficam abrangidos pelo regime geral da segurança social (n.º 4 do art. 6.º). Nestes casos, a pensão de aposentação dos médicos que tenham recorrido a mecanismos legais de antecipação é suspensa no período de duração do contrato (n.º 5 do referido artigo): “A pensão de aposentação dos médicos que tenham recorrido a mecanismos legais de antecipação **é suspensa** no período de duração do contrato.”

O poder de relevação da reposição de dinheiros públicos indevidamente recebidos, conferido ao Ministro das Finanças pelo art. 39.º do Decreto-Lei n 155/92, de 28 de julho, depende da verificação da excecionalidade da situação e de o requerente não ter conhecimento, no momento da percepção do abono, de que este era indevido.

Por sua vez, o DL 324/80 de 25 de agosto, esclarece no seu art.

Assim, pelo exposto, consideramos que se encontram reunidos os pressupostos legais para emissão de orientação pelos serviços competentes para situações análogas que venham a ser expostas juntos dos serviços da Autoridade Tributária, de modo a que seja de imediato deferido qualquer requerimento de relevação de quantias reclamadas nos termos supra descritos

4º, 1, que “em casos excecionais, devidamente justificados, o Ministro das Finanças poderá determinar a relevação, total ou parcial, da reposição das quantias recebidas”. Apesar de a lei vigente não se referir à reposição de dinheiros públicos indevidamente ou a mais recebidos, não será lícito pôr-se em dúvida que a relevação só tem sentido se se estiver perante uma situação dessas - vide, a este respeito, o Ac. de fixação de jurisprudência do Supremo Tribunal Administrativo in: (<http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/3cb797adf0ee7a258025747100486a2a?OpenDocument&ExpandSection=1>), datado de 5 de junho de 2008 onde se decide que “O despacho que ordena a reposição nos cofres do Estado de

quantias indevidamente recebidas, dentro dos cinco anos posteriores ao seu recebimento, ao abrigo do art. 40º, n.º 1 do DL n.º 155/92, de 28 de Julho, não viola o art. 141º do Código do Procedimento Administrativo, atento o disposto no n.º 3 do DL n.º 155/92, de 28 de Julho, preceito de natureza interpretativa introduzido pelo art. 77º da Lei n.º 55-B/2004, de 30 de Dezembro”

A Administração, através do Ministro das Finanças, tem o poder discricionário de relevar ou não a reposição. Todavia, essa discricionariedade não é completa. Para além do prosseguimento do interesse público que sempre presidirá genericamente aos atos emitidos em nome da Administração é necessário que: a) se esteja perante um caso excecional, devidamente justificado e, b) o requerente não tivesse conhecimento, no momento da percepção da quantia, de que esta não lhe era devida.

Assim, pelo exposto, consideramos que se encontram reunidos os pressupostos legais para emissão de orientação pelos serviços competentes para situações análogas que venham a ser expostas juntos dos serviços da Autoridade Tributária, de modo a que seja de imediato deferido qualquer requerimento de relevação de quantias reclamadas nos termos supra descritos,

Com os melhores cumprimentos,

José Manuel Silva”



Imposição de reduzidos tempos de consulta

Dado o número crescente de reclamações por parte de médicos do SNS, particularmente especialistas em MGF, relativamente à imposição de períodos de consulta anormalmente curtos, que colidem com as boas práticas médicas, a humanização da medicina e o respeito pelos doentes, o Conselho Nacional Executivo emitiu um comunicado onde informa os colegas como proceder perante ordens dessa natureza, o qual passamos a transcrever.

Tem sido em número crescente a apresentação de reclamações por parte de médicos do SNS, particularmente por especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF), relativamente à cíclica e crítica imposição de períodos de consulta anormalmente curtos, que colidem com as boas práticas médicas, a humanização da medicina e o respeito pelos doentes. Assim, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos vem sublinhar publicamente e comunicar a todos os médicos que:

- Não existe qualquer texto legal que imponha qualquer duração mínima ou máxima de consulta para a especialidade de MGF, nem como para qualquer outra especialidade.

- A discricionária imposição de tempos médios de consulta pelos ACES, que nalguns casos procuram obrigar o médico a observar seis doentes por

Nenhum médico deve permitir a imposição de tempos de consulta que considere inaceitáveis, impossíveis de cumprir e que prejudiquem a qualidade da relação médico-doente, devendo comunicar à Ordem dos Médicos toda e qualquer tentativa de violação da sua independência técnica e de gestão da consulta.

hora, nomeadamente em contexto de avaliação de doentes com doença aguda aparentemente “não urgente”, é ilegal e viola o artº 3º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (1 — O médico, no exercício da sua profissão, é

técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus actos. 2 — Em caso algum o médico pode ser subordinado à orientação técnica e deontológica de estranhos à profissão médica no exercício das funções clínicas).

- A Ordem dos Médicos recorda ao Ministério da Saúde que os doentes não têm um diagnóstico previamente registado e visível na sua região frontal, que é necessária uma observação cuidadosa e tempo para

o aconselhamento do doente e para a prescrição informática (tantas vezes de extrema lentidão), que em Saúde a excessiva rapidez aumenta o risco de erros e que, infelizmente, nunca vimos o Ministério da Saúde assumir com seriedade as suas

responsabilidades relativamente às consequências negativas para os doentes que decorrem das medidas que estão a desestruturar o SNS e a reduzir a sua Qualidade e capacidade de resposta.

- Não colhe o falso argumento do “planeamento” dado pela ARS-LVT, pois não está planeada qualquer solução para o caso de não ser possível observar os doentes ao ritmo pretendido dentro do horário de abertura preconizado.

Nessa circunstância o que devem fazer todos os profissionais envolvidos? Prolongam o horário de trabalho e são proporcionalmente remunerados? Dão orientações aos doentes não observados para se dirigirem a uma urgência hospitalar? A ARS-LVT/Ministério da Saúde devem esclarecer estas questões, para demonstrar que há planeamento e não uma real imposição de uma “linha de produção industrial” de consultas e doentes.

- A Ordem dos Médicos entende não estabelecer nenhum limite mínimo para os tempos de consulta em MGF devido à heterogeneidade das consultas praticadas e em respeito pela liberdade do Médico na gestão do seu ficheiro de utentes.

Em conclusão:

- Nenhum médico deve permitir a imposição de tempos de consulta que considere inaceitáveis, impossíveis de cumprir e que prejudiquem a qualidade da relação médico-doente, devendo comunicar à Ordem dos Médicos toda e qualquer tentativa de violação da sua independência técnica e de gestão da consulta.

- Caso as Direcções de ARS/ACES/ULS/Hospitais insistam em impor tempos de consulta que os médicos considerem manifestamente insuficientes, os médicos devem dedicar a cada doente o tempo que for o necessário para o observar e orientar convenientemente, com Quali-

dade e Humanidade, e cumprir rigorosamente o seu horário de trabalho.

- Se necessário, ao abrigo do nº 2 do artº 271 da Constituição, os médicos devem reclamar por escrito da imposição de tempos insuficientes para Consulta e endossar a responsabilidade judicial por qualquer erro de diagnóstico ou terapêutica para a Direcção Clínica/Conselho de Administração da Instituição de Saúde. (artº 271, nº2: «É excluída a responsabilidade do funcionário ou agente que actue no cumprimento de ordens ou instruções emanadas de legítimo superior hierárquico e em matéria de serviço, se previamente delas tiver reclamado ou tiver exigido a sua transmissão ou confirmação por escrito.”). Em nome dos Médicos e dos Doentes, desde já a Ordem dos Médicos transfere essa responsabilidade para o Ministério da Saúde.

Ordem dos Médicos,
26 de Janeiro de 2015



Corpo Clínico nos 35 anos do SNS

No âmbito da iniciativa “Presente e Futuro nos 35 Anos do SNS”, a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) apoiou a produção do programa “Corpo Clínico”. Ao longo de 13 episódios, este magazine emitido na RTP 2 reflectiu um conjunto de abordagens terapêuticas realizadas por unidades de saúde do norte do país e debateu alguns dos temas politicamente mais relevantes no sector.



Emitido pela RTP 2 e concebido pela produtora Segundo Sentido em parceria com a SRNOM, o programa Corpo Clínico enquadrou-se na iniciativa “Presente e Futuro nos 35 Anos do SNS”. Ao longo dos 13 episódios, foram abordadas as áreas de intervenção clínica de referência

nos hospitais do Norte do país e, simultaneamente, abriu-se um espaço de discussão sobre temas relativos à organização de todo o edifício da Saúde em Portugal. Na primeira emissão, a 15 de Setembro, o presidente do Conselho Regional do Norte foi desafiado a debater o tema “Um

olhar sobre o futuro a Medicina”. A evolução tecnológica aplicada à Medicina, em especial com os novos dispositivos e a “revolução” digital, foi particularmente focada por Miguel Guimarães, com uma mensagem de alerta para os possíveis “efeitos nefastos na relação de humanidade que existe entre o doente e o médico”.

Apesar de tudo, o dirigente considerou que a inovação terapêutica tem vantagens indiscutíveis e que matérias como a nanotecnologia, a bioimpressão em 3D ou a manipulação genética vão representar “um desenvolvimento transversal a todas as áreas clínicas” e deixar de ser “obra de ficção científica”.

O programa inicial incluiu ain-

da uma reportagem alargada sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a forma como esta patologia, muito frequente no país, é tratada no Centro Hospitalar de São João. Responsáveis como Elsa Azevedo, coordenadora do grupo de doença vascular daquela unidade, ou António Oliveira e Silva, director da Unidade de AVC, fizeram uma abordagem geral à doença, desde o atendimento urgente à reabilitação.

O segundo programa foi para o ar no dia 22 de Setembro e começou por abordar uma das patologias mais prevalentes: o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). Desta vez centrada no Centro Hospitalar Gaia-Espinho – unidade de referência na área da cardiologia de intervenção – a reportagem explicou os sintomas principais da doença, as atitudes de prevenção e toda a intervenção clínica que os serviços liderados por Vasco Gama Ribeiro e Luís Vouga desenvolvem.

Na segunda parte do programa, o debate “político” centrou-se no tema “Qualidade em Saúde”. António Sarmento, infecciosologista e director de serviço no Centro Hospitalar de São João foi o convidado especial, tendo sintetizado o conceito de qualidade numa ideia simples: “pôr todo o sistema ao serviço do doente”. O especialista advertiu, no entanto, para o facto deste modelo “ser de fácil definição, mas de difícil implementação”, pelo que, é fundamental equivaler a qualidade técnica dos serviços e a qualidade humana.

No dia 29 de Setembro foi para o ar o terceiro Corpo Clínico, desta vez com o Cancro da Mama como tema de reportagem. O IPO Porto foi a instituição escolhida pela equipa do programa para recolher elementos sobre

uma patologia que, anualmente, atinge mais de 4500 pessoas no nosso país. Abreu de Sousa, coordenador da Clínica da Mama daquela instituição, sublinhou a importância da prevenção para um bom quadro terapêutico. “A mensagem de hoje é de esperança. Esta doença, se for convenientemente diagnosticada e tratada tem uma enorme probabilidade de ser curada”.

O tema quente do terceiro programa foi a ADSE. António Araújo, oncologista e vice-presidente do Conselho Regional, abordou as virtudes e os defeitos do subsistema criada em 1963 para os funcionários da administração pública e reconheceu que foram dados “passos enormes”



José Manuel Silva, Bastonário da Ordem dos Médicos

no caminho da sua sustentabilidade. O dirigente destacou ainda, como “aspecto fundamental” na ADSE, a liberdade de escolha que o sistema garante aos seus beneficiários. “Deveria transitar para o Serviço Nacional de Saúde”, defendeu.

Após as três primeiras emissões, o Corpo Clínico prosseguiu no dia 6 de Outubro com a presença do bastonário da Ordem dos Médicos para discutir a ‘Inovação em Saúde’. José Manuel Silva estabeleceu uma divisão clara entre a introdução de um novo medicamento no mercado e a

“verdadeira inovação”, entendida como “uma nova classe de fármacos que vêm proporcionar aos doentes efeitos terapêuticos que não existiam”. A polémica recente com a comparticipação da terapêutica inovadora para a Hepatite, defendeu o dirigente, é um exemplo de que algo vai mal na abordagem que é feita em Portugal sobre esta matéria. Para José Manuel Silva é importante perceber-se se, apesar do preço elevado da medicação, “o benefício que traz às pessoas e à comunidade não é bem maior”, sendo que, no caso particular dos doentes hepáticos “evita-se que o doente avance para cirrose, para cancro ou para transplante”, cujos tratamentos são “caríssi-

mos” e resultam em desperdício de recursos.

A avaliação custo-benefício, na opinião do bastonário, deve ser feita pelo Infarmed. Se a autoridade do medicamento “não tem competências para assumir esse papel, que lhe sejam atribuídos os meios e os recursos” para o fazer, defendeu José Manuel Silva, discordando claramente da criação de novos organismos neste âmbito e que se aproximem do modelo do NICE - National Institute for Health and Care Excellence, no Reino Unido. “O NICE tem decisões publicadas que po-

demos utilizar e replicar no nosso pequeno país”, defendeu José Manuel Silva, encarando com naturalidade a possibilidade de, à semelhança daquele organismo, ser debatida a introdução de medicamentos e dispositivos médicos em função dos anos de sobrevida ganhos com qualidade: “é uma discussão que a sociedade deve ter de forma transparente”. Além da entrevista ao bastonário da Ordem dos Médicos, a primeira parte deste quarto episódio incluiu uma reflexão sobre a obesidade, um problema de saúde pública cada vez mais grave no país e que, nos últimos quatro anos, conduziu 1462 doentes ao tratamento cirúrgico no Centro Hospitalar de São João. John Preto, coordenador daquela unidade de tratamento cirúrgico, esclareceu as principais características deste tipo de procedimento de última linha.

Na quinta emissão, a 13 de Outubro, a retinopatia diabética foi a patologia abordada pelos convidados, entre os quais se incluiu director do serviço de oftalmologia do Hospital de Braga, Fernando Vaz, e a directora do serviço de endocrinologia da mesma unidade, Olinda Marques. Considerada uma doença “traícoeira” pelo oftalmologista, uma vez que não apresenta sintomas no seu estadiamento inicial, tem



um grau de morbilidade elevado e exige uma atitude preventiva por parte dos doentes com diabetes. O tratamento cirúrgico, apresentado nesta emissão pelo Hospital de Braga, apresenta já resultados muito favoráveis e, de acordo com Fernando Vaz, “estabiliza a o doente durante alguns anos”.

Na segunda parte do programa falou-se de Acto Médico, em entrevista realizada à dirigente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM), Dalila Veiga. Sobre esta matéria, a jovem anestesista recordou a “enorme falha” que constitui a ausência de um enquadramento jurídico para a profissão médica lembrando que, apesar dos melhores resultados em Saúde decorrerem do trabalho em ambiente multidisciplinar, é necessário “respeitar as respectivas autono-

mias e competências técnicas dos diferentes profissionais”.

O transplante hepático foi o tema de abertura do sexto episódio Corpo Clínico, emitido a 20 de Outubro. Com enfoque no trabalho desenvolvido nesta matéria pelo Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, a reportagem recolheu testemunhos de doentes transplantados e esclareceu a forma como os doentes são referenciados para transplante e como todo o processo se desenvolve com o depoimento de Jorge Daniel, director daquela unidade.

A formação médica esteve em discussão na metade política do magazine, com entrevista conjunta a André Luís e Rui Capucho, dirigentes do CRNOM. Com o papel da Ordem dos Médicos em matéria de formação pós-graduada como pano de fundo, os convidados contestaram a ausência de planeamento central a longo prazo na questão no *numerus clausus* em Medicina, considerando uma “navegação à vista” a ideia de abrir vagas nas universidades sem atender às necessidades do país nesta matéria. Rui Capucho sublinhou que a Ordem “não pode permitir a abertura de lugares no internato sem fazer o seu controlo de qualidade” e lembrou que “não é





Álvaro Almeida e Lurdes Gandra

possível que um serviço de cirurgia ministre a mesma formação a 20 internos ou a cinco”. André Luís contestou, por sua vez, o argumento de formar profissionais em excesso “para se recrutar os melhores”. “Não é por haver profissionais médicos a mais que temos ganhos em saúde, bem pelo contrário”, argumentou.

Na sétima edição, transmitida a 27 de Outubro, o Corpo Clínico deslocou-se a Viana do Castelo e ao serviço de cirurgia geral da Unidade Local de Saúde (ULS) para acompanhar o tratamento hospitalar de feridos crónicos. Estes cuidados são prestados, sobretudo, a doentes com úlceras e feridas pós-cirúrgicas e chegam a cerca de 7500 doentes da região abrangida pela ULS Alto Minho. Alberto Midões, director de serviço, explicou as especificidades deste tipo de intervenção e descreveu as várias etapas que o doente tem de ultrapassar.

No Lado B deste Corpo Clínico, o antigo presidente da Entidade Reguladora da Saúde, Álvaro Almeida, e a dirigente do CRNOM, Lurdes Gandra, discutiram as implicações que a transposição da directiva europeia dos cuidados transfronteiriços poderá ter no sistema de saúde português. Para Álvaro Almeida, a possibilidade de doentes nacionais

poderem obter tratamento no estrangeiro por falta de resposta interna é positiva em teoria, mas no plano prático não vê grandes vantagens: “somos um país muito afastado do centro da Europa e isso é um facto inultrapassável”. Já Lurdes Gandra considerou que há “um longo caminho a percorrer” pelas instituições nacionais para que a directiva possa atrair doentes estrangeiro, nomeadamente na publicação de indicadores e dados relativos aos tratamentos.

A 7 de Novembro falou-se de cancro da próstata no oitavo programa, uma doença que regista quatro mil novos casos todos os anos em Portugal e que é a segunda causa de morte por doença oncológica nos homens. Avelino Fraga, director do serviço de urologia do Hospital de Santo António, explicou a ori-

gem e evolução da doença, que é “própria do envelhecimento” e decorre de uma mutação na glândula prostática. Com enfoque na atitude preventiva, o especialista alertou para a necessidade dos homens com mais de 45 anos fazerem uma vigilância anual junto do seu urologista, particularmente se forem de raça negra ou tiverem qualquer tipo de antecedente familiar.

As redes de referência foram o tema político escolhido para este episódio do magazine. Fernando Araújo, director do serviço de imuno-hemoterapia do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), contestou o facto de, em mais de 40 especialidades médicas reconhecidas em Portugal, apenas metade ter uma rede de referência definida e muitas destas estarem definidas há uma década. “O que acontece é que muitos serviços vão-se desenvolvendo sem olhar para as necessidades dos doentes e para a oferta que existe noutros hospitais próximos”, comentou o antigo presidente da ARS Norte. Para António Araújo, é fundamental que estas redes sejam criadas, uma vez que “em medicina, a experiência de tratar doentes está ligada à qualidade”, e elas devem respeitar “um equilíbrio entre a acessibilidade e a qualidade”.

A nona edição do Corpo Clíni-



co centrou-se, a nível clínico, na unidade de queimados do Hospital da Prelada e na multidisciplinariedade que a equipa chefiada por Manuel Maia promove na prestação dos cuidados. No âmbito político, Manuel Pizarro foi a personalidade entrevistada para a segunda parte do programa, reflectindo um conjunto de preocupações que vão marcar o futuro próximo da medicina e da saúde. Para o antigo secretário de Estado, a realidade actual “deve motivar uma atitude diferente quanto à promoção de saúde” e a uma estratégia que envolva vários agentes sociais como as autarquias, as universidades, as escolas e o tecido económico.

No 10º episódio, o Parkinson foi a patologia abordada em reportagem, com um conjunto de doentes e profissionais do Hospital de São João a testemunharem a vivência desta doença que afecta de forma irreversível o sistema motor. Sem prevenção conhecida, a estratégia terapêutica, de acordo com Rui Vaz, chefe de serviço de neurocirurgia, passa por controlar os sintomas e garantir qualidade de vida ao paciente.

O presidente da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde, Miguel Sousa Neves, foi o convidado da segunda parte da emissão, para comentar a evolução do sector privado e convencionado de Saúde em Portugal. O oftalmologista, que em

Portugal sempre exerceu em regime privado, defendeu a importância da livre iniciativa no sector como área “complementar” a um serviço público forte e considerou que, além das grandes unidades hospitalares, haverá lugar para os pequenos consultórios adaptados a nichos de mercados.

De volta à oncologia, o 11º episódio centrou-se no trabalho desenvolvido pelo Ipatimup no âmbito da investigação ao cancro da tiroide. Manuel Sobrinho Simões, coordenador daquele que é já um dos mais reputados centros de estudo oncológicos a nível internacional, testemunhou algumas das mais recentes evoluções no acompanhamento daquela patologia maligna, que afecta entre três a cinco em cada 100 mil mulheres em Portugal. Na segunda parte do programa, António Ferreira comentou o financiamento da Saúde em Portugal, reforçando as críticas que vêm dirigindo à falta de equidade na distribuição de entre as várias regiões do País e à ausência de uma verdadeira reforma do Serviço Nacional de Saúde.

Para o presidente do Conselho de Administração do CHSJ o modelo em vigor é de “meias-tintas”, uma vez que tanto o sector público, como os sectores privado e social têm um financiamento que “depende directa e indirectamente do Estado”. “Defendo o SNS baseado nos impostos, mas defendo

que esse dinheiro seja colocado em serviços que concorrem entre si”, acrescentou o António Ferreira.

A Diabetes, um dos maiores problemas de Saúde Pública em Portugal, foi motivo de reportagem no 12º episódio do Corpo Clínico. Com enfoque no acompanhamento que o Centro de Saúde de Bragança presta ao doente diabético, a directora da unidade, Sílvia Costa enunciou os principais cuidados que os portadores da patologia devem ter e quais os hábitos que a população deve interiorizar para prevenir o aparecimento da diabetes, que afecta mais de 11% da população portuguesa.

No segundo momento do programa, a dirigente do Conselho Disciplinar do Norte da Ordem dos Médicos, Fátima Carvalho, distinguiu os conceitos de erro e negligência médica e reflectiu sobre a exigência que hoje se coloca ao profissional em função do escrutínio dos doentes e da atenção mediática. A este propósito, a especialista recordou que “há um esforço cada vez maior por parte das instituições e dos médicos para tornarem estes processos mais transparentes, perceber o que correu mal no circuito do doente e evitar que o erro volte a acontecer”.

O Corpo Clínico chegou ao fim com o 13º episódio, emitido a 8 de Dezembro. Na primeira parte falou-se de demência, com enfoque no seu fortíssimo impacto para os doentes e respectivos cuidadores. Foi analisado o trabalho realizado pelo serviço de neurologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, através do depoimento de um conjunto de médico e profissionais de saúde liderados por Mário Rui Silva. O responsável recordou que, tal como no Parkinson, o Alzheimer e as restantes patologias demenciais não têm cura nem prevenção possível, pelo que





resta apostar na detecção precoce e nos mecanismos de controlo dos sintomas.

O presidente do CRNOM encer-

rou esta série de programas com uma reflexão sobre a emigração médica, uma tendência crescente que, de acordo com o seu teste-

munho, se baseia no sentimento de “falta de condições para exercer no país”. Para Miguel Guimarães, não se tratam apenas de condições remuneratórias, mas também de “condições de trabalho físico” e da “constante desqualificação pública que estão submetidos”. Sobre esta matéria, o dirigente lembrou que cerca de 60% dos médicos que estão a fazer a especialidade mostram intenções de emigrar e considerou “lamentável” investir em “jovens bem preparados, com grandes conhecimentos para depois os convidar a emigrar”.

notícias

Bolsa de emprego, Colégios e legislação

O site nacional da Ordem dos Médicos mantém diariamente actualizada (em www.ordemdosmedicos.pt) as áreas dos Colégios da Especialidade, a legislação com interesse para os médicos bem como uma bolsa de emprego com ofertas quer para instituições de saúde nacionais quer propostas para hospitais e clínicas internacionais. Os interessados devem consultar regularmente essas áreas do site nacional.

Dados essenciais para identificação de um médico

Sempre que se emitam certificados, relatórios ou declarações médicas, os requisitos mínimos de reconhecimento que o Código Deontológico (artigo 98º, nº 2) exige passam pela assinatura do documento por parte do médico, a identificação do seu nome profissional e do seu número de cédula, de forma reconhecível.

Candidatura à Competência em Codificação Clínica

O Conselho Nacional Executivo, na sua reunião de 12 de Dezembro de 2014, decidiu autorizar a prorrogação do prazo de candidatura à Competência em Codificação Clínica até 31 de Março de 2015, conforme solicitado pela comissão instaladora da competência. Os critérios de admissão por consenso podem ser consultados na área deste site que é reservada à Competência em Codificação Clínica

Nota a artigo da ROM de Setembro

A pedido do cirurgião geral e pediatra Carlos Pereira da Silva, publicamos um comentário a um artigo de opinião: “Na sequência de afirmações feitas no artigo do cirurgião pediatra Victor Rolo, publicado na Revista da Ordem dos Médicos, nº 153 de Setembro de 2014, página 74, há opiniões que vão noutro sentido. Assim acerca do que o segundo director do Serviço de Cirurgia do Hospital Pediátrico (nomeado no artigo) trouxe de Lisboa para Coimbra, poderá ser afirmado o seguinte: aquilo que trouxe e se revelou certo, não era novo em Coimbra; o que trouxe e era novo em Coimbra, não estava certo”.



O homenageado Paulo Mendo no momento do seu discurso de agradecimento. Ao lado: o presidente da OM, José Manuel Silva, o Ministro da Saúde, Paulo Macedo, o presidente da SRN da OM, Miguel Guimarães e Fátima Carvalho, membro da direcção da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da OM.

1ª Distinção de Mérito em Gestão dos Serviços de Saúde atribuída a Paulo Mendo

“Um médico que soube gerir e um gestor que soube tratar doentes”

Paulo Mendo recebeu a primeira Distinção de Mérito em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos (OM). Numa iniciativa promovida pela Competência de Gestão dos Serviços de Saúde da OM e que teve lugar na Secção Regional do Norte, o antigo Ministro e secretário de Estado viu reconhecido um percurso profissional de quase 50 anos. O evento ficou também marcado pela conferência “Health system in transition: challenges and opportunities” com Lord Nigel Crisp e pela intervenção do ministro da Saúde, que assumiu o compromisso de reconhecer formalmente a aquisição desta competência na classe médica.

O currículo dispensa apresentações. Mais de 50 anos de carreira médica e três experiências governativas fizeram de Paulo Mendo uma escolha natural para a primeira Distinção de Mérito em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos, atribuída no dia 22 de Novembro no auditório da Secção Regional do Norte. O antigo Ministro e Secretário de Estado da Saúde acabou por ser duplamente homenageado, ao receber ainda a Medalha de Serviços Distintos, Grau Ouro, do Ministério da Saúde, entregue por Paulo Mace-

do, que participou no evento. Emocionado, o médico fundador do primeiro serviço de neuroradiologia do país – no Hospital de Santo António – começou por recordar o simbolismo do 25 de Abril de 1974 para a sua carreira e o primeiro grande contacto que teve com a área de gestão, quando assumiu a secretaria de Estado no primeiro governo constitucional. Assinalando os primórdios da administração hospitalar em Portugal – modelo esse que “não se portou nada mal” –, Paulo Mendo reconheceu a importância dos médicos se te-

rem integrado naquele mecanismo. “A gestão médica é essencial ao sistema, mas não é porque um médico fez um curso de gestão e deixou a Medicina. É precisamente a exercer que ele melhor serve a gestão”, defendeu. O médico de 82 anos defendeu que os hospitais devem ser “estruturas hierarquizadas”, nas quais os colaboradores “dependem do mérito para permanecerem”. Esta visão, clarificou, “não tem nada a ver com instituições soviéticas, burocráticas”, mas sim com uma concepção de serviço público: “a noção do servi-

dor do Estado que integra uma carreira e cujo progresso é feito por mérito, concursos e apreciação dos pares é algo que temos de recuperar”.

Lembrando a “revolução tecnológica imparável” que a medicina portuguesa conheceu nas últimas décadas e os benefícios que a mesma traduziu para ao SNS, Paulo Mendo assinalou como positivo o “compromisso político estabelecido por todos os partidos do poder” que permitiram o financiamento e o “défice virtuoso” que sustentaram o serviço público. Apesar de tudo, o antigo governante reconhece o “crescimento brutal dos custos” e a necessidade de responder a uma “crise gravíssima, como nunca tivemos no nosso país”, tendo deixado um rasgado elogio a Paulo Macedo: “conseguimos ter uma política que evitou o mais possível onerar o bolso do doente e foi procurar uma grande diminuição dos custos nos fornecedores do sistema. Foi uma imensa sorte termos um Ministro da Saúde como o actual”.

Competência em Gestão de Serviços de Saúde

Realizada pela primeira vez na história da Ordem dos Médicos, esta atribuição foi concebida pela Competência em Gestão dos Serviços de Saúde, coordenada por José Pedro Moreira da Silva. Em breves palavras à audiência, o dirigente fez uma revisão cronológica deste organismo criado em 2004, considerando que o seu principal objectivo passa por “sensibilizar o Ministério da Saúde e todas as organizações do sector para o impacto da gestão efectuada por médicos”.

A coordenadora da Competên-



Paulo Mendo

cia no Norte do país, Fátima Carvalho, considerou importante a presença do ministro no sentido de “ver reconhecida a diferenciação em gestão dos profissionais médicos” e acrescentou ser “imperioso” que os colegas “aprofundem os seus conhecimentos” neste domínio. No final, a dirigente lançou um desafio a Paulo Macedo: “gostava que olhasse para os médicos e a Ordem que os representa como um parceiro. O SNS já perdeu os anéis, perdeu a unhas e tenho a sensação que está em vias de perder as falanges, não permita que lhe cortem os dedos”.

Adalberto Campos Fernandes,

membro da direcção da Competência, reforçou o “simbolismo” da iniciativa e reconheceu que “não podia ter havido melhor escolha” do que Paulo Mendo para a primeira distinção de mérito. “É um gesto público de reconhecimento e agradecimento a uma das personalidades que mais marcou a construção do nosso serviço de saúde”, assinalou, antes de introduzir o segundo grande protagonista do evento, Lord Nigel Crisp, antigo presidente executivo do National Health Service e consultor da Fundação Gulbenkian no projecto “Um Futuro para a Saúde”.

“Health system in transition”

Convidado a reflectir sobre o sistema de saúde português, o membro da Câmara dos Lordes britânica fez uma exposição baseada no estudo na Gulbenkian, com o título *Health system in transition: challenges and opportunities*. Crisp começou por reconhecer os méritos do SNS, sublinhando “os bons resultados e os bons profissionais” que alimentam o sistema, mas identificou vários aspectos onde a melhoria é possível, mais concretamente em três níveis: prevenção na saúde, melhoria nos cuidados e liderança para a inovação.

No primeiro patamar de intervenção, o consultor fez uma análise desfavorável para o nosso país no que diz respeito aos anos de vida saudável de um cidadão com mais de 65 anos. Neste indicador, Portugal apresenta um dos piores valores a nível europeu – média de 6 anos de vida saudável nas mulheres e 6,6 nos homens – enquanto nos países nórdicos, como a Noruega, um cidadão com mais de 65 anos tem valores próximos dos 15 anos de sobrevivência saudável. Outro exemplo citado por Nigel Crisp, é a percentagem de portugueses com multipatologias: 40% da população tem uma ou duas doenças crónicas e 12% tem três a quatro doenças crónicas. Por fim, o convidado falou da “grande prevalência” da diabetes no nosso país, que chega aos 10% da população e consome 1%

do PIB, considerando tratarem-se de “números aterradores”.

Para Lord Nigel Crisp, esta realidade na saúde pública nacional só oferece uma saída: apostar na prevenção. “Temos que fazer muito mais, melhorar a literacia, aceder à informação e, sobretudo, ter uma melhor representação. São os cidadãos que têm que ser trazidos para esta causa”, defendeu, acrescentando que “a saúde precisa de uma liderança arrojada e de uma aliança que atravesse toda a sociedade”.

No segundo nível, respeitante aos cuidados de saúde, o antigo

do na gestão da doença crónica, na valorização e promoção dos cuidados primários e de proximidade e numa articulação sólida entre sector público e sector privado. Por fim, no capítulo da despesa, Crisp insistiu no melhoramento contínuo da qualidade, na redução da morbilidade e na adopção de medidas de gestão que privilegiem os resultados como forma de assegurar a necessária sustentabilidade do sistema.

Apesar de todos terem um papel a desempenhar nesta matéria, Nigel Crisp considera que cabe

aos clínicos um papel especial nesta mudança de paradigma: “serem as pessoas que estão constantemente a exercer pressão para melhorar”. Para o convidado, cabe aos profissionais a responsabilidade de “co-

mandarem a coligação para a liderança”, uma vez que as “competências clínicas individuais são tremendamente importantes para a evolução dos líderes das unidades de saúde”. “Não há ninguém melhor para vos dizer como gerir os vossos serviços. Espero que continuem com esta tentativa de colocar os médicos envolvidos na gestão, porque isto não é uma matéria para amadores”, observou.

Já na fase de conclusão, Lord Nigel Crisp recuperou o estudo que coordenou para a Gulbenkian, assinalando que o que é pedido a Portugal é uma mudança estrutural: “a transição de um sistema de saúde muito centralizado no Hospital na doença, para um sis-



Nigel Crisp, José Manuel Silva e Paulo Macedo

director do Oxford University Hospitals definiu como prioritárias as melhorias na qualidade, na prestação e nos custos. Para Nigel Crisp é fundamental “a procura constante pela melhoria da qualidade”, com tratamento em fases cada vez mais precoces, serviços baseados em evidência científica e tecnológica e redução de desperdícios e custos. “Algumas pessoas ficam presas no hospital porque não fizeram os exames na altura certa”, exemplificou, salientando a necessidade de “produzir protocolos baseados na experiência” e “assegurar que o doente está a ser seguido”. No âmbito da prestação, é necessário colocar o cidadão no centro de decisão do sistema, actuan-



Nigel Crisp, Miguel Guimarães, José Manuel Silva, José Pedro Moreira da Silva (coordenador da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da OM) e Adalberto Campos Fernandes (membro da direcção dessa mesma Competência)

tema baseado na pessoa e na saúde, com cidadãos a participar na promoção da saúde e dos cuidados". Para o convidado esta mudança respeita os valores fundadores do SNS, mas "exige novas abordagens, nova infraestrutura e uma relação de maior sustentabilidade nos custos". "Isso exige liderança e, claro, liderança médica".

Desafio aceite por Paulo Macedo

O bastonário da Ordem dos Médicos, num comentário prévio à intervenção de Nigel Crisp, considerou o serviço público de saúde "o melhor do mundo", quando visto do "ponto de vista da acessibilidade, da qualidade e do custo *per capita*". "É claro que temos por onde melhorar, nomeadamente ao nível das doenças crónicas que consomem cerca de 80% do orçamento da saúde", ressaltou, acrescentando que a má execução da Saúde "não só é prejudicial para o doente como também a economia de um país". Colocando a Ordem dos Médicos "100% disponível para atingir os ambiciosos objectivos" definidos

pelo estudo de Nigel Crisp, José Manuel Silva considerou que o grande desafio do SNS "é controlar os custos, ao mesmo tempo que melhora a acessibilidade e a qualidade dos cuidados". O dirigente defendeu, por fim, a gestão feita por profissionais recordando que "os hospitais que atingiram os melhores resultados têm sido geridos por médicos".

Já o presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, assinalou a importância do evento para instituição e aproveitou a presença de Paulo Macedo para lançar um desafio ao Governo: "este é o momento apropriado para pensarmos em consagrar juridicamente a Competência em Gestão da Ordem dos Médicos como um factor de valorização profissional".

Convidado especial nesta iniciativa, o ministro da Saúde encerrou a cerimónia com rasgados elogios a Paulo Mendo considerando o antigo governante "uma das figuras mais relevantes da Medicina e da Saúde em Portugal". "Foi um médico que soube gerir e um gestor que soube tra-

tar doentes. A imagem que tenho do Dr. Paulo Mendo é de um homem profundamente envolvido com a vida, com os outros, um homem dedicado aos doentes, às instituições e à causa pública. Um homem de convicções, que colocou o interesse colectivo à frente dos interesses particulares", concluiu Paulo Macedo.

Favorável ao cruzamento entre a Gestão e a Medicina, o ministro vê "com grande optimismo" o desenvolvimento desta competência no seio da Ordem dos Médicos e reconheceu que a mesma "deve ser aprofundada e valorizada". "O Ministério vai corresponder ao pedido de reconhecer esta competência de forma mais formalizada ao nível das carreiras e dos concursos", concretizou. No final, Paulo Macedo rejeitou uma visão pessimista do SNS, lembrando os 120 mil contactos diários e medidas como a concretização dos centros de reabilitação. "Vejo um SNS que está a responder, ainda que com muitas dificuldades. Mas ter muitas dificuldades não é o mesmo estar amputado. Não considero que esteja amputado relativamente ao que era em 2007 ou 2010".



Juramento de Hipócrates em Braga

Invocar a memória e regressar às raízes

Depois da estreia no ano passado, Braga voltou a acolher a cerimónia do Juramento de Hipócrates. Mais de 90 jovens médicos cumpriram a tradição numa cerimónia onde Anabela Correia, presidente do Distrito Médico frisou a importância de recuperar a memória como orientação para o futuro. Miguel Guimarães e José Manuel Silva lamentaram o autismo do Governo ao aumentar sucessivamente o *numerus clausus* das escolas médicas.



Anabela Correia

No Auditório Vita, no centro da cidade de Braga, perto de 100 mestres em Medicina pela Universidade do Minho cumpriram o Juramento de Hipócrates, naquela que foi a segunda cerimónia promovida pela SRNOM e pelo Distrito Médico bracarense. O evento teve início com a actuação do Quarteto Divertimento.

Anabela Correia, presidente do Conselho Distrital de Braga, fez um apelo à resiliência dos novos profissionais agora acolhidos pela Ordem: “vão ouvir dizer que o exercício da Medicina está difícil, mas eu dir-vos-ei que sempre houve dificuldades e que o valor intrínseco de cada um se revela quando os desafios são maiores”.

Anabela Correia vincou a importância dos jovens recuperarem “a memória e as raízes” num período “de aridez de valores e causas”. Os 35 anos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nessa perspectiva, “constituíram um percurso esforçado, de ética pessoal, profissional e social que importa reforçar” para que, acrescentou, seja possível “ter um posicionamento útil e inteligente face aos problemas actuais”. Reforçando esta ideia, a presidente do Distrito Médico considerou “fundamental conhecer a história para compreender os factos”, bem como para “evitar incorrer nos mesmos erros que foram cometidos”. No final, a dirigente e anfitriã do evento recomendou a leitura da obra do Professor Constantino Sakellarides, ‘Da Alma a Harry’, onde os jovens podem obter uma “reflexão contextualizada de como estamos actualmente e, sobretudo, para onde queremos ir”.

Numa intervenção marcadamente mais política, o presidente do Conselho Regional do Norte aproveitou a eminente divulgação do

mapa de vagas para o internato médico para insistir na necessidade de reduzir o *numerus clausus* nos cursos de Medicina e, dessa forma, “aproximar em definitivo a formação pré e pós-graduada” e “melhorar a ponte entre a Academia e a Enfermagem”. No final, Miguel Guimarães aproveitou para felicitar os colegas que agora iniciam o seu percurso profissional e apelou à sua participação na defesa dos doentes e da Medicina. “São vocês, os jovens médicos, a massa crítica essencial que tem permitido a evolução da medicina e de todo o sistema de saúde português para patamares de elevada qualidade. Acredito e tenho esperança no futuro dos jovens médicos”.

O bastonário, por sua vez, repetiu o apelo lançado na cerimónia da Casa da Música para uma maior intervenção política por parte dos jovens médicos e, preferencialmente, através da Ordem que os representa e deixou uma garantia: “conhecendo o vosso trabalhoso percurso, sinto que está garantido o futuro da Medicina portuguesa”.



Um dia todas as especialidades começarão assim?...

Das 47 Especialidades reconhecidas pela Ordem dos Médicos, muitas têm algum tipo de acolhimento aos internos da especialidade mas (muito) poucas o fazem nos mesmos moldes que o 'InAnestesia - Introdução à Anestesiologia Clínica': um curso de índole científica prática, com um programa intensivo de formação, de âmbito nacional, dirigido a todos os médicos recém-admitidos à especialidade, isto é, apenas para internos do 1º ano, onde se dá o pontapé de saída para um internato que se quer que seja virado para a aquisição progressiva de competências, com o objectivo principal de reduzir a insegurança e a ansiedade que podem prejudicar o processo de aprendizagem dos internos numa fase de mudanças abruptas como é o ingresso no internato complementar. A ROM foi falar com a organização deste encontro e com internos que experienciaram este curso mas também com representantes de muitas especialidades, o que nos permite apresentar um resumo do que se vai fazendo nesta fase da formação específica e qual o impacto que estas iniciativas têm para o percurso dos internos.

O 1º InAnestesia aconteceu em 2011 com menos de uma dezena de internos inscritos e com uma equipa de formadores constituída por apenas oito formadores especialistas. O curso repetiu-se anualmente e, em 2015, participaram 45 formadores (todos médicos especialistas) que partilharam conhecimentos com 50 formandos, todos internos do 1º ano da especialidade de Anestesiologia. Iniciativa de reconhecidos méritos, e cujo exemplo foi seguido pelo menos por duas especialidades (Psiquiatria e Neurologia), um curso como o InAnestesia poderá não ser a fór-

mula adequada para todas as 47 especialidades, mas seria, com certeza, uma iniciativa bem acolhida pelos internos que sentem na pele as dificuldades de uma transição entre as escolas médicas com falta de contacto com as especialidades e uma realidade muito diferente e diferenciada na qual são expostos a situações exigentes de contacto com doentes, sendo que o ano comum pode não ser suficiente para a preparação desta segunda fase da formação pós-graduada. Foi, pelo menos, essa a visão dos fundadores deste InAnestesia: "o curso InAnestesia nasceu em 2010, da

parceria entre serviços de Anestesiologia de quatro hospitais da região norte (C.H. Alto Ave, CH Trás-os-Montes e Alto Douro, C.H de Tâmega e Sousa, Hospital de Braga) e da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho (ECS/UM). O espírito fundador era o de criar um curso que preparasse os recém-internos de Anestesiologia para a sua actividade diária, acelerando o processo de aprendizagem e maximizando o aproveitamento do internato. Esta parceria combinava a necessidade de hospitais mais pequenos e sem programas de integração estruturados com



Na primeira edição, em 2011, estiveram presentes 9 internos que estão agora no último ano da especialidade e a equipa de formadores era constituída por 8 especialistas

os recursos da ECS/UM em termos de infraestrutura, equipamentos e de conhecimentos no âmbito do ensino”.

O programa original foi concebido e desenvolvido por Helena Salgado (na altura interna complementar e única não especialista entre os fundadores), Rui Guimarães e Tiago Folhadela do Hospital de Braga e por José Miguel Pêgo da ECS/UM. A esta equipa juntou-se Sara Gomes da ECS/UM formando a primeira comissão organizadora do curso, a qual foi, posteriormente, integrada por Vítor Oliveira (C. H. Tondela-Viseu) e Sara Arantes (H. Braga). “Anualmente, o convite de participação é lançado a todos os hospitais com idoneidade formativa para Anestesiologia e todos os hospitais que aceitem participar são convidados a enviar médicos especialistas para integrar a equipa de formadores. Até à data

participaram já um total de 56 formadores oriundos de diferentes áreas geográficas de Portugal continental e insular, bem como de Espanha (ver caixa), diversidade esta cujo contributo é fundamental para o sucesso do projeto e para a sua continuidade”, explicam-nos os organizadores.

Fundamentalmente, este curso nasceu de algumas carências sentidas durante o internato... “A prática da Anestesiologia é uma das mais exigentes em toda a prática médica, seja pelo elevado grau de exigência em termos técnicos e científicos, seja pela necessidade de foco intenso e constante no doente. Existe um volume enorme de nova informação que é necessário assimilar nos primeiros meses de actividade, aliada ao treino de um conjunto de procedimentos com longas curvas de aprendizagem e dificuldade técnica elevada. Estes factores são



potenciais focos de insegurança e ansiedade em muitos médicos, podendo prejudicar o processo de aprendizagem. Por outro lado, o currículo da maioria das escolas médicas portuguesas não apresenta uma forma estruturada do ensino de Anestesiologia que permita um contacto inicial com a especialidade, aquando da formação pré-graduada (cenário este que infelizmente, também se repete a nível internacional)”, explicam-nos. É por essas razões que “os médicos que escolhem a especialidade de Anestesiologia experienciam uma transição abrupta para uma realidade muito diferente e diferenciada, onde são expostos a situações de elevada intensidade e exigência, contactando logo com doentes em estado crítico ou estados fisiológicos alterados. A pressão existente neste período é muito intensa, de difícil acomodação e potencialmente geradora de



InAnestesia 2015

situações de *burnout*, factores estes que podem propiciar uma inadaptação e o abandono da especialidade. Acresce que o ambiente de trabalho é frequentemente isolado da restante dinâmica do hospital, com contacto menos próximo e mais fugaz com o doente, havendo naturalmente uma carência de contacto com outros colegas

internos o que dificulta a partilha de experiências e o suporte emocional necessário nesta transição”, razões mais do que suficientes para criar este curso como forma de colmatar as dificuldades dessa transição para a especialidade. Naturalmente que isto não significa que, com um curso de cinco dias, se condensa todo um progra-

ma de internato. “Nunca foi esse o nosso intuito. Porém, no InAnestesia tentamos transmitir aos colegas recém-admitidos na especialidade, aquele *working knowledge* que a nós, quando internos, nos exigiu muito tempo e esforço a adquirir: noções gerais de fisiologia e farmacologia aplicadas, treino de técnicas, entrevista clínica”.



Nuno Sousa (médico neurorradiologista e diretor do curso de medicina da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho) e João Bessa (psiquiatra do Hospital de Braga e docente da ECS-UM)



Pedro Amorim, representante a Sociedade Europeia de Anestesiologia (anestesista no Centro Hospitalar do Porto)



José Pego (ECSUM)



Sara Gomes (ECSUM)



Rui Guimarães (Hospital de Braga)



Tiago Folhadela Faria (Hospital de Braga)



Vitor Miguel Oliveira (CH Tondela, Viseu)

Organizadores do InAnestesia

Treino de técnicas específicas em simuladores e doentes simulados

Mas existirão diferenças entre os internos de 2011 (e antes) e os internos de 2015? “É verdade que os actuais médicos internos quando escolhem a especialidade estão muito mais informados. Uma grande maioria realizou estágio opcional num serviço de Anestesiologia ou procurou informar-se profundamente acerca do que é ser-se anestesiológico, por isso fazem uma escolha mais consciente e madura. No entanto, as dificuldades referidas anteriormente mantêm-se. O programa do “InAnestesia – Introdução à

Anestesiologia Clínica” permite que os colegas recém-chegados ganhem rapidamente as competências cognitivas e técnicas primordiais, num ambiente

emocionalmente neutro e sem pressões de produtividade ou colocando em risco a segurança dos pacientes”.

O objetivo primário é facilitar o



Rui Guimarães apresenta José Manuel Silva, bastonário da OM, e Serafim Guimarães, presidente do Conselho Nacional do Internato Médico

processo de transição do médico em formação para o universo da especialidade, objetivo que “tem sido atingido e melhorado ano após ano, o que é comprovado pelo elevado grau de confiança em iniciar a especialidade reportado pelos internos, bem como a apreciação feita pelos especialistas que recebem os internos após o curso” (ver gráficos). Se a apreciação feita pelos formandos são “resultados expectáveis” o mesmo não se pode dizer daquilo que a organização do InAnestesia define como “um ganho secundário” que se traduz na “troca de experiências com os colegas de percurso formativo e formadores de todo o país criando uma rede social entre colegas” que não existia previamente ao InAnestesia. “Tem sido muito interessante, também, a interação entre formadores, pela troca de experiências, pela aprendizagem de técnicas de ensino, permitindo reforçar relações entre colegas e entre instituições. O sentimento que se vive é o de uma energia muito positiva em torno de uma paixão comum, a Anestesiologia”, concluem.

Mas, em termos concretos, que aptidões clínicas pode um interno esperar possuir, após fazer esta formação? “O curso é dividido em dois módulos: o primeiro - ‘InAnestesia – Introdução à Anestesiologia Clínica’ - é apresentado na primeira semana de trabalho do internato. São 5 dias intensos, plenos de camaradagem e aprendizagem baseada na troca de experiências e estreito contacto com especialistas oriundos de todo o país. Os participantes adquirem neste curso, os fundamentos teóricos primordiais para a prática clínica de Anestesiolo-

gia, bem como, pelo treino em simuladores de elevado realismo, as competências básicas para a execução de técnicas específicas de monitorização, cateterização (arterial e venosa), manipulação da via aérea, preparação de uma anestesia geral e as técnicas de anestesia locorregional. Não menos importante, contactam com pacientes simulados para treinar a técnica de entrevista para avaliação pré-anestésica e de como lidar com o paciente que vai ser anestesiado. O módulo 2 - ‘InAnestesia – Simulação Avançada’ - é um programa de 3 dias, dirigido a todos os internos de Anestesiologia do país, independente do grau de formação, onde são expostos a situações complexas, baseadas em casos reais. Nestes cenários, são treinados vários procedimentos mais diferenciados e sobretudo é treinada a aquisição de competências não-técnicas como a liderança, gestão de equipa, comunicação em situações críticas ou transmissão de más notícias”. Sobre a potencial relevância para outras especialidades deste tipo de abordagem, reconhecendo que seria “ser juiz em causa própria” a organização preferiu remeter para a sessão de abertura do InAnestesia 2015, em que o Bastonário da OM, José Manuel Silva, reforçou o lema do curso: “Um dia todas as especialidades começarão assim...”, uma frase que, sublinha a comissão organizadora, “diz tudo!”



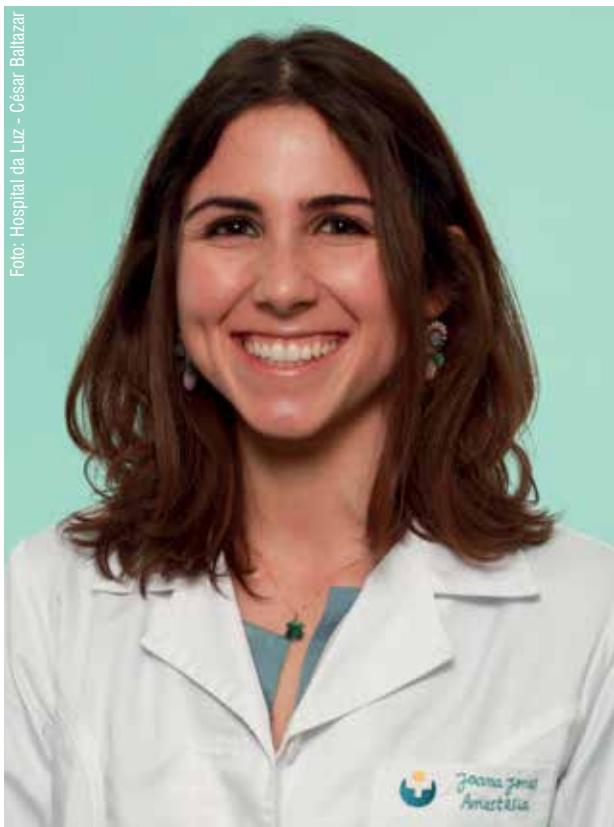


Aposta ímpar na qualidade da formação e na melhor preparação para o interno

José Calheiros é interno do 1º ano da especialidade de Anestesiologia na ULS Matosinhos e define este curso como um “enriquecimento para a especialidade” que facilita a adaptação dos internos, opinião partilhada por muitos colegas: “durante o Ano Comum tive conhecimento deste curso a partir de internos de Anestesiologia e a opinião era unânime: todos defendiam a sua importância e pertinência. Aliado ao entusiasmo e enorme

vontade de começar, sabia que seriam 5 dias de formação intensiva, abrangendo um vasto conjunto de competências teórico-práticas”, referiu-nos. Consciente de que num curso de introdução o objectivo não seria abranger toda a Anestesiologia, José Calheiros sabia que ia receber uma preciosa ajuda para os seus “primeiros passos” nesta especialidade, o que não sabia era que fórmula iria ser usada... “Inicialmente, não sabia como estaria organizada a parte formativa, nem quem seriam os formadores/orientadores, e fiquei surpreendido quando descobri que haveria participação de responsáveis de formação, orientadores e especialistas de todo o país. Esta diversidade não só elevou as expectativas, como foi uma das garantias de qualidade deste curso”. Quando questionado sobre a relevância concreta deste tipo de formação, explica: “o acto anestésico não pode ser encarado com leveza, requer conhecimentos profundos de anatomia, farmacologia e fisiologia, bem como uma metodologia de trabalho bem estruturada e responsável. É fundamental garantir a segurança do doente desde o pré-operatório até aos cuidados pós-anestésicos, tentando sempre antecipar e prevenir complicações que possam advir não só da anestesia em si, mas também do próprio acto cirúrgico. Para isso, há

Foto: Hospital da Luz - César Baltazar



Um potencial didático e integrador entusiasmante

Joana Jones é interna do 1º ano da especialidade de Anestesiologia no Hospital da Luz e foi uma das cinco dezenas de formandos que frequentou o primeiro módulo do InAnestesia 2015. As expectativas eram grandes “não apenas por representar uma ferramenta inicial muito aguardada por todo o interno, mas sobretudo, para quem, como eu, escolheu a especialidade de Anestesiologia por paixão, por representar um primeiro contacto, primeiros passos e primeiros ensinamentos tão ansiados. Um curso introdutório com esta elite de formadores, objectivos e patrocínios científicos, nomeadamente da Ordem dos Médicos, da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia e da Sociedade Europeia de Anestesiologia, garantia um potencial didático e integrador, que desde logo me entusiasmou”, explicou-nos. Questionada sobre quais as dificuldades concretas que

um requisito essencial: formação. Com a entrada na especialidade, inicia-se um desafio que não será fácil à partida pela sua complexidade e é compreensível que qualquer interno se sinta algo receoso e procure ferramentas que o ajudem". E foi essa ajuda que encontrou no InAnestesia, um projecto que segundo este interno "facilita a adaptação e integração do interno na especialidade, conferindo-lhe competências básicas essenciais, que irão ser desenvolvidas posteriormente na sua prática clínica", refere, concretizando: "desde a simulação de consulta pré-anestésica com pacientes simulados, colocação de cateteres (centrais e periféricos), até a simulação de indução anestésica, com intubação e ventilação em modelos de alta-fidelidade; durante uma semana articularam-se conceitos teóricos com procedimentos práticos, elevando ao máximo a nossa produtividade. Qualquer interno necessita de formação orientada para desenvolver a sua actividade clínica e este curso foi o primeiro passo. Todos os internos tiveram possibilidade de se familiarizar com várias situações clínicas, treinar inúmeras técnicas sob orientação constante, o que permitiu melhorar não só a qualidade dos procedimentos, mas também adquirir métodos que irão conferir maior segurança durante a sua aplicação em contexto real". Com esta análise, naturalmente que José Calheiros considera que "as expectativas foram superadas" e não poupa merecidos elogios à iniciativa: "É sem dúvida um projecto ambicioso e exigente, não só no conteúdo mas também no tempo, e só poderia ser assim. Ainda com uma "semi-vida" curta, é inovador em Portugal e o seu valor tem sido reconhecido não só a nível nacional (evidente pelo número crescente de internos que ano após ano frequenta este curso), como também a nível internacional (onde se estuda a possibilidade de replicar este projecto). Não se pode ignorar aquilo que faz sentido, e o trabalho desta equipa (responsável pela organização do curso) deve ser enaltecido e replicado. Contudo, não é só de competências técnicas que se faz Medicina, e durante esta semana, houve oportunidade para, especialistas e internos, partilharem experiências, trocarem impressões, falarem sobre o presente e o futuro. Resiliência, persistência e dedicação são atributos necessários para uma formação mais arrojada, e têm de ser cultivados desde o início. Para o interno significa melhor preparação, para a Anestesiologia uma aposta ímpar na qualidade da sua formação", concluiu.

sentiu que foram supridas por este curso, explica: "o facto da Anestesiologia ser uma especialidade médica pouco contemplada nos programas de formação obrigatória da grande maioria das faculdades de Medicina no nosso país, faz com que este curso seja a verdadeira introdução preparatória para o nosso futuro, enquanto internos a dar os primeiros passos nesta especialidade. No meu caso, a falta de oportunidades de contacto com a realidade da Anestesiologia (à excepção de curtos estágios opcionais ou estágios extracurriculares feitos por iniciativa própria) tornou, certamente, esta abordagem de conhecimentos básicos fundamentais, tanto da componente teórica como das competências práticas da actividade anestésica uma inquestionável mais-va-

lia, permitindo que iniciemos a nossa actividade com um maior grau de responsabilização, conhecimento e segurança nas atitudes". Uma preparação que considera muito importante a vários níveis: "os temas teóricos escolhidos são temas centrais na prática anestésica com mérito para os formadores que os conseguiram compilar em apresentações concisas, práticas e didáticas, facilitando muito a compreensão e integração de vários aspectos fisiológicos e farmacológicos nos primeiros dias de estágio. Por sua vez, a aprendizagem dos gestos práticos e simulação em modelos foi essencial para a familiarização com o material, atitudes e procedimentos no bloco operatório, visando a minimização de atitudes incorretas e maximização de compe-

tências práticas e confiança para o início da formação"; à qualidade das apresentações teóricas e ao treino em simuladores de técnicas anestésicas muito próximas da realidade, juntou-se nestes cinco dias de curso uma "riquíssima partilha de experiências entre formadores e formandos", três factores complementares que levam Joana Jones a "referenciar o InAnestesia como um curso fundamental para quem inicia a especialidade, aproveitando para deixar, em nome pessoal e, penso, em nome de todos os inscritos, um profundo agradecimento a toda a organização pelo seu empenho inexcedível, que possibilitou um abrir de olhos para esta nossa especialidade que, a partir de agora, passa também a ser um novo rumo da nossa vida", concluiu.



De 2011, realce para o treino prático em ambiente de simulação

Juliana Louro

da Cruz, é interna do 5º ano de Anestesiologia e participou na edição de 2011 do InAnestesia. Agora a terminar a sua especialidade, falou-nos dos elementos que realça desse curso: “o treino em ambiente de simu-

lação permite a obtenção de competências teóricas, técnicas e comportamentais em ambiente controlado. (...) A simulação durante a formação específica é, atualmente, tão importante como conhecer os doentes antes do dia da cirurgia”, específica, considerando que “a simulação parece ser mais eficaz do que qualquer intervenção e não-inferior à aprendizagem em ambiente não simulado”. O treino em simuladores, presente nos dois módulos do InAnestesia, foi, portanto, o que mais marcou esta médica interna e aquilo que representa para si a grande mais valia do curso: “o treino prático em ambiente de simulação é seguro e assume-se, no meu ponto de vista, como um novo patamar na formação médica. (...) Todos os meus colegas deveriam ter o privilégio de fazer simulação durante os respectivos internatos” refere, reconhecendo que “em relação ao meu desenvolvimento enquanto interna, integrei conceitos e assumi papéis que, sem esta ajuda, teriam sido dificultados. A palavra “debriefing” foi sem dúvida o conceito que eu aprendi a ler, soletrar, escrever e finalmente aplicar”. Uma boa memória numa fase de um percurso formativo que se aproxima agora do fim.

Um olhar para as outras especialidades

Questionadas as restantes especialidades, recolhemos informação que nos permite considerar que este tipo de formação é não só bem recebida pelos internos como elogiada pelos especialistas

das mais diversas áreas. Existem, naturalmente, especificidades a ter em conta como seja o número de internos em cada um dos anos da formação específica, pois existem especialidades em que não se justificaria um curso só para internos do 1º ano da especialidade, como seria o caso, por exemplo, da Genética Médica ou Anatomia

Patológica, ou a própria natureza das especialidades que poderão não ser tão técnicas como a Anestesiologia, não justificando, por exemplo, este tipo de treino com simuladores. A ordem pela qual iremos inserir as várias especialidades tem apenas a ver com o critério editorial de agrupamento do tipo de formação que detectámos existir e a ordem de chegada dos diversos contributos que enriqueceram esta análise. Incluímos não apenas os contributos que nos chegaram através dos Colégios da Especialidade da OM mas também comentários de médicos internos de várias especialidades. Na **Neurologia** existe o INeurologia, um curso de formação inicial para internos do 1º ano da especialidade de todo o país, “inspirado no InAnestesia”. Este curso decorre todos os anos no início de Março (este ano será de 5 a 7 de Março), na Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho. O curso vai na 3ª edição e em 2014 teve 10 formadores e 11 formandos. Em Psiquiatria existe o IPsiquiatria que, tal como o INeurologia, baseia-se nos mesmos pressupostos e objectivos do InAnestesia no que diz respeito à importância da formação pré-graduada preparatória no início das especialidades médicas. Conforme nos explicou o coordenador deste curso, João Bessa, embora baseados nos mesmos pressupostos, os cursos IPsiquiatria e INeurologia apresentam um formato adaptado às especificidades das duas especialidades: “por exemplo, na **Psiquiatria** as actividades de carácter prático focam-se na simulação de situações clínicas concretas no Laboratório de Aptidões Clínicas, com recurso a pacientes simulados com a intervenção de actores treinados para o efeito. Já na Neurologia, o foco

das actividades práticas centra-se nos detalhes do exame neurológico e técnicas de Neurologia. Tendo em conta as afinidades entre as duas especialidades, algumas das actividades dos 2 cursos, tal como as sessões práticas de Neuroimagem e Comunicação Clínica, têm sido realizadas em conjunto, o que permite uma interação enriquecedora entre os internos de Psiquiatria e Neurologia”, concluiu. O IP-siquiatria nasceu também em 2013 e o ano passado teve cerca de 20 participantes e 10 formadores, incluindo Femi Oyebo de da Universidade de Birmingham. Este ano, na terceira edição prevista para Março de 2015, a organização conta receber 30 formandos e ampliar o corpo docente para 16 formadores (nacionais e internacionais).

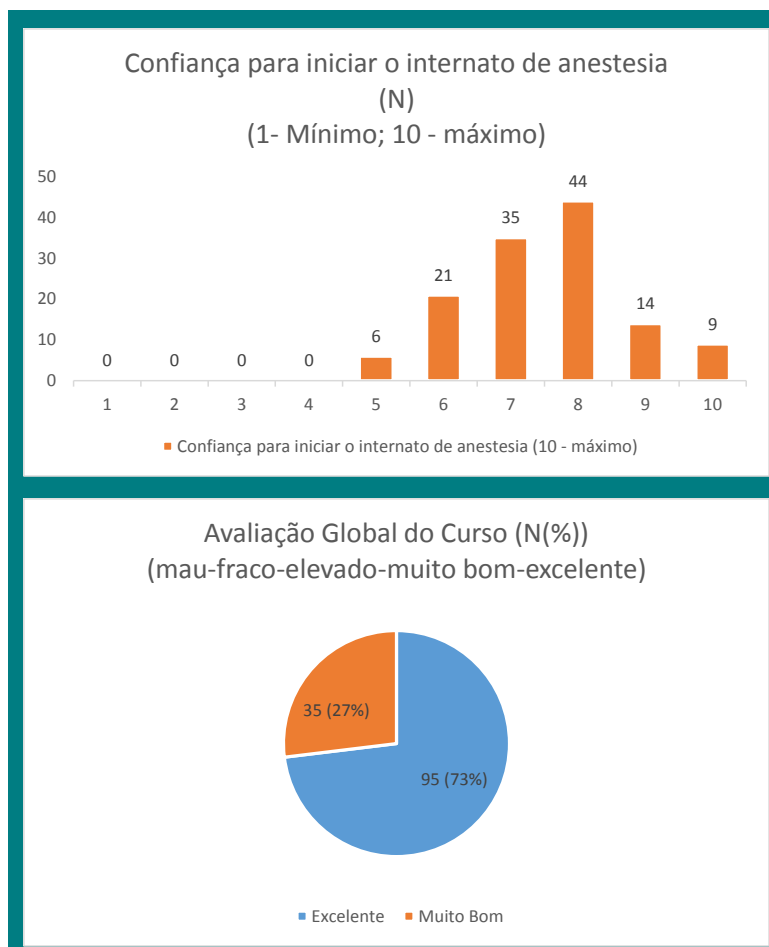
Na especialidade de **Saúde Pública** existe, há mais de uma década, um curso de introdução à especialidade, com características similares (embora adaptadas à realidade da especialidade) cujos destinatários são os Internos do 1º ano de todo o país, embora nele colaborem frequentemente internos de outros anos de formação que aí apresentam as suas experiências e trabalhos elaborados no decurso do Internato. A finalidade de “Curso de Boas Práticas em

Saúde Pública do Internato Médico de Saúde Pública” – que vai na sua 13ª edição – é introduzir/habilitar os médicos Internos com as ferramentas básicas da especialidade (fundamentalmente nas disciplinas de epidemiologia, planeamento em saúde e apresentação de trabalhos técnicos na área biomédica) e os Cursos têm sido

logística geral do Curso). Com uma duração de 60/70 horas, é reconhecido pelo Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos como muito importante na formação dos Internos de Saúde Pública.

Na especialidade de **Cardiologia Pediátrica** não existe nenhum curso de introdução ao Internato da Especialidade. O presidente desse Colégio, José Monterroso, saúda o InAnestesia que lhe parece “extremamente importante” e que gostaria de poder implementar na sua especialidade, mas, provavelmente com um programa menos intenso onde se transmitissem noções básicas e se dessem ferramentas básicas para que o interno entrasse com mais confiança e a sentir-se integrado numa equipa. “Não é possível transmitir num curso de dias todo o conteúdo de uma especialidade de 5 anos; Informação excessiva não é assimilada e perde-se”, refere.

Anatomia Patológica é uma especialidade onde não existe esse tipo de curso, mas, tal como explicou Pedro Soares de Oliveira, presidente do Colégio de Anatomia Patológica da OM, “estes cursos só podem ser efectuados em especialidades em que o número de Internos a nível nacional justifique esse investimento: especialidades com número de vagas inferior a 15 provavelmente não justificam o esforço em termos



realizados na cidade do Porto por facilidade no apoio logístico que tem sido fornecido pela ARS Norte, podendo, no entanto, as suas sessões ter lugar noutros locais, sempre com carácter nacional. O curso acontece entre Março/Abril e Outubro/Dezembro de cada ano e é promovido pelas Coordenações do Internato Médico de Saúde Pública (sendo, actualmente, as Coordenações das Zona Norte e Centro as responsáveis pela

nacionais". Na opinião de Pedro Soares de Oliveira, "o InAnestesia poderia ser tido como modelo para as especialidades de Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Medicina Interna (embora aqui o facto de a formação do curso de medicina ser muito orientada nesta área possa tornar desnecessário este curso), etc." Em Anatomia Patológica existe "um Curso de Introdução à Biologia Molecular obrigatório, bianual, para todos os Internos de modo a que quando forem fazer a componente prática do estágio de biologia molecular terem uma base teórica global".

O Colégio de **Genética Médica** organiza anualmente duas a três "Reuniões de Formação do Internato Complementar de Genética Médica", destinadas a todos os médicos internos da especialidade, com a duração de um dia e realizadas rotativamente em Coimbra, Lisboa e Porto (a primeira das quais aconteceu a 15 de abril de 2005 em Coimbra e a 24ª, e última até ao momento, a 19 de novembro de 2014 em Lisboa). Dadas as especificidades da especialidade, as reuniões são abertas a todos os internos, incluindo os do 1º ano mas não exclusivamente. Qualquer outra possibilidade inviabilizaria a formação pois habitualmente há apenas até 4 internos em cada um dos 5 anos do internato de Genética Médica, conforme nos foi referido por Jorge M. Saraiva, presidente da direção do Colégio desta Especialidade. Desde 2006 que a Unidade de **Estomatologia** Pediátrica do Hospital de D. Estefânia (HDE) promove, anualmente, um curso subordinado ao título "O essencial em Estomatologia na criança e no adolescente". Começou por tratar-se de um "Ciclo de Cursos do Internato Médico", submetido

Anseios, receios e expectativas: uma vida (re)organizada para o internato

Ricardo Rocha, interno do 4º ano de Cirurgia Geral começa por explicar que "a transição para a formação específica não é apenas uma mera progressão profissional" pois envolve alterações na vida profissional e pessoal de todos os internos em áreas como mudança de residência, afastamento da família, namorados, amigos, etc.. "Do ponto de vista profissional é a mudança mais radical que já vivemos, com uma dedicação exclusiva à 'arte' que escolhemos, a qual aliás não dominamos de todo, quer do ponto de vista teórico, quer do ponto de vista técnico. Com um horário de trabalho extenuante e que não acaba na consulta, na enfermaria ou no bloco: continua em casa, com estudo, trabalhos, etc." E como "ninguém 'nasce ensinado' acrescente-se a todo esse alvoroço, a natural insegurança de quem dá os primeiros passos na especialidade. "Durante alguns anos, uma grande parte da nossa vida vai ser organizada em função do nosso internato. É nesse sentido que se torna particularmente relevante a existência de programas de integração na fase inicial do internato, que possam não só ser 'cursos intensivos', mas também permitir troca de experiências entre colegas de diferentes hospitais".

No âmbito das Visitas de Verificação de Idoneidade, Ricardo Rocha – enquanto representante nomeado pelo Conselho Nacional do Médico Interno – acompanhou o Colégio da Especialidade e visitou diversos Serviços de Cirurgia Geral do sul do país pelo que a sua visão é fundamentada no que verificou *in loco*: "Naturalmente que alguns serviços serão de integração mais fácil, outros mais difícil; alguns apoiam mais o interno, outros menos; alguns dão mais autonomia, outros não a dão de todo. Mas penso que, para todos os serviços e sobretudo para os internos, seria relevante que pudessem passar por um curso de 'iniciação à especialidade'", frisa.

Inês Leal, interna do 3º ano da formação específica de Oftalmologia no Hospital Santa Maria explicou-nos que nesta especialidade não existe em Portugal esse tipo de formação. "Contudo, existe já 'alguma tradição', desde há 5 ou 6 anos, de internos do 1º ano ou início do segundo fazerem um curso intensivo durante 4 semanas", o qual é feito num de três sítios à escolha: Madrid (aquele que Inês Leal escolheu fazer no início do 2º ano), Nova Iorque e São Paulo. "Em 4 semanas, aborda-se desde anatomia, fisiologia, farmacologia às principais patologias por subespecialidade de Oftalmologia. Em geral, é uma experiência muito enriquecedora e os internos costumam achar muito útil na sua formação". No entanto, como a própria referiu, estas são "introduções teóricas", ainda assim muito úteis pois ajudam a "adquirir conhecimentos básicos que podem ter impacto na actividade clínica a curto prazo, traduzindo-se num mais fácil ingresso na respectiva especialidade". Sobre o potencial de um curso de índole científica e prática

na sua especialidade, Inês Leal considera que como os alunos de medicina contactam com Oftalmologia apenas alguns dias durante todo o curso, e esta é uma especialidade “com muita especificidade no que respeita às consultas, exames complementares e cirurgia”, “um curso com as bases oftalmológicas de anatomia, clínica e princípios cirúrgicos permite mais confiança e uma mais rápida transição para a prática clínica”, conclui, elogiando o modelo do InAnestesia.

Rui Marinho, interno do 3º ano de Cirurgia Geral

reconhece igualmente que a entrada no internato complementar é um momento de transição importante no percurso profissional hospitalar do jovem médico, o qual “anseia pelas novas experiências pelas quais esperou um ano”. “Neste sentido é importante saber lidar com as expectativas do interno recém-integrado, conhecer as suas ilusões e racionalizá-las de acordo com a realidade do serviço que nem sempre o interno tem oportunidade de conhecer”. No caso específico de Rui Marinho em que não existiam dúvidas que a cirurgia seria o caminho certo, o próprio procurou, ainda durante a faculdade, “conhecer e aprofundar ao máximo esse campo” o que fez com que a integração na especialidade corresse melhor. No entanto, Rui Marinho considera que com os internos que chegam às especialidades como “alternativa” e “muitas vezes como terceira ou quarta opção”, esta transição não é tão linear pois, durante o ano comum, não experimentaram a especialidade que mais tarde seguiriam. “Ainda que o tivessem feito, as diferenças entre serviços e hospitais é tão ampla que a integração nunca poderia ser programada. Assim, tendo em conta todas estas variabilidades, tendo em conta a importância de gestão de expectativas do interno e a vontade que todos os chefes de serviço têm que é a de homogeneizar o mais possível os processos e práticas inerentes ao serviço, penso que um curso como o InAnestesia, obviamente adaptado a cada realidade, seria importante para os recém-internos”. Conforme nos referiu, a importância de uma formação deste tipo seria “porque facilitaria a integração no serviço não só em termos prático-profissionais mas também inter-pessoais. Um curso deste tipo, com uma forte componente prática, com doentes e situações simuladas por exemplo na consulta ou nas urgências (no caso da minha especialidade), dado por um interno mais velho ou em integração com um especialista mais jovem poderia ser importante para potenciar as capacidades do recém-interno, de certa forma atenuar a ansiedade da entrada num contexto novo”, concluiu.



ao genérico “O essencial em...”, promovido pelo Internato Médico do HDE, dirigido por João Estrada, “reagindo ele mesmo a um desafio que a Estomatologia lhe dirigiu: dar a conhecer o indispensável - em cada área - aos que iniciavam os internatos das especialidades menos segmentares de Pediatria Médica e Pediatria Cirúrgica. Compreendeu-se, à época, que existe um mínimo de conhecimentos que deve ser transversal e partilhado entre pares, no hospital pediátrico. O ciclo começou por contar com ‘O essencial em...’ Genética, Estomatologia, Ginecologia, ORL, Medicina Física, Oftalmologia, Radiologia, Pedopsiquiatria, Anestesiologia, Ética, Imuno-hemoterapia, Imunoalergologia, com um dia para cada”, explicou-nos Rosário Malheiro, presidente do Colégio da Especialidade de Estomatologia. Mas cedo essa formação de 1 dia, em Estomatologia, que era aberta a todos os internos de todas as áreas, se foi tornando “um hábito” para os internos de Estomatologia, a nível nacional. “Hoje, apenas subsiste este tipo de formação em Estomatologia, que os internos frequentam com agrado”, conclui, explicando que o curso é frequentado por internos de qualquer ano embora tendo como “foco mais relevante os recém-chegados à Estomatologia”, especialistas. Iniciativa díspar do InAnestesia, é, de qualquer das formas, valorizada pelos internos e a sua estrutura baseia-se na análise de casos clínicos de Estomatologia. Rosário Malheiro defende que “a dotação de conhecimento, no 1º ano de cada internato não tem populações muito diferentes, especialidade a especialidade. Só mais tarde os universos se vão distinguindo, aumentando os constrangimentos terminoló-

Hospitais de origem dos formadores do InAnestesia

Centro Hospitalar Lisboa Central
 ULS-Matosinhos
 Centro Hospitalar Médio Ave
 Centro de Simulação Biomédica - FMUP
 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
 Hospital da Luz
 Centro Hospitalar do Porto
 Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho
 Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro
 Centro Hospitalar Leiria-Pombal
 Centro Hospitalar Lisboa Norte
 IPO Porto
 Centro Hospitalar Alto Ave
 Hospital de Faro
 Hospital Juan Canalejo, Corunha
 Escola de Ciências da Saúde
 Departamento de Medicina da Universidade do Algarve
 Hospital Central do Funchal
 Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga
 IPO Lisboa
 Centro Hospitalar S. João
 Hospital Garcia de Orta
 Centro Hospitalar Baixo Vouga
 Hospital Espírito Santo
 Hospital de Braga
 Hospital Espírito Santo, Évora
 Centro Hospitalar Tondela-Viseu

gicos, por exemplo", preferindo a ideia de "troncos comuns com cada vez maior interlocução e transversalidade... no essencial". Conforme nos explicou Elza Tomaz, presidente da direcção do Colégio de **Imunoalergologia**, apesar de não se enquadrar no mesmo tipo de abordagem da iniciativa de Anestesiologia, a Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica promove há já vários anos uma acção de formação destinada a Internos de Imunoalergologia (em qualquer ano da especialidade), numa acção formativa composta de vários módulos que se sucedem em ciclos de 3 anos, chamada "Physalis", em que os módulos abrangem as principais áreas da

especialidade e também outras como técnicas de comunicação, investigação clínica e pesquisa bibliográfica.

Em **Reumatologia** existem iniciativas mais direccionadas para os internos do primeiro ano mas nenhuma é exclusiva: a Sociedade Portuguesa de Reumatologia organiza, duas vezes por ano, desde há cerca de uma década, cursos especificamente destinados apenas aos Internos de especialidade de Reumatologia. Alguns (os de semiologia do aparelho locomotor) destinam-se primariamente aos Internos de 1º ano, embora não excluam os restantes. Os de radiologia do aparelho locomotor também se destinam a Internos em início do Internato (dando

prioridade aos primeiros 2 anos). Outros cursos têm tido por alvo Internos de todos os anos da especialidade de Reumatologia, abrangendo temas como: ecografia clínica do aparelho locomotor, reumatologia pediátrica, como organizar um estudo clínico em Reumatologia, etc. Conforme nos explicou José Melo Gomes, presidente da direcção do Colégio, esta é uma fórmula que se pretende manter pois todos estes cursos têm organização da Sociedade e da Comissão de Internos de Reumatologia e o patrocínio do Colégio da Especialidade de Reumatologia da Ordem dos Médicos.

Existem cursos organizados pela Sociedade Portuguesa de **Pediatria** com a finalidade de acolher os recém chegados à especialidade e que, sendo naturalmente uma mais valia para os internos, não deixam de ter um âmbito muito diferente do InAnestesia: nestes cursos de introdução ao internato de Pediatria os conteúdos são, como na maior parte das especialidades, referentes a um "tronco comum", mais teórico: temas como o programa de formação, partilha de experiências, abordagem a um artigo científico e investigação clínica, etc.

Em **Pneumologia** não se realizam cursos para os internos do primeiro ano com as características (técnico-científicas apenas) do curso que deu o mote a esta análise. Pneumologia tem exactamente a mesma abordagem já referida para outras especialidades: anualmente realiza-se um fim de semana de boas vindas a todos os internos do primeiro ano (cerca de 25 a 30), cujo programa inclui temas mais teóricos: história da Pneumologia, saídas profissionais, programa de formação da especialidade, avaliação durante o internato, características

clínicas das principais patologias respiratórias - Asma, DPOC, Tuberculose, Cancro do Pulmão, Apneia Respiratória do Sono etc. e principais técnicas de diagnóstico. Conforme nos explicou Henrique Queiroga, presidente Colégio de Pneumologia, “o objectivo é explicar o que é a especialidade e estabelecer um intercambio entre os especialistas e os internos”.

Também em **Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética** a abordagem é mais teórica, com a Sociedade Portuguesa de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética a organizar um curso regular, em módulos, destinado a internos da especialidade que aborda a generalidade dos capítulos teóricos do programa de especialidade, um curso que vai na sua terceira edição. Na mesma linha, o Colégio da Especialidade de **Ortopedia** realiza este ano o 5º curso de “introdução à Ortopedia”, destinado a internos do 1º ano do internato de Ortopedia e Traumatologia.

Conforme nos explicou Nuno Reis, presidente da direcção do Colégio da especialidade de **Neurocirurgia**, existe nesta área um curso organizado pela Sociedade Portuguesa de Neurocirurgia cujo conceito é “a frequentar durante todo o internato” pois, a frequência não é obrigatória, naturalmente, mas é comum a inscrição todos os anos dos internos no decurso do internato (do 1º ao 6º ano) e por vezes continuando - durante algum tempo - a frequentá-lo como jovens especialistas. Esta formação em Neurocirurgia existe desde 1997 e é de âmbito nacional mas não restrita aos internos do 1º ano e traduz-se num curso teórico-prático, com a duração de 2 dias, sobre os vários campos da patologia neurocirúrgica. De realçar que estes cursos

Lista de Serviços de Anestesiologia que tiveram internos no programa

“InAnestesia – Introdução à Anestesiologia Clínica”

Centro Hospitalar Alto Ave	(2011, 2013, 2014, 2015)
Centro Hospitalar Baixo Vouga	(2013, 2014, 2015)
Centro Hospitalar de Setúbal	(2013, 2014, 2015)
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga	(2012, 2015)
Centro Hospitalar Leiria	(2013, 2014, 2015)
Centro Hospitalar Lisboa Norte	(2013, 2014, 2015)
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental	(2013, 2014, 2015)
Centro Hospitalar Porto	(2013, 2014)
Centro Hospitalar São João	(2015)
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	(2012, 2013, 2015)
Centro Hospitalar Tondela-Viseu	(2012, 2013, 2014, 2015)
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro	(2011, 2012, 2013, 2014, 2015)
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	(2013, 2014, 2015)
Hospital Central do Funchal	(2013, 2014)
Hospital da Luz	(2015)
Hospital de Braga	(2011, 2012, 2013, 2014, 2015)
Hospital Divino Espírito Santo	(2013, 2014, 2015)
Hospital Espírito Santo	(2013, 2014, 2015)
Hospital Fernando da Fonseca	(2015)
Hospital Garcia de Orta	(2014, 2015)
IPO Lisboa	(2015)
IPO Porto	(2015)
USL-Matosinhos	(2013, 2014, 2015)

anuais são normalmente organizados fora dos grandes centros (Aveiro, Tomar, Caldas da Rainha, Monte Real, Urgeirica, são alguns dos locais onde já decorreu esta formação).

Em **Medicina do Trabalho** não existe um curso específico para internos do 1º ano da especialidade, estando prevista uma formação teórica, durante o internato que ainda não foi implementada. Também relativamente à especialidade de **Medicina Geral e Familiar** não existem formações com estas características; no entanto, o Colégio considera a iniciativa do InAnestesia “muito interessante” e será eventualmente uma situação

para análise futura.

A ROM agradece a colaboração imprescindível da organização do InAnestesia, bem como dos representantes de outras iniciativas de formação referidas e a todos os médicos internos entrevistados.

Agradecemos igualmente (em todas as áreas onde se analisa o tipo de cursos que existem para os internos do 1º ano da formação específica) aos presidentes dos respectivos Colégios da Especialidade o seu contributo e colaboração para o enriquecimento deste artigo.



Jaime Teixeira Mendes

Presidente do Conselho Regional do Sul da OM

Demitiram-se os médicos mas o ministro lá vai continuando

Sete médicos, chefes de equipas de urgência do Hospital Garcia de Orta, tomaram uma decisão difícil, mas de grande legitimidade e alcance. Com a sua demissão das funções que desempenhavam, estes sete médicos, cansados de promessas e de trabalho árduo e sem as condições necessárias para tratar os seus doentes, chegaram ao ponto em que não havia alternativa para fazerem ouvir a sua voz nem solução para o problema se continuassem a aceitar silenciosamente as imposições ditadas por uma política de saúde absurda e um modelo de contratação de médicos ineficaz e desrespeitador das competências de uma profissão extenuante.

Estes colegas são dignos do nosso apreço desde a primeira hora por várias razões; desde logo pela seriedade com que tomaram a decisão, sem se envolverem em processos de mediatização mais ruidosos do que eficazes, mas sobretudo pelas razões que os moveram, que visaram sempre em primeira instância a defesa da qualidade dos cuidados de saúde prestados e, por conseguinte, a de-

fesa dos doentes.

As repercussões desta decisão na esfera interna do hospital fizeram-se notar de imediato, com a reacção do Conselho de Administração, que visou um rápido afogamento das ondas de choque, embora, até àquela altura, nada tenha feito que pudesse contribuir para a resolução dos problemas crescentes nas urgências do Hospital Garcia de Orta.

É bom lembrar até que numa reunião (a 21 de Novembro de 2014) que eu próprio, acompanhado por colegas do Conselho Regional do Sul e do Conselho Distrital de Setúbal, tive com a Administração do hospital, o seu presidente admitiu o défice do quadro de pessoal médico e os efeitos que uma nefasta política de contratação tinha produzido. Falou-se da perda de 10 anestesistas em pouco tempo, do “grande cancro” – referência de um colega que vive o dia-a-dia do hospital (ver a edição n.º 191 do Medi.com, na página 20) – que é o serviço de urgência e a contratação de empresas de fornecimento de médicos.

O presidente do CA do Hospi-

tal Garcia de Orta atribuiu nessa reunião importância ao caso das urgências e também reconheceu que os directores de serviços cirúrgicos que, uns dias antes, tinham manifestado o seu desconforto com a falta de anestesistas, estavam do lado da razão. Disse até que isso “condiciona de tal forma a actividade dos serviços, que põe em causa, no fundo, a retenção de muitos cirurgiões desta casa por falta de condições, porque querem trabalhar e não têm condições para isso” (ver edição do Medi.com já referida, na página 21).

De resto, o presidente do CA teve elogios aos médicos e referiu mesmo que “só a compreensão dos profissionais, a paciência, a resiliência, que tem sido superior à instabilidade e à perturbação que isto tem causado, têm evitado que a situação de ruptura se agrave, mas na realidade o que se vive aqui é uma situação de caos” (ver na página 20 da mesma edição do Medi.com).

Fiquei com a convicção de que o presidente do CA tinha vontade de resolver a situação e tinha dela consciência, mas não dispunha

Neste contexto da crise no HGO, o senhor ministro da Saúde revelou mais uma vez a sua incapacidade para compreender a importância das suas funções e aludiu a uma velada desresponsabilização daqueles que se demitem. Estas palavras são de alguém que de facto não conhece as suas próprias responsabilidades – porque demitir-se ele próprio seria um acto de grande responsabilidade –, nem conhece os princípios da profissão médica. Nenhum médico se demite dos seus doentes e estes sete médicos estão a trabalhar, empenhados e decididos a garantir as melhores condições de trabalho e os melhores cuidados.

de meios nem de possibilidades enquadradas legal ou administrativamente para o fazer. A solução seria recrutar mais médicos de acordo com um modelo de contratação excepcional que só o ministro da Saúde poderia permitir.

Um mês e pouco depois, ocorrem mortes nas urgências e relacionam-se com um tempo de espera demasiado longo. Isto é, apesar de todo o empenho da equipa médica, o desdobramento tornara-se impossível e havia doentes que não era possível atender dentro de um tempo de espera razoável.

Os chefes de equipa de urgência chegaram então à conclusão natural – não poderiam continuar a correr o risco de serem responsabilizados por um motivo que lhes era completamente alheio. E demitiram-se. Mantiveram-se nos seus postos de trabalho, continuaram a fazer aquilo que os médicos são treinados para fazer, mas demitiram-se para que os verdadeiros responsáveis do caos não es-

capassem às suas responsabilidades. O Conselho de Administração convocou imediatamente a seguir os sete chefes de equipa para uma reunião, de onde saiu um par de decisões de propaganda, de resto divulgadas pelo ministro da Saúde quando foi instado a pronunciar-se sobre o assunto.

Mas aquilo que tantas vezes funcionou com o uso das armas mediáticas do poder desta vez não funcionou tão bem.

Os médicos mantiveram a sua posição, esperando que as promessas feitas se concretizassem. “Não se deixando enredar em processos vazios de apaziguamento da opinião pública, revelaram uma enorme dignidade profissional e uma forte ligação ao seu compromisso com os doentes”, referiu o Conselho Regional do Sul no seu comunicado sobre o assunto emitido em 28 de Janeiro, em que manifesta o seu apoio sem reservas à “posição destes sete médicos, que, resistindo a pressões, coesos nas suas convicções e determinados, defendem os seus doentes em particular e todo o Serviço Nacional de Saúde, que revela os sinais de ruptura que a Ordem tinha identificado há meses e disso dado conta aos responsáveis políticos, sem sucesso”.

Vale a pena aqui sublinhar que o CRS não aplaude decisões tomadas à pressa, sob pressão mediática, e considera que se alguém é responsável neste caso é o senhor ministro, que não tem escutado nem considerado o que médicos, enfermeiros, administradores e doentes têm dito sobre o descabimento do serviço Nacional de Saúde. E recorde-se o nosso comunicado de 28 de Janeiro, em que se escreve o seguinte: “Neste contexto da crise no HGO, o senhor ministro da Saúde revelou mais uma vez a sua incapacidade para compreender a importância das suas funções e aludiu a uma velada desresponsabilização daqueles que se demitem. Estas palavras são de alguém que de facto não conhece as suas próprias responsabilidades – porque demitir-se ele próprio seria um acto de grande responsabilidade –, nem conhece os princípios da profissão médica. Nenhum médico se demite dos seus doentes e estes sete médicos estão a trabalhar, empenhados e decididos a garantir as melhores condições de trabalho e os melhores cuidados”. Infelizmente, demitiram-se apenas os médicos, num acto de grande responsabilidade, mas o ministro lá vai continuando.



Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

A desumanização da Saúde

"Eu tenho um sonho.."

Com este título, num emocionado texto publicado na rede social *Facebook*, uma colega expressou aquilo que muitos médicos dizem e sentem nesta época conturbada em que assistimos à metamorfose dos valores de solidariedade, justiça e dedicação ao doente; valores esses que o Estado tem a obrigação de salvar e guardar.

Num misto de desilusão e esperança, o texto remete-nos para a prática de uma Medicina que as decisões do Ministério da Saúde estão, progressivamente, a afastar da realidade das nossas vidas. A Medicina de face humana está a ser destruída por uma Medicina de gestores insensíveis que recusam valorizar o indivíduo face às estatísticas e à numérica dos €. Sentimo-lo há vários anos e tem sido denunciado por inúmeras vezes. Inutilmente...

A humanização da Medicina já só tem lugar no imaginário hipocrático da Antiguidade ou ainda na intemporal prosa de Júlio Dinis, na sua personagem do João Semana. As referências de uma Medicina humanizada perdem-

-se, na atualidade, no espesso nevoeiro do calvário contabilístico onde o doente deixou de importar nas decisões tomadas pelos responsáveis do setor.

O Ministério da Saúde está a tentar construir um sistema público de saúde que perdeu a sua humanidade, sensibilidade e preocupação pelo doente. O ideário de médico que nos tentam impor não trata o doente. Esse médico deixou o estetoscópio, perdeu o olhar enternecido e o ouvido atento. O médico da era "troikiana", que nos querem forçar a ser, trata – isso sim – as estatísticas, anda de calculadora, fixa o ecrã do computador de programas disfuncionantes e, neste emaranhado, quase não sobra tempo para escutar, observar e estabelecer uma ligação ao doente. Hoje, são impostos aos Médicos tempos de consulta de 10 ou 15 minutos, números inexequíveis de cirurgias e consultas, são-lhe retiradas competências, é-lhe recusado a definição de um Ato Médico esclarecedor das suas responsabilidades e recusado a dignidade de uma Carreira que ficou na utopia de um Decreto-

-Lei arrumado no fundo de uma gaveta poeirenta. Os Hospitais e os Centros de Saúde lutam diariamente por fármacos essenciais e meios de diagnóstico, nos corredores dos hospitais abundam doentes e escasseiam médicos e enfermeiros. As Unidades de Saúde deixaram de ser o refúgio do doente e passaram a ser o tormento na espera e a luta por um direito que constitucionalmente lhe tinha sido prometido.

Os profissionais de saúde assistem à substituição da sua autonomia técnica por regras e decisões dos gestores dos corredores e gabinetes frios do Ministério da Saúde retrancado numa Torre de Babel inacessível à razão e à compaixão.

A área da Saúde tornou-se num contrassenso e numa luta diária para quem tem a missão de tratar, curar e apoiar.

O desinvestimento no setor não é uma fatalidade conjuntural da economia mas uma decisão política marcada pela destruição dos meios de auxílio e de tratamento dos doentes.

A grande perda da Medicina deste início de século é a sua hu-

manização. Trata-se mais de um roubo por esticção do que propriamente de uma privação. A desumanização da Saúde não tem a sua resolução no investimento orçamental, resolve-se com a sensibilidade e a preocupação de socorrer e ajudar o doente.

Não é uma questão financeira, é uma questão de moralidade.

O lado humano da sociedade está a ser assaltado por decisores desprovidos de sensibilidade nas importantes responsabilidades que desempenham. Desvalorizam os doentes, desrespeitam os profissionais de saúde e destroem impunemente um sistema de saúde que demorou anos a ser alicerçado. Fazem-no porque sabem que a sua culpa é esquecida

à porta dos hospitais, à entrada dos centros de saúde, será perdoadada no momento da partida e definitivamente expiada no esquecimento. Infelizmente, a nossa cultura social e política recusa-se a julgar a incompetência e a irresponsabilidade dos governantes e das consequências da sua ação. A impunidade da culpa perpetua-se até nada sobrar para culpabilizar.

O titular da pasta da Saúde não pode ter uma visão exclusivamente empresarial deste setor. Importa, também, o lado social e humano dos doentes. Mas esta preocupação parece estar definitivamente alienada da dialética do Ministério da Saúde. A Saúde precisa de ser liderada por quem

a conhece verdadeiramente por dentro, por quem lida com o doente do consultório, da urgência ou do internamento. Por quem tem uma visão da Saúde além das folhas de Excel ou dos gráficos do SPSS. Por quem respeita e acarinha os seus profissionais.

O Serviço Nacional de Saúde já deu exemplo do que de melhor conseguimos fazer no nosso país. Neste momento, alguns estão a demonstrar o que de pior conseguem fazer com ele.

Até quando continuará a ausência de consciência?

Até quando esta Saúde de face pétrea?





Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da OM

A queda da Saúde: um testemunho e um apelo

Editorial da Revista "nortemédico" de Outubro/Dezembro de 2014.

No início deste novo ano de 2015 quero transmitir-vos um testemunho e um apelo.

O testemunho de um doente anónimo que recentemente recorreu a um serviço de urgência hospitalar e de que passo a transcrever excertos: "... Ontem tive o infortúnio de ter de recorrer a uma urgência hospitalar do nosso país... Passei inicialmente pela triagem e perante a intensidade das minhas dores foi-me atribuída uma pulseira cor de laranja. Pensei que estaria quase, quase a ser observado e a ver-me livre de tão imenso sofrimento. Puro engano! Estive uma hora e trinta e cinco minutos para ser observado por um médico! Esperei por corredores sobrelotados de doentes que vomitavam, urinavam...

Havia doentes em pé, pois não havia lugares para se sentarem, deitados no chão, etc. Eram umas 100 pessoas num local que seria adequado para menos de um terço. Tive tempo para contar os lugares sentados da sala/corredor de espera – tinha 30 lugares. A maior parte tinha pulseira amarela e pelo que fui ouvindo diziam que esperavam já há mais de 6 horas e que hoje até era um dia bom pois já houve muitos dias com tempos

de espera para os amarelos de 12 e mais horas! Eram doentes que pelo que me apercebi recorriam frequentemente a este serviço, pelas doenças crónicas de que padeciam, e que por isso sabiam do que estavam a falar.

As pessoas berravam para serem atendidas, entravam em consultórios médicos desesperadas enquanto outros doentes lá estavam a ser observados. Os médicos iam chamando doentes e sempre que o faziam eram ameaçados por alguns que estavam à espera... Não vi qualquer segurança ou autoridade a impor ordem pública naquele local. Pondo-me do outro lado, não deve ser nada fácil trabalhar neste ambiente de pressão e ameaça constante. Apesar de estar a desesperar por ser atendido, com dores agonizantes, compreendi a impotência dos médicos em ver tantos doentes que estavam à espera e outros tantos que estavam a ser tratados lá dentro. Não gostaria nada de estar do lado daqueles profissionais e percebi porque "fogem" os médicos a trabalhar nas urgências.

Eu estava em sofrimento mas lá tive de aguentar, e olhando para o panorama geral fiquei estupefacto... Serviço de urgência com estas condições?! Não pen-

sei que uma urgência de um Hospital pudesse ser assim... O aspecto daquele corredor era o de um filme de terror! Nos enormes ecrãs LCD estavam a falar dos serviços de urgência de todo o país. No dia anterior tinha falecido um doente nos corredores deste hospital enquanto esperava para ser atendido, e essa era a notícia de abertura. De acordo com o jornalista, segundo a administração do hospital os tempos de espera já estariam normalizados... Como?! Eu e alguns dos utentes que estavam a ver a tal reportagem olhámos estupefactos uns para os outros. Não foi preciso dizer nada, os nossos olhares falavam. O normal deste serviço de urgência pelos vistos era aquilo! A administração deste hospital deve ser a imagem do nosso governo, está tudo bem enquanto toda a gente vê o barco a afundar.

Chegou a minha vez de ser atendido. O clínico que me observou disse-me o que eu já imaginava e que me tinha sido dito pelo enfermeiro da triagem... Fui levado pela médica para uma sala de tratamento onde me seria administrada uma injeção e colheria sangue para análises. Se a sala de espera era um pesadelo, então esta sala de tratamento nem existem palavras para a descrever!

Eram doentes uns em cima dos outros, em macas, em cadeirões, em bancos, etc. Tudo o que era espaço estava ocupado! ... Doentes a expectorarem para cima do doente ao lado, a vomitarem para os pés uns dos outros, a urinarem em cadeirões que eram ocupados logo de seguida sem sequer serem limpos.

Estavam uns 50 doentes a serem tratados numa sala que teria condições para uns 15 – e isto não é nenhum exagero! Juro que nunca pensei ver nada assim! Pelo que percebi aquele era apenas um sector do serviço de urgência e era o sector mais pequeno, nem imagino como estariam os restantes. Os enfermeiros desesperavam por macas para colocarem doentes... Não havia mais, diziam os maqueiros!

Enquanto estava a fazer a medicação e aguardava pelo resultado das análises fui observando o funcionamento daquele serviço. No tempo em que ali estive, existiam dois enfermeiros que não paravam por um minuto. Devem ter tratado cerca de uns 50 doentes nas 3 horas em que lá estive... Os enfermeiros iam fazendo o seu trabalho com uma ginástica incrível pois quase nem tinham espaço para se movimentarem! Auxiliares, parece que havia uma para dois sectores – como é possível?!

Nas macas, que estavam umas em cima das outras, havia dois velhinhos numa posição muito caricata e que chamou a atenção de muitos dos que ali estavam... Estes dois velhinhos, desorientados, cada um na sua maca, permaneceram de mão dada durante mais de uma hora. Estavam tranquilos. Um deles tinha de ir fazer Rx e o maqueiro veio buscá-lo... Ninguém naquela sala se apercebeu mas eu reparei: o 'outro' velhinho faleceu naquela maca. Deixou de respirar logo depois de o "amigo" ter ido embora. Morreu numa sala sobrelotada e ninguém deu por isso, nem sequer o "amigo" que lhe dava a mão quando regressou do Rx... Saí da urgência

sem dores mas com aquela imagem na minha cabeça e na alma... Parabéns a todos os profissionais daquela urgência! Fazem um trabalho notável com tão poucas condições! Triste do país e da população que não vos valorize!..."

Um testemunho de um doente que deveria ser encarado de forma séria pelos responsáveis políticos. A segurança dos doentes e dos médicos nunca esteve tão em causa. E os verdadeiros responsáveis pela situação caótica que se tem vivido em alguns serviços de urgência continuam impunes. Não conheço nenhum conselho de administração que tenha sido

Não aceitem ser apenas números ou recursos humanos em vez de pessoas

penalizado. E o Ministro da Saúde, responsável moral e político pelo actual estado da Saúde em Portugal, continua a ser o mesmo. Já não existe respeito pelos valores e princípios subjacentes a um Estado de direito. Já não existe respeito pelas pessoas. Já não existe respeito pelos profissionais de saúde que todos os dias lutam por manter viva a esperança dos doentes e das pessoas. A responsabilidade existe para uns mas não existe para outros. Ainda aguardo pela manchete de um jornal português que atribua a responsabilidade de uma qualquer desgraça na Saúde aos seus verdadeiros responsáveis!

O apelo que deixo a todos os médicos, que diariamente dão o seu melhor para dignificar o exercício da Medicina, contribuindo para que os seus doentes continuem a ter acesso a cuidados de saúde de

qualidade, é o seguinte:

- Não aceitem que seja profanada a relação de confiança médico-doente nem que sejam desrespeitadas as competências médicas;
- Não aceitem que seja destruída a humanização da medicina e dos cuidados de saúde;
- Não aceitem que seja violada a vossa liberdade de expressão e pensamento, a vossa autonomia profissional e o vosso direito ao conhecimento e formação continuada;
- Não aceitem que vos sejam impostas medidas de coacção que possam interferir com a dignidade do exercício da profissão e/ou com a dignidade das pessoas que necessitam de ajuda médica qualificada;
- Não aceitem que vos sejam impostas medidas de racionamento terapêutico que possam prejudicar os doentes e a Medicina em que acreditamos quando decidimos ser médicos;
- Não aceitem que vos sejam impostas condições de trabalho adversas, que objectivamente podem prejudicar os doentes e a vossa sanidade física e mental (sobreposição de tarefas, sobreposição de consultas, tempos de consultas intoleráveis, horas de trabalho contínuo excessivas, etc.);
- Não aceitem a destruição do código genético do nosso SNS e das carreiras médicas;
- Não aceitem a regressão da reforma positiva dos cuidados de saúde primários;
- Não aceitem a destruição da medicina de proximidade, centrada nos cuidados de saúde primários a nível público e nos consultórios médicos e pequenas clínicas a nível privado;
- Não aceitem propostas de trabalho indecorosas, que violem os valores subjacentes ao elevado

nível de responsabilidade que temos perante a sociedade;

- Não aceitem ser apenas números ou recursos humanos em vez de pessoas;
- Não aceitem que a imagem dos médicos seja reiterada e injustamente denegrida na comunicação social;
- Não aceitem e contestem o elevado nível de corrupção que atinge o nosso país;
- Não aceitem que sejam outras

pessoas (na maioria das vezes menos qualificadas) a decidir o vosso futuro e o futuro dos vossos doentes;

- Não aceitem uma política de saúde que nos pode conduzir a um caminho sem retorno.

Este combate é de todos e de cada um de nós. Juntos podemos contribuir para devolver a Saúde a todos os portugueses. Juntos podemos acreditar e ter esperança num futuro que seja solidário e

justo. Juntos podemos ajudar o país a sair da crise de valores e princípios que atravessa. Juntos podemos contribuir para uma economia mais robusta e um estado financeiro mais saudável. Temos que acreditar que é possível. Não nos podemos conformar. Nem nos podemos calar!

Desejo a todos um Feliz 2015

Informação do Conselho Regional do Norte

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos emitiu nos últimos meses diversos comunicados – dos quais damos em seguida indicação breve – que podem ser consultados na sua versão integral na respectiva página web ou no boletim regional (a revista "nortemédico").

Em ofício enviado ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos, o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos lamentou a alteração dos pressupostos para atribuição do prémio de assiduidade definida de forma unilateral por aquele organismo e condena as restrições impostas no acesso à formação profissional por parte dos médicos, condicionando a melhoria contínua dos cuidados prestados à população desta ULS.

Relativamente ao Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) CNR refere que a falta de especialistas em Medicina Interna prejudica assistência aos doentes e denuncia a situação que se vive nesse Centro Hospitalar onde médicos dessa especialidade acumulam dias de urgências e horas extraordinárias para lá do admissível, num excesso de trabalho que “não só compromete as boas práticas médicas,

como pode prejudicar de forma significativa a assistência prestada aos utentes que recorrem às diversas unidades deste centro hospitalar”.

Relativamente ao exemplo do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, o CRN emitiu um comunicado sobre “o silêncio do Ministro da Saúde” face ao caos que se vive nas urgências hospitalares.

No dia 24 de Dezembro de 2014 foi aberto o concurso para a colocação dos especialistas em Medicina Geral e Familiar que concluíram a sua formação em Outubro de 2014. Pela primeira vez, a responsabilidade destes concursos ficou sediada na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) em vez de estar atribuída a cada uma das Administrações Regionais de Saúde (ARS), como tem sido habitual. Neste concurso foram atribuídos à região norte 21 lugares de colocação de médicos de família. Mais uma vez tratou-se de um concurso fechado

que prejudicou os doentes da região norte do país, podemos ler noutro comunicado do CRN. Após uma visita ao serviço de urgência do Hospital de São Sebastião - Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, o CRN realçou, em comunicado conjunto com o Sindicato Independente dos Médicos (SIM Norte) e o Sindicato dos Médicos do Norte (SMN/FNAM), o “desempenho excepcional dos médicos e as miseráveis condições de trabalho”. O mapa de vagas e o processo de escolha da especialidade médica, bem como a tentativa de limitação dos tempos máximos para as consultas também foram temas abordados em notas de imprensa do CRN. Estas e outras informações do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos podem ser lidas no respectivo site (<http://www.nortemedico.pt/>) ou na revista trimestral editada por essa secção regional.



Falta de Medicamentos

Interesses particulares e económicos não podem prejudicar saúde dos doentes

Divulgamos a nota de imprensa do Conselho Regional do Norte da OM de 20 de Novembro de 2014 sobre diversas situações de dificuldades na acessibilidade a medicamentos.

Mais uma vez, foram recentemente revelados dados aos quais o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) não pode ser indiferente.

O medicamento inovador para a hepatite C que o Ministério da Saúde disponibilizou em Setembro a 150 doentes ainda não chegou a metade dos doentes mais graves. Isto enquanto tutela e indústria discutem preços do medicamento, de modo a alargar o acesso do medicamento a mais doentes.

Por outro lado, muitos doentes com cancro da bexiga estão desde Junho sem acesso ao medicamento BCG- Medac, que se encontra em ruptura de stock e sem data prevista para a sua reposição no mercado. Estamos a falar de um medicamento que diminui a probabilidade de reaparecimento de tumores da bexiga e a sua progressão.

O CRNOM lamenta que estes constrangimentos se mantenham e que as negociações entre o Ministério da Saúde e os representantes da indústria farmacêutica estejam num impasse. Entendemos que se trata de uma matéria sensível, no entanto, não podemos aceitar que prevaleçam critérios estritamente económicos quando está em causa o supremo interesse dos doentes e, no limite, a sua sobrevivência. O sentido de responsabilidade deve presidir às negociações e as partes envolvidas devem colocar o interesse comum acima de qualquer interesse particular.

A Ordem dos Médicos tem-se manifestado contrária a uma visão contabilística que parece estar a tomar conta da Saúde em Portugal. Os números não podem nem devem ser o primeiro argumento disponível na hora de tratar um doente.

Neste sentido, apelamos ao bom senso do Ministério da Saúde e dos representantes da indústria farmacêutica para que, com carácter de urgência, os medicamentos em falta cheguem rapidamente aos doentes e o seu preço não seja uma condicionante ao tratamento digno e humano que cada doente merece.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos



José Mário Martins

Médico estomatologista

Projecto de Alta Velocidade (PAV/TGV) Um exemplo da insustentabilidade do país?

“Falece-nos a paciência e mais ainda a competência para analisar a fundo a viabilidade económica do projecto de construção do TGV.” Subscribo inteiramente esta frase que, no já longínquo ano de 2009, publicava Gonçalo Magalhães Colaço no seu blog “Portugal Atlântico”.

Porém, a recente publicação de um relatório do Tribunal de Contas (TC) sobre a “Auditoria ao Projecto Português de Alta Velocidade” trouxe novos dados sobre o assunto que, a meu ver, proporcionam a todos, enquanto cidadãos, motivos de sobra para reflexão. (Doc completo pode ser consultado em http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2014/2s/audit-dgtr-rel024-2014-2s.pdf)

E se, como o fiz na entrada deste texto, confesso falecerem-me ciência e paciência para discutir a sua viabilidade económica e/ou a legitimidade política de quem tomou as diferentes decisões ao longo deste processo, penso que me resta campo para analisar se, com exemplos como este, o país poderá ser sustentável.

Convém lembrar que esta obra sempre foi polémica, havendo muitas vozes que se levantaram contra ela, questionando a sua sustentabilidade, focando aspectos que iam desde os custos de construção, ao impacto ambiental ou à experiência de países terceiros. Veja-se, por exemplo:

<http://www.publico.pt/economia/noticia/custos-de-construcao-do-tgv-nao->

[-sao-recuperaveis-1241184](http://www.publico.pt/economia/noticia/custos-de-construcao-do-tgv-nao-)

<http://www.publico.pt/economia/noticia/custos-de-construcao-do-tgv-nao->

<http://www.engenhariaportugal.com/espanta-reduz-rede-de-alta-velocidade-e-aposta-nas-linhas-tradicionais>

Vejam, então, um pouco da História, baseando-me, sobretudo no supracitado relatório.

Segundo o TC, o processo do PAV/TGV iniciou-se em 1988, por resolução do Conselho de Ministros, tendo sido cancelado em 2012, pelo actual Governo aquando da definição de um novo Plano Estratégico dos Transportes. Pelo meio, sem qualquer obra, o país gastou a bonita soma de 152,9M€ (Cento e cinquenta e dois milhões e novecentos mil euros), sendo que 120M€ foram em adjudicações externas e 32,9M€ em “custos de estrutura” de uma entidade, a RAVE (acrónimo de Rede de Alta Velocidade). A estes custos poderá haver a acrescentar um valor ainda indeterminado, resultante de pedidos de indemnização que correm nos Tribunais.

Atentemos nestes números e, sobre eles, façamos alguns comentários. Começamos pelos 32,9M€ gastos com a RAVE.

Convém dizer que a RAVE foi uma sociedade anónima de capitais públicos, criada em Dezembro de 2000, tendo como “...missão o desenvolvimento e coordenação dos trabalhos e estudos necessários para a formação de decisões de planeamento e construção, financiamento, fornecimento e exploração de uma rede ferroviária de alta velocidade a instalar em Portugal Continental, e da sua ligação com a rede espanhola de igual natureza”, que acabou em Novembro de 2012, integrada na Refer, sendo que levou mais de um ano a ser encerrada! Empresa que, como se viu, custou cerca de 2,5M€/ano em “custos de estrutura”, onde os custos com o pessoal tinham um peso determinante! Curiosamente, mais de metade do seu pessoal técnico transitou da Refer, sendo que o TC reconhece que a RAVE era, na prática, uma subestrutura da Refer! Como nota digna de registo, diga-se que com a extinção da RAVE, 45 dos seus 46 trabalhadores ingressaram na Refer!

Ficamos a saber pelo relatório que, por exemplo, a proposta de ligações de 2003 não previa a ligação Lisboa-Porto, a qual só passa a ser

prevista a partir de Junho de 2004. Diz expressamente o relatório que “Em 2010, existiam eixos cujas soluções não estavam devidamente definidas...” Segundo a RAVE, para o troço Poceirão - Caia foram analisadas perto de 4 000 alternativas de traçado, enquanto a proposta de troço Moita-Caia teve quatro estudos prévios com 28 alternativas! Dá para acreditar?

Não deixa de ser curioso notar que havendo no Sector Empresarial do Estado uma empresa, a CP-Comboios de Portugal, E.P.E., que é o maior operador de transporte ferroviário em Portugal, com muitos anos de experiência, este conhecimento não tenha sido posto ao serviço do projecto, sendo de realçar que, logo no início do PAV, em 1988, foi pedido à CP que apresentasse, no prazo de um ano, um estudo sobre a alta-velocidade ferroviária em Portugal, estudo que foi apresentado em 1989. E, aí, cessou a colaboração da CP. Porquê? Quais as conclusões deste estudo? É legítimo perguntar!

Vejamos, agora, os restantes 120M€ gastos em adjudicações externas. Segundo o relatório do TC, 40% (48 m€) deste valor foi gasto nas áreas de estudo prévio, ambiental e projecto. Lendo o relatório, encontramos citados casos em que, apesar de todo o tempo decorrido, e os estudos realizados, as indefinições eram mais do que muitas. Dessas indefinições resultaram constantes alterações às datas previstas para início da construção e da operação do Alta Velocidade, tendo como consequência “derrapagens de prazo” entre um e cinco anos!

Em 2010, segundo o relatório do TC, a RAVE considerou que o mínimo de implementação da rede de alta velocidade seria a realização integral de um dos eixos previstos mas, posteriormente, a mesma empresa admitiu a realização transitó-

ria de um só troço desse eixo. Ou seja, tão depressa se defendia isto, como o seu contrário!

Curioso notar que em 2010, i.é, 22 anos (VINTE E DOIS ANOS) depois de lançado o projecto, as estações de alta velocidade de Coimbra e Braga não possuíam solução definitiva! Alguém consegue explicar este absurdo?

Tudo isto apesar de existir uma empresa, a RAVE, cujo objecto era, recorde-se “o desenvolvimento e coordenação dos trabalhos e estudos necessários para a formação de decisões de planeamento e construção, financiamento, fornecimento e exploração de uma rede ferroviária de alta velocidade a instalar em Portugal Continental e da sua ligação com a rede espanhola de igual natureza.”

Curiosamente (ou talvez não!) e segundo o TC, em Agosto de 2011 foi decidido que os contratos relacionados com o desenvolvimento do PAV (16 contratos!) transitassem para a Reffer, sendo que entre os agentes contratados estão nomes conhecidos como, por ex, Parque Expo’98, SA, Santiago Calatrava GmbH, COBA – Consultores para Obras, Barragens e Planeamento, SA e Jardim, Sampaio & Caldas e Associados.

Mais, convém não esquecer o episódio do lançamento de um concurso sem prévio visto do TC, que veio a recusá-lo *a posteriori*, sendo causa de um pedido de indemnização por parte de um dos agentes envolvidos.

Concluindo:

Da leitura do relatório resulta claro que não havia um verdadeiro projecto, pois as ideias mudavam rapidamente.

Não houve, para um projecto desta dimensão, a preocupação de criar um estudo-piloto.

Gastaram-se, para já, 152,9M€! Não

direi “para nada”, porque este dinheiro foi para algum lado (...para alguns bolsos). Porém, não foi para o desenvolvimento de Portugal. Mais, houve adjudicação de um troço sem visto prévio do Tribunal de Contas (que viria, posteriormente, a recusar esse mesmo visto criando uma situação de litigância ainda por resolver) com eventual pagamento de indemnização, que poderá vir a agravar este montante...

Fica-se com a clara sensação de que tudo era feito de forma amadorística, sem a intenção de salvaguardar os interesses do país, apenas parecendo subjazer duas preocupações:

- Que a obra se fizesse
- Que as “rendas” pagas aos concessionários das PPP’s garantissem lucros estáveis ao(s) concessionário(s).

- Como diz o nosso Bastonário, ler os relatórios do TC é uma espécie de autoflagelação!

Assim não vais lá, Portugal!

PS 1: a título meramente ilustrativo: Chamem-lhe demagogia (ou não), mas os 150M€ aqui esbanjados dariam para curar 1.500 doentes de hepatite C, mesmo que cada tratamento custasse 100.000€, devolvendo à Sociedade 1.500 pessoas com capacidade produtiva.

PS 2: Este artigo foi escrito e enviado para publicação muito antes da notícia da morte de uma doente vítima de hepatite C. Entretanto, soube-se que o preço acordado para tratamento de cada doente terá sido de 24,000€ e que serão tratados 13.000 doentes, em 3 anos. Os 150M€ dariam, se estes dados vierem a ser confirmados, para pagar a cura de quase metade destes doentes! Pelo meio houve um episódio lamentável na Assembleia da República e a frase “A si, eu vou encontrá-lo”.



Manuel José Carvalho

Assistente Graduado MGF - USF Santiago Leiria

Cábula

Estamos em Outubro, mês que normalmente aproveito para uns dias de férias, este ano ainda mais desejadas, por razões familiares e para retemperar forças de um processo que todos conhecemos, a avaliação do SIADAP médico. O dourado dos campos, as primeiras chuvas, os dias mais pequenos convidam ao recolhimento e também à reflexão.

Pois é... bastaram uns dias de férias para, ao retomar o trabalho e ao abrir o computador, perceber que estava perante uma ferramenta ou melhor um computador com um ambiente de trabalho, que diria duma maneira *soft*, nada amigável. As siglas parecem multiplicar-se, qual informático sabedor do dia a dia dum médico, cada vez mais refém do teclado, dos registos, dos horários dos indicadores, dos programas, das auditorias, e... o doente... e a clínica? ... e a relação médico doente?

Começo pela PEM, Plataforma Eletrónica Médica, a ultima criação apresentada como cheia de potencialidades mas, também ainda cheia de limitações... de tempo de espera, de falta de operacionalidade, de supressão do histórico, de saudades da rapidez do SAM. Em suma, cheio de interferências para os seus primeiros e principais utilizadores,... o médico com o doente na sua frente.

SICO, Sistema de informação dos certificados de óbito que obriga a ter a disposição um terminal de rede.

SGTD, Sistema de gestão de transporte doentes, que obriga a regras e

timings que mais uma vez esquecem o utilizador e satisfaz mais quem a montante faz parte do sistema.

SIARS/MIMuF, Sistema informático ARS, ferramenta importante de gestão mas ainda bastante complexa na sua análise e cruzamento de dados.

SiiMS RCC e RCCR, Plataforma informática multirastreios, actualmente operacional para os Rastreios do cancro do colo do útero e colo rectal.

Rastreio cancro da mama da LIGA, o mais antigo em execução, com cobertura e resultados crescentes, mas ainda hoje sem qualquer conectividade com os sistemas informáticos a operar nas unidades de saúde.

ALERT P1, Consulta a tempo e horas, ao fim destes anos ainda com limitações de operacionalidade e de fluxo de informação recíproca entre os níveis de cuidados.

Poderia continuar a enumerar mais siglas e programas, certamente todos eles importantes na fiabilidade do registo, da normalização de procedimentos, no controlo dos custos, na qualidade da prestação de cuidados aos doentes, utentes, clientes, cidadãos,

Mas e nós, utilizadores diários do

sistema? Para quando ouvir quem está no terreno? Para quando a informática ao serviço dos seus prestadores, dos seus carregadores de informação? Para quando aplicações e programas que, antes da sua implementação estejam garantidas à partida as condições de interoperabilidade, e a migração de dados para os já existentes? Para quando pensar num acto médico em que a clínica, a relação e empatia médico doente /utente, baseada nas melhores práticas e saberes aplicadas com tempo e no seu tempo, têm a primazia, em vez dum mero registo dum mero episódio, num mero programa, dum mero computador?

Sim, com a devida autorização do doente, na minha frente, a olhar para mim enquanto eu olhava para o computador, abri a gaveta, abri o envelope, onde coleciono a miríade de *passwords* impostas e, assim abri o programa com a ajuda duma cábula, dum auxiliar de memória.

PEM; SiiMS; RCCR; RCC; SGTD; SAM; SAPE; SIARS; SICO; Rastreio LIGA....

P.S. porque não uma password única (sugiro... cédula profissional + nº contribuinte ou nº cartão cidadão).



J. Castel-Branco da Silveira

Chefe de serviço de Gastrenterologia da carreira hospitalar HSM – 1983

Reforma hospitalar: ainda a carta a Passos Coelho... e o “caos actual nas urgências”!

O autor revisita neste artigo a carta que escreveu ao Primeiro Ministro no final do ano passado, originalmente publicada no Jornal "Reconquista" de 11 de Setembro de 2014.

Artigo de opinião publicado no Expresso de 18 de janeiro de 2015, obriga-me a voltar à missiva oportunamente dirigida a Vossa Excelência, por uma primeira e simples razão: o autor, colega identificado, comenta com ironia a recorrência do “caos” nos serviços de urgência. E aponta duas causas, em regra, para este facto: a falha de resposta dos cuidados primários e a procura, como alternativa, de um serviço que funciona como “loja de conveniência”, onde tudo se encontra e a toda a hora... acabando, e bem, por se debruçar sobre o organização e funcionamento dos serviços de urgência hospitalar, considerações que, em princípio, nada custa subscrever. Todavia, esquece a primeira causa que aponta, e que é, em nossa opinião, motivo principal do caos exponencial, que ano após ano, ocorre nas urgências hospitalares e não só nos surtos gripais... A falha de resposta dos cuidados ditos primários, justifica

voltar “de novo”, à carta de então! É que, se urge reestruturar todo o sistema, há que alicerçar a base... e rapidamente, para que o telhado se possa aguentar! Daí a reincidência...

Vossa Excelência reuniu com correligionários nesta cidade de Castelo Branco a 12 de setembro p.p., e aproveitei a oportunidade de colocar à sua consideração alguns problemas de saúde no distrito, em carta publicada na imprensa regional.

O atrevimento advinha de cinquenta anos de carreira, em décadas de espantosa inovação, partilhados entre o mais importante hospital do oásis e, por opção, o hospital de Castelo Branco. Com a independência de que não sei abdicar, atrevia-me a recordar, face às responsabilidades, hoje do seu Governo, factos que vivi ao longo de anos e sucessivos responsáveis, sem resposta adequada, mas acrescida pertinência perante diploma, não revogado, ainda em discussão pública: reforma hospitalar!

Partilho o sentir que a Saúde é capital prioritário, e o SNS a maior conquista de Abril. Por assim crer, tomei opções de vida e continuo teimosamente a intervir: as respostas que se apontam persistem esquivas, ambíguas e contraditórias, atentando princípios básicos de equidade social, sustentabilidade financeira do SNS e urgente humanização do sistema.

Recordava factos que Vossa Excelência terá comprovado. No verão de 75, dois diplomas marcaram a saúde: em 29 de agosto, o despacho que criou o “serviço médico à periferia”. Estes colegas, verdadeiros pioneiros, despoletaram anseios inexistentes, sobretudo no mundo rural!

O segundo, em 28 de novembro, (dec-lei nº 674/75), dito de “integração de carreiras”, facultou ingresso na docência aos médicos hospitalares, e propiciou legislação que respondeu ao relatório das “carreiras médicas”, vindo da década de sessenta da O.M.. Em 1978, outros diplomas

Saberá, ainda hoje, o seu Secretário de Estado adjunto da Saúde quanto tempo demora deslocar VMER, INEM, por terra ou ar, em distritos como este, fazê-lo chegar ao doente e transportá-lo para dar oportunidade de viver?...

culminaram com a criação de um SNS (15.set.79), precedido da extinção dos serviços da “federação nacional das caixas de previdência”. E surge atribuição, inexistente até então, do estatuto de “funcionário público” à classe hospitalar médica!

Com carreira hospitalar em Medicina Interna, face à precariedade de emprego nos hospitais, acumulava, como a generalidade dos médicos da minha geração, o internato com serviços na previdência social, entidade única que garantia segurança na doença e pensão na reforma... A porta de entrada era o serviço domiciliário! Nocturno e, meses após, diurno para que, anos mais tarde, fosse possível uma consulta de 2 horas, em um posto das caixas, num bairro da cidade. Em consequência, por todos foi festejada a integração, como funcionários públicos, nos hospitais!

Tal acarretou consequências que não mais cessaram! Por esse tempo, com responsabilidades acrescidas de chefia na urgência em Santa Maria, fácil foi constatar o que resultou da extinção do serviço médico domiciliário das “caixas”: o número de urgências não parou de crescer. Denunciei o “monstro” que se estava a criar e a mesma preocupação foi transmitida à tutela: em vão! A bola de neve não mais parou de crescer, nem a constatação feita, já na década de noventa, de falsas urgências, pervertendo um serviço para doentes agudos! Onde as doenças

são, naturalmente, mais importantes que as “pessoas”.

A legislação não contribuiu para a solução: o diploma das carreiras médicas (310/82) criou perfis funcionais autónomos, que as leis de 1986 /88, com proposta de reforma e nova carta hospitalar, e tentativas posteriores de articulação funcional, entre centros de saúde/hospitais, já na década de 90, até aos actuais modelos de unidades familiares (a partir de 1997), jamais conseguiram responder à instituída cultura “hospitalocêntrica”.

Tampouco soubemos copiar, adaptando à nossa realidade, os modelos da Europa onde nos integramos: agravamos o mal-estar, de profissionais e doentes, com sistemas reguladores do acesso, taxas moderadoras e pulseiras, uma vez mais decalcando o NHS, de elevado risco na qualidade da prestação de serviços médicos. E o *déficit* financeiro do SNS a crescer! E a desumanização e conflitualidade a surgir, em crescendo! Peço, Senhor Primeiro Ministro, repare ainda nas notícias de então, vindas à discussão pública, após a publicação da portaria 82/2014.

A palavra de Sua Excelência o Ministro da Saúde, reafirmava a necessidade de “consulta na hora” - objectivo fulcral a perseguir, prioritário na perspectiva não só financeira mas humanizadora do SNS – e precedia a apresentação das conclusões da visita que a OMS fizera ao nosso país,

e a apresentação pública do relatório de primavera, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde: convergem na denúncia da degradação da saúde, aconselhando desenvolver planos atentos às reais necessidades das populações, assimetrias regionais e desigualdades sociais. Reafirmam haver dados que mostram ganhos significativos com a implementação das Unidades Familiares, estranhando-se atraso na abertura de mais!

Por essa altura e nas antípodas destas conclusões, a entrevista do Secretário de Estado Adjunto da Saúde ao Público (29.junho), e do então Presidente da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) ao Expresso (26.julho).

Afirmava o primeiro, “*não haver intenção de fechar nenhuma maternidade... mas sim explicar não fazer sentido existirem, em cada esquina, especialidades tais como a de cirurgia cardiotorácica e genética médica...*” Como se tal pretensão se questionasse! Nada diz sobre especialidades que retira de hospitais por critérios de densidade populacional! Tal como já acontecera com a tipologia das Urgências... Conhecerá, este membro do Governo, o país cuja saúde lhe está por igual confiada? Considerará o colega que critérios de densidade populacional justificam retirar meios de diagnóstico e tratamento, alguns de enorme procura e rápida execução, e quais os custos na transferência de doentes, em especialidades que irão desaparecer e se afirmaram em décadas de trabalho, em zonas limite de fronteira, onde as distâncias e acessos são difíceis, escudando-se o senhor governante na definição de “*rede de referenciação a discutir e implementar, o que justificaria que nada nem ninguém será prejudicado*”? Óbvio que, de entre estes

mesmos serviços, por mérito dos mesmos, a imparável inovação instrumental os diferenciou... mas tal não implica nem justifica que os meios de diagnóstico mais frequentes deixem de existir e ter fácil acesso.

A portaria em apreço, sem senso clínico, não revogada repete-se, esquece que a diferenciação e inovação faculta, nos dias de hoje, acesso fácil a especialidades de grande procura, ignoradas neste famigerado diploma, que as integra, na sua maioria, no grupo II (ex.: oftalmologia, ORL, pneumologia, cardiologia, gastroenterologia, ginecologia/obstetrícia, urologia e dermatologia), que o ministério reconheceu e classificou em 1986, numa carta hospitalar contestada, sim, pela hierarquização. A rede de diferenciação, dentro de cada especialidade, as citadas ou outras, resultavam da capacidade demonstrada, justificando a existência de “serviços”, aos quais era atribuída idoneidade formativa, reconhecida pela tutela e

Ordem dos Médicos, se cumpridos quesitos estabelecidos.

E, assim, os médicos até viriam, motivados, para o interior... e projectos enriquecedores, tendo como exemplo maior a faculdade de ciências de saúde da Beira-Interior, realidades viáveis.

Saberá, ainda hoje, o seu Secretário de Estado adjunto da Saúde quanto tempo demora deslocar VMER, INEM, por terra ou ar, em distritos como este, fazê-lo chegar ao doente e transportá-lo para dar oportunidade de viver? E nas especialidades que despertaram com a inovação, não as que referiu, seguramente por lapso, mas, por exemplo, nas emergên-

cias vasculares, não se impõe criar equipas móveis, desde que instalado equipamento adequado, numa rede lógica de proximidade? Ouvir os especialistas desta valência, para a qual o tempo de espera determina prognóstico, não será importante? Não será a cirurgia vascular competência a considerar, em termos de equidade, como a lei determina?!

Mas voltando à entrevista do responsável de então pela ACSS, sobre défice na saúde, quando inquirido sobre esta mesma reforma: *“é dos temas mais complexos pela pressão social... fácil abrir uma*

A verdadeira reforma não está nos hospitais para doentes “agudos”, onde, por isto mesmo, não deveria haver lugar a “taxas”. Está sim na dignificação e motivação, com reposição do ambulatório, premiando a disponibilidade, o mérito e livre escolha, sim, mas do médico de família.

unidade de saúde familiar... muito difícil fechar um hospital. Mas a verdade é que se fecharam serviços e, passado um tempo, a situação desvanece-se! Pasmem-se, por tamanha insensibilidade social, Senhor Primeiro Ministro!

Acresce a referência que o mesmo responsável fez à lentidão das decisões, privilegiando sistema de PPP, afirmando apostar na liberdade de escolha dos utentes, por centro de saúde ou hospital, porque *“iria pressionar para uma melhor performance... sobretudo se a receita das entidades fosse função dos serviços prestados, por exemplo o número de doentes geridos”,* reconhecendo tratar-se de uma questão política! O que disse coincide

com opinião do Presidente da Associação de Hospitalização Privada, no jornal Público, sugerindo dever mudar-se o paradigma do sistema de saúde, assente na livre escolha entre público e privado. Vivemos no mesmo país? Estes senhores saberão que não existe privado na zona de fronteira terrestre? Só o SNS, com medicina convencionada, em exames complementares diagnóstico!

Esta entidade (ACSS), de então, e agora com novos responsáveis, não pode desconhecer o sistema de financiamento das ULS, com a generalidade dos hospitais incluídos no nível I, se esta portaria persistir, a perder população e como tal financiamento, e a ter de pagar a hospitais de referência, no litoral claro, os serviços prestados, para além dos brutais custos das transferências!

O “portal da saúde”, em resposta a questões que considera relevantes, por mais frequentes, aceita rever o diploma... dentro de um prazo que terminava em 30.setem-

bro de 2014! Sonho em noite de super-lua! O passar do tempo o demonstrou...

Na minha frente, ainda, o Edital nº 36, de 19 de junho, com tomada de posição do Conselho Metropolitano de Lisboa, repudiando a portaria e agendando pedido de reunião (será que ocorreu?) com MS. Zona metropolitana, direi eu, onde facilmente se encontra um serviço em cada esquina e a livre escolha é possível! Muito gostaríamos de igual postura nesta Beira Baixa onde tudo falta e tudo se encerra nas costas do povo. Não são viaturas disponíveis de INEM ou VMER que substituem centros de saúde! Nem envolvem menores custos.

Assim, os médicos até viriam, motivados, para o interior...

Tal proposta mereceu aprovação de 15 dos 17 concelhos que integram a região metropolitana, abrangendo perto de 25% da população do país: só Cascais e Mafra, com 9,67% de votantes, se opuseram. Que ilações retirar? A correia de transmissão política funcionou, em todas as vertentes de responsabilização executiva, em detrimento do prevalente interesse público!

Onde estão hoje as carreiras médicas que cada vez mais urge repor, destruídas na sua essência, a começar pela criação dos hospitais E.P.E. em 2002, fim de concursos e hierarquização formativa e responsabilização especializada técnica, a favor de critérios economicistas e parcerias público privadas? E que critérios de sustentabilidade justificam, ou justificarão, a transferência de doen-

tes, se analisados devidamente os custos de transporte, horas extras, ajudas técnicas, cuidados prestados na unidade de referência, só em custos directos? Sempre omitindo os não visíveis, em sofrimento de pessoas, familiares, e custos profissionais, pela dificuldade de acesso, maioritariamente para simples consulta, como se demonstra repetidamente, num sistema viciado, que se não autocritica nem reforma...

Senhor Primeiro Ministro: acredite que a verdadeira reforma não está nos hospitais para doentes "agudos", onde, por isto mesmo, não deveria haver lugar a "taxas". Está sim na dignificação e motivação, com reposição do ambulatório, premiando a disponibilidade, o mérito e livre escolha, sim, mas do médico de família. Os doentes, "sábios" nas suas escolhas, só a estes deverão recorrer, e pagar taxa moderadora, se devida... Entre si, como Unidades de Saúde Familiares, ou outras que se entendam, em colaboração com poder local, autárquico ou social, saberão

organizar-se, como detentores de uma profissão de exercício nobre e único: a prestação de cuidados de ensino, prevenção, tratamento, recuperação e orientação de doentes e familiares, "pessoas" que se lhes confiam, e aos quais há que corresponder, com qualidade e segurança, nos termos do nosso juramento hipocrático e limite das nossas forças.

Como dizia e venho reafirmar Senhor Primeiro Ministro, assim proceder seria verdadeira "inovação disruptiva", num sistema falido e financeiramente insustentável.

Ou vamos continuar a tapar déficit's de buracos financeiros de centenas de milhões, que o passar do tempo reabrirá?

Prestemos prioridade onde ela está: dignifique-se, credibilizando e remunerando capazmente, os profissionais charneira da verdadeira reforma do SNS. E depois, ou em simultâneo, vamos pensar nas "competências", organização e funcionamento das equipas hospitalares de urgência...



Antonieta Dias

Médica

O Testamento Vital

Neste momento os portugueses já podem lavrar um documento das suas intenções de forma a clarificar os tratamentos que desejam, ou que rejeitam, em caso de doença que os impossibilite de manifestar a sua vontade, através do chamado “testamento vital”, porém, esta orientação antecipada de vontade, só pode ser assumida perante um notário.

Desde a publicação da Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, que se pode escolher antecipadamente que cuidados de saúde se quer receber caso “fique incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”.

Numa análise mais precisa da Lei, nomeadamente o artigo n.º 1.º da Lei n.º 25/2012, estabelece o regime das diretivas antecipadas de vontade (DAV) em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de testamento vital (TV), regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registro Nacional de Testamento Vital (RENTEV).

No artigo n.º 2.º da Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, consta que de acordo com as diretivas este documento é unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade, consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encon-

trar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

Por sua vez a alínea b) do Capítulo II, Artigo 2.º admite uma situação irreal na prática clínica médica diária, desenvolvida à luz da *leges artis*, uma vez que refere que o doente poderá orientar a sua vontade para que não lhe sejam aplicadas medidas terapêuticas fúteis, inúteis ou desproporcionadas ao seu quadro clínico, ora, esta diretiva da Lei é que é inútil, tendo em conta que de acordo com as boas práticas médicas este procedimento nunca poderá ser realizado.

A admitir este cenário, era considerar os profissionais médicos como irresponsáveis, pois, em nenhuma circunstância se submete um doente a um tratamento fútil, inútil ou desproporcionado ao quadro clínico em causa.

Aceitar e generalizar que as

medidas de suporte básico de vida, visam retardar o processo natural de morte, demonstra um falso conhecimento sobre a enorme vantagem que estas medidas têm na ressuscitação do doente, e contraria claramente as boas práticas médicas.

Muitas vidas se salvam com a aplicação destas medidas, sendo determinante e obrigatória a sua utilização.

Importa, ainda referir que no que concerne à alínea b) do mesmo artigo, o doente tem direito a morrer com dignidade e para que isto aconteça, implica um suporte de cuidados médicos globais de forma a minimizar o sofrimento do paciente.

Um doente claramente esclarecido, nunca irá fazer um testamento vital que o impeça de receber cuidados paliativos e de se submeter à administração de terapêutica sintomática adequada, para libertar a sua dor.

Resta, ainda definir o perfil de

Seja qual for a faixa etária do doente, ninguém pode colocar um patamar, no limite de investimento económico para o tratamento da doença...

competências de responsabilidade e de conhecimento científico que o funcionário ao qual lhe vai ser atribuída a devida habilitação para poder informar devidamente a pessoa que pretende fazer o documento do testamento vital, onde irão constar as diretivas antecipadas da sua vontade, e se esse mesmo funcionário reúne condições de idoneidade e capacidade para transmitir claramente a mensagem de forma a que o consentimento seja livre e devidamente esclarecido.

Na minha opinião, a função relativa ao esclarecimento da pessoa é do âmbito estritamente médico e não é aceitável à luz das boas práticas que esta responsabilidade seja transferida para uma pessoa menos habilitada, sem formação específica, e sem condições para gerir uma situação tão delicada como a que aqui se lidera, pois, não estamos a tratar de coisas materiais, mas sim de seres humanos, que colocam a sua vida numa decisão documental, em que, mesmo admitindo a possibilidade prevista na lei de reversibilidade da decisão, carece como é óbvio de uma informação detalhada, para garantir uma decisão devidamente consciente, livre e esclarecida.

Cabe ainda definir o perfil do procurador de cuidados de saúde. O artigo n.º 11.º da Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, refere no ponto 1 que “qualquer pessoa pode nomear um procurador de cuidados de saúde. Para que isto seja concretizável é necessária a criação de uma bolsa de profissionais que reúnam os conhecimentos teóricos, técnicos, científicos, pedagógicos e habilitação suficientemente segura para esclarecer de forma clara e inequívoca da vontade do outorgante.

Relativamente, ao previsto na Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, no que se refere à criação de um departamento destinado a receber os documentos do Registo Nacional de Testamento Vital (RENTEV), na minha opinião, estes documentos deveriam ser remetidos para o departamento do Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), o qual já garante a confidencialidade prevista no Artigo 8.º da Lei, e já usufrui de uma estrutura organizada interinstitucional que possibilita o acesso da informação de imediato nas várias unidades de saúde hospitalar, não se justificando por isso a criação de um outro serviço, que obrigaria necessariamente a um acréscimo de custos e implicaria a necessidade de gerar mais um departamento, com recursos humanos, técnicos e financeiros dispensáveis.

Acresce ainda, lembrar que tendo em conta a investigação clínica permanente, onde a medicina como ciência está em constante mutação, o tratamento preconizado para uma doença que é diagnosticada hoje, pode não ser o mesmo para amanhã, não sendo possível prever se a decisão médi-

ca que é tomada hoje à luz do raciocínio clínico atual, vai ser a mesma perante uma situação clínica igual, mas com tecnologia diferente.

A Lei n.º 25/2012 de 16 de julho prevê ainda que estas orientações de vontade, possam ser formalizadas de uma outra forma, ou seja, por um funcionário do Registo Nacional do Testamento Vital (RNTV), estrutura esta que está prevista, mas seja do conhecimento público ainda não está criada.

Resta ainda, esclarecer o que é que o legislador entende por vontade expressa do autor.

“Segundo o Prof. Daniel Serrão que define o “testamento vital”, como um documento, escrito por uma pessoa na plena posse das suas capacidades de decisão, no qual são apresentadas instruções sobre o que um médico pode ou não fazer, quando o subscritor do documento não estiver em condições de exercer a sua autonomia e o seu direito ao consentimento, após informação sobre o seu estado de saúde e sobre o que o médico lhe propõe para tratar.

Fica claro que, neste documento, a pessoa tipifica, com maior ou menor rigor, os tratamentos que supõe que o médico lhe irá aplicar em futuras situações de doença, em que ela não possa ser informada e decidir. Por exemplo por estar em coma, não podendo receber uma informação médica correcta para poder decidir, dando ou não o seu consentimento. Por faltar esta informação actual sobre a situação real, decidir sobre uma hipótese de doença e uma hipótese de tratamento, envolve os maiores riscos para a pessoa. Pode admitir-se que a pessoa, se pudesse ser informada da

real situação em que de facto se encontra, a sua decisão seria diferente da que está no tal testamento.”

Em suma, defender a vida não é uma utopia, é um dever de todos os seres humanos, em que os resultados do progresso, dos conhecimentos e da tecnologia permitem cada vez mais reconhecer que nada poderá evoluir se não preservarmos a defesa da vida humana e que a protecção dos direitos humanos é uma exigência da civilização.

Neste contexto, a sociedade não pode ter sentimentos de ambivalência, de indecisão, ou de dependência de dilemas éticos de difícil resolução que possam colocar em risco a autonomia ou a inviabilidade de reconhecer uma situação definitiva e irremediável de tratamento por razões estritamente financeiras. Todos nós assistimos diariamente a uma inversão e distorção dos valores, por isso necessitamos de sensibilizar cada vez mais os profissionais da saúde para o respeito da autonomia e dignidade dos doentes, moti-

vando-os para a defesa da vida humana que continua a ser um bem irrecuperável, cujo investimento, não pode ser de forma nenhuma abalado, nem perder o seu valor e o direito de um instrumento ao serviço da vida, que começa na concepção cujos direitos fundamentais estão salvaguardados na Convenção dos Direitos da Criança; as Declarações de princípios internacionais (emitidos pela ONU e Conselho da Europa); a Constituição da República Portuguesa (1999) em que designadamente no artigo 24.º respeita a inviolabilidade do direito à vida.

Por fim, a Convenção Europeia dos Direitos do Homem e da Biomedicina já tem algumas referências à vida intra-uterina artigos 13.º, 14.º e 18.º mas só recentemente num documento promovido pela AMADE (Associação dos Amigos da Criança) e pela Unesco se faz uma declaração em que há referência aos direitos do feto.

Os direitos inquestionáveis salvaguardados na Lei portuguesa, não podem ser violados, es-

tão relacionados com o respeito e protecção da vida humana, desde a concepção e durante todo o ciclo de vida.

Seja qual for a faixa etária do doente, ninguém pode colocar um patamar, no limite de investimento económico para o tratamento da doença do doente.

Se o fizesse estava seguramente a cometer um homicídio (voluntário ou involuntário), sendo que, os interesses económicos, políticos ou religiosos, não poderão servir de pretexto para cometer a crueldade de transformar a vida humana numa mera redução numérica e financeira como se de coisas se tratasse e não de pessoas.

Infelizmente já vai sendo prática diária assistirmos à insensibilidade de muitas pessoas perante a morte de seres humanos, que sofrem nos corredores dos hospitais públicos.

Porém, o valor da vida humana é imensurável, pela sua importância exige de nós um profundo respeito, cujo ranking está acima dos dogmas, da doutrina e da lei.



José Cotter

Presidente do Colégio da Especialidade de Gastroenterologia

A Gastroenterologia e a distribuição territorial dos médicos

As recentes discussões que se têm processado nos últimos anos a propósito do número de vagas para os internatos complementares, são apenas uma consequência da ausência de políticas bem definidas no que à distribuição territorial dos médicos diz respeito. E a ausência dessas políticas não é de agora, faz-se sentir seguramente desde há longo tempo. Vejamos o caso concreto da especialidade de Gastroenterologia, aquela que institucionalmente me diz respeito.

A Direcção do Colégio ao propor a atribuição das idoneidades formativas e respectivas capacidades confronta-se com várias limitações que colidem em absoluto com a imprescindível qualidade formativa, como sejam: redução do número de formadores (por reforma, por saída do SNS e passagem para instituições privadas), saturação das capacidades formativas (elevado número de internos, não só da especialidade como de outras que efectuam estágios parcelares em Gastroenterologia), responsabilidades escolares (presença de alunos exigindo monitorização por formadores, com consequente consumo de tempo por parte destes), redução dos horários de múltiplos médicos formadores em muitos hospi-

tais (consequência da reduzida atracção proporcionada actualmente pelo SNS). Desta forma, e perante a inadequação das instituições privadas para formarem internos de Gastroenterologia devido à complexidade da sua formação (treino clínico em Gastroenterologia e Hepatologia, aprendizagem e prática de múltiplas técnicas de complexidade elevada, criação, desenvolvimento e execução de projectos de investigação), seria desejável que houvesse um número de Serviços ainda maior, concretamente no interior do país, que tivesse condições para acolher internos. E esta realidade parece distante. Fundamentalmente porque não tem havido fixação significativa de especialistas de Gastroenterologia (tal como

eventualmente de outras especialidades) em instituições distantes da orla litoral ou dos grandes centros urbanos, que permitam criar e/ou desenvolver esses Serviços. Não pretendendo introduzir na discussão as dificuldades de disponibilizar vagas enquanto se mantém o excessivo “números clausus” referente à entrada nas faculdades de medicina, bem como o regresso de portugueses que fizeram o curso no estrangeiro e que ao regressar se pretendem integrar no mercado de trabalho, pretendemos chamar a atenção para a necessidade de investir substancialmente mais na fixação de médicos especialistas no interior do país, o que em última instância permitirá por consequência aumentar as capacidades for-

mativas. Essa fixação, proporcionada de forma voluntária mas nunca compulsiva (porque isso não se tornaria sustentado no tempo), deve ser realizada através de uma política abrangente de incentivos, não apenas ou directamente de carácter financeiro, em certos aspectos extensível mesmo à família desses profissionais, atribuída pela tutela mas também pelas estruturas de saúde envolvidas, numa era em que se divulga a ideia de que essas mesmas possuem uma autonomia significativa. Esses incentivos podem (e devem) ser geograficamente variáveis e de carácter diferente, tendo em atenção as especificidades das regiões a que se destinam. No fundo, um “contrato negociado” e não apenas com cláusulas financeiras. Não tenhamos ilusões! Sem essa política cada vez será mais difícil colocar profissionais especializados em áreas cronicamente carenciadas. Ao contrário, se esses profissionais forem fixados, originar-se-ão progressivamente Serviços com capacidades formativas, ampliadas ou “de novo”, que

além de alargar o leque de opções para os médicos internos, irão em última instância melhorar a qualidade assistencial das populações dessas áreas carenciadas. Esta é a realidade do problema.

A actual direcção do Colégio fez um número de visitas a Serviços, nas várias regiões do continente nacional, como mais nenhuma o havia feito no âmbito da Gastreenterologia. Verificou-se um nível de qualidade elevado e identificaram-se algumas carências. Mas essencialmente constatou-se uma enorme competência e abnegação dos médicos especialistas bem como um marcante entusiasmo dos internos, factos que idealmente deveriam ser ampliados por todo o território. Tal revelar-se-ia não como uma despesa acrescida, mas sim como um proveitoso investimento de médio prazo em cuidados de qualidade, com indiscutíveis benefícios para as populações que desses mesmos cuidados lamentavelmente continuam a carecer.

Guimarães, Janeiro/2015

A actual direcção fez um número de visitas a Serviços como mais nenhuma o havia feito no âmbito da Gastreenterologia. (...) Essencialmente constatou-se uma enorme competência e abnegação dos médicos especialistas bem como um marcante entusiasmo dos internos, factos que idealmente deveriam ser ampliados por todo o território.



Eva Gomes

Interna de Medicina Geral e Familiar na USF Nova Via

Um rastreio envolto em incertezas – o que fazer então?

Segundo a publicação da Direcção-Geral da Saúde (DGS) “Doenças Oncológicas em números – 2014” o carcinoma da próstata (CaP) é o que apresenta maior incidência em Portugal, não sendo por isso de admirar o deslumbramento por um rastreio que seja eficiente. Contudo, à luz da evidência actual, infelizmente esse “tal” rastreio ainda não existe.

Durante alguns anos, o antígeno específico da próstata (PSA) foi usado como rastreio do CaP tendo contribuído indiscutivelmente para o aumento da detecção desta neoplasia, especialmente em fases mais precoces, com implicações na sobrevivência mas também na morbilidade associada ao processo diagnóstico e terapêutico, bem como na mortalidade. No entanto, estudos mais recentes têm colocado este rastreio com base no PSA em causa, tendo gerado grande controvérsia sobre o tema e levado várias sociedades científicas internacionais a não recomendar a adopção de um rastreio generalizado (de base populacional) do CaP com base no PSA como medida de saúde pública. Consideram que os dados existentes são insuficientes, invocando a possibilidade de um sobrediagnóstico que resulta em tratamentos excessivos (tendo em conta a evolução lenta do CaP na maior parte dos casos, acabando o tratamento por se revelar mais agressivo que a própria neoplasia, reduzindo a qualidade de vida dos

doentes) e que não leva a uma redução estatisticamente significativa na mortalidade. Mesmo o rastreio oportunístico, com vista a uma detecção precoce da doença, levanta várias reservas por parte destas sociedades científicas gerando controvérsia e alguma falta de consenso.

Em Portugal, a DGS publicou a 29 de Dezembro de 2011 uma Norma intitulada “Prescrição e determinação do Antígeno Específico da Próstata – PSA” que integra o uso deste marcador no rastreio do CaP. Esta Norma foi actualizada a 1 de Agosto de 2014, corrigindo nomeadamente as recomendações relativamente ao rastreio do CaP através da determinação do PSA, mas ainda assim, as dúvidas e incertezas permanecem relativamente a estas recomendações preconizadas pela DGS. Senão vejamos, de acordo com a referida norma:

– “No rastreio oportunístico da determinação de PSA devem ser incluídos os utentes assintomáticos com idades compreendidas entre 55 e os 70 anos” após “consentimento

informado verbal do utente”, sendo omissa no caso da esperança de vida do utente ser inferior a 10 anos mesmo dentro desta faixa etária;

– “A detecção precoce (rastreio oportunístico) deve ser facultada a homens de risco elevado (origem étnica e história familiar), com idade compreendida entre 45 e os 50 anos, através da determinação anual do PSA total, com ou sem palpação da próstata”, não referindo o que fazer noutros casos de elevado risco e sem definir o que é uma história familiar que confere risco (quantos familiares, em que grau de parentesco e com diagnóstico de CaP em que idade?);

– “Em homens com idade compreendida entre os 70 e 75 anos, a detecção precoce (rastreio oportunístico) só deve ser facultada apenas em circunstâncias favoráveis (esperança de vida superior a 10 anos).

Contudo, se analisarmos as recomendações de algumas sociedades científicas internacionais, encontraremos recomendações algo díspares apesar de também encontrarmos

algumas semelhanças:

– A *European Association of Urology* (EAU) nas suas *guidelines* de 2014 estabelece que a determinação do PSA na detecção precoce do CaP possa ser usada para identificar grupos de homens em risco e com necessidade de maior acompanhamento, nomeadamente, homens com mais de 50 anos, homens acima dos 45 anos com história familiar de CaP, afro-americanos, homens com níveis de PSA >1 ng/mL aos 40 anos ou >2 ng/mL aos 60 anos. Deve ser oferecida uma estratégia individualizada de detecção precoce do CaP adaptada ao risco aos homens devidamente informados e com bom estado geral, com pelo menos 10 a 15 anos de esperança de vida, não colocando limites de idade.

– Nas suas *guidelines* de 2013, a *American Urological Association* (AUA) recomenda que entre os 55 e 69 anos, a decisão de determinar o PSA com vista ao rastreio do CaP deve envolver a avaliação dos benefícios da prevenção da mortalidade por CaP (de 1 por cada 1000 homens rastreados durante uma década) contra os danos potenciais conhecidos associados ao seu diagnóstico e tratamento. Assim, recomenda fortemente uma tomada de decisão partilhada para os homens nesta faixa etária que estão a considerar o referido rastreio, procedendo-se de acordo com os valores e preferências do doente. O rastreio a homens com 70 ou mais anos, ou em qualquer homem com menos de 10 a 15 anos de esperança de vida independentemente da idade, não é recomendado.

– À semelhança das sociedades científicas anteriores, a *American Cancer Society* (ACS) também recomenda que a decisão do rastreio seja partilhada entre o doente e o seu médico assistente e que esta decisão seja tomada pelo doente apenas após obtenção de informa-

ção completa acerca das incertezas, riscos e potenciais benefícios do rastreio do CaP. Recomenda que esta abordagem sobre o rastreio deve ter início aos 50 anos nos homens com médio risco para CaP e que tenham pelo menos 10 anos de esperança de vida; aos 45 anos naqueles com alto risco para CaP, nomeadamente afro-americanos e homens que têm um familiar de primeiro grau (pai, irmão ou filho) com diagnóstico de CaP em idade precoce (menos de 65 anos); aos 40 anos naqueles com risco ainda mais alto (aqueles com mais de um familiar de primeiro grau com CaP em idade precoce). Após a discussão do tema, aqueles homens que quiserem submeter-se ao rastreio, deverão ser rastreados através da determinação do PSA, com ou sem toque rectal.

– Já a U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) vai mais longe e, nas suas recomendações emitidas em 2014, não recomenda o uso da determinação do PSA para rastreio do carcinoma da próstata em qualquer idade ou circunstância.

Tendo em conta estas discrepâncias, principalmente no que toca à idade de início, o que considerar? Nos homens com risco médio para CaP, considerar o início do rastreio oportunístico aos 50 ou aos 55 anos? Nos homens com risco elevado para CaP, considerar o início do rastreio aos 40 ou aos 45 anos? Tendo em conta as recomendações da USPSTF, será que nem sequer devíamos considerar iniciar qualquer rastreio? São dúvidas para a qual parece ainda não haver resposta.

Ainda de acordo com a referida Norma, tendo agora em conta a periodicidade da determinação do PSA nos homens que iniciaram o rastreio, “para valores basais de PSA <2,5 ng/mL, a periodicidade da determinação do PSA é de 2 anos”, sendo omissa para valores basais de PSA >2,5 ng/mL, bem como se este

cut-off e este intervalo de tempo devem ser considerados de igual forma para os utentes de médio e alto risco. Contudo, se considerarmos as recomendações das sociedades científicas referidas, esta afirmação não é tão taxativa.

Segundo a EAU a periodicidade da determinação do PSA pode ser a cada 2 anos para aqueles inicialmente em risco ou adiada até 8 anos naqueles que não correm risco. Já a AUA determina um intervalo de rastreio de dois anos ou mais, ressalvando que os intervalos entre determinações de PSA podem ser individualizados tendo em conta o nível de PSA de base (qual o cut-off?). A ACS recomenda uma periodicidade de 2 anos para valores de PSA <2,5 ng/mL e uma periodicidade anual para homens cujo nível de PSA seja >2,5 ng/mL ou mais.

Também no que toca a este ponto, a falta de consenso também é patente, quer no que respeita ao cut-off utilizado (apesar do valor de 2,5 ng/mL parecer ser o mais consensual), quer no que respeita à periodicidade. Os dois anos para os homens com menor risco parece ser um ponto de partida, mas que poderá ser alargado até aos 8 anos, ficando por definir quais as circunstâncias em que isto pode ser tido em conta.

Posto isto, verifica-se que são ainda muitas as dúvidas que pairam sobre o rastreio do CaP bem como as controvérsias sobre o tema. Contudo, uma vez que já estamos perante a versão definitiva da referida Norma da DGS, parece-me claro que sejam essas recomendações que devemos seguir na nossa prática clínica. No entanto, esta Norma permanece omissa relativamente a algumas questões. Nestes casos continuamos sem respostas “acertadas” e as dúvidas permanecem, podendo levar a imperar o princípio de “cada cabeça sua sentença”.



Fernando Esteves Franco

Médico ortopedista

“O Bazófiás”

Vinte e duas horas de espera numa urgência hospitalar, doentes que morrem enquanto aguardam à entrada do hospital sem receberem cuidados médicos, hospitais com quadros de pessoal exíguos impossibilitados de desenvolverem políticas de fixação de recursos humanos consequentes às condições de precaridade oferecidas e ausência de perspectivas futuras, sanções ameaçadas prometidas pelo Ministro da Saúde às empresas de contratação pontual e precária de pessoal médico, têm sido notícias constantes nesta época de passagem de ano de 2014. Vários utentes reclamaram, alguns doentes não o puderam fazer; faleceram.

Entretanto levanta-se o sururu do costume; são tomadas medidas pelo Ministério da Saúde que pretensamente resolverão as dificuldades constatadas, autorizações para contratar pontualmente mais médicos, valores/hora triplicados (até o Secretário de Estado da Saúde - nosso Colega (!) - sublinhou que valores de 30 Euros/hora agora oferecidos aos médicos seriam invejados pelos portugueses, olvidando todavia a precaridade da contratação), autorizações de prolongamento do horário de funcionamento dos Centros de Saúde; tudo numa aparente resposta rápida e eficiente às dificuldades verificadas. Mas afinal houve alguma circunstância intercorrente, anómala e imprevisível, que tenha determinado este estado de coisas? Houve algum cataclismo interveniente?

Parece que não; até a Gripe era previsível e daí a campanha de vacinação oportunamente desenvolvida.

Mas, se não houve qualquer catástrofe imprevisível de efeitos terríveis, só poderão ser explicáveis os acontecimentos sucedidos em vários pontos da rede de Cuidados de Saúde em consequência a uma mais que deficiente organização, geradora das anomalias verificadas, só explicáveis então pela incapacidade organizativa do Ministério da Saúde, ou por medidas restritivas orçamentais que impeçam aquela organização adequada e necessária, o que vem a dar no mesmo.

Contratar médicos à hora a empresas de mão-de-obra, reduzir a solução das necessidades de um serviço de urgência a três ou dez médicos a contratar precariamente,

te, ignorar a imprescindibilidade da prestação de equipas tecnicamente hierarquizadas, logo articuladas e eficientes, esquecer a valia de outro pessoal - de enfermagem, técnico e outro- e não dilatar os horários de funcionamento dos centros de saúde em épocas de conhecida maior incidência de doenças respiratórias e metabólicas, não podem deixar de ser condições determinantes da situação caótica verificada, consequentes a um desconhecimento impeditivo de uma organização de cuidados médicos eficiente.

Lembre-mos das cheias do rio Mondego, avassaladoras no Inverno, enquanto no Verão o rio se resumia a um finíssimo curso de água. A resolução competente deste desequilíbrio pernicioso de caudal levou à construção de

barragens que impediram as enchurradas e normalizaram o fluxo da água. Desapareceram as cheias, evitaram-se as catástrofes.

Para a adequada prestação de cuidados às populações evitando as “enchurradas” geradoras de tantos dramas, de mortes até como nas enchentes dos rios caudalosos, será indispensável a adequação dos horários dos centros de saúde (quais barragens do sistema), permitindo a prestação eficiente dos hospitais (quais estuários de cheia dos rios selvagens).

Em síntese, há que perseguir a organização dos cuidados de saúde de forma integrada, articulada e complementar, única forma de serem perseguidas e desenvolvidas as vertentes profiláctica e terapêutica (desideratos do SNS); há que ajustar os recursos humanos às necessidades das Instituições, alicerçados em vínculos contratuais estáveis e logo indispensáveis à constituição de equipas hierarquizadas nos conhecimentos, reconhecidas interpares, tal qual houve a necessidade de transformar o velho “Bazófiás”, como era apelidado o rio Mondego, no magnífico espelho de água que até veio a amenizar o microclima da cidade de Coimbra.

Contratar médicos à hora a empresas de mão-de-obra, (...) ignorar a imprescindibilidade da prestação de equipas tecnicamente hierarquizadas, logo articuladas e eficientes, esquecer a valia de outro pessoal (...) e não dilatar os horários de funcionamento dos centros de saúde em épocas de conhecida maior incidência de doenças respiratórias e metabólicas, não podem deixar de ser condições determinantes da situação caótica verificada...

QUER RECOMENDAR O SEU MÉDICO?

Se acha que o seu **médico do hospital** merece um reconhecimento pelo seu trabalho, pelo seu humanismo e pela sua dedicação aos doentes, está na hora de o propor para o **Prémio Miller Guerra de Carreira Médica** no valor de **50.000 euros**.

A **Ordem dos Médicos** e a **Fundação Merck Sharp & Dohme** criaram o **Prémio Miller Guerra de Carreira Médica**, no valor de **50.000 euros** a fim de galardoar um profissional médico que se tenha distinguido por uma carreira exemplar dedicada ao serviço dos doentes, privilegiando sobretudo a atitude humanista na prática clínica.

O Prémio destina-se a médicos ainda em actividade ou reformados, não podendo ser atribuído a título póstumo.

As propostas de candidatura podem ser apresentadas por Instituições de Saúde públicas ou privadas, entidades civis, grupos de profissionais de saúde, grupos de doentes ou grupos de cidadãos.

O **Prémio Carreira Médica** será constituído por um diploma e uma dotação pecuniária no valor de **50.000,00 €, disponibilizada pela Fundação Merck Sharp & Dohme**.

PRÉMIO
**MILLER
GUERRA**
DE CARREIRA MÉDICA



Atribuído pela **Ordem dos Médicos**
e pela **Fundação Merck Sharp & Dohme**

Para mais informações: www.ordemdosmedicos.pt
Tel: 21 842 71 00

O PRAZO PARA
A APRESENTAÇÃO
DE CANDIDATURAS VAI
ATÉ **27 DE MARÇO**
DE 2015

Olivia Robusto Leitão

Consultor hospitalar aposentada

Do sonho ao pesadelo...

Duas rubricas, vindas a lúmen na última revista da O.M., traçadas da pág. 87 (Dr. João Rocha) à pág.96, não podiam ser mais atempadas. Pela estima e admiração que tenho para com os colegas Francisco Crespo e Zé Manel Barbas, reconsidero o que leio.

Sopravam ainda os ventos de Maio 68, o que por certo influenciou os acontecimentos, de que a Medicina viria a beneficiar.

Fui uma das contempladas com o novo Internato Geral, licenciada que fui já após o 25 de Abril. Comecei pela Saúde Pública, 8 meses, que na verdade mais não foi do que assistir a consultas de Caixa, em Azeitão, para onde ia de camioneta. Só depois passei aos hospitais, onde lembro, com emoção, a minha entrada na velha enfermaria do Dr. Sousa Martins, em S. José, onde as camas de mulheres estavam cheias por AVCs e as de homens por cirroses, tudo com uma média de internamento de 6 meses. A gestão foi-me entregue, Interna única, e valeu-me o que eu já tinha aprendido no Serviço do Prof. Alfredo Franco, com o Dr. Castel-Branco Mota, chefe do meu marido, e depois no Pulido Valente (onde fui iniciar o 3º ano do Curso), na fase quente da transição do antigo Sanatório, onde aprendi a semiótica e a observação cardiopulmonar em patologias que não teria mais oportunidade de encontrar.

O Internato Geral correu assim veloz e espartano. Não eram permitidas idas a formações, e lembro ser chamada pelo Chefe de Internos para me recusar uma ida, sem encargos, ao Porto.

Pegou com o entretanto surgido e obrigatório Serviço Médico à Periferia, no meu caso a cento e tal km de Lisboa, sem transporte, sem alojamento, sem água, sem telefone...Tinha já duas filhas.

Regressada à base, seguiu-se mais um ano de espera, o chamado policlínico. Mas porque havia concursos originais, fiquei 9 meses no desemprego graças a um enunciado ministerial (estariamos em 82-83). Esperava-me ir, em Janeiro, para Mogadouro, onde o diretor clínico, segundo um colega de lá me avisou, era o médico veterinário. Eu tinha família, não fui, e fiquei a tafear nesta e na outra banda (recusaram-me mais tarde essa contagem de tempo).

A maior parte do tempo passou-se em dedicação exclusiva, sem autorização para o exercício da Medicina privada, o que voltou a acontecer no Internato de Especialidade. Abriu concurso, tive vaga e abra-

cei de novo a dedicação exclusiva com tempo completo prolongado. Assumi e cumpri o meu efetivado compromisso, nunca me passando pela cabeça que alguma vez o Estado faltasse ao seu compromisso. Caso contrário faria o que muitos colegas fazem, mantinha a atividade oficial paralelamente à privada (uma originalidade também muito portuguesa).

No bater de pálpebras duma geração, a dos colegas acima mencionados, deu-se o apogeu e o declínio duma epopeia.

Quem de nós, que fizemos a guerra colonial, o 25 de Abril, e o SNS, pensou que estávamos a abrir o trilho que agora pisamos, do desencantamento e da ruína?

O saco azul da Segurança Social, aplicado à Saúde, resultou no saco roto do esbanjamento e incumprimento, com cortes de salários e de reformas, sem qualquer estatuto especial, a que legitimamente temos pleno direito, num SNS que foi sempre bandeira para todos os partidos e todas as campanhas eleitorais.

Não somos merecidos por quem nos não preza.



M. M. Camilo Sequeira

Chefe de serviço de Medicina Interna

Charlie Hebdo versus Charlie Brown

Sim, sou Charlie.

Mas interrogo-me sobre o que estou a dizer ao afirmar o que sou. Sim, sou integérrimo defensor da liberdade de imprensa e sim, estou disposto a morrer para que alguém diga, em liberdade, o que me contraria e até o que também acho que devia ser impedido de dizer. Ser Charlie é saber viver com este paradoxo? Ou devo antes escrever “ser Charlie é viver com este paradoxo.”

A verdade dramática deste nosso tempo de vida é que vivemos numa sociedade desigual e onde a violência, todo o tipo de violência, é um parceiro da normalidade. O que não sabemos é se ela é cultivada, valorizada ou promovida, nos jogos e espetáculos que a banalizam como uma “adequada” representação da violência do quotidiano, ou se é antes uma expressão cultural que aproveita a diferença para a vender como um “normal”, vulgaríssimo, produto consumível da sociedade mercantil. Representamos e ficamos entusiasmados com a violência dos jogos e dos filmes por sermos violentos ou estamos a valorizar a violência porque

um dos direitos da liberdade de expressão é a sua promoção comercial e cultural? Que deixa ao espírito crítico de cada um a capacidade de perceber que a fantasia de um produto “comercial” não é mais do que isso: fantasia para ver, pensar mas não reproduzir.

Ou para reproduzir? Não será essa reprodução outra expressão da liberdade? O único limite que reconhecemos a esta, à expressão da liberdade, é a impossibilidade de agredir o outro no que ele, bem ou mal, sinta como a sua dignidade. Dizemos que o limite da liberdade é a intrusão na liberdade do outro. Trata-se de um belo conceito teórico. Potencialmente reproduzível, sem restrições, pela grande maioria dos “nós” e dos “outros” mas cuja interpretação será tudo o que quisermos menos consensual. Diremos todos as mesmas palavras, estaremos todos irmanados nelas, mas, de facto, estaremos (todos?) a falar de “coisas” diferentes.

Esta leitura do desencontro intelectual de muitos seres humanos bem intencionados é a porta aberta para a censura. Ou seja, ao se perceber a complexi-

dade do valor “liberdade” estamos, ou parece que estamos, a promover um modelo relacional que a limita, que a impede de ser o que (julgo) deve ser: ausência total de constrições.

O que nos confronta com outra questão paradoxal: quem é que tem competência para definir o que não é interferir na liberdade do outro?

A democracia não é um sistema político perfeito. Mas na sociedade que se pretende aberta, como é a do chamado mundo ocidental, é o melhor sistema que se inventou para regular a vida em colectividade. E mesmo que seja adulterada por agentes da própria democracia que a aproveitam em seu interesse continuamos a acreditar que, pelo menos teoricamente, o dar voz a toda a gente é a mais adequada maneira de impedir abusos na gestão da “coisa pública” que se exprimam pela promoção da desigualdade.

Acreditamos que os sistemas que a “liberdade” ofereceu aos países que se afirmaram em África, na América Latina ou na Ásia querem reproduzir uma parte significativa dos valores da Europa (ou de parte desta)

em termos de desenvolvimento, de identificação cultural, de hábitos de convivência cordiais e de poder partilhado ou participado. Mas o que sabemos desse propósito, até hoje, está longe de satisfazer tais objectivos. Temos grupos familiares ou de casta, quicá cartéis, que exploram os bens naturais dos seus países enriquecendo particularmente e deixando a maioria dos seus pares nacionais no mais triste, no mais lamentável, dos “viveres sem nada”. E também percebemos (paradoxalmente?) que muita dessa realidade é alimentada pelos países que foram, que ainda continuam a ser, o símbolo da árvore de felicidade que todos reconhecemos ser nosso direito. E por isso as migrações em risco, os deslocados que não querem a sua terra porque os escraviza e que não são queridos pelas terras de acolhimento porque “sabe-se lá o quê”.

E no entanto pode haver algum sentido de responsabilidade (acrítica? Não reflectida? Empírica?) neste “não saber porquê”. É que o que parece ter sentido é evitar a deslocação maciça de populações de continente para continente para tentarem encontrar o bem-estar a que deviam ter direito no seu espaço identitário. Bem-estar este que é mínimo no local de acolhimento porque só não tem óbvia violência física quotidiana. Que é mínimo porque a violência social persiste visto estar assente na desadequação da sua integração em realidades que não se identificam nem compreendem as suas regras milenares de coabitação.

E de novo se torna evidente o paradoxo de se fingir (mesmo que inconscientemente será

sempre fingir) aceitar a miscigenação, que é inevitável, através dos normativos que regulam a vida dos naturais mas que, de facto, favorecem a exclusão dos estranhos. Mesmo quando a intenção é a melhor. E a exclusão, quando sentida pelo excluído, é geradora de violência. Pois até a humildade do integrado agradecido é uma expressão do ser-se diferente. E cada pessoa tem apenas uma vida, a sua, para conquistar o direito a ser olhado como cidadão “inteiro”. Mas uma vida é pouco tempo para o próprio o que “justifica” a violência com que “castiga” o outro integrado ou autóctone.

E o dramático, também dramático, é que nas terras democráticas o bom que as caracteriza é contaminável pelos defeitos que encontramos nas terras de onde se foge e onde os mandantes criaram sistemas que contradizem os valores democráticos sobre que se dizem construídas. Há na sociedade europeia, e cada vez mais frequentemente, uma corrupção de pessoas “normais” que enriquecem pela exploração dos bens públicos e que formam associações de beneficiados, de cúmplices ou parceiros dessa corrupção, gerando verdadeiros cartéis de desonestidade, que excluem a maioria dos seus concidadãos dos direitos que se foram estruturando ao longo do século passado.

Mas estes direitos, deveres e princípios serão mesmo identificação unânime nas sociedades de cultura dita ocidental? Afirmamos que os Estados Unidos da América são o país das oportunidades e, particularmente no âmbito da ciência, foi aí que no último século mais crescemos. E também na arte aí se cresceu.

Porque foi nos Estados Unidos que se refugiaram artistas perseguidos, ou cuja criatividade se queria restringir, e que assim puderam deixar-nos muito do património cultural que hoje chamamos nosso. Mas se deixarmos as costas leste e oeste do país e algumas ilhas dispersas pelo território o que é que a América do sonho americano nos mostra? Comunidades isoladas, intolerância e violência sobre o outro, marginalidade, escolhida ou provocada, com mais ou menos violência e nem sempre exclusiva ou predominantemente física, mais de um terço dos americanos com formação universitária afirmando sem alternativa, e defendendo com violência, a validade do criacionismo, enfim, um primitivismo social que só não é o dos países que dizemos subdesenvolvidos porque ocorre no hemisfério norte.

O que nos confronta de novo com a questão de saber o que são as qualidades da democracia e o que esta faz para promover integração, desenvolvimento, partilha, identificação e respeito pelo outro. Afecto. Sim, afecto. Pois em sociedades onde impera o medo, desde o irracional ao mais objectivo, este, o afecto, não é variável que se considere nos jogos relacionais. Com seguro prejuízo colectivo. Todos aceitamos que se atribua à divergência religiosa muita da conflitualidade social com que hoje, no dia em que escrevo e decerto em muitos dos próximos, temos de coabitar. Mas será que também percebemos que essa divergência tem muito mais a ver com poder do que com Deus seja este qual for? Será que a utilização dos simbólicos da religião não

são “apenas” parte identitária das relações de poder de uns sobre os outros? Dos chefes religiosos sobre os crentes, dos endeusados chefes políticos, ou agora económico-financeiros, sobre os potenciais eleitores, mas também a subalternização “natural” da mulher, a desvalorização da cultura dos “povos” pobres, a procura da exploração do Homem pelo Homem para que o explorador mande e o explorado se humilhe, o dar o que é “nada para o que dá” mas parece “muito para o que recebe”, para que o que dá tenha muito mais depois dessa “oferta”, o valorizar a competitividade do mercado como gerador de riqueza embora seja óbvio que isso é mentira.

O poder, que devia ser um mérito temporário, ou mesmo um benefício, aceite pela democracia nas sociedades complexas é hoje um factor de desigualdade e de restrição de oportunidades para a maioria das pessoas. Que apenas “têm poder (?) quando votam”.

A religiosidade é uma das formas de expressão deste poder autocrático e diferenciador. E é justo afirmar-se que nem sabemos bem se as circunstâncias sócio-políticas que estiveram por detrás da criação das muitas religiões tinham esse propósito. Podemos afirmar, sim, que historicamente os judeus decidiram ser comunidade excluindo de deus todos os outros povos, que os muçulmanos decidiram impor o seu credo a tantas mais comunidades quanto possível usando da violência militar sem restrições exactamente como o fizeram os cristãos. E

também podemos afirmar que, principalmente estes dois últimos grupos de confessos, se digladiaram e continuam a digladiar, violentamente, para que cada uma das suas seitas, ou os mandantes de cada seita, seja reconhecida como mais fiel ao deus comum que a outra.

Em boa verdade não sabemos se esta procura de poder era o objectivo dos inventores das religiões. Não é claro nem pe-

explicada só pelo tempo em que as “integrações” se fizeram. Foi o poder dos que se consideram testamentários dos criadores das religiões que se afirmou dessa forma. E tudo indica que esta afirmação de poder se mantenha no futuro como regra das confissões.

A pergunta para que não temos resposta, apesar de muito necessária, é se os outros factores que referi antes não serão também

identidade do ser humano. Se a desigualdade não será promovida porque, de facto, é própria da nossa condição, porque somos o que somos porque ela existe desde que somos alguma “coisa”. Se a violência que hoje é o nosso quotidiano não é apenas a expressão de uma violência que sempre nos acompanhou. Só que agora é demasiado óbvia porque é mostrada em todo o lado. E porque ao ser mostrada se está a agir de acordo com as regras do mercado que autoriza que

se venda tudo. Porque tudo é vendável, porque o mundo ficou mais pequeno o que permite que a nossa violência seja exportada. Porque a liberdade é, precisamente, deixar que cada um exprima o que sente como direito seu, onde quer que seja, da forma que julgar adequada, sem censuras ou penalizações. Mas será isto liberdade? E se não for, então o que é a liberdade? Porque é que a expressão de ódio ao diferente é agressiva se for fisicamente verificável mas já o poderá não ser se o for psicologicamente? Será que pretendemos que a agressão “espiritual” não tem carácter sofrimentogénico? Mas se acharmos que afinal a agressão



los escritos históricos nem pelos canónicos que, para lá da criação de um sistema político (sim, político) que era inclusive para o seu grupo próximo, também existisse a intenção de, no futuro, transformar todos os povos em membros dessa comunidade. Provavelmente pela demonstração das vantagens colectivas da escolha e a consequente aceitação livre da integração. Mas sabemos que historicamente e com os textos canónicos o alargamento das comunidades de crentes fez-se sempre (ou quase) com violência que muitas vezes era justificada usando o nome, a vontade, do deus em causa. E acho que esta “opção” não pode ser

“espiritual”, mesmo que não pretenda ter esse objectivo, tem este carácter gerador de sofrimento então como é que poderemos continuar a afirmar que vivemos e queremos viver numa sociedade livre?

Estamos muito longe de saber o que é correcto como relação adequada com o outro. E não podemos simplesmente afirmar que cada um faz o que quer de acordo com as leis que vigoram em cada lugar. Embora esta fosse uma fórmula satisfatória para muitas situações. Só que quem se desloca à procura de “um lugar ao sol” raramente leva consigo as competências para perceber a diferença e se adaptar a elas. E os que culturalmente se quiserem identifi-

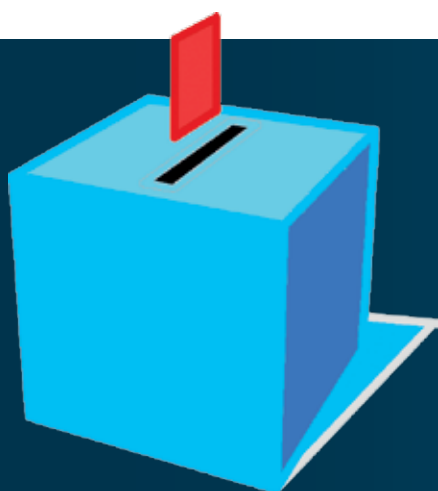
car com estruturas diversas das da sua área de criação quererão impor esses valores “de qualquer forma” porque as aceitam como normativos orientadores da vida “como coisa boa”. O que nos conduz de novo a outro beco sem saída.

A questão do ser-se Charlie tem que ver com tudo isto. Porque julgo que mesmo que fosse possível mandar para as urtigas Moisés, Jeová, Cristo, Paulo, Maomé e Alá (e outros personagens da diversa história religiosa de toda a História) a violência não seria eliminada do nosso quotidiano e as suas múltiplas formas de expressão continuariam a estar presentes no dia a dia da maioria dos biliões de seres humanos que hoje

partilham o planeta. Publicitadas de acordo com interesses financeiros mas mesmo assim violência.

Por isso mantenho que sou Charlie. Mas interrogo-me sobre quantos de nós teremos consciência que ser Charlie é muito mais que sentir dor e inquietação pela violência que se abateu sobre a publicação. Ser Charlie (Hebdo) é procurar compreender e combater a violência que está aqui, ali, agora, como ontem e amanhã, e que nos parece justificar sermos muito mais do que Charlie (Brown).

(14 de Janeiro de 2015)



ELEIÇÕES

DIRECÇÕES DOS COLÉGIOS DE ESPECIALIDADE, SUBESPECIALIDADE E COMPETÊNCIAS* E CONSELHO NACIONAL DO MÉDICO INTERNO

26 de Março de 2015

Horário: das 09,00 às 20,00 horas

Local: Secções Regionais da Ordem dos Médicos

CALENDÁRIO ELEITORAL

Março 26	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).
Março 31	Apuramento final dos resultados a nível nacional.
Abril 6	Prazo limite para impugnação do acto eleitoral.
Abril 13	Prazo limite para a decisão de eventuais impugnações.

* A Competência da Peritagem Médica da Segurança Social não terá eleições nesta data.



Catarina Miranda Silva

Interna de Ginecologia/Obstetrícia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A pressão da escolha (e a escolha da pressão)

Terminou esta semana o processo anual de colocação dos mais jovens médicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – os chamados Internos do Ano Comum. Médicos com um ano de experiência, ainda tanto a aprender, esperando uma formação graduada integrados na especialidade da sua escolha, e se tiverem sorte, dos seus sonhos.

Ora o que se passou este ano foi tudo menos idílico. Em anos anteriores, no decorrer dos meses de Outubro ou Novembro, a Administração Central do Sistema de Saúde (ou ACSS, órgão dependente do Ministério da Saúde) cumpria o seu dever de publicar o mapa de vagas disponíveis para formação numa especialidade médica; vagas que seriam escolhidas pelos jovens médicos que no ano anterior realizaram a Prova Nacional de Seriação (PNS), exame idêntico para todos os finalistas em Medicina no país, e cuja classificação permite seriá-los e definir a ordem de tal escolha. Após o lançamento do dito mapa, permitiam-se (habitualmente) aos candidatos alguns dias para a avaliação das opções disponí-

veis; dias de reflexão e recolha de informação para determinar a melhor escolha perante a sua nota, para no fim desse período decidir de forma ponderada e informada a especialidade que desejariam exercer, para muitos, o resto da sua vida.

Porém, neste ano de 2014, verificou-se um atraso nunca antes visto na publicação do dito mapa, sob pretexto de uma tentativa de “encontrar vagas para todos” – num sistema que, conforme os frequentes avisos da Ordem dos Médicos (OM), se encontra desde há dois anos saturado e sob ameaça de, com o aumento do número de médicos a iniciar formação, vir a prejudicar a qualidade da mesma. As vagas foram (finalmente) publicadas a 15 de Dezembro, cerca das 20 horas, deixando aos candidatos escassas 18 horas (muitas das quais nocturnas) para tomarem a decisão que influenciará para sempre a sua vida – com o processo de escolha a iniciar-se na tarde do dia seguinte. No mesmo dia publicou-se um calendário de escolhas, irrealista e insensato, indicando mais de 400 médicos a realizarem a sua opção por

dia, permitindo cerca de 2 minutos a cada jovem para determinar o seu futuro. E no fim de tudo, foi ainda declarado que o exercício das novas funções numa nova especialidade, num novo hospital, numa nova cidade, teria início a 2 de Janeiro, a escassas duas semanas do início do concurso.

Ora tudo isto me parece profundamente errado.

Desde já relembro que também os médicos em início de carreira têm obrigação de assegurar escalas de urgência, muito difíceis de reorganizar com, para alguns, apenas uma noite de antecedência. Recordo também a dificuldade de deslocação atempada, em apenas 18 horas, de um hospital no Algarve ou em Trás-os-Montes até às Administrações Regionais de Saúde (ARS) destinadas à realização do processo de escolha, sejam elas do Norte, Centro, Sul, ou mesmo ilhas.

Asseguro-vos que um período de 18 horas é também claramente insuficiente para analisar as opções de carreira disponíveis, e permitir a calma e clareza de espírito necessárias a tomar uma decisão de tal envergadura. Já para não dizer insuficiente para

detectar erros no processo devidos à pressa dos órgãos gerentes, como incorrecções no mapa de vagas ou a ausência de alguns candidatos na lista de seriação (erros estes corrigidos já após o início dos procedimentos). E sim, é certo que um mapa de vagas provisório fora disponibilizado antecipadamente pela OM, o que terá permitido a alguns colegas organizarem-se com tempo; contudo, este contemplava apenas as especialidades hospitalares, e não para formação de Médicos de Família – ora, estaria a ACSS a assumir que, de entre os 278 médicos que obtiveram a melhor nota na PNS (e como tal escolheriam a sua especialidade menos de 24 horas após ser divulgado o mapa de vaga), nenhum quisesse escolher a especialidade-base do SNS?

Considero ainda que um calendário que prevê mais de 400 escolhas por dia (um processo com a duração total de 3 dias e meio, ao invés dos 10 dias úteis habituais), resultando em cerca de 2 minutos para cada candidato analisar as opções disponíveis aquando do momento da sua escolha, foi simplesmente irrealizável e desrespeitoso. Não merecem os internos o direito ao tempo necessário para fazer a escolha que tão grandemente influenciará a sua vida, sem pressas e pressões de atrasos externos a si mesmos?

E digo-vos ainda que o começo deste concurso a 15 de Dezembro, com um início de novas funções em nova localização geográfica previsto para 2 de Janeiro, é simplesmente desprovido de senso comum – como se espera que os colegas encontrem casa

para viver nos próximos 4, 5 ou 6 anos da sua vida em menos de duas semanas? Semanas estas que incluem o Natal e Ano Novo, época tradicionalmente dedicada à celebração e à família... e não à imobiliária?

É difícil aceitar esta indiferença. Sim, compreendo a necessidade de encontrar vagas para todos os candidatos, num ano em que ainda não existem salvaguardas ou alternativas de emprego aos colegas que, sobrando neste processo, não teriam acesso a formação; colegas que também batalharam para, um dia, poderem ajudar os outros. Mas não posso compreender a pressa deliberada neste concurso, que como em tantos outros momentos revela a dificuldade tão portuguesa dos órgãos gerentes de pensar a médio-longo prazo, além do tempo de eleições; um processo que demonstra uma inacreditável falta de senso comum e de consideração pelos médicos em início de carreira. Não compreendo a displicência e a irresponsabilidade com que se ignoram as obrigações profissionais dos mais jovens (o futuro da saúde de todos nós!), para garantir um processo apressado, “mal-amanhado”, e insensato. Um processo que prejudica não só os jovens médicos, tomados pelo pânico de uma grande decisão e incapazes de parar a engrenagem deste concurso em tempo útil, como também o SNS, pelo qual neste tempo de crise tanto nos temos batido. E claro, não compreendo uma conjuntura que, por maltratar e afugentar os profissionais de saúde ao ponto da emigração em massa e sobrecarga dos que

fielmente permanecem, prejudica a qualidade dos cuidados aos doentes portugueses.

Sim, é certo que é vantajoso existirem vagas para todos. Mas, senhores responsáveis, não desejamos vagas a qualquer custo. Não a custo do respeito pelos deveres laborais, para com o SNS e os seus doentes; não a custo da paz de espírito de colher informação atempada e ponderar os próximos passos de uma vida; não a custo do direito a realizar uma escolha tranquila, movida não pelo pânico mas pela paixão e desejo de ajudar o próximo.

**3 dias e meio não
chegam para que 1554
médicos reorganizem
as suas obrigações e
atravessem o país
a comunicar uma
escolha.**

**18 horas não são
suficientes para
ponderar opções
de futuro.**

**2 minutos
não bastam para tomar
a decisão de uma vida.**

E, depois de tudo, ainda pedem que vos tratemos da Saúde.

Atenciosamente,
O Interno do Ano Comum
de 2014



Ruela Torres (1922-2014) Pioneiro da Anestesiologia em Portugal

Publicamos em seguida um apontamento que resume um artigo da autoria de Jorge Tavares, sobre o desaparecimento de Pedro José Ruela Torres, um dos 15 anestesistas que subscreveram o requerimento para o reconhecimento da especialidade pela Ordem dos Médicos. O riquíssimo texto de homenagem poderá ser lido integralmente na próxima edição da revista "nortemédico".

"Pedro José Ruela Torres foi um dos primeiros médicos que em Portugal se dedicou em exclusivo ao exercício da anestesia. Em 1948, estagiou durante 4 meses em Londres e iniciou um percurso de intensa atividade profissional e de participação no progresso da especialidade. Percurso esse que se desenvolveu na criação dos Serviços de Anestesia do Hospital Geral de Santo António (em 1948) e do Hospital Escolar de S. João (em 1961), de que foi o primeiro diretor de ambos, no exercício como anestesista em clínica privada, na participação na fundação da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, no reconhecimento da especialidade de Anestesiologia pela Ordem dos Médicos, na organização de planos de ensino do internato, na internacionalização da formação contínua, na promoção da carreira académica na Anestesiologia. (...) Pedro Ruela Torres foi um dos 15 anestesistas, a esmagadora maioria dos quais de Lisboa, que

subscreveram o requerimento para o reconhecimento da especialidade pela Ordem dos Médicos. Este reconhecimento não foi fácil e obrigou a diversas diligências e iniciativas, mas veio a ser concluído pelo Conselho Geral em 1955. Foram então estabelecidas as condições a que deveriam obedecer os candidatos que pretendessem ser admitidos de imediato no quadro de especialistas e foi criada a respetiva comissão de especialidade.

(...) O novo Hospital S. João foi concebido em 1933 como instrumento de progresso da Medicina em Portugal, o que passava pelo acolhimento da inovação. Pedro Ruela Torres, com a sua mentalidade aberta aos caminhos de progresso que a especialidade trilhava na Europa após a cessação da epidemia de poliomielite (1947-53), promoveu a criação da Unidade de Reanimação Respiratória. Esta Unidade iniciou oficialmente a sua atividade em Maio de 1962, integrada no Serviço de

Anestesia, que passou a designar-se de Anestesia e Reanimação. A Reanimação Respiratória começou em Portugal em 1960, quando uma equipa médica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, orientada por Carlos Tenreiro, um anestesista que fizera a sua formação com Ruela Torres, manteve em ventilação mecânica um doente do serviço de urgência com tétano pós-parto.

(...) O Serviço de Anestesia e Reanimação que Ruela Torres dirigia, começou logo a receber internos e a diplomar especialistas. Ruela Torres tomou a iniciativa de pôr em funcionamento um Conselho de Internato. Nele tinham assento os chefes de serviço, os monitores dos internos e o representante destes. As atas das reuniões deste Conselho, bem como as das reuniões de internos, dão uma ideia da forma cordata e diplomática com que Pedro Ruela Torres geria as tensões que a presença de médicos internos de carreira criou dentro do serviço. Os especialis-

tas, que trabalhavam no Hospital sem nenhum vínculo, sentiam-se ameaçados pelo grande número de internos que o serviço acolhia. Esta ameaça estendia-se ainda à concorrência no trabalho em regime privado ou em outros Hospitais, estatais ou das misericórdias. Em contrapartida, os internos queixavam-se que os especialistas se mostravam muito pouco interessados em contribuir para a sua formação.

O Serviço de Anestesia e Reanimação do Hospital de S. João tornou-se um centro de referência na preparação de especialistas. Desde os primeiros exames finais em 1970 até 2014, o Serviço responsabilizou-se pela formação integral de 220 especialistas, dos quais 31 espanhóis. Em 1984, Ruela Torres e os chefes de serviço de então promoveram a elaboração de um documento que analisou a participação do serviço nos diversos níveis da educação médica. Nele ficou traçado um programa de internato baseado no que entretanto foi divulgado pela Academia Europeia de Anestesiologia. Na sua sequência, foi estruturado e entrou de imediato em funcionamento um programa pioneiro de formação de internos, com indicação do nível de

conhecimentos exigível para cada assunto e a quantificação dos desempenhos a adquirir bem como com a determinação da realização de reuniões semanais por ano de internato.

(...) A sua atuação profissional mereceu-lhe a atribuição pelo Presidente da República da Comenda da Ordem de Mérito, pelo Ministério da Saúde da Medalha de Prata dos Serviços Distintos, pela Câmara Municipal do Porto da Medalha de Honra da Cidade do Porto, Grau de Ouro e pela Ordem dos Médicos da Medalha de Mérito de Serviços Relevantes, todas em 1985. Foi uma das 50 figuras (ou factos) da história do Hospital S. João escolhidas para figurarem com um estandarte na exposição do seu cinquentenário que esteve patente nas ruas envolventes do Hospital (2008-9).

(...) A Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia publicou, no início dos anos 90 do século passado, pequenas notas biográficas sobre os seus antigos presidentes. Por esta razão, mantive então uma conversa de muitas horas com Pedro José Ruela Torres. Conversa essa que se prolongou em várias ocasiões ao longo dos anos. Nessas oportunidades fui obtendo, a partir da

sua memória e de documentos que conservava, notícia de muitas histórias da história da anestesiologia e uma extensa informação sobre o seu papel como pioneiro e impulsionador da moderna Anestesiologia em Portugal.

Pude assim constatar o seu sentimento de ter contribuído de forma ativa para a implementação da especialidade em Portugal. Todos os que nas décadas de 40 e 50 do século passado se começaram a dedicar em exclusivo à Anestesiologia, tinham a noção de que estavam a optar por uma especialidade que era pouco mais do que nada, mas que decidiram transformar numa especialidade completa. O que significava a criação de serviços hospitalares autónomos, o reconhecimento da especialidade pela Ordem dos Médicos, a organização de uma sociedade científica, o reconhecimento da Anestesiologia como disciplina universitária. Todos estes objetivos foram atingidos rapidamente, com exceção do último, só concretizado depois da maior parte desses pioneiros se ter retirado. Pedro Ruela Torres afirmava com orgulho o facto da ascensão pela primeira vez a uma cátedra de Anestesiologia ter sido protagonizada por um colega que consigo fizera a preparação básica como interno e sempre trabalhara no seu serviço.

Através desses múltiplos contactos, pude reforçar a minha admiração por um verdadeiro gentleman, de educação primorosa e ideias claras, que soube assumir com elegância as suas responsabilidades, mesmo em momentos difíceis.

O aprofundamento de aspetos relacionados com a vida profissional de Pedro José Ruela Torres é possível pela consulta de alguns artigos publicados:

Costa J. Memorial do Serviço. Revista Anestesia e Cuidados Intensivos 1988;1(0):35-41

Tavares J. Presidentes da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia: Pedro Ruela Torres. Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia 1992;4(1):75-76

Tavares J. 50 anos de pioneirismo: Na Anestesia e nos Cuidados Peri-Anestésicos, na Medicina Intensiva e na Reanimação, na Emergência, na Analgesia do Trabalho de Parto, na Medicina da dor, na Qualidade e na Segurança, na Educação Médica, no Aperfeiçoamento Profissional. Serviço de Anestesiologia do Hospital de S. João. Porto; 2011 (inclui a entrevista de Pedro Ruela Torres a Joana Mourão, várias vezes referida neste artigo)

Tavares J. História da Anestesiologia Portuguesa. 2ª Edição. Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. Lisboa; 2013

Machado H, Pina MF, Tavares J. In Memoriam: Pedro José Ruela Torres (1922-2014). Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia 2014;23(3):98-100

Tavares J. Histórias da História da Anestesiologia Portuguesa: A Anestesiologia no Hospital S. João. Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia 2014;23(4):127-134"



História da Urologia: uma visão panorâmica

Manuel Mendes Silva

Urologista e ex-presidente
da Associação Portuguesa de Urologia

Publicamos um artigo-resumo da conferência proferida no dia 14 de Janeiro, sobre a história da Urologia, no âmbito do ciclo organizado pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, que o autor define como “uma viagem fascinante e por vezes muito curiosa”. “O médico que não sabe a história da medicina, e da especialidade à qual se dedicou, não é um médico completo. Gostando-se verdadeiramente duma especialidade médica ou cirúrgica, sentimos a premente necessidade de saber das suas origens, da sua evolução e de conhecer os seus protagonistas”, refere Manuel Mendes Silva, como introdução a esta temática. As imagens que ilustram este artigo são referida conferência.

A Urologia só existe como especialidade médico-cirúrgica independente desde o final do século XIX, início do século XX. Todavia, desde tempos imemoriais, existem descritas patologias e terapêuticas que hoje são do foro da urologia, que foram evoluindo através dos tempos, passando da uroscopia, da litotomia e da exploração instrumental uretrovesical à endoscopia diagnóstica

e terapêutica do baixo aparelho urinário, do acesso endoscópico para o aparelho urinário superior ao diagnóstico radiológico urológico, da urodinâmica às próteses, da cirurgia de exérese à cirurgia reparadora e ao transplante, da hormono/químio/radioterapia à terapia-alvo e às cirurgias laparoscópica e robótica... Uma viagem fascinante e por vezes muito curiosa...

O termo Urologia como a disciplina que estuda o aparelho urinário foi criado pelo cirurgião francês Leroy d'Etoiles, em 1840 (“Urologie”, estudo da urina, do aparelho urinário). É a “especialidade médico-cirúrgico-técnica que estuda e trata dos problemas e doenças do aparelho urinário e sexual masculino”.

Contudo, as doenças que são agora do foro da Urologia já



existiam. Há testemunhos desde tempos imemoriais, por exemplo, de pedras urinárias ou de alguns atos terapêuticos, como a sondagem da bexiga e a litotomia na época da Grécia Antiga ou no Egito, Assíria, Índia e China. E mesmo cirurgias como a circuncisão ou castração já eram praticadas, aquela por motivo religioso, esta como justiça ou para os eunucos dos haréns.

O percurso histórico da evolução da Urologia acompanha de forma indelével a evolução da própria Medicina e da Cirurgia e foram vários os marcos ao longo dessa história partilhada. Se no século XV Leonardo da Vinci ainda não representava a próstata nos seus desenhos, Vesálio já o faria, pouco depois, pois no século XVI a prática confronta a teoria e há uma grande evolução quanto à anatomia. Data também do século XVI o primeiro Tratado de Urologia («Las enfermedades de los riñones, vejiga y carnosidades de la verga», de Francisco Diaz), mas, nessa altura, e até ao século XIX, nessa “Primitiva Urologia”,

fazia-se apenas o reconhecimento de poucas afeções, sobretudo por intermédio da uroscopia (observação da urina) e tratamentos com algumas drogas de origem mineral, vegetal e animal. Até essa altura, basicamente, faziam-se cirurgias externas dos genitais, a sondagem da bexiga, a litotomia (litotomistas) e a exploração e dilatação da uretra. Praticava-se uma Urologia pouco especializada. Dos portugueses que também contribuíram para a evolução que se verificou nesses séculos, são de referir Garcia de Orta (Farmacopeia) e Amato Lusitano (em áreas como a exploração e dilatação da uretra, dado o desenvolvimento de doenças venéreas e suas sequelas – apertados da uretra). Amato Lusitano, no século XVI, foi precisamente um dos precursores da exploração e dilatação da uretra. As doenças venéreas, nomeadamente blenorragia (gonorreia) e sífilis, eram muitas vezes consideradas a mesma doença. Tratavam-se com anti-flogísticos externos, instilações e lavagens da uretra

(blenorragia), fumigações com enxofre e mercúrio, injeções com arsénico (“Salvarsan”), este já no início do séc. XX (sífilis). Os tratamentos só mudariam com a antibioterapia.

Entre os séculos XVII e XVIII os avanços da medicina continuavam a condicionar e a potenciar o avanço da Urologia: na fisiologia, destaca-se Bacon, Harvey (descobridor da circulação sanguínea), Sydenham, Van Helmont, Sylvius e Bichat; na anatomia microscópica com a descoberta do microscópio, Malpighi (microcirculação), Leeuwenhoek (microbiologia), Morgagni (anatomia-histologia patológica). Realidade interessante destes séculos era, por exemplo, a existência de público nas litotomias, que por vezes até era admitido mediante a compra de bilhete; Uma curiosidade igualmente de assinalar é que, para resolver a incontinência urinária, eram usados vasos colectores da urina que as mulheres colocavam “entre as pernas” enquanto ouviam as prolongadíssimas pregações

e sermões do Padre Bourdaloue (séc. XVII), um padre cujas qualidades retóricas eram muito apreciadas pelas senhoras mas que fazia sermões muito longos... Alguns destes recipientes eram objectos artísticos.

Mas só ao longo do século XIX é que a Urologia ganhou um novo impulso, com o desenvolvimento da manipulação instrumental da uretra, da litotricia vesical e sobretudo com a endoscopia da uretra e da bexiga. É no séc. XIX que a litotricia (esmagando a pedra vesical através da uretra em vez de a tirar por talha perineal ou hipogástrica) atingirá o seu maior desenvolvimento, assim como a exploração e dilatação uretral.

A 1ª cistoscopia com lâmpada incandescente foi efectuada em 1877, por Max Nitze – e foi verdadeiramente revolucionária, pois, pela primeira vez, acedeu-se aos órgãos no interior do organismo. Pouco depois, Albarran, com a criação de uma «unha móvel» adaptável ao cistoscópio, conseguiu introduzir cateteres nos ureteres e rins, o que permitiu a análise separada da urina de cada um dos rins (diagnósticos de lateralidade) e o acesso ao aparelho urinário superior. Na realidade quem inventou a “unha de Albarrán” foi um dos seus alunos, Imbert, mas foi Albarran quem apresentou a invenção e quem desenvolveu, com o construtor Collin, os cistoscópios até terem o aspecto actual.

A par disso, a anestesia, a assepsia e a antissépsia permitiram chegar às primeiras grandes cirurgias urológicas. A primeira nefrectomia, por exemplo, decorreu em 1869, e a primeira prostatectomia em 1900. Em 1880, ocorre a 1ª cirurgia reparadora do rim (nefrolitotomia) feita por Henry

Morris em Inglaterra.

Cerca de 1890 surgiu a primeira cátedra de Urologia em Paris, com Felix Guyon, tornando-se esta especialidade independente da Cirurgia Geral. Guyon (França) e Max Nitze (Alemanha) são considerados os pais da Urologia: Nitze realizou a 1ª cistoscopia com iluminação eléctrica e Guyon foi o 1º professor de uma cátedra de Urologia, no final do séc XIX e foi o 1º presidente dum

congresso internacional de Urologia.

No início do século XX, com a descoberta dos RX, começaram-se a realizar diagnósticos urológicos com mais eficácia, beneficiando da urografia, que surgiu nos anos de 1920. A urodinâmica inicia-se e desenvolve-se.

Com os antibióticos, as transfusões e a evolução das técnicas, as cirurgias passaram de exérese e de drenagem a conservadoras.



A sessão conduzida por Manuel Mendes Silva contou com uma assistência interessada e participativa



António Pereira Coelho



António Barros Veloso



José Luís Doria



Joshua Ruah



Luíz Damas Mora



Luciano Ravara

No tratamento do cancro a 1ª forma de hormonoterapia foi urológica (carcinoma da próstata, Huggins, prémio Nobel, anos 30 do séc. XX). Em relação à quimioterapia, também dois dos seus avanços significativos foram urológicos (tumores de Wilms e testículo).

Para além de grandes avanços nas disfunções sexuais (sobretudo erétil- revolução "Viagra", e agora ejaculatória), há também grandes avanços no tratamento da infertilidade, a urologia em colaboração com a ginecologia, outras especialidades e o laboratório.

A partir daí, a progressão foi dada a passos largos, chegando-

-se às modernas próteses, aos transplantes e à atual Urologia suportada na tecnologia, em termos de diagnóstico, e de terapêuticas farmacológicas, cirúrgicas e instrumentais. Da endoscopia e cirurgia endoscópica da uretra, próstata e bexiga (baixo aparelho urinário), passou-se à cirurgia endoscópica do alto aparelho (ureterorenoscopia e cirurgia percutânea) e à cirurgia laparoscópica. Nascem e desenvolvem-se subespecialidades ligadas à Urologia (Urologia pediátrica, Andrologia, Uroginecologia, Urologia oncológica, entre outras) e novas tecnologias em biologia molecular, bioquímica (PSA), imunologia, genética, bio-

física, óptica (imagem), informática, internet, robots, etc.

Apesar de toda a inovação, há que ter em conta que, hoje em dia, a relação médico/doente se transformou mas nunca nos podemos esquecer dos princípios hipocráticos e éticos da prática da Medicina – o humanismo e a compaixão, além da eficiência, são fundamentais. Para além de eventuais considerações financeiras, as novas tecnologias não nos podem fazer afastar dos valores básicos da Medicina. Esta é cada vez mais baseada na ciência, mas não há doenças, há doentes... A Medicina é a arte de saber lidar com os doentes.

Presidentes da Associação Portuguesa de Urologia (1923-2015)

Artur Ravara
Ângelo da Fonseca
Artur Furtado
Henrique Bastos
Reynaldo dos Santos
Moraes Zamith
Pinto Monteiro
Raúl Matos Ferreira
António Carneiro de Moura
João Costa
Henrique Costa Alemão
Arménio Pinto de Carvalho

Alexandre Linhares Furtado
Alberto Matos Ferreira
José Campos Pinheiro
Joshua Ruah
Adriano Pimenta
Manuel Mendes Silva
Francisco Rolo
Tomé Lopes
Arnaldo Figueiredo

Presidentes do Colégio de Urologia da OM (1980-2015)

Alexandre Linhares Furtado
Alberto Matos Ferreira
Adriano Pimenta
António Requixa
Manuel Mendes Silva
Mário Reis
João Real Dias
José Palma Reis

Presidentes da Associação Lusófona de Urologia (2009-2015)

Manuel Mendes Silva (Portugal)
Paulo Palma (Brasil)

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2015

Conferência

11 de Março, quarta-feira, 21h – em Lisboa

"Vesálio em espelho" - Maria José Leal

8 de Abril, quarta-feira, 21h – em Lisboa

"Breve história da Alma" - Joaquim Barradas

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

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

História da
Medicina

2014 / 2015

Suplementos e Separatas AMP

A **Acta Médica Portuguesa** assegura a produção de:

- Suplementos temáticos não indexados para divulgação de Resumos/Abstracts e Artigos Completos apresentados em Congressos, Simpósios e outras Reuniões Científicas.
- Separatas de artigos científicos publicados em edições anteriores.

Usufrua da experiência dos nossos serviços editoriais e disponibilize os seus conteúdos num formato profissional de qualidade ímpar.

