

Municipalização dos Cuidados de Saúde – sim ou não?

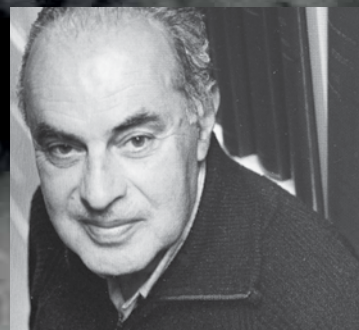
pág. 18

ULSLA Em defesa das boas práticas e dos doentes

pág. 27



Homenagem
ao dirigente
Amílcar Ribeiro
pág. 53



in memoriam
António
Galhordas
pág. 79

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 31
N.º 158
Abril 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: 47.000 exemplares
(10 números anuais)

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



S *umário*

editorial

05 Uma nova era?

informação

09 Definição legislativa sobre quem
pode ser Chefe de Equipa num
Serviço de Urgência

10 Habilitação ao Grau
de Consultor da Carreira
Médica - Grelha de avaliação
da Prova Curricular

11 Confemel apreensiva
com alterações legislativas
em curso em Portugal

12 Destaques do site

actualidade

14 Tomada de posse dos Colégios
da Especialidade:
apelo à proactividade

18 Municipalização dos Cuidados
de Saúde – sim ou não?

24 Falta de planeamento prejudica
população e internatos

26 São cada vez menos os médicos
espanhóis que vêm para Portugal

27 Unidade Local de Saúde
do Litoral Alentejano
Em defesa das boas práticas
e dos doentes

32 13.ª Reunião da ENMCA
decorreu em Lisboa

35 Novas regras quanto
a consentimento informado?

36 SRS - Informação
João de Deus
- reeleito Presidente da AEMH

37 SRS - Informação
Balanço da actividade do
Conselho Disciplinar Regional
Sul em 2014

39 SRS - Informação
Segredo médico: a regra
e as excepções ao dever de sigilo

42 SRC - Informação
Exposição - Tributo à primeira
cirurgia portuguesa

44 SRC - Informação
OM do Centro
visita várias unidades de saúde

46 SRC - Informação
Diretor Clínico
ou comissário político?

47 SRC - Informação
Ciência em debate

48 SRN - Informação
Intervenção do Conselho Regional
do Norte - Aumentar lista de
utentes é medida "avulsa
e inconsequente"

51 SRN - Informação
A urgência de uma nova
política de Saúde

52 SRN - Informação
Promover natalidade
ou censurar aleitamento?

53 SRN - Informação
Homenagem do CRN
ao seu dirigente Dr. Amílcar
Ribeiro

opinião

56 Rastreio do aneurisma da aorta
abdominal
- um rastreio esquecido?

58 Cigarros eletrónicos:
a mentira vapeada?

61 Faltam horas no meu horário!!

62 Mudanças em MGF

64 Afinal... Onde Serão Vistos
os Doentes no Futuro?

66 O Futuro do Serviço Nacional
de Saúde

68 O real mercado livre planificado

71 Um doente chamado "Troika"

73 NHMOM em colaboração
com Federação dos Amigos d
os Museus de Portugal

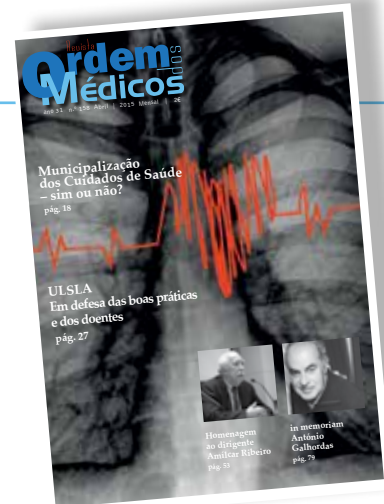
74 Os Médicos abandonam
o Sector Público. - Porquê?

76 As diretivas antecipadas
de vontade

79 in memoriam
Ao Dr. António Galhordas
morte aos 83 anos

histórias da história

80 Breve História da Alma



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

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

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

ANATOMIA PATOLÓGICA
ANESTESIOLOGIA
ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR
CARDIOLOGIA
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA MAXILO - FACIAL
CIRURGIA PEDIÁTRICA
CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA
DERMATO - VENEREOLOGIA
DOENÇAS INFECCIOSAS
ENDOCRINOLOGIA - NUTRIÇÃO
ESTOMATOLOGIA
FARMACOLOGIA CLÍNICA
GASTRENTEROLOGIA
GENÉTICA MÉDICA
GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA
HEMATOLOGIA CLÍNICA
IMUNOALERGOLOGIA
IMUNOHEMOTERAPIA
MEDICINA DESPORTIVA
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO
MEDICINA GERAL E FAMILIAR
MEDICINA INTERNA
MEDICINA LEGAL
MEDICINA NUCLEAR
MEDICINA DO TRABALHO
MEDICINA TROPICAL
NEFROLOGIA
NEUROCIRURGIA
NEUROLOGIA
NEURORRADIOLOGIA
OFTALMOLOGIA
ONCOLOGIA MÉDICA
ORTOPEDIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
PATOLOGIA CLÍNICA
PEDIATRIA
PNEUMOLOGIA
PSIQUIATRIA
PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA
RADIOLOGIA
RADIONCOLOGIA
REUMATOLOGIA
SAÚDE PÚBLICA
UROLOGIA

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
DERMATOPATOLOGIA
ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA
EEG/NEUROFISIOLOGIA
GASTRENTEROLOGIA PEDIÁTRICA
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA
HEPATOLOGIA
MEDICINA INTENSIVA
MEDICINA MATERNO-FETAL
MEDICINA DA REPRODUÇÃO
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
NEONATOLOGIA
NEUROPEDIATRIA
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
ORTODONCIA
PSIQUIATRIA FORENSE

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL
ACUPUNCTURA MÉDICA
CODIFICAÇÃO CLÍNICA
EMERGÊNCIA MÉDICA
GERIATRIA
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
HIDROLOGIA MÉDICA
MEDICINA DA DOR
MEDICINA FARMACÊUTICA
MEDICINA HIPERBÁRICA
MEDICINA PALIATIVA
MEDICINA DO SONO
NEUROLOGIA
PATOLOGIA EXPERIMENTAL
PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIAL
SEXOLOGIA CLÍNICA



Uma nova era?

Esta Revista da Ordem dos Médicos (ROM) representa um marco histórico na vida interna da Ordem dos Médicos (OM). Depois de uma anterior experiência de publicação dos Boletins Regionais na ROM, tendencialmente resumidos e individualizados, pela primeira vez, fruto de um Regulamento recém aprovado por unanimidade no Conselho Nacional Executivo (CNE), cada Secção Regional passará a ser responsável por seis páginas de cada número da ROM, devidamente identificadas, onde publicará os conteúdos que entender, com a única e natural limitação de que

não deverão publicar posições institucionais divergentes das posições oficiais aprovadas em CNE.

É com imensa satisfação que quero assinalar este momento, pois traduz a democraticidade e transparência interna da OM e representa um sinal objectivo dos órgãos sociais na tentativa de se caminhar para uma OM mais coerente, que funcione cada vez mais como uma instituição única e não como quatro organizações que convivem mais ou menos clubisticamente.

Há várias quadruplicações dentro da OM, desde logo quatro

contabilidades (...), o que aumenta desnecessariamente os custos e lhe retira operacionalidade e funcionalidade.

Espero que, no futuro próximo, seja possível prescindir dos Boletins Regionais e a Ordem comunique através de uma única publicação nacional, enriquecendo o seu conteúdo, permitindo a cada Secção Regional veicular a sua informação a nível nacional e reduzindo extraordinariamente os elevados custos consequentes à multiplicação de publicações. Há outras formas, melhores e mais importantes, de aplicar o dinheiro das quotas dos médicos.

Também pela primeira vez foi finalmente possível reunir no mesmo documento o mapa nacional de todos os funcionários da OM, com os respectivos vencimentos e suplementos. Até aqui nunca tinha acontecido...

Tal como afirmei no editorial da ROM de Junho de 2011, que permanece actual, intitulado “Revisão dos Estatutos”, a difícil, sensível e complicada organização interna da OM tem de evoluir no sentido de permitir que a mesma funcione essencialmente de forma nacional e consiga responder às crescentes solicitações dos Colegas, da Sociedade e do Governo.

A intervenção da OM, perante desafios constantes, de complexidade e gravidade crescentes, nada tem a ver com o que era há poucos anos atrás. Todos os dias somos confrontados com novos problemas!

O presente processo de revisão dos Estatutos, em fase final de discussão com a Assembleia da República, com um elevado nível de consenso, restando ainda algumas divergências substantivas por dirimir, vem em boa hora e vai no bom sentido. Ainda não é o ideal, mas é o possível.

Certamente ainda este ano a OM disporá dos novos Estatutos, agora com força de Lei aprovada na AR. O processo eleitoral, em 2016, já reflectirá o novo enquadramento jurídico. A OM vai melhorar muito e ficará inequivocamente mais funcional e operacional.

Porém, o próximo Bastonário, que já não serei eu, em conjunto com os órgãos sociais da Ordem, deverá continuar a promover a reflexão sobre a organização interna da OM, que deverá ser cada vez mais unida

e nacional. Na verdade, todos colaboram, mas também é determinante que todos remem cadenciadamente para o mesmo lado. Uma vez publicados os novos Estatutos, será bom começar a pensar e preparar a próxima revisão, num mais amplo processo de discussão interna, que a actual Lei Quadro não permitiu.

São necessárias mais mudanças para a OM se tornar a organização moderna, funcional, profissional e pró-activa que todos desejamos.

Condolências

Uma nota sentida para apresentar às famílias as condolências pela morte dos Colegas Amílcar Ribeiro Silva, membro muito activo do Conselho Regional do Norte e um grande amigo, e António Galhordas, um dos mais dinâmicos elementos do núcleo de Colegas que construiu as bases das Carreiras Médicas e do SNS. São os inevitáveis ciclos da vida. A sua memória e o seu exemplo perdurarão.

Dia Mundial do Médico de Família

Escrevo este editorial no Dia Mundial do Médico de Família, que não quero deixar de assinalar, homenageando a mais eclética e essencial especialidade médica, base de qualquer sistema de saúde organizado e sustentável, que em Portugal tão maltratada tem sido pela tutela.

É curioso como a única promessa do Ministro da Saúde foi a

de dar Médico de Família a todos os portugueses. Falhou. Por culpa exclusiva do próprio.

Apoiámos esta promessa quando foi feita, porque estávamos, e estamos, convictos de que podia ter ser cumprida com relativa facilidade. Em 2011 publicámos um artigo no jornal Expresso onde elencávamos as medidas necessárias. Infelizmente, o Ministro da Saúde não seguiu alguns dos nossos conselhos. Por isso falhou.

Talvez o mais grave erro do Ministro da Saúde tenha sido a sua estratégia de maltratar os médicos, em geral, e os especialistas de MGF, em particular, quer directamente, quer através das administrações politicamente nomeadas, levando ao êxodo precoce de milhares de médicos do SNS para as reformas antecipadas, para o sector privado ou para a emigração.

O Ministro da Saúde violou o conhecimento mais básico de qualquer bom gestor, o de que as pessoas são o activo mais importante de qualquer organização. Ao não respeitar os médicos, ao instituir medidas de contínua pressão e perseguição, ao revelar uma enorme insensibilidade para toda a problemática da Saúde, ao ignorar ostensivamente o burnout dos médicos, ao permitir a alguns dos seus colaboradores mais próximos uma inenarrável pesporrência anti-médica, ao degradar as condições de trabalho no SNS e ao desqualificar profundamente a profissão médica, o Ministro da Saúde provocou, consciente ou inconscientemente, a saída massiva de médicos do SNS.

Nos últimos cinco anos reformaram-se cerca de 1500 Médicos de Família, a maioria anteci-

padamente. Bastaria ter mantido esses médicos no SNS ou ter promovido a sua recontração para que, no momento presente, todos os portugueses tivessem efectivamente um Médico de Família.

De forma indescritível, a contratação de médicos reformados foi tremendamente dificultada, não remunerada e burocratizada, arrastando-se indefinidamente as respectivas autorizações. Só recentemente a respectiva legislação foi alterada, ainda assim de forma insuficiente, desconhecendo-se porém o impacto eventual que possa vir a ter. Provavelmente será de efeito reduzido.

Outro problema grave é o penoso arrastamento dos concursos, múltiplas vezes anunciados mas dolorosamente arrastados, mantendo durante muitos meses os jovens especialistas a serem remunerados como internos e numa enorme instabilidade, acabando por os estimular a sair do SNS.

Nos últimos concursos para Médicos de Família, cujas vagas são abertas em função dos potenciais candidatos que terminaram a especialidade, centenas de vagas ficaram por preencher, o que significa que um número sensivelmente correspondente de jovens Médicos de Família abandonou o SNS, para o sector privado ou para a emigração, fartos de esperar, desesperar e aturar a tutela e as incompetentes e prepotentes Administrações Regionais de Saúde.

Vale a pena contar aqui uma outra situação, que me foi relatada na primeira pessoa:

Ainda há algumas dezenas de médicos a trabalhar nos Cuidados de Saúde Primários com a categoria de Clínico Geral, sem

a especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF). São médicos que se encontram nesta situação há muitos anos, não tendo, por várias razões, efectuado a formação em exercício aquando da criação da especialidade de MGF, mas que têm uma vasta experiência como Médicos de Família.

Estes médicos, com contrato de trabalho em funções públicas, são remunerados por uma tabela mais baixa que os especialistas em MGF. O escalão actual do vencimento destes colegas, com horário de 35 h/semana, é de 1467,72 € líquidos. Retirados os impostos auferem menos de 1000 euros/mês! Ou seja, trabalham por menos de seis euros líquidos por hora, tendo uma lista pelo menos de 1500 utentes...

Agora, a ACSS quer equipará-los ilegalmente a meros técnicos superiores e forçar o aumento do seu horário para 40h/semana e as respectivas listas para 1900 utentes, sem qualquer acréscimo de vencimento! Passariam a trabalhar por 5 euros/hora, valor líquido!

Com este micro vencimento, os Colegas preencheram o seu tempo livre com actividades no sector privado, pelo que lhes é impossível passar repentinamente de 35 para 40 horas/semana sem acréscimo de vencimento e sendo prejudicados pela obrigatoriedade de abandonar actividades privadas que desenvolvem há muitos anos.

É evidente que muitos destes médicos preferirão abandonar o SNS assim que possível, deixando ainda mais doentes sem Médico de Família! Depois não se admirem que os médicos estejam a emigrar! Solicito ao Ministério da Saúde que respei-



● **JOSÉ MANUEL SILVA**
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Mortes evitáveis

Mais uma doente morreu à espera na Urgência de um hospital.

São situações recorrentes e os culpados há muito estão identificados:

1) A Triage de Manchester deve ser aplicada por médicos. Só foi desenvolvida para ser aplicada por enfermeiros porque o Reino Unido tem metade dos médicos de Portugal, em termos relativos. Muitas mortes nos doentes "à espera" seriam evitadas.

2) Os responsáveis directos são os conselhos de administração, que não con-

Os conselhos de administração não contratam equipas suficientes para as Urgências

tratam equipas suficientes para as Urgências (médicos, enfermeiros e auxiliares), impondo aos doentes esperas desumanas e, por vezes, assassinas. A via verde do enfarte do miocárdio também falhou.

3) O maior responsável é o Ministério da Saúde. Cortou o financiamento além do preconizado pela Troika e do que o SNS podia tolerar, não impondo sanções aos hospitais em que os tempos admissíveis de espera nas Urgências são ultrapassados.

Os inquéritos voltarão a branquear as culpas do Ministério da Saúde. Assim se morre cada vez mais estupidamente neste país. Um dia será um de nós?

In "Correio da Manhã" - 11 de Setembro de 2014

te estes médicos e não lhes aumente compulsivamente o horário, ou que, no mínimo, lhes dê a opção entre a manutenção do horário actual ou aumento para as 40h com correspondente aumento da lista de utentes e do vencimento. Caso contrário, corre o risco de perder ainda mais médicos e de ficar com ainda mais cidadãos sem Médico de Família.

Em jeito de conclusão, reitere a afirmação de que se mais de um milhão de portugueses permanece sem Médico de Família, a culpa é exclusivamente do Ministro da Saúde e não da falta de médicos em Portugal. Portugal é o quarto país da Comunidade Europeia com mais Médicos, está a formar todos os anos quinhentos médicos acima das necessidades nacionais e tem todas as suas capacidades formativas pós-graduadas preenchidas!

Por tudo isto, não tenho quaisquer dúvidas em declarar que teria sido fácil dar um Médico de Família a todos os portugueses nesta legislatura.



● **JOSÉ MANUEL SILVA**
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Teoria sem prática

O relatório da Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) sobre 'O Futuro para a Saúde' em Portugal, coordenado por Nigel Grispi, é um excelente trabalho, mas, naturalmente, não traz nada de novo!

Enfim, trouxe mediatismo a algumas questões, e só isso já é importante, como a necessidade de um consenso para o SNS, os problemas da diabetes, dos idosos e das infeções hospitalares.

Pressuroso, o Ministro da Saúde vem dizer que é obrigação do Governo procurar um consenso

As propostas da OM são rejeitadas por este Governo, que desistiu da prevenção e da qualidade

sobre o futuro do SNS, mas em três anos não tomou nenhuma iniciativa nesse sentido!

As propostas da Ordem dos Médicos (OM), com impacto global para combater a diabetes e as infeções hospitalares, são rejeitadas por este Governo, que desistiu da prevenção e da qualidade.

Resta-nos a esperança do envolvimento da FCG, com a qual a OM está disponível para colaborar, porque do Governo, que nada sabe fazer além dos cortes cegos, nem sequer a Reforma do Estado, já sabemos que apenas virão palavras e iniciativas televisivas, sem qualquer medida concreta...

In "Correio da Manhã" - 25 de Setembro de 2014



● **JOSÉ MANUEL SILVA**
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

A caminho do caos

A desregulação do funcionamento e organização do SNS está a conduzir a radiologia portuguesa para um futuro dramático, como me têm alertado. No norte do país, incluindo os hospitais de S. João e Santo António, não há radiologistas de serviço a partir da uma da manhã, prejudicando o estudo dos doentes que vão às urgências durante esse período!

Recorre-se à telerradiologia, com graves problemas de qualidade, por ser um serviço que foi desqualificado abaixo do razoável, mas também

No norte não há radiologistas de serviço a partir da uma da manhã. Recorre-se à telerradiologia

porque o médico radiologista não pode observar o doente e porque os médicos de serviço à urgência não podem conversar com o radiologista para esclarecer dúvidas. Com frequência, estes exames acabam por obrigar a segundos relatórios. Muitos serviços de radiologia estão em rutura, a entrega de alguns em outsourcing e a contratação de serviços externos aumentam a despesa para o SNS e a não contratação de radiologistas a tempo inteiro diminuiu o espaço de formação de Internos. Má gestão e mau planeamento. Já colocámos o problema ao Ministério da Saúde. Para já, sem êxito.

In "Correio da Manhã" - 9 de Outubro de 2014

Definição legislativa sobre quem pode ser Chefe de Equipa num Serviço de Urgência

Publicamos em seguida um parecer jurídico que responde à questão “quem pode/deve ser Chefe de Equipa num Serviço de Urgência”?

Qual a definição legislativa sobre quem pode/deve assumir o papel de Chefe de Equipa num Serviço de Urgência? Os jovens especialistas, ainda a serem remunerados como internos, por ainda não terem sequer contrato de trabalho como especialistas, podem ser nomeados Chefes de Equipa de um SU de um Hospital devido à ausência de elementos mais séniores na escala?!

Parecer Jurídico:

O anterior diploma da carreira médica (Decreto-Lei n.º 73/90) continha uma definição para o cargo:

“Artigo 45.º - Chefe de equipa de urgência

1 - Nos estabelecimentos hospitalares com serviço de urgência autónomo e a funcionar por equipas em regime de presença física poderá ser criado o cargo de chefe de equipa.

2 - O chefe de equipa é designado pelo director clínico, por tempo a determinar, de entre médicos da carreira que constituam a respectiva equipa sendo critério de preferência o exercício de funções em regime de dedicação exclusiva; aplicam-se as regras referidas no n.º 2 do artigo 41.º no que respeita às qualificações do médico a nomear.

3 - Ao chefe de equipa é atribuído o acréscimo salarial de 5%, nos termos do n.º 1 do artigo anterior”.

O actual diploma, o DL n.º 177/2009, não se refere expressamente ao cargo de chefe de equipa, mas o seu artigo 23.º diz o seguinte:

“Artigo 23.º - Direcção e chefia

1 - Os trabalhadores integrados na carreira médica podem exercer funções de direcção, chefia, ou coordenação de departamentos, serviços ou unidades funcionais do Serviço Nacional de Saúde, desde que sejam titulares das categorias de assistente graduado sénior ou, em casos devidamente fundamentados, de assistente graduado.

2 - Sem prejuízo do disposto em lei especial, e de acordo com a organização interna e conveniência de serviço, o exercício de funções de direcção, chefia, ou coordenação de departamentos, serviços ou unidades funcionais do Serviço Nacional de Saúde é cumprido em comissão de serviço por três anos, renovável por iguais períodos, sendo a respectiva remuneração fixada em diploma próprio.

3 - O exercício das funções referidas nos números anteriores não impede a manutenção da actividade de prestação de cuidados de saúde por parte dos médicos, mas prevalece sobre a mesma”.

Ora, em face do exposto, parece evidente que o cargo só pode ser exercido por quem esteja integrado na carreira médica, o que não parece corresponder aos casos descritos. Dito isto, as escalas das equipas de urgência devem prever a presença de um médico de carreira, com a categoria de assistente graduado, para dirigir a respectiva equipa. Só no caso de não existir no quadro do hospital médicos com essa diferenciação será concebível a nomeação de um assistente, mas ainda assim terá que pertencer à carreira para que a lei seja respeitada.

Vasco Coelho - Advogado, R.L.

Habilitação ao Grau de Consultor da Carreira Médica

Grelha de avaliação da Prova Curricular

O Conselho Nacional Executivo decidiu elaborar uma grelha modelo para a prova de avaliação curricular para o procedimento concursal nacional de habilitação ao grau de consultor, para parâmetrização das grelhas das diversas especialidades. Assim, por decisão daquele órgão, passamos a divulgar o modelo de grelha aprovado.

Grelha de avaliação da Prova Curricular do Procedimento Concursal de Habilitação ao Grau de Consultor da Carreira Médica

a) Exercício de funções na respectiva especialidade, tendo em conta a competência técnico-profissional e o tempo de exercício das mesmas – 8,0 Valores

- competência técnico-profissional após a obtenção do grau de assistente

em áreas funcionais da especialidade (6 valores)

em áreas administrativas do serviço hospitalar (1 valor)

- tempo de exercício das funções como Assistente para além dos 5 anos até ao máximo de ... valores (o tempo deverá ser contado entre a data de obtenção do grau de Assistente e a data da abertura do concurso) (1valor)

b) Competências adquiridas, enquanto conjunto de saberes que, directa ou indirectamente, influenciam o exercício de funções médicas – 4,0 Valores

- cursos frequentados após a obtenção do grau de Assistente que confirmam diferenciação na Especialidade (1,5valores)

- contribuição individual para a diferenciação técnica de serviços e unidades (2)

- Programas de doutoramento num máximo de 0,5 valores

- parte curricular

- tese com provas públicas

c) Actividades de formação no internato médico, como orientador de formação, responsável de estágio, director ou coordenador de internato ou membro de júri de avaliação final, actividades de orientação de alunos de licenciaturas na área da saúde e outras acções de formação médica ministradas pelo candidato nos servi-

ços, de acordo com o conteúdo das mesmas e o tempo de exercício – 3,0 valores

- orientador de formação - por cada ano completo como orientador de formação, até ao máximo de 1,5 valores;

- responsável de estágio, coordenador de internato médico, membro da Comissão de Ensino do Serviço, ou vogal efectivo de júri de avaliação final sem ter sido na qualidade de orientador de formação -0,75 valores

- actividades de orientação de alunos de licenciaturas na área da saúde 0,25 valores

- actividade como formador em cursos da área da Especialidade, com carácter regular, esporádico ou isolado - 0,5 valores

d) Trabalhos publicados e apresentados publicamente, sob a forma oral ou poster, ou outras actividades de investigação na área da sua especialidade, de

acordo com o seu interesse científico e nível de divulgação como autor ou coautor – 4,0 valores

- trabalhos publicados (1,5 valor)
- em revistas indexadas com factor de impacto
- em revistas com revisão por pares, não indexadas, nacionais ou internacionais
- comunicações em eventos internacionais e nacionais (1,5)
- trabalhos de investigação realizados: (1 valor)
 - como autor principal
 - como co-autor

e) Acções de formação médica de actualização ou aperfeiçoamento de competências, ministradas por organismo certificados ou acreditado, tendo em consideração o tempo de formação e o interesse da formação para os serviços e para o exercício profissional na respectiva especialidade – 0,5 valores

- cursos frequentados, relevantes para a Especialidade ou área de exercício profissional (com ou sem controlo de frequência e/ou avaliação por entidade certificada) (0,5 valores)

f) Outros factores de valorização curricular, nomeadamente títulos, prémios profissionais, sociedades científicas (ou associações médicas profissionais), e participação em outros júris de concurso – 0,5 valores

- subespecialidade
- competência
- cargos na Ordem profissional e em Sociedades Científicas
- prémios e distinções
- participação em outros júris de concurso que não os referidos em alíneas anteriores



Confemmel apreensiva com alterações legislativas em curso em Portugal

Passamos a transcrever a declaração feita pela assembleia geral da Confemmel - *Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe*, a propósito da situação que se vive em Portugal quanto ao exercício da medicina e às alterações à lei que regulamenta as ordens profissionais.

“Declaración sobre el estado del ejercicio profesional en Portugal

Asamblea General Extraordinaria da Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe

Guadalajara, México - 24 al 27 de marzo de 2015

En vistas de los cambios y preocupaciones manifestadas por los colegas de Portugal, como Confederación nos solidarizamos con la situación que actualmente están viviendo y nos ponemos a disposición a fin de estimular canales de negociación que permitan encontrar soluciones adecuadas a dichos planteamientos.

CONFEMEL expresa su gran preocupación por los cambios legislativos en Portugal que regulan las Ordenes Profesionales y que cuestionan las licencias para el ejercicio de la representación en la Orden Médica y que sin embargo no definen el acto médico, lo que es fundamental para el ejercicio de la profesión.

La Asamblea, Jueves 25 de marzo de 2015, Guadalajara, México”



Destaques do site

Publicámos no site nacional da OM (www.ordemdosmedicos.pt) informação diversa sobre os debates organizados pela Ordem, a mensagem do Bastonário, José Manuel Silva, sobre trabalho temporário, à qual foi anexo o parecer jurídico sobre prestação de serviços médicos por intermédio de empresas de trabalho temporário onde é realçado o facto de o trabalho temporário ter vindo a ser utilizado “como um expediente economicista de redução de custos do empregador ao invés de ser usado como um expediente de satisfação de necessidades transitórias”.

Na área de Colégios destacamos a publicação de grelhas de avaliação final do internato para várias especialidades (Reumatologia, Cardiologia Pediátrica, Ginecologia e Obstetrícia, etc.) com o objetivo de tentar uniformizar todas estas avaliações da prova final. As grelhas de aferição, não sendo obrigatórias no seu uso, constituem recomendações que os júris podem utilizar para que as suas conclusões possam ser o mais justas e efetivas, tanto durante uma prova, como ao longo

das diferentes épocas de exame. Estas grelhas servem, por outro lado, como um meio de recolha e registo de dados que são essenciais para fundamentar as classificações atribuídas pelo que a sua utilização é recomendada pelas Direções dos vários Colégios da Especialidade.

Foi ainda publicada na área do Colégio da Especialidade de Ginecologia a norma que estabelece os requisitos para o reconhecimento do exercício com aptidão em Uroginecologia, para médicos especialistas em Ginecologia/Obstetrícia, bem como as condições mínimas exigidas para que uma unidade possa ser considerada elegível como centro acreditado de formação.

Foi igualmente publicada a norma quanto ao treino em ecocardiografia e normas para a realização de ecocardiograma em que se recomenda que “O ecocardiograma transtorácico deverá, preferencialmente, ter a execução e elaboração do respectivo relatório a cargo de Cardiologista; Como alternativa, poderá ser contemplada a execução da técnica por Cardiopneumologista, com supervisão e valida-

ção pelo Cardiologista, que será responsável pelo relatório; Nas situações do âmbito de Serviços de Cuidados Intensivos/Emergência, acima referidas, consideramos adequada que os médicos não-cardiologistas, com treino em Ecocardiografia, possam usar esta técnica, para esclarecer situação clínica urgente, como parte complementar do exame do doente.”

Realçamos ainda a publicação, diária, no site nacional de toda a legislação relevante para médicos, com destaque para a abertura de vagas em especialidades carenciadas, o anúncio de que, durante o ano de 2015, podem ser desenvolvidos dois procedimentos de recrutamento de pessoal médico, a realizar no final de cada uma das duas épocas de avaliação do internato médico, tendo em vista a constituição de até 1100 relações jurídicas de emprego, mediante celebração de contratos de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, entre muita outra legislação importante.



CICLO de CONFERÊNCIAS:

“ – Que futuro?”

28 de Maio de 2015

(quinta-feira) - 18h

Auditório da OM - Lisboa

Tema:

**Que futuro para a Europa
face aos desafios
que se lhe colocam?**

Conferencista:

Eurodeputado PAULO RANGEL

CICLO de DEBATES

23 de Junho de 2015

(terça-feira) - 21h

Auditório da OM - Lisboa

Tema:

Sangue e Plasma:

Ciência vs Preconceito;

Doação vs Comércio;

Aproveitamento vs Desperdício

Convidados:

**Médicos, Associações Cívicas,
Jornalista, Deputado AR**

**Marque na sua agenda!
Entrada livre**



Tomada de posse dos Colégios da Especialidade: apelo à proactividade

Decorreu no dia 30 de Abril, na Ordem dos Médicos, no Porto, a tomada de posse dos Colégios da Especialidades. A presidir a mesa desta cerimónia, o Bastonário da Ordem dos Médicos agradeceu aos colegas a sua disponibilidade para trabalhar em prol da medicina e apelou a uma postura proactiva, incitando os Colégios da Especialidade a apresentarem propostas ao Conselho Nacional Executivo da OM nos assuntos técnicos de sua competência.

Após fazer um enquadramento em que explicou o esforço que o Conselho Nacional Executivo (CNE) da Ordem dos Médicos fez para que não houvessem assuntos importantes em atraso, o Bastonário José Manuel Silva incitou as direcções dos Colégios da Especialidade agora eleitas a terem o mesmo tipo de atitude: respondendo às solicitações que lhes sejam feitas dentro de prazos razoáveis e explicou que podem esperar o mesmo do CNE sempre que façam alguma proposta ou sempre que interpelem esse órgão a propósito de algum assunto. Para enquadrar a importância desse trabalho, o Bastonário explicou que, por exemplo, quando são

solicitações de colaboração de peritos médicos por parte dos tribunais, os atrasos nas respostas para nomeação dos peritos podem originar coimas para a Ordem. “Sejam exigentes, proactivos e produtivos”, sublinhou, alertando que “os que chegam pela primeira vez à direcção de um Colégio vão aperceber-se da responsabilidade e multiplicidade de funções” que a OM tem. Ainda enquadrando a actualidade política em termos da medicina, José Manuel Silva explicou aos colegas que com a aprovação dos novos estatutos pela Assembleia da República, a Ordem dos Médicos vai funcionar melhor e que há um amplo consenso de que essa

aprovação será benéfica para a OM. “Há algumas questões que ainda gostávamos de ver alteradas, das quais a aprovação da definição de acto médico é a que tem maior relevância. (...) É uma questão de dignidade e respeito pela medicina porque a profissão médica é a única que não tem os seus actos definidos”, afirmou, relembrando que todas as outras profissões da área da saúde têm o seu acto próprio definido na lei. Especificamente sobre o trabalho dos Colégios, o Bastonário referiu como sendo o mais importante toda a definição de idoneidades e capacidades formativas que, além de importantes, são uma matéria sensí-

vel, na qual devem os Colégios actuar com rigor científico mas com decisões equilibradas e tecnicamente fundamentadas para que se possa manter no futuro o que até hoje sempre se garantiu: “nunca o Ministério da Saúde abriu uma vaga sem o aval do respetivo Colégio”, sublinhou.

Referenciando o trabalho desenvolvido pelo Colégio de Anestesiologia como um padrão de qualidade a seguir quanto por exemplo a estágios opcionais (a listagem de está-

gios deste Colégio está disponível no site nacional na área respetiva), o Bastonário concluiu: “o trabalho dos Colégios da Especialidade é importantíssimo e deve ser feito com grande qualidade e empenho” pois contribui para áreas fundamentais do papel da Ordem dos Médicos enquanto instituição que assegura a qualidade da medicina praticada em Portugal. Nesta tomada de posse houve alguns Colégios da Especialidade cujos representantes estiveram presentes na sua

totalidade (Radioncologia, Patologia Clínica e Cirurgia Geral e a subespecialidade de Ginecologia Oncológica).









Municipalização dos Cuidados de Saúde – sim ou não?

Num debate promovido pela Ordem dos Médicos autarcas e médicos debateram o futuro da saúde em Portugal, antecipando um cenário de “municipalização dos cuidados de saúde” na sequência da publicação do decreto-lei 30/2015 que estabelece o regime de delegação de competências nos municípios e entidades intermunicipais no domínio de funções sociais e que abrange o sector da saúde. Carlos Carreiras e Pedro Ribeiro, presidentes das autarquias de Cascais e de Almeirim, respetivamente, e Manuel Pizarro, vereador da Câmara do Porto, foram três dos oradores convidados do debate que se realizou no dia 11 de março na OM em Lisboa.

‘A Municipalização dos Cuidados de Saúde – sim ou não?’ foi o título do debate que deu seguimento ao ciclo mensal de debates que a Ordem dos Médicos promove sobre temas de Saúde e Sociedade. Moderada pela jornalista Dulce Salzedas, especialista na área, a iniciativa pretendeu antecipar a discussão sobre um assunto de grande interesse público, juntando à mesma mesa os principais intervenientes: médicos e autarcas.

O Governo admite a possibilidade de passar a gestão dos cuidados de saúde para as autarquias mas ainda há muitas dúvidas por esclarecer: estarão os municípios conscientes das mudanças profundas que tal cenário implicaria? Estarão os médicos preparados? Que benefícios/desvantagens para os doentes? Conseguir-se-á mais proximidade

com as populações e os seus problemas ou é uma utopia? Estas foram algumas das questões às quais o painel de oradores procurou dar resposta, antecipando o cenário de transferência de funções e competências de saúde para um nível mais próximo dos cidadãos.

A administração central muda regras a meio do jogo



Pedro Ribeiro, presidente da Câmara Municipal de Almeirim, falou da realidade de um concelho com 24 mil pessoas onde o ratio de número de médicos não é favorável e o sistema de transportes públicos não assegura o transporte dos utentes a todas as zonas. A possibilidade

da municipalização dos cuidados de saúde deixa-o apreensivo pois considera que poderá originar competição entre municípios, fazendo com que a saúde deixe de ser igual para todos. Da sua experiência como autarca, saliente como o poder central “cada vez nos trata pior” e que “a administração central muda regras a meio do jogo”. Na verdade, na área da saúde, a autarquia já trata de tudo o que tem a ver com espaços exteriores, instalações e até algumas questões de transporte, “mas não é uma obrigação”, salienta Pedro Ribeiro, afirmando que a transferência dessas responsabilidades não é desejável pois, provavelmente, não será acompanhada de uma correspondente transferência das verbas necessárias. “Não confio”, afirma, especialmente apreensivo com a possibilidade de “só ge-



Pedro Ribeiro

rir 4 ou 5% das verbas mas ficar responsável por tudo”, ou seja obrigado a 100% da prestação. “Esta é a realidade de 200 dos 308 conselhos”, concluiu.

O grande aliado do SNS são as autarquias



Já Carlos Carreiras, presidente da Câmara Municipal de Cascais, tem uma opinião diametralmente oposta: tendo em conta que a autarquia já desempenha, por sua iniciativa própria, um conjunto de competências na área da saúde, o presidente da CM de Cascais considera que a transferência de competências seria tão útil quanto natural e defende a descentralização do Estado também na área da Saúde. “Acreditamos na capacidade das autarquias em melhorar a prestação de serviços. (...) Na área da saúde temos desenvolvido muito trabalho na prevenção da doença e promoção de estilos de vida saudáveis, especialmente junto de estratos sociais mais fragilizados”, referiu, de-



Carlos Carreiras

fendendo que “há áreas em que a autarquia consegue fazer mais e melhor com menos”. Cascais é um dos municípios com maior cobertura a nível do médico de família. Da intervenção da autarquia referiu como tiveram que solucionar a situação de a delegada de saúde não ter carro para se deslocar, num concelho com 208 mil habitantes, frisa. “A descentralização irá aumentar a qualidade da prestação de cuidados de saúde”, defendeu e exemplificou com algumas potenciais vantagens relembrando que “em Cascais temos condições para nos afirmarmos na componente do turismo de saúde”. O autarca defendeu que, num potencial processo de “municipalização da saúde” de fora deverá ficar a componente dos recursos humanos (“a contratação de médicos, enfermeiros e técnicos superiores de saúde deverá manter-se uma competência do Estado”). “O grande aliado do SNS são as autarquias”, referiu, explicando toda a atividade no combate à fome e na defesa de condições dignas de alojamento. Quanto a prioridades, em Cascais, refere que o foco é nos grupos mais



Manuel Pizarro

fragilizados: crianças, jovens, idosos e deficientes. Já na fase final do debate Carlos Carreiras, citando Mia Couto (“há sempre alguém que tem medo que os outros percam o medo”) defendeu que se a Câmara de Cascais pode ser uma mais valia em algumas áreas, devem deixá-la contribuir e manifestou-se disponível para assumir “o risco de passar a ter essas competências” pois “a autarquia pode acrescentar valor” na área da saúde.

Este processo deixa muito a desejar



Manuel Pizarro, vereador da Câmara Municipal do Porto, em representação do presidente Rui Moreira, referiu como nessa autarquia se está a preparar a “carta dos equipamentos dos cuidados de saúde primários” e teceu duras críticas à “burocracia inútil” do Governo e à “excessiva centralização”, dando como exemplo o facto de a Câmara do Porto ter feito um acordo com os sindicatos para a manutenção das 35 horas semanais e de como

o poder central tem protelado a resposta, mantendo as 40h.

“Nem preciso referir quais são as deficiências técnicas da lei, basta referir a ausência de negociação com os municípios”. Esse foi, aliás, um aspeto criticado por quase todos os intervenientes do debate. “Mas não se preocupem que esta lei não tem perigo”, afirmou Manuel Pizarro, “porque não é para fazer nada... Se quiserem de facto retirar as autarquias do infernal jugo burocrático, eu dou 30 ideias para dar autonomia”, rematou. “Este processo, quer do ponto de vista político quer técnico deixa muito a desejar. (...) Não aceitamos uma delegação de competências que pode mudar quando muda o Governo ou o Ministro. Aliás, este decreto-lei não está em vigor no município do Porto”, concluiu, numa nota irónica.

Não haverá idêntica capacidade nas 308 autarquias



Luísa Salgueiro, deputada do PS e coordenadora da Comissão Parlamentar da Saúde, também acusou o Governo de apresentar “uma iniciativa legislativa totalmente diferente do que tem sido a sua prática, que é de centralização”, referiu, atribuindo essa atitude ao “período eleitoral” depois de exemplificar com a crise das urgências e o que foi necessário para finalmente ser dada autonomia de contratação. Mas reafirmou que o partido que representa defende a descentralização e que a saúde também é uma área onde é possível descentralizar, assumindo “os municípios como parceiros para a definição de investimen-

tos no seu território”. Defendendo que “a descentralização pode levar a uma gestão mais eficaz e financeiramente mais adequada”, a deputada Luísa Salgueiro manifestou o seu receio que, se este decreto-lei trouxer maus exemplos e maus resultados, se possa estar a pôr em risco um verdadeiro processo de descentralização. Do aproveitamento deste decreto, pouco assinala como aproveitável, mas refere a definição de um plano municipal de saúde como positivo. “Tudo o resto não faz sentido” e, se avançasse, correríamos “o risco de vir a

Gestão de proximidade não deve pôr em perigo a coesão do SNS



João Miguel de Deus, do Sindicato Independente dos Médicos/SIM, começou por salientar os nossos indicadores pois “não gastando muito dinheiro por doente, temos bons indicadores de saúde”, algo que é possível “graças ao SNS, à estrutura das carreiras médicas e à liderança clínica”, frisou. Remetendo para a sua vasta experiência nas organizações médicas europeias, João de Deus lembrou o exemplo espanhol

Luísa Salgueiro



ter 308 modelos de SNS”, refere a coordenadora da Comissão Parlamentar da Saúde. Já em fase de conclusão do debate, a deputada do PS referiu que “não duvidando da capacidade da Câmara de Cascais, não nos podemos esquecer que não haverá idêntica capacidade nas 308 autarquias e, eventualmente, nem existirão as mesmas prioridades...”, defendendo que se caminhe no sentido da descentralização mas “com passos seguros”.

onde existem 17 SNSs e que um médico de uma região autónoma não pode exercer noutra região de Espanha, embora possa exercer noutros países europeus; além disso, lembrou, os indicadores de saúde também variam muito de região para região. É o risco de cometer erros idênticos em Portugal que faz com que o representante do SIM seja perentório na análise negativa à possibilidade da municipalização da saúde nos termos do decreto-lei agora publicado. Dos efeitos perniciosos potenciais

apontados salientamos “a possibilidade dos municípios quere-rem dar prioridade de tratamen-to aos seus munícipes” e o risco de “termos medicinas a várias velocidades”, “pondo em risco a existência do SNS”; Ainda que noutros moldes diferentes dos preconizados no decreto, João Miguel de Deus reconhece mérito na possibilidade de envolvimen-to das autarquias “que podem ter um papel fundamental, por exemplo, para atrair profissionais para o interior”. “Uma gestão de proximidade, especialmente na promoção e prevenção da saúde é desejável (...) mas sem pôr em

começou por afirmar-se um defensor de “modelos que apro-ximem o prestador do destina-tário da prestação”. “A descen-tralização da decisão em Saúde para um nível mais próximo sempre foi algo que defende-mos; sempre nos opusemos ao modelo hierárquico vertical, burocrático e centralizado mas, por outro lado, defendemos que a política de saúde deve ser uma só, num SNS universal que garanta equidade”, referiu, explicitando a posição defendi-da pela FNAM. Mas “a coesão sistémica do SNS tem que ser uma preocupação sempre pre-

no terreno. O representante da FNAM lembrou o não funcio-namento do modelo de descen-tralização dos ACES e a aplica-ção insuficiente desse modelo e questionou-se: “Quando um modelo que já existe não fun-ciona e não é aplicado, como podemos esperar mais deste decreto?” que, ainda por cima, como acontece tantas vezes, não inclui qualquer indicação relativamente a “estudos téc-nicos que validem a proposta”. Se excluirmos questões técnicas e recursos humanos e estiver-mos a falar da participação das autarquias na gestão das insta-



João Miguel de Deus



Henrique Botelho

perigo a coesão de um SNS que faz com que tenhamos uma taxa de mortalidade infantil das mais baixas, tenhamos aumentado a esperança média de vida, etc.”.

Descentralização do condomínio dos cuidados de proximidade faz sentido



Henrique Botelho da Federação Nacional dos Médicos/ FNAM

sente” e em face do decreto-lei 30/2015, Henrique Botelho não hesita em afirmar que se trata apenas de uma proposta pois “não prevê a forma como se iria operacionalizar” a transferência de competências para as autarquias. Como proposta que pode incitar ao debate, este interveniente considera que poderia ser útil, não fosse o caso de estarmos perante “uma proposta de pouca qualidade” cujo principal defeito é não incorporar a opinião dos que estão

lações de saúde, numa espécie de “descentralização do condomínio dos cuidados de proximidade”, isso já “faz sentido”, concluiu.

Manter o percurso coerente dos CSP



Vítor Ramos da Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN) defendeu uma postura de abertura para

a descentralização e trouxe ao debate o enquadramento histórico da evolução dos cuidados de saúde primários, com os seus 44 anos de história em Portugal, realçando a importância que teve o relatório das carreiras médicas (e outras publicações estruturantes e com uma visão integrativa como “A Política de Saúde em Portugal”, publicação de 1972 da autoria de Gonçalves Ferreira ou “Subsídios para o lançamento das bases do Serviço Nacional de Saúde”, publicação de 1974 da Secretaria de Estado da Saúde) e a sua efetiva implementação bem como as várias fazes da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). O orador realçou como cada fase de desenvolvimento dos CSP durou cerca de 12 anos, demonstrando um percurso coerente. Em 2008, 30 anos depois do lançamento dos CSP, a OMS edita um relatório que intitulou “Agora mais do que nunca”, que coloca os CSP na base dos sistemas de saúde. Este relatório da OMS referia Portugal como um bom exemplo nesta área.

Vítor Ramos explicou os cinco pilares da reforma dos CSP:

- Rede descentralizada de equipas multiprofissionais de tipo estrutural permanente, com missões específicas (USF / UCSP; UCC; USP);
- Concentração e partilha de recursos e competências “transversais” (URAP);
- Desenvolvimento de uma gestão organizacional de proximidade (DE; Conselhos executivos e unidades de apoio á gestão);
- Governação clínica e de saúde centrada nas pessoas, orientada para resultados (ganhos em saúde) e baseada em processos de saúde (Conselhos clínicos



dos ACES – Conselhos técnicos das unidades funcionais);

- Participação e co-responsabilização dos cidadãos e da comunidade (Conselhos da Comunidade e Gabinetes do Cidadão). Destes, relevantes para este debate seriam, naturalmente, a gestão organizacional de proximidade e a participação e co-responsabilização de cidadãos e comunidade.

É preciso estudar até onde deve ir a intervenção das autarquias na saúde



No debate que se seguiu várias intervenções foram no sentido de se recear que uma municipalização da saúde possa agravar o que foi apelidade de “medicina a várias velocidades”, realidade que já assola o SNS português.

Mas foram igualmente referidas vantagens da proximidade do cidadão ao município e defendida a necessidade de percebermos em que áreas as

autarquias podem contribuir. Alguns médicos, como foi o caso do especialista em MGF Alexandre Zacarias Cabaço, salientaram a necessidade de se prestar a devida homenagem às autarquias no contributo que deram ao longo dos anos para a melhoria da saúde das suas populações (referindo-se o serviço médico à periferia, como exemplo). Numa outra análise, Canas Mendes lembrou que em muitas situações a responsabilidade por gastos excessivos com a saúde foi dos municípios (e exemplificou com a abertura sucessiva de hospitais, por exemplo, em Abrantes, Tomar, Torres Novas, outro em Abrantes...) “O verdadeiro problema a resolver é a melhoria da acessibilidade e os cuidados de saúde prestados aos munícipes. (...) Devemos trabalhar para ter um sistema de saúde mais amigável e mais próximo e, na verdade, não me interessa quem o gere”, referiu, sublinhando que na área da saúde há quem seja capaz de fazer mais com menos. A geneticista Heloísa Santos referiu a necessidade de preser-

Heloísa Miranda



Alexandre Zacarias Cabaço



José Manuel Silva



situação que poderá ocorrer e que não seria benéfica para a saúde das populações e para um sistema que se quer universal e equitativo é a “competição de estratégias municipais”. “É preciso estudar devidamente as consequências deste decreto e definir o que é verdadeiramente desejável e até onde pode e deve ir a intervenção das autarquias na área da saúde”.

var índices que foram construídos graças a anos de trabalho e empenho dos profissionais de saúde e alertou que “a falta de consistência da política de saúde pode destruir” tudo isso.

O bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, explicou que sendo o decreto-lei 30/2015 tão vasto e não definindo quaisquer fronteiras, naturalmente que a OM fica apreensiva. “Já estava prevista

alguma descentralização mas nem se avaliou nem se analisou se estava a ser aplicada, mas... fez-se um novo decreto com o objetivo de descentralizar...” Uma crítica que o presidente da OM não poderia deixar de fazer a este diploma é o facto de não se terem ouvido previamente as autarquias – “É uma matéria sensível que não deve ser legislada por decreto e na qual se devem obter consensos mais amplos”, explicou. Uma



Falta de planeamento prejudica população e internatos

Apesar de diversos alertas da Ordem dos Médicos e outras entidades, a falta de planeamento da tutela quanto aos recursos humanos em medicina continua a ser evidente: a falta de médicos graduados – além de temporariamente significar falta de médicos para atender às necessidades da população – põe em risco a qualidade do ensino pós-graduado. Os números, coligidos pelo sindicalista Arnaldo Araújo que gentilmente os enviou à ROM, não deixam grandes dúvidas. . .

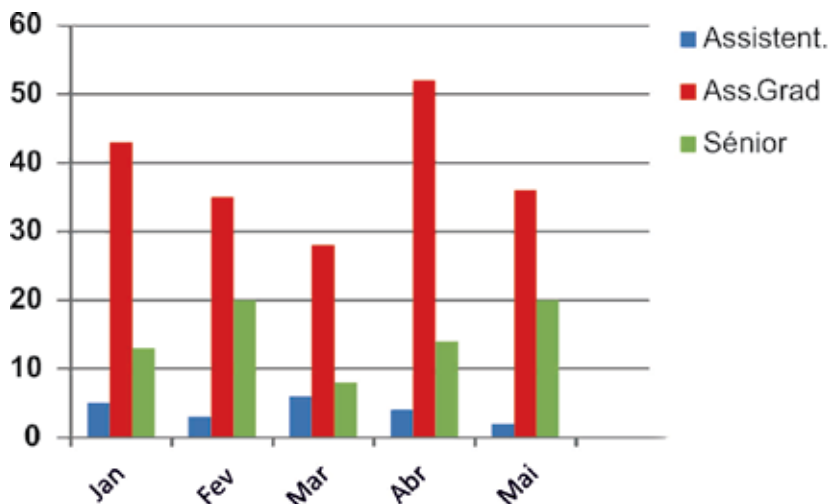
Com o congelamento da progressão em todas as carreiras da Administração Pública e consequentemente nas carreiras médicas (com os concursos para assistentes graduados seniores estavam congelados desde 2005) a qualidade do Serviço Nacional de Saúde está a ser afetada e vivemos uma situação que foi apelidada pelo Bastonário da Ordem dos Médicos de “decapitação do topo de carreira” por força das reformas por vezes precoces e pela ausência de concursos. Com esse estado de coisas os assistentes graduados seniores, anteriores chefes de serviço, têm estado a desaparecer o que compromete a qualidade da formação. Um dos critérios aplicados pela Ordem dos Médicos para o reconhecimento da capacidade formativa de uma instituição de saúde consiste precisamente no cumprimento de um rácio entre a proporção de Assistentes Graduados Seniores e os restantes médicos do

serviço. Deste modo, a existência de um maior ou menor número de colaboradores médicos detentores da categoria de assistente graduado sénior influencia decisivamente o número de capacidades formativas atribuídas a cada serviço, o que naturalmente se reflete no número de internos que cada serviço

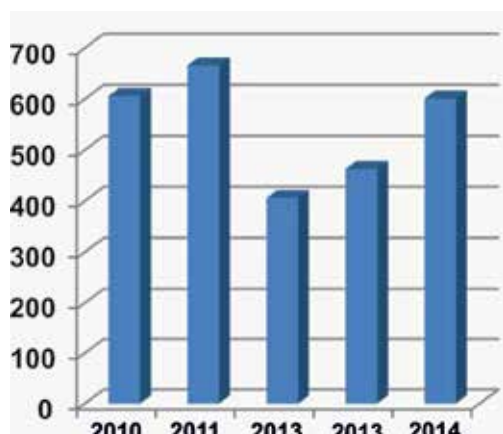
pode, em cada ano, acolher para frequentar o internato médico na respetiva especialidade, garantindo-se assim a qualificação dos serviços médicos para a formação no âmbito do Internato Médico.

Preocupada com este assunto, a Ordem dos Médicos incluiu no memorando que antecedeu a

Aposentados por categoria - 2015



Só entre Janeiro e Maio de 2015 aposentaram-se 289 médicos dos quais 20 Assistentes, 194 Assistentes Graduados e 75 Assistentes Graduados Seniores.



Nº Total de Aposentados a nível nacional

Em 2010 aposentaram-se 606 médicos dos quais 378 Assistentes Graduados e 183 Assistentes Graduados Sêniores; 2011 destaca-se com 666 médicos aposentados, dos quais 402 Assistentes Graduados e 213 Assistentes Graduados Sêniores; 2012 contou 406 médicos a aposentarem-se, dos quais 240 Assistentes Graduados e 130 Assistentes Graduados Sêniores; 2013 teve 463 médicos a aposentarem-se dos quais 306 Assistentes Graduados e 115 Assistentes Graduados Sêniores. Em 2014 do total de 601 médicos aposentados, 394 eram Assistentes Graduados e 166 Assistentes Graduados Sêniores.

greve de 8 e 9 de Julho de 2014 a exigência de que se cumprisse a legislação das Carreiras Médicas abrindo, de acordo com a lei, os concursos para assistente graduado e assistente graduado sénior no sentido de colmatar os lugares necessários.

Ainda em 2014 com a abertura de concurso para 130 graduados sêniores, mas com os efeitos remuneratórios suspensos, mantendo-se, portanto, a remuneração correspondente à categoria de Assistente Hospitalar, questionaram-se alguns porque razão, não havendo efeitos remuneratórios, só se abriam essas 130 vagas...

Com o anúncio de um concurso para 150 graduados sêniores já este ano, e ainda com os efeitos remuneratórios suspensos, poder-se-ia pensar que a situação estava a resolver-se. Mas não é assim: enquanto se abrem estes concursos, só nos primeiros cinco meses de 2015 reformam-se 75 Assistentes Graduados Sêniores... e entre 2010 e 2014 reformaram-se 807 médicos com essa categoria!

A óbvia falta de planeamento por parte da tutela repercute-se de forma negativa na demografia médica passada, atual, e vindoura com falta de médicos no imediato (por aposentação de mais colegas do que os que entram), insuficiente contratualização de novos médi-

cos mas também com um cenário de excesso de médicos dentro de poucos anos. Quando a essa análise juntamos os problemas de formação – quem é que vai ensinar os médicos internos? – ficamos com um quadro ainda mais preocupante.

Para uma análise mais aprofundada dos números deixamos alguns dados estatísticos coligidos com base nas publicações em Diário da República pelo Assistente Graduado Sénior de Saúde Pública

(aposentado) Arnaldo Araújo, dirigente do Sindicato dos Médicos do Norte e membro da Comissão Executiva da FNAM, ao qual a ROM agradece a gentil colaboração para a elaboração deste artigo. Como se pode verificar, apesar da abertura de concursos, ainda estamos longe de, sequer, repor as saídas - e se olharmos para os Sêniores, então o défice é gritante e assaz preocupante.

Contratação de médicos aposentados

A Ordem dos Médicos tem defendido a atribuição de incentivos financeiros “verdadeiramente atrativos” para que os médicos já aposentados regressem temporariamente ao SNS e, dessa forma, se consiga fazer face à falta de médicos em algumas especialidades, nomeadamente Medicina Geral e Familiar, uma solução potencialmente mais eficiente e mais económica que a contratação de médicos à hora. No entanto, o que está a suceder, como foi relatado à ROM pelo médico Luís Campos que aderiu ao contrato após aposentação, é, nas suas palavras “um logro” porque:

“- nem a Caixa Nacional de Aposentações nem a Segurança Social atualizam o valor da aposentação de acordo com descontos efetuados;

- se estiver doente – por doença natural – não recebe qualquer subsídio de doença porque está aposentado;
- se tiver uma doença profissional, idem;
- faz descontos para a Segurança Social no mesmo valor que qualquer outro trabalhador – quando devia ser como aposentado que é quase metade.”

A seu pedido, fica o alerta para os colegas.



São cada vez menos os médicos espanhóis que vêm para Portugal

O Ministério da Saúde anunciou recentemente a intenção de contratar médicos espanhóis para resolver a situação de falta de médicos de família em algumas zonas perto da fronteira. No entanto, quando olhamos para os dados estatísticos facilmente se percebe que Portugal está pouco atrativo para os profissionais da vizinha Espanha pois a inscrição de médicos dessa nacionalidade tem diminuído desde 2005. Com o Ministério a oferecer metade do vencimento que é pago em Madrid, não é expectável que o resultado seja a solução para a falta de médicos de família...

A evolução do número de novos inscritos na Ordem dos Médicos de nacionalidade espanhola, desde 2005, tem vindo a decrescer assim como o número total de médicos espanhóis a exercer no nosso país. Os totais só começaram a diminuir em 2007, ano em que o número de novos inscritos foi inferior ao número de saídas de médicos espanhóis (ainda há a ter em conta que alguns profissionais espanhóis saíram de Portugal mas não anularam a inscrição).

Como se pode verificar, devido à desqualificação do trabalho médico em Portugal, o número de médicos espanhóis tem diminuído anualmente desde então, sendo, portanto, pouco provável que a recente tentativa do Ministério da Saúde de contratar médicos dessa nacionalidade tenha qualquer êxito, especialmente se tivermos em conta que, como foi noticiado nos jornais, o vencimento oferecido corresponde ao que é pago aos médicos portugueses e tal corresponde a metade do que é pago em Espanha...

É o próprio presidente do Colégio de Médicos de Leão, José Luis Diaz Villarig, que realça que Portugal, apesar da proximidade geográfica, deixou de ser um destino atrativo para os médicos espanhóis "porque as condições de trabalho não são boas".

Nº de médicos espanhóis

Ano	Total	Novos Inscritos
2005	1888	115
2006	1909	61
2007	1912	64
2008	1884	25
2009	1879	39
2010	1893	39
2011	1872	17
2012	1585	19
2013	1582	15
2014	1572	26

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano



Em defesa das boas práticas e dos doentes

No dia 7 de Abril, em resposta à solicitação dos colegas dessa instituição, a Ordem dos Médicos, representada pelo seu bastonário, José Manuel Silva, e pelo presidente do Conselho Regional do Sul, Jaime Mendes, e por Edite Spencer, do Conselho Distrital do Distrito Médico de Beja, deslocou-se à Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. A situação que a OM encontrou é de incongruências, falta de diálogo e resiliência dos profissionais que não aceitam desistir da defesa de um atendimento com a qualidade mínima para os seus doentes. Recordamos que já na edição de Março publicámos a carta onde os chefes das equipas de urgência da ULSLA davam conta da degradação desse Serviço.

Na sequência da carta de demissão dos médicos com funções de chefia de equipa de urgência, a então Presidente do Conselho de Administração proferiu afirmações nos órgãos de comunicação social consideradas “graves e atentatórias do bom nome dos profissionais”, pelos médicos com funções de coordenação, chefia ou direção de todo o hospital. Em carta dirigida ao Presidente da ARS Alentejo (com conhecimento à Ordem dos Médicos) estes médicos informaram que não existiam “condições mínimas para o diálogo com o Conselho de

Administração da ULSLA”, solicitando ser ouvidos superiormente, o que efetivamente veio a acontecer.

Dificuldades em assegurar escalas da urgência, nomeadamente porque a equipa, desde há 2 anos, passou a ser constituída por médicos contratados através de empresas de recursos humanos que faltam frequentemente sem que por isso sejam penalizados. A degradação contínua das condições de trabalho nesse mesmo Serviço de Urgência, com faltas de material, falta gritante de médicos

e outros profissionais de saúde, inexistência de diretor do Serviço de Urgência desde Dezembro de 2012, autoritarismo e problemas de comunicação e decisões tomadas de forma avulsa sem ouvir os profissionais e diversas desconformidades nomeadamente do Atendimento Geral e do Atendimento Pediátrico, são alguns dos problemas referenciados pelos colegas da ULSLA. A generalidade dos médicos desta unidade sublinha como essa degradação põe em risco a segurança dos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência e aponta a

não resolução dessas dificuldades e a inexistência de condições mínimas de pessoal necessárias para garantir a segurança e qualidade no atendimento aos doentes como os elementos principais de discórdia com a Administração. Acresce a falta de diálogo entre as chefias intermédias da instituição e o CA, com este órgão a “tomar decisões sobre a contratação externa de médicos para o Serviço de Urgência, sem ter em consideração a opinião dos responsáveis intermédios”. Apesar de diversas tentativas para colaborar com o CA na melhoria do atendimento à população, nomeadamente através da elaboração de uma proposta sobre o funcionamento do Serviço de Urgência e as condições necessárias para o seu funcionamento e a integração da VMER, os médicos da ULSLA consideram que não tem havido qualquer abertura da Administração e esse documento nunca foi alvo de análise ou discussão. —Carências e dificuldades várias de toda a ULSLA (desde a posse do Conselho de Administração em 2012), foram salientadas por todos os médicos presentes na reunião: “Nos últimos anos as ordens têm sido de cortar na despesa e isso tem-se repercutido nos serviços prestados e a deterioração do serviço público — com problemas gravíssimos nos equipamentos, fornecimento de medicamentos, falta de recursos humanos — só tem sido mitigada pelo empe-

(Também) Faltam médicos nos CSP

Graça Coito e Cecília Gil, especialistas em Medicina Geral e Familiar, falaram sobre a situação em Odemira (onde médicos fixos são apenas 2 e para assegurar o SUB se veem obrigados ao recurso a contratação externa, com a agravante de muitas vezes os médicos contratados à hora faltarem) e de Alcácer (onde a falta de médicos tem as mesmas consequências mas foi referido que os colegas prestadores de serviços não costumam faltar), salientando que os problemas de falta de recursos humanos, de falhas de stocks e de degradação das condições de trabalho são transversais e agravaram-se com a passagem de ACES a ULS.



nho dos profissionais do Hospital”, referiu Pedro Matos Moreira, salientando a dedicação quer das equipas médicas quer das equipas de enfermagem, uma dedicação que se traduz nas suas palavras: “as pessoas que trabalham na ULSLA não vão desistir enquanto a situação não melhorar”.

As situações de rutura têm sido diversas. Foi apontada, a título de exemplo, a demissão da diretora e da técnica responsável do serviço de Patologia Clínica, em

consequência de vários problemas, como o da internalização dos exames sem o devido planeamento (algo que a ARS terá referido não ter preconizado; segundo o que foi referido pelos colegas, a internalização deveria ser faseada com prioridade para a microbiologia, precisamente o contrário do que o CA terá implementado, em que a microbiologia ficou para último). Num clima de clara falta de confiança, foi referenciado o facto de não haver informação concreta do CA: “em momento algum nos disseram que aumentariam os recursos mas também não dizem o contrário”, numa relação que foi definida da seguinte forma: “o relacionamento deste CA com os profissionais de saúde nunca foi de parceiros; sempre tiveram uma postura agressiva, arrogante, destrutiva e de não diálogo; apenas dois meses após a entrada deste

Uma das situações mais graves que foi relatada prende-se com a desatualização e degradação de alguns materiais e equipamentos, nomeadamente de endoscopia que, por defeitos do material, originaram lesões em doentes e a interrupção de certas intervenções.



Margarida Damas de Carvalho



Iraida Novo



Dulce Pascoalinho (primeira fila)
e Armindo Ribeiro (atrás)

conselho de administração já estávamos a escrever a pedir que nos ouvissem..." porque não havia qualquer diálogo.

Uma das situações mais graves que foi relatada prende-se com a desatualização e degradação de alguns materiais e equipamentos, nomeadamente de endoscopia que, por defeitos do material, originaram lesões em doentes e a interrupção de certas intervenções. "A realização de procedimentos como a retirada de pólipos, por exemplo, foi suspensa porque o equipamento não é adequado e está obsoleto". A Gastroenterologia funciona com "um médico e meio", isto é, um colega que está a tempo inteiro na ULSLA e uma colega da Força Aérea que vem uma vez por semana, mas, apesar da falta de especialistas, com bons resultados até há pouco tempo. "Todos os nossos aparelhos têm mais de 10 anos e já foram arranja-

dos várias vezes. O ano passado foi comprado um kit e tudo o resto foi para abater. (...) Tivemos que adiar a intervenção em cerca de 24 doentes com lesões potencialmente

cancerígenas porque a excisão endoscópica está parada", explicou o gastroenterologista Ricardo Lopes. Foi ainda referenciada a avaria dos colonoscópios e que o CA terá recusado comprar os equipamentos a preço abaixo do que constava no caderno de encargos porque "tínhamos que mudar de empresa".

Vários serviços têm as máquinas de descontaminação das arrastadeiras avariadas e há avarias constantes também noutros equipamentos. "Todos os dias falta alguma coisa! Os enfermeiros-chefes estão exaustos pois ao seu trabalho acrescenta-se a tarefa de fazer levantamentos diários do que está em falta e de tentar remediar as situações". O especialista em Medicina Interna Henrique Rita não hesitou em afirmar que "o doente é sempre posto em 2º ou 3º lugar nas prioridades"...

Falta de recursos humanos põe em causa qualidade assistencial

Margarida Damas de Carvalho, diretora da Unidade de Cuidados Paliativos, sublinhou igualmente a força e resiliência dos profissionais e afirmou o seu desagrado – secundada pelos colegas – quanto à reação pública da presidente do CA em relação à carta das chefias de urgência, em que todos os 16 médicos signatários lembravam a importância de envolver os profissionais nas tomadas de decisão. "Quisemos que a nossa Ordem nos ouvisse e percebesse que o que aqui estamos a fazer é a defesa dos profissionais e dos doentes. É inadmissível continuarmos assim. Sabemos e concordamos que os recursos devem ser gastos com parcimónia mas não podemos deixar de defender o doente

Tivemos que fechar camas em vários serviços para manter os ratios de segurança de enfermagem

Médicos internos pensam em emigrar

Quando questionados quanto ao futuro, os médicos internos do ano comum não hesitam em responder que “se as condições aqui não forem boas, ou vou para outro hospital ou emigro”. Uma jovem médica interna da especialidade de Medicina Interna explicou que, apesar de ser de Setúbal, gostou muito de fazer o ano comum na ULSLA e que escolheu ficar, mas lamentou o facto de nenhum dos seus colegas ter sido convencido a permanecer também na unidade. “Sinto-me triste. Escolhi ser médica porque o que interessa é o doente e, aqui e agora, o que menos interessa é precisamente o doente” ... “Dos assistentes operacionais aos médicos, todos damos 200% e este hospital tem condições para proporcionar um internato riquíssimo, mas sem condições não se torna atrativo para os internos e não só (...) Tenho que me questionar: estamos a pouco mais de uma hora de Lisboa, qual a razão de não conseguirmos atrair mais médicos?! (...) Pode haver médicos a mais... mas aqui faltam!”, concluiu.

Alguns médicos internos da ULSLA



e a qualidade do atendimento que lhe prestamos”. A este propósito, Margarida Damas de Carvalho leu a carta que as chefias da equipa de Urgência da ULSLA enviaram e que publicámos em Março onde se refere perentoriamente que “os médicos que têm assumido a Chefia das Equipas de Urgência, conscientes de que estão a representar a vontade maioritária dos médicos desta Instituição, vão continuar a pugnar, por todos os meios ao seu alcance, incluindo o recurso à sua Ordem Profissional, para que a Instituição dê a resposta de qualidade, a nível da Urgência, que as populações anseiam e merecem”. Dulce Pascoalinho, especialista em Medicina Interna, não hesitou em afirmar que o bom desempenho da instituição vai perder-se se continuar no mesmo caminho: “em

termos de controlo da infeção, por exemplo, temos tido um bom desempenho mas com a falta grave de recursos humanos – assistentes operacionais, enfermeiros e médicos – não vamos conseguir manter. (...) Tivemos que fechar camas em vários serviços para manter os ratios de segurança de enfermagem”. A Unidade de Cuidados Paliativos, por exemplo, de 8 camas tem 4 a funcionar. A este propósito, a diretora dessa unidade explicou que todos deram o seu melhor e exemplificou: “os enfermeiros trabalharam sem gozo de folgas durante

algum tempo. Só no limite, quando já não se conseguia é que se fecharam camas. Os profissionais da ULSLA são dedicados”, concluiu. José Manuel Silva frisou aos colegas que o principal capital de uma instituição são os seus recursos humanos mas que “aqui, parece ser o próprio capital”...

Alguns colegas presentes na reunião referiram a existência de júris compostos por assistentes técnicos do Aprovisionamento para a contratação de médicos em concursos em que as condições de contratação eram 70% para o preço/hora e apenas 30% para a qualidade, bem como situações em que jovens médicos, no dia a seguir ao exame da especialidade, foram convidados a quebrar o vínculo para trabalharem através de empresas de recursos humanos, ou situações ainda mais surpreendentes e caricatas como a recusa de dispensa de horário noturno a médicas depois de serem mães (por aparente desconhecimento da lei), ou colegas cujo “contacto para comunicação da rescisão” foi feito por empresas de recursos humanos... “A situação é tão caricata que eu já fui contactado por três empresas para vir trabalhar em regime de prestação de serviços neste hospital... com o qual tenho contrato!”, explicava um dos médicos da ULSLA. Conforme nos foi explicado, as chefias intermédias foram conseguindo manter os colegas embora, alguns médicos, tenham trabalhado durante meses sem saber qual a sua situação contratual.

Foi referenciado, com louvor, o trabalho do colega especialis-

Vários serviços têm as máquinas de descontaminação das arrastadeiras avariadas e há avarias constantes também noutros equipamentos.

ta em cardiologia que “sozinho fazia mais do que se faz noutras instituições com mais recursos” e o Bastonário da Ordem dos Médicos recordou que “um médico de qualidade nunca é caro”,

Armindo Ribeiro, médico especialista em Medicina Interna (e secretário regional do SIM Alentejo), relatou que foi aberto um concurso fechado com entrevista em Abril mas que ainda não se sabe os resultados do concurso anterior a esse... José Manuel Silva lamentou aquilo a que chamou “a política de atrasar os concursos para continuar a pagar aos profissionais como internos”. Relativamente ao gozo de folgas, o representante do SIM alertou os colegas que, se continuarem a negligenciar os seus direitos, nomeadamente não efetuando os períodos de descanso a que têm direito, é possível que o CA continue a não contratar mais médicos...

Iraida Novo, médica de naturalidade russa, especialista em Medicina Interna, que conhece o hospital desde o dia da abertura, onde trabalhou como assistente operacional, lamenta: “a situação da instituição está muito crítica: nós estamos a envelhecer e vamos ficar sem internos o que levará à ruína do hospital. Lembro-me do 1º doente internado no Serviço de Medicina e da alegria que tínhamos ao vir trabalhar... mesmo com algumas faltas de materiais ou de médicos. Atualmente essas faltas acentuaram-se com a agravante de termos falta de diálogo e de respeito. Apesar de tudo isso, gosto deste hospital e não me quero ir embora”, conclui, na expectativa de que a degradação do ambiente de tra-

Instabilidade e contradições

À chegada à unidade os representantes da Ordem dos Médicos tiveram uma breve reunião com a Administração durante a qual Maria Joaquina Matos, presidente do CA, referenciou alguns problemas da instituição – nomeadamente a falta de médicos – e os alegados esforços da Administração para resolver esses problemas: tentativa de contratação de médicos para os quadros, no lugar de médicos cubanos em regime de prestação de serviços (“explicámos à tutela que um vencimento de 1000 euros seria mais barato do que a contratação de um médico à hora. (...) é angustiante pois temos menos médicos do que quando chegámos ao Conselho de Administração e não conseguimos ter capacidade atrativa... Os concursos que são abertos ficam frequentemente desertos. (...) A contratação através de empresas de recursos humanos não é sistema e não nos dá estabilidade nenhuma”). Mas a situação da ULSLA continua a agravar-se como explicou Cristina Fiúza do CA: “Temos um único cardiologista - que é respeitado pelos colegas e amado pelos doentes - e cuja situação conseguimos regularizar em 2013 e 2014, mas, para 2015, apesar de termos proposto a sua contratação o parecer da ARS foi negativo”. A instabilidade aumenta com situações como esta e a abertura de vagas carenciadas não traz soluções: “foram abertas cerca de 150 vagas e ficaram desertas” situação que é piorada anualmente pelo diferencial negativo entre o número de médicos com experiência que se reformam e o número de novos especialistas (a este propósito, publicamos nesta edição um artigo que analisa a evolução das aposentações de assistentes graduados nos últimos anos). A informação do CA é, portanto, de compreensão das dificuldades que os profissionais enfrentam, de diálogo e de tentativa de resolução. Contudo, note-se, não foi essa a análise dos profissionais com quem a OM reuniu...

Nota da redação: desde dia 22 de abril que a ULSLA tem um novo Conselho de Administração pelo que a situação sofreu alterações.

balho possa ser travada e invertida. Para que se consiga realmente alterar esta situação, José Manuel Silva insistiu com os colegas que é necessário denunciar o que está mal e que uma boa comunicação faz-se com exemplos concretos das dificuldades pelas quais passam as instituições (o Bastonário da OM criou e divulgou no seu editorial de Março de 2011 o endereço de email ordemdosmedicos@omcne.pt que pode – e deve – ser usado por todos os colegas de qualquer

zona do país que queiram denunciar constrangimentos que dificultem a prática clínica de acordo com o Estado da Arte). Jaime Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul, também referenciou a necessidade de informar os doentes para que estes saibam que é em sua defesa que os médicos atuam (e lembrou que os médicos da Secção Regional do Sul dispõem de um email dedicado para essa mesma finalidade: denuncia@omsul.pt)

ERRATA: Na edição de Junho de 2014, publicámos uma reportagem sobre uma visita ao Distrito Médico de Beja onde cometemos uma incorreção: referíamos na última frase do artigo que no Hospital de Dia a consulta de Oncologia seria assegurada por um médico cubano sem a respetiva especialidade. Essa informação não estava correta. O médico cubano dá apoio ao Hospital de Dia mas não exerce qualquer função de oncologista. A consulta é assegurada por Sérgio Barroso, especialista em Oncologia.



13.^a Reunião da ENMCA decorreu em Lisboa

Reconhecimento das qualificações profissionais e formação médica em debate
Decorreu em Lisboa, no dia 20 de Abril a 13.^a reunião da ENMCA – European Network of Medical Competent Authorities, um grupo informal que congrega todas as autoridades médicas que têm competência, em cada país do Espaço Económico Europeu, para proceder ao reconhecimento das qualificações profissionais médicas, no âmbito da Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005.

A ENMCA foi constituída a pedido da Comissão Europeia aquando do início dos trabalhos de revisão da indicada Directiva e no sentido de obter a colaboração e os contributos daqueles que, no seu dia-a-dia, trabalham com este instrumento jurídico.

Uma vez concluída a revisão da Directiva 2005/36, que culminou com a publicação da Directiva 2013/55/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de Novembro de 2013, o grupo de trabalho continua a reunir, pois subsistem questões que interessam à Comissão Europeia, às autoridades competentes e naturalmente à profissão médica. De notar que a Comissão Europeia faz-se sempre representar nestas reuniões, explicitando os seus pontos de vista e os critérios em que se baseia, manifestando as suas posições, a interpretação que faz das normas da Directiva e recolhendo os demais pontos de vista que são expressados, resultantes das trocas de opiniões e experiências.

Durante esta reunião foram abor-

dadas matérias distintas, mas todas relacionadas com as qualificações profissionais médicas.

João de Deus, presidente da AEMH – European Association of Hospital Doctors, foi convidado pela Ordem dos Médicos para fazer uma interlocução referente ao reconhecimento das qualificações profissionais.

Foram abordadas as questões que se prendem com a qualidade da formação médica, ressaltando neste âmbito que o processo de formação pós graduada, tendente à obtenção do título de especialista tem de evoluir.

Actualmente e face à Directiva revista, a harmonização das qualificações médicas continua a fazer-se com base em requisitos mínimos de formação temporal. João de Deus defende que se avance para uma harmonização que tenha em conta não só o tempo de formação de cada especialidade médica, mas que contemple também programas padrão como mínimos para cada especialidade.

O presidente da AEMH defende, ainda, que o reconhecimento dos títulos deve abranger, para além do título de médico e de médico especialista, os demais títulos que demonstram as qualificações que os profissionais vão atingindo após a obtenção do título de especialista.

Noutro âmbito, foi feita uma actualização sobre o processo de aprovação o acto, da Comissão Europeia, de Implementação do Cartão Profissional Europeu e do mecanismo de alerta.

Trata-se de um processo que requer diálogo e negociação, pois subsistem diversos aspectos que precisam de ser clarificados e que envolvem aspectos muito relevantes.

A Comissão Europeia havia já apresentado uma proposta de acto que, contudo, submetida a votação dos coordenadores nacionais dos diferentes Estados-Membros, não obteve a maioria necessária à sua aprovação.

No final do dia de 17 de Abril de

2015, a Comissão Europeia apresentou nova proposta de acto de implementação, que se previa ser submetida a votação a 28 de Abril. Um total de 21 estados membros votou favoravelmente a proposta de acto de implementação. Assim prevê-se que a Comissão Europeia publique em breve a versão final do acto e que defina os próximos passos.

A grande maioria das autoridades médicas competentes presentes na reunião não tinha ainda conhecimento deste novo documento da Comissão Europeia, sendo que só um dos elementos do GMC (General Medical Council do Reino Unido) o havia lido, de forma muito superficial.

Tenha-se presente que o Cartão Profissional Europeu não será aplicado, numa primeira fase, à profissão médica, mas o mecanismo de alerta será aplicado desde já a todas as profissões abrangidas, pelo que a sua regulamentação deverá ser transposta para o direito interno de cada Estado-Membro até ao próximo dia 18 de Janeiro de 2016, em conjunto com as demais normas da Directiva 2005/36 que foram revistas pela Directiva 2013/55/UE.

Seguidamente o representante da Comissão Europeia fez uma breve explicitação do funcionamento, no âmbito da Directiva revista, do novo sistema de actualização

do Anexo V da Directiva, no qual estão elencadas as denominações das especialidades existentes em cada país.

As autoridades competentes passaram a ser responsáveis pela realização destas actualizações, que devem ser feitas sempre que existam alterações nas designações das especialidades, através do Sistema IMI (sistema de informação do mercado interno), a qual depois de analisada e aceite pela Comissão Europeia, será notificada a todos os Estados-Membros.

Prosseguiram os trabalhos com a apresentação da perspectiva francesa sobre o Anexo V da Directiva, desta feita na óptica dos tempos mínimos de formação previstos para cada especialidade, por comparação com a realidade que se verifica em França.

Concluiu-se, após discussão, que os tempos mínimos de formação praticados nos países representados na reunião, são todos eles superiores aos que constam do Anexo V, pelo que importa estudar este aspecto com o intuito de se compreender se se trata de matéria que deva ser objecto de alteração no âmbito da Directiva, porquanto, de acordo com o artigo 23.º, existe uma obrigação de actualização dos tempos mínimos de formação à evolução técnica.

Não obstante foi levantada a questão desta iniciativa poder não ter a

aprovação dos governos de alguns países na medida em que tem repercussões financeiras e económicas. Com efeito, existem governos que estão a ponderar diminuir o tempo de formação de determinadas especialidades, porquanto para além de terem médicos especialistas em menos tempo, colmatando algumas lacunas existentes, diminuem também os custos da sua formação.

De seguida o representante da Comissão Europeia fez uma breve apresentação sobre os estudos que a Comissão está a levar a cabo com vista à aprovação de actos delegados no âmbito dos quadros de formação comum, previstos no artigo 49.º-A da Directiva 2005/36, revista.

Trata-se de uma nova forma de reconhecimento automático de qualificações que terá por base um conjunto comum de conhecimentos, aptidões e competências mínimos necessários para o exercício de uma determinada profissão.

A par dos quadros de formação comuns, podem também ser adoptados testes de formação comuns (artigo 49.º-B). O teste de formação comum é uma prova de aptidão normalizada, disponível em todos os Estados-Membros participantes e reservada aos titulares de uma dada qualificação profissional. A aprovação num teste desse tipo num Estado-Membro confere ao





András Zsigmond e Caroline Hager, elementos da Comissão Europeia

titular de uma dada qualificação profissional o direito a exercer essa profissão em qualquer Estado-Membro de acolhimento, nas mesmas condições que os titulares de qualificações profissionais obtidas nesse Estado-Membro

A Comissão não pretende, de momento, aprovar actos delegados neste âmbito que visem profissões reguladas que, como é o caso dos médicos, já beneficiem de reconhecimento automático.

Tal não significa que, futuramente e no que respeita a especialidades que não constem do Anexo V da Directiva e cujo reconhecimento é feito pelo sistema geral, não sejam adoptados actos delegados que prevejam quadros ou testes de for-

mação comuns.

De seguida uma outra representante da Comissão Europeia apresentou os resultados de um estudo realizado na União Europeia sobre CPD, que abrangeu todos os países da UE.

Foram discutidos alguns aspectos relevantes, tais como o reconhecimento das acções de CPD e CME e a sua relevância aquando do reconhecimento de qualificações no âmbito do sistema geral de reconhecimento.

Ficou claramente sublinhado que todos são unânimes em considerar que este tipo de acções é muito importante para a actualização dos conhecimentos, aptidões e competências dos médicos, sendo

mais relevante o seu conteúdo e o que efectivamente acrescentam na vida dos médicos do que as pontuações que os diversos sistemas de créditos que existem atribuem. Naturalmente que o objectivo a prosseguir é sempre a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados médicos que lhes são prestados.

Foram ainda apresentados os resultados de questionários que haviam sido feitos relativos à formação conducente à formação de base de médico e, bem assim, ao reconhecimento de diplomas obtidos fora do Espaço Económico Europeu por cidadãos comunitários. Entretanto, após a reunião da ENMCA em Lisboa, o comité do mercado interno do Parlamento Europeu promoveu um debate sobre o acto implementatório no dia 6 de maio, sendo que a ENMCA submeteu uma nota na qual resumiu a sua visão da seguinte forma: "ENMCA is disappointed that the EC did not address the concerns we raised throughout the drafting and adoption of the Implementing Regulation. We call on the EC and members states to work closely with medical competent authorities if and when the Regulation is extended to doctors to minimise the risks we have identified."

Novas regras quanto a consentimento informado?

Até agora, a decisão sobre a quantidade e profundidade de informação necessária para podermos considerar ter havido lugar a consentimento devidamente informado era uma decisão que competia aos médicos. Em caso de dúvida, competia aos pares a análise da existência – ou não – de um volume de informação suficiente para o doente poder avaliar, por exemplo, o risco inerente ao procedimento médico. Mas as regras estão a mudar...

No início do mês de Março, um tribunal britânico emitiu uma sentença na qual se diz que, em caso de dúvida ou litígio, compete aos doentes analisar e opinar sobre se os riscos do tratamento e/ou as alternativas terapêuticas foram ou não bem comunicadas. O caso em julgamento referia-se a uma doente com diabetes que não foi informada do risco do seu feto desenvolver distócia de ombro ou ter outras complicações durante um parto natural. O bebé ficou de facto preso e o atraso de 12 minutos – tempo que demorou a conseguir consumir o parto – originou privação de oxigénio e necessidade de manobras de ressuscitação do bebé que desenvolveu uma paralisia cerebral. Apesar da doente ter manifestado receio – ainda durante a gravidez – de não conseguir ter um parto normal, o médico justificou a omissão da informação porque considerou que o conhecimento do risco de distócia de ombro poderia induzir na paciente o desejo de fazer uma cesariana em vez da opção do parto vaginal.

A sentença resultante da batalha judicial que durou mais de 15 anos gera assim jurisprudência inova-

dora ao estabelecer que os médicos têm que garantir com cuidado “que os doentes estão conscientes de qualquer risco material dos procedimentos que recomendem bem como de quaisquer alternativas terapêuticas razoáveis”. E não basta a palavra do médico, esse procedimento de consentimento realmente informado tem que estar devidamente documentado para o caso de ser necessário fazer a devida prova. Na sentença, o tribunal britânico define ainda claramente como é que se determina se o consentimento foi realmente informado ou não: em vez de competir aos pares a emissão de opinião, o critério passa a ser o critério da “pessoa normal e razoável no lugar do doente”. Ao proceder à informação para obter o consentimento, o médico deve, portanto, colocar-se no lugar do doente e aferir se uma pessoa normal teria compreendido os riscos inerentes e as alternativas. O consentimento obtido através da mera assinatura num formulário – que é preenchido sem explicações de maior ou sem um verdadeiro diálogo informado entre médicos/doentes – tem os dias contados.

A sentença do Supremo Tribunal londrino determinou que Nadine Montgomery – que alegava negligência médica por falta de informação dos riscos e de aconselhamento devido quanto às alternativas que teriam permitido a sua potencial opção por um parto por cesariana – recebesse do NHS uma indemnização de 5 milhões de libras.

Em face desta mudança à interpretação do consentimento realmente informado os médicos terão que introduzir novos vetores de análise para manter o necessário equilíbrio entre o dever de disponibilizar toda a informação possível e útil sobre os riscos de qualquer terapêutica e a possibilidade de uma informação excessivamente detalhada que origine o risco de efeitos acessórios nocebo (em doentes mais suscetíveis), um equilíbrio que tem que ter em conta o critério de qual seria o entendimento da “pessoa normal e razoável no lugar do doente”.

Uma análise a esta decisão judicial pode ser lida no editorial do BMJ de 19 de Março de 2015 da autoria de Fiona Godlee (*BMJ* 2015;350:h1534 doi: 10.1136/bmj.h1534).

João de Deus reeleito Presidente da AEMH

Teve lugar nos dias 8 e 9 de Maio em Viena a 68ª reunião plenária da AEMH - Associação Europeia dos Médicos Hospitalares durante a qual João de Deus foi reeleito presidente da associação.

A AEMH foi fundada há 52 anos e reúne as Ordens dos Médicos da quase totalidade dos países da União Europeia. Fornecendo uma plataforma europeia para os médicos hospitalares, a AEMH desenvolve e mantém um espírito de cooperação e comunicação entre as suas delegações nacionais, com vista a melhorar a compreensão dos diferentes sistemas de saúde; incentiva o intercâmbio de ideias e experiências e promove a discussão entre médicos, doentes e políticos com o objetivo principal de promover a saúde e melhorar a segurança dos doentes.

Dedica-se hoje em dia a temas como a gestão de risco, o envolvimento dos médicos na gestão hospitalar, a formação pré e pós-graduada.

Defende os interesses dos médicos hospitalares, pronuncia-se sobre as Diretivas Europeias junto da Comissão Europeia (nomeadamente as Diretivas do tempo de trabalho, das qualificações profissionais e da medicina trans-fronteiriça) e dedica ainda uma atenção muito especial aos assuntos de e-health e m-health.

Como habitualmente realizou-se

uma conferência que antecedeu a reunião, este ano subordinada ao tema “Clinical Leadership”.

Acabando este ano o mandato da atual Direção realizaram-se eleições nas quais o nosso colega João de Deus se recandidatou, sob proposta do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, ao cargo tendo sido reeleito por unanimidade e aclamação.

De realçar que pela primeira vez na já longa história das Organizações Médicas Europeias, 3 delas (AEMH - Associação Europeia dos Médicos Hospitalares, FEMS - Federação Europeia dos médicos salarizados e EJD - Organização dos jovens médicos) se reuniram num plenário conjunto para consertarem estratégias e objetivos tendo em vista, essencialmente, a próxima revisão da Diretiva do tempo de trabalho, para lá de outras tomadas de posição relativamente a questões vitais para os médicos no âmbito das condições de trabalho dos mesmos a nível europeu.



A delegação portuguesa constituída por Jaime Mendes, José Santos e João Grenho teve um papel muito ativo nas reuniões das diferentes Associações e contribuiu de forma decisiva para a reeleição do médico João de Deus para este importante cargo.

Jaime Mendes, coordenador do Departamento Internacional da Ordem dos Médicos

Balanço da actividade do Conselho Disciplinar Regional Sul em 2014

O Conselho Disciplinar Regional do Sul apresentou o seu balanço da actividade de 2014, o seu primeiro ano de mandato, depois das eleições de Dezembro de 2013, que revela um aumento crescente do número de queixas ano após ano, que atingiu 448 na região. De todos os processos em curso, que incluem os que transitaram do mandato anterior, O CDR arquivou 386 e produziu 22 despachos de acusação e 37 condenações, entre as quais 5 advertências, 28 censuras, 1 suspensão de 45 dias, 1 suspensão de 3 meses, 1 suspensão de 6 meses e 1 suspensão de 18 meses.

Com a homogeneidade do grupo de conselheiros eleitos (médicos) para o triénio 2014 - 2016, foi possível estabelecer-se uma excelente relação de trabalho e também de amizade entre todos os elementos do grupo e dos próprios assessores jurídicos, de tal modo agradável que se pode mesmo dizer que as reuniões se tornaram um convívio semanal esperado e altamente produtivo pela cumplicidade dos seus pares.

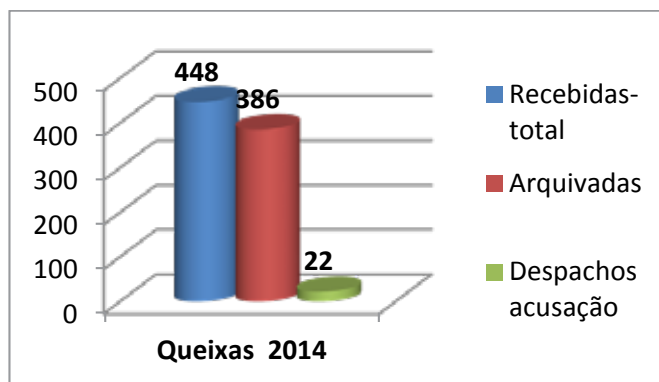
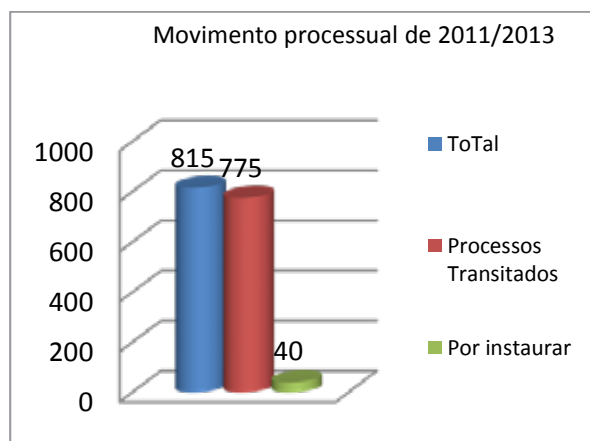
É de salientar igualmente a excelente colaboração das funcionárias administrativas em toda a preparação processual, que nos facilitou a boa produtividade constatada imediatamente a partir da nossa tomada de posse, reduzindo muito o período de adaptação às nossas novas funções.

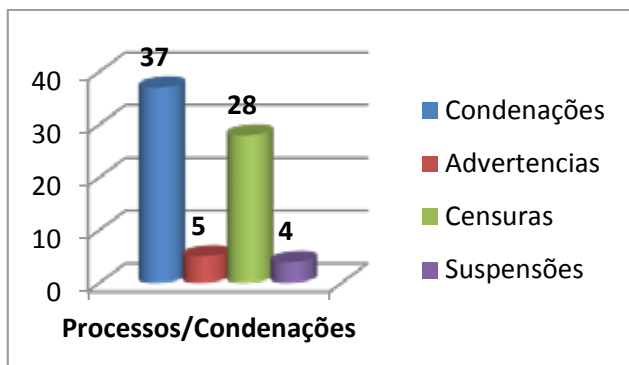
Com todos estes elementos em sinergia foi possível efectuar um produtivo trabalho no primeiro ano do triénio, estando neste período incluída uma interrupção dos trabalhos por um mês de des-

canso de Verão. Foi possível reunir 41 vezes, uma vez por semana entre as 18h30 e as 23 horas, tendo cada conselheiro analisado uma média de 5 a 6 processos, coadjuvados pelos ensinamentos do assessor jurídico, tendo dado resposta aos muitos processos que transitaram da direcção anterior por estarem em fase de avaliação.

Como objetivo para o triénio foi estabelecido dar prioridade à resolução dos processos mais antigos (alguns de 2002/2006). Normalmente estes processos encontram-se pendentes de resoluções mais demoradas e complexas, aguardando muitas vezes o conhecimento das conclusões dos

Órgãos Judiciais, bem como a avaliação de algumas entidades e por vezes dos próprios Colégios das Especialidades.





Também participámos nas reuniões do Conselho Disciplinar Nacional, na avaliação de processos

a este Conselho Disciplinar Regional participar com um conse-

de recurso, com dois conselheiros e um assessor jurídico, tendo sido efetuadas até à data três reuniões presididas pelo senhor Bastonário.

Cabe também

lheiro nas reuniões do Conselho de Medicina Legal, na elaboração de pareceres médico-legais, tarefa valiosa na ajuda da formulação de opinião sobre os casos mais complexos solicitados.

Em relação ao trabalho desenvolvido no Conselho Disciplinar Regional do Sul, podemos resumir dizendo que recebemos, transitados do anterior Conselho Disciplinar, 775 processos e cerca de 40 queixas por instaurar.

Movimento processual - Conselho Disciplinar Regional Sul	
Reuniões	41 reuniões semanais: 5 a 6 processos analisados por conselheiro
Transitados 2011/2013	775 processos da gestão anterior em transito e 40 queixas por instaurar
Queixas recebidas 2014	448 queixas
Processos	386 arquivados com 22 despachos de acusação
Processos/condenações	37 condenações, das quais: - 5 advertências; 28 censuras; 1 suspensão de 45 dias; 1 suspensão de 3 meses; 1 suspensão de 6 meses; 1 suspensão de 18 meses
Ofícios	Nestas atividades foram emitidos 3587 ofícios

Simultaneamente não pretendemos descurar os processos mais recentes.

Tem-se constatado um aumento crescente do número de queixas de ano para ano, tendo-se atingido neste primeiro ano de 2014 o valor exorbitante de 448, na região sul.

Organização




Secção Regional do Sul Secção Regional do Sul

29 de Maio 2015
Auditório da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, DESAFIOS COM FUTURO



Evolução demográfica: sustentabilidade e desafios!
Organização de CSP: Gestão de Casos e Integração de Cuidados
Cidadania em saúde

Para mais informações e inscrições: www.omsul.pt

Simultaneamente, além dos processos instaurados, foram arquivados 386 processos e efetuados 22 despachos de acusação. Foram efetuadas 37 condenações, entre as quais 5 advertências, 28 censuras, 1 suspensão de 45 dias, 1 suspensão de 3 meses, 1 suspensão de 6 meses e 1 suspensão de 18 meses. Foram igualmente emitidos 3587 ofícios.

Segredo médico: a regra e as excepções ao dever de sigilo

A propósito do dramático acidente de aviação recentemente ocorrido com um avião de uma companhia aérea alemã foram suscitadas pela comunicação social múltiplas dúvidas sobre os limites do segredo médico ou, dito de outra forma, questionado o dever de informar por parte dos médicos assistentes de doentes que desempenham tarefas de especial responsabilidade ou estão em situação de pôr em perigo terceiros.

Vejamos em síntese como a ordem jurídica enquadra a realidade supra referida e factuais conexas.

A matéria do segredo médico coloca em conflito vários deveres, nomeadamente:

- O **dever de sigilo**¹ que se destina à salvaguarda da reserva da intimidade da vida privada do doente;
- O **dever de comunicar/informar terceiros ou mesmo denunciar o doente às autoridades**, se a manutenção do segredo colocar em causa a segurança e saúde de terceiros.

Da abordagem deontológica:

O segredo médico, conforme previsto no Código Deontológico da Ordem dos Médicos, é condição essencial da relação médico-doente, resultando de um direito inalienável de todos os doentes, e representando uma obrigação ética e deontológica do médico, que abrange todos os factos que tenham chegado ao seu conhecimento no exercício da sua profissão ou por causa da mesma.

Este dever, previsto nos artigos 85.º/2 e 86.º/3 do Código Deontológico, assenta num interesse moral, social, profissional e ético e é a base para a confiança do doente no médico.

Constitui, assim, um dos pilares de sustentação da profissão médica e é assegurado, desde logo, pela Constituição, pela Convenção do Direitos do Homem e a Biomedicina, pelo Estatuto da Ordem dos Médicos, pelo Código Deontológico da Ordem dos Médicos, pelo Código Penal e por muitos outros normativos.

Protegem-se deste modo dois bens: a reserva da vida privada e a inviolabilidade da pessoa humana (protecção da respectiva dignidade através da confiança depositada em determinados profissionais).

Não obstante a importância deste dever na prática da profissão médica, por permitir uma base de confiança mútua, a verdade é que ele não tem carácter absoluto já que comporta excepções.

O Código de Deontologia Médica delimita algumas situações que

permitem a escusa do segredo, ou seja, aquelas em que o médico poderá ser autorizado a prestar informações que, de outra forma, estariam sujeitas a este dever.

São elas, nomeadamente, as previstas no artigo 88.º (Escusa do segredo médico):

- a) O **consentimento do doente** ou, em caso de impedimento, do seu representante legal, quando a revelação não prejudique terceiros pessoas com interesse na manutenção do segredo médico;
- b) O que for **absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do médico ou do doente**, não podendo em qualquer destes casos o médico revelar mais do que o necessário, nem o podendo fazer sem prévia autorização do Presidente da Ordem;
- c) O que **revele um nascimento ou um óbito**;
- d) As **doenças de declaração obrigatória**.

Também **relativamente a menores, idosos, deficientes e, no geral, diminuídos e incapazes**, o Código Deontológico prevê uma

¹ “Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias.”

² Artigo 85.º

(Princípio geral)

O segredo médico é condição essencial ao relacionamento médico-doente, assenta no interesse moral, social, profissional e ético, que pressupõe e permite uma base de verdade e de mútua confiança.

³ Artigo 86.º

(Âmbito do segredo médico)

1 - O segredo médico impõe-se em todas as circunstâncias dado que resulta de um direito inalienável de todos os doentes.

2 - O segredo abrange todos os factos que tenham chegado ao conhecimento do médico no exercício da sua profissão ou por causa dela e compreende especialmente:

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

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

c) Os factos resultantes do conhecimento dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica referentes ao doente;

d) Os factos comunicados por outro médico ou profissional de saúde, obrigado, quanto aos mesmos, a segredo.

3 - A obrigação de segredo médico existe, quer o serviço solicitado tenha ou não sido prestado e quer seja ou não remunerado. 4 - O segredo médico mantém-se após a morte do doente.

É expressamente proibido ao médico enviar doentes para fins de diagnóstico ou terapêutica a qualquer entidade não vinculada ao segredo médico.

¹ Artigo 53.º (Protecção de diminuídos e incapazes)

Sempre que o médico, chamado a tratar um menor, um idoso, um deficiente ou um incapaz, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus-tratos ou assédio, deve tomar providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertando as autoridades competentes.

² Artigo 91.º

(Intimação judicial)

1 - O médico que nessa qualidade seja devidamente intimado como testemunha ou perito, deverá comparecer no tribunal, mas não poderá prestar declarações ou produzir depoimento sobre matéria de segredo médico, a não ser com o consentimento do doente, do seu representante legal se houver incapacidade para consentir, ou do Presidente da Ordem.

2 - Quando um médico alegue segredo médico para não prestar esclarecimentos pedidos por entidade pública, deve solicitar à Ordem declaração que ateste a natureza inviolável do segredo no pedido em causa.

³ Artigo 89.º (Precauções que não violam o segredo médico)

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

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

abordagem especial do dever de segredo, devendo prevalecer a protecção destas pessoas, particularmente vulneráveis, em detrimento do segredo médico.

Estão aqui subjacentes os deveres de cooperação do médico com as autoridades policiais e com os serviços sanitários para defesa da saúde pública, como prevê o artigo 53.º do CDOM ¹.

Há, ainda, a **possibilidade do Presidente da Ordem dos Médicos autorizar a revelação de matéria sujeita a segredo nas situações em que esteja em causa a prestação de depoimento/declarações em órgãos judiciais** ².

Há, ainda, uma norma deontológica, que consta do artigo 89.º do CDOM ³, que constitui uma excepção expressa ao sigilo profissional e que configura precauções a tomar pelos médicos sempre que exista um perigo para a vida ou saúde de terceiros quando os doentes tenham comportamentos concretos que possam pôr em perigo os referidos bens jurídicos.

Embora o aludido preceito deontológico tenha como elemento teleológico a prevenção em sede de doenças infecciosas (como a SIDA) julgamos que uma interpretação extensiva da norma permitirá abranger casos como aquele que motivou o presente texto, o que possibilitará que o médico assistente informe os colegas de saúde ocupacional que sejam responsáveis pelo doente ou mesmo as autoridades judiciárias em casos excepcionais.

Existem obviamente outras disposições legais avulsas, dispersas por vários ramos do ordenamento, que autorizam a revelação do segredo médico em situações muito específicas, que não iremos apontar por nos interessar uma abordagem genérica do assunto.

Da abordagem jurídico-penal:

O Código Penal prevê que a violação do dever de segredo pode consubstanciar um crime, punível com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 240 dias, conforme se retira do respectivo artigo 195.º, que diz “*Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias.*”

Estamos, assim, perante um crime de dano contra a privacidade. Feito o enquadramento deste tipo de crime, analisemos situações que implicam a autorização ou imposição de revelação de factos correspondentes a segredos.

A respeito das autorizações cumpre ponderar se um eventual dever de denúncia obrigatória, no caso de médicos funcionários públicos, consagrado no artigo 242.º do CPP, poderá prevalecer sobre o dever de segredo.

Tem-se entendido de forma negativa, defendendo-se a prevalência do dever de segredo sobre os interesses da justiça penal na sua vertente meramente repressiva. Porém, **se a violação do segredo puder evitar a prática de um crime projectado ou anunciado pelo doente, admite-se a denúncia (vertente preventiva).**

Debrucemo-nos sobre as situações em que a violação do segredo possa evitar a prática de um crime (vertente preventiva), precisamente no contexto da ponderação de interesses do **direito de necessidade**.

A justificação da quebra do segredo médico com fundamento no direito de necessidade acontece quando, de acordo com o artigo 34.º do Cód. Penal, se mostrar que tal revelação foi **necessária para afastar um perigo actual que**



ameace interesse juridicamente protegido e sensivelmente superior ao interesse sacrificado.

Ou seja, falamos de situações em que o médico é colocado perante a alternativa de cometer o ilícito (revelar o segredo) ou deixar que, como consequência necessária de não o cometer, ocorra outro mal maior.

Dito de outro modo, **tem que existir uma sensível superioridade do interesse a salvaguardar relativamente ao interesse sacrificado.**

O perigo que se visa afastar tem que ser um perigo actual (que exista naquele momento) ou que está iminente, e pode advir de factos naturais ou factos humanos. Como estamos no âmbito do delito de segredo profissional devem ser sempre ponderados o bem jurídico da privacidade (valor pessoal individual) e o bem jurídico da confiança (valor colectivo-institucional).

De uma forma ideal (que raramente se configura), o agente deveria advertir o portador do segredo e estimulá-lo a revelar o mesmo ou a adoptar um comportamento adequado. Concluída a indisponibilidade deste, e sem outros meios, deveria então o médico reponderar os interesses em causa e revelar o facto ao abrigo do direito de necessidade.

Existem, neste âmbito, valores consensualmente reconhecidos como *sensivelmente superiores* para efeitos de justificação de revelação de segredo. Exemplo disso são a revelação de segredo relativo a *“doença grave e transmissível com vista à salvaguarda de terceiros”*, *“informar as autoridades competentes (...) que um determinado condutor sofre de anomalia capaz de criar perigo concreto e imediato para a vida, saúde e património de terceiros”* ou *“revelar aos*

familiares, que foram excluídos da herança pelo defunto, que este sofria de perturbação mental grave”.

Visa-se sempre evitar uma consequência maior para um terceiro.

De mais difícil solução afiguram-se os casos de **conflito entre o dever de sigilo e os valores ou interesses pertinentes à administração da justiça**. No entanto, **para a resolução destas situações, têm sido considerados de forma relativamente pacífica os seguintes princípios:**

- É lícita a revelação de um segredo quando for necessário para evitar a condenação penal de um inocente;

- **Os valores ou interesses encabeçados pelo processo penal não justificam só por si a revelação do segredo, só devendo esta ser admitida em casos extremos de crimes mais graves que ponham em causa a paz jurídica ou quando haja perigo de novas infracções (regra da prevalência do dever de segredo sobre o dever de denúncia obrigatória);**

- Em relação a crimes futuros o **conflito entre o dever de colaboração com a justiça e o dever de sigilo deve solucionar-se nos termos gerais da ponderação de interesses, dependendo do segredo em concreto e do crime que se receia.**

Só as situações limite podem justificar a divulgação de informação, para não alargar de forma excessiva esta justificação para áreas em que a doutrina se divide e para evitar o risco de a decisão de divulgação ficar a cargo do médico.

Assim, e pelo exposto, pode **concluir-se** que é aceitável a divulgação pelo médico se esta for feita no âmbito do direito de necessidade, numa vertente preventiva, ou seja, **de forma a impedir um crime futuro e planeado, que co-**

locaria em risco a vida e/ou a saúde de terceiros. Nestas situações entende-se que **a revelação do segredo está justificada**, tendo em conta a ponderação dos interesses aqui conflituantes. **O médico fica obrigado a defender um interesse sensivelmente superior, em prejuízo do seu dever de segredo médico.**

A final, é importante sublinhar que deve sempre ter-se presente que esta legitimidade não é linear nem absoluta, dependendo de cada situação concreta e estando sempre vinculada às normas deontológicas e princípios da lei penal, nomeadamente a prevalência do direito preponderante. É ainda um poder que passa, conforme resulta do Código Deontológico, pela mediação do Presidente da Ordem dos Médicos, que deve ser sempre ouvido, até para salvaguarda do médico.

Os Consultores Jurídicos

Paulo Sancho

Joana Santana Godinho

2015-04-20



Momento musical com interpretação de Laura Mar

Exposição - Tributo à primeira cirurgiã portuguesa

Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos assinalou o Dia Internacional da Mulher, prestando homenagem à audácia e coragem de Carolina Beatriz Ângelo. Pioneira a votar em Portugal, a tenacidade desta médica, natural da Guarda, marcou a sociedade portuguesa.

“Uma Mulher na Medicina dos Homens” – eis o título da exposição dedicada a Carolina Beatriz Ângelo, inaugurada no âmbito do Dia Internacional da Mulher, no Clube Médico, em Coimbra.

Carolina, médica, cirurgiã, sufragista, conspiradora, republicana, feminista, ativista, maçona, esposa, mãe. No momento da inauguração desta exposição, três palestrantes deram voz à incomensurável herança de quem apenas viveu 33 anos.

Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), enalteceu as mulheres pioneiras em Portugal na vocação da Medicina. “Hoje, o mundo da Medicina é maioritariamente das mulheres”, disse.

Na sessão de inauguração desta exposição, Maria José Franca (bisneta de Maria Veleda, feminista republicana) reportou o papel relevante que a sua bi-

savó teve na República bem como antes da queda da Monarquia. “Maria Veleda não foi uma mulher vulgar. Assim como Carolina Beatriz Ângelo”, disse a conferencista. Ao traçar o perfil e percurso de Maria Veleda, lembrou como ela foi corajosa ao criar duas crianças sem estar casada (uma adotada, outra biológica) e como se envolveu em acontecimentos sociais, políticos e educativos numa época em que a causa pública era ainda um reduto masculino. “Promoveu a emancipação feminina, liderou o movimento associativo, foi pioneira em campanhas públicas de proteção a crianças de rua. Ela acreditava que era possível criar um mundo melhor, esteve na base do Movimento Republicano das Mulheres Portuguesas e bateu-se pela educação feminina”, realçou Maria José Franca. “Ousou ser pioneira de muitas instituições e publicou muitos artigos em vários jornais do País”. Mas não só, também escreveu poesia. “Estamos para publicar os sonetos dela”, anunciou Maria José Franca antes de ler um poema da bisavó.

Por sua vez, Dulce Helena Bor-





ges - Conservadora do Museu da Guarda que organizou em 2010 uma exposição dedicada a Carolina Beatriz Ângelo (cujo catálogo foi premiado a nível nacional e foi um documento muito importante para a elaboração desta exposição) – felicitou a iniciativa da SRCOM pelo tributo à cirurgiã. “Sinto-me orgulhosa como cidadã da Guarda, como descendente um pouco desta origem de Carolina Beatriz Ângelo – o avô e pai de Beatriz eram proprietários de uma tipografia que se chamava Distrito da Guarda” que chegou a ser dos ascendentes de Dulce Helena Borges. A conferencista deu conta que quando pensou em fazer uma exposição sobre a cirurgiã que nasceu na Guarda, apenas tinha um objeto: o recibo de uma consulta de Carolina Beatriz Ângelo. “É a única herança que a família tem”. A conservadora, porém, não desanimou uma vez que o património imaterial de Carolina Beatriz Ângelo é vasto quer pela sua luta cívica quer profissional. “Mulher moderna, audaz, com coragem e sabedoria e que intuiu que o feminismo não poderia ter pressa”, acentuou. Mulher pioneira a votar em Portugal “Carolina Beatriz Ângelo foi uma das vozes feministas mais marcantes do início do século XX. (...) Ela nasceu no seio de uma família participante na elite social que protagonizou a mudança de regime e de mentalidades”, disse a conferencista, lembrando que Carolina deixou a Guarda com 17 anos. Carolina cursou medicina, tornou-se uma médica de excelência e uma militante cívica. A conferencista citou, no final da sua intervenção nesta sessão, excertos das cartas de Carolina escritas à amiga Ana de Castro Osório. Carolina Beatriz Ângelo nasceu



Maria José Franca (Professora de Português e conferencista), Dulce Helena Borges (Conservadora do Museu da Guarda), Marta Brinca (Ginecologista/Obstetra) e Ana Oliveira (Médica Interna de Cirurgia Geral)



Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, enaltece pioneirismo da cirurgiã Carolina Beatriz Ângelo, na inauguração desta exposição no Clube Médico

a 6 de abril de 1878, na Guarda, freguesia de S. Vicente, e nessa cidade frequentou os estudos primários e secundários. Em Lisboa frequentou a Escola Médico-Cirúrgica e foi no hospital de S. José que conheceu Januário Barreto com quem se casa no próprio ano da formatura. Porém, ficou viúva com 21 anos. Como conseguiu, então, votar? Ao ler a Constituição Portuguesa de 1911, verificou que a lei fundamental em vigor não especificava o sexo dos chefes de família com direito de voto. Carolina Beatriz Ângelo apresenta um requerimento na Comissão de recenseamento para integrar os cadernos eleitorais. A 28 de maio de 1911 torna-se a primeira mulher portuguesa a exercer o direito de voto. Inscrita com o número 2513 na freguesia de S.

Jorge de Arroios, Carolina Beatriz Ângelo votou. De imediato, a legislação é alterada, especificando que apenas os cidadãos portugueses masculinos poderiam votar. Nunca, apesar disso, vacilou. A sua militância pelos direitos das mulheres envolvia várias reivindicações: o direito ao voto, o direito ao divórcio, a revisão do Código Civil no sentido de eliminar os artigos que atentavam contra a dignidade da mulher. Foi noticiada por vários jornais nacionais, a sua prematura morte, aos 33 anos, por doença. Mas não só. A triste notícia surgia também no semanário Votes for Women, órgão das sufragistas inglesas. Carolina Beatriz Ângelo: um exemplo ímpar na história da Medicina em Portugal.

Equipa da USF D. Diniz - Leiria

OM do Centro visita várias unidades de saúde

Adriano Rodrigues (diretor do Serviço Medicina Interna B), Pedro Roldão (vogal do Conselho de Administração do CHUC) e Carlos Costa Almeida (em representação da Direção Clínica) e Carlos Cortes



O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, deslocou-se ao Hospital Geral de Coimbra para visitar o Serviço de Medicina Interna B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

Após a reunião com Adriano Rodrigues (diretor do Serviço Medicina Interna B), Pedro Roldão (vogal do Conselho de Administração do CHUC) e Carlos Costa Almeida (em representação da Direção Clínica) foi efetuada uma visita às instalações onde outrora funcionou o Serviço de Urologia (desativado há três anos, na sequência do processo de fusão entre os dois maiores hospitais públicos da cidade de Coimbra). Trata-se de um espaço que, após obras de remodelação - cujo orçamento global ronda os 140 mil euros (em duas fases distintas) - albergará 28 camas de internamento. No piso inferior - onde outrora funcionou o Serviço de Neurologia - já estão instaladas 22 camas. No total, em breve, as duas enfermarias terão 50 camas. De acordo com os responsáveis do CHUC, as obras têm conclusão prevista para

julho deste ano.

O Serviço de Medicina Interna, fundado no 'Hospital dos Covões' por Santana Maia (Ex-Bastonário da Ordem dos Médicos), enfrenta atualmente vários desafios, alguns dos quais resultantes do processo de fusão dos hospitais. Carlos Cortes participou, ainda, numa reunião que juntou, no auditório do hospital, a maioria dos profissionais médicos que integram o Serviço de Medicina Interna B dos CHUC, asseverando-lhes que "esta interação não se limitará a esta reunião", uma vez que está "sempre disponível para ouvir" e denunciar, junto do Conselho de Administração, os vários problemas que lhe foram reportados. Carlos Cortes mostrou-se muito preocupado com a falta de recursos humanos neste serviço hospitalar, dificultando a atividade assistencial e a formação dos médicos. O atraso nas obras também foi motivo de grande preocupação uma vez que já se ultrapassaram os prazos previstos desta empreitada.

Quem trabalha nesta unidade hospitalar - situada na margem esquerda do Mondego, cuja inau-

guração oficial remonta a 9 de abril de 1973 (como comprova uma fotografia exibida naquele auditório) - enfrenta alguns problemas, alguns dos quais suscitados após a fusão. "Há aqui diferenças em alguns critérios [comparativamente com os HUC], a minha responsabilidade é pressionar os responsáveis para que os médicos de ambos os polos sejam tratados com justiça e da mesma forma, pois existem preocupantes situações de desigualdade. Não podem existir tratamentos diferenciados", sublinhou o presidente da SRCOM, em jeito de conclusão desta reunião.

Visita ao Centro de Saúde Gorjão Henriques

Em Leiria, no âmbito das visitas que os membros da Ordem dos Médicos têm efetuado aos serviços de cuidados de saúde primários, Carlos Cortes e Catarina Matias, ambos membros do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, deslocaram-se ao Centro de Saúde Gorjão Henriques, onde funcionam várias unidades funcionais entre as quais a Unidade de Saúde Familiar (USF) D. Diniz, atualmente sob a direção do médico Borrego Pires. "Aqui não temos faltas graves de material, porém, temos muitos médicos a ir para a reforma. O nosso principal problema é mesmo a falta de médicos", sublinhou Borrego Pires, responsável

pela USF D. Diniz.

Para 11 519 utentes (dados referentes dezembro de 2014), ali trabalham seis Médicos de Família e seis Médicos Internos da Especialidade, um aluno do 6º ano de Medicina, seis enfermeiros e cinco assistentes técnicos. Com a preocupação cimeira de promover a saúde dos seus utentes, esta

USF possui até um jornal quadrimestral de distribuição gratuita. No mesmo edifício do Centro de Saúde Gorjão Henriques, os membros do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos visitaram a Unidade de Saúde Familiar Cidade do Lis, atualmente sob a direção de Ana Barros. Com um rácio de 1800 utentes por médico/enfermeiro, esta unidade, que presta assistência a 11329 utentes, possui vários problemas designadamente de espaço (gabinetes médicos exíguos) e de material (luvas, por exemplo). Numa reunião, que juntou todos os profissionais desta USF, Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos explicou os motivos desta visitas, uma vez que considera a Especialidade de Medicina Geral e Familiar um dos pilares do Serviço Nacional de Saúde. Nesta ocasião, Ana Barros, que é também presidente do Conselho Distrital de Leiria da Ordem dos Médicos, explicou as principais dificuldades do dia-a-dia, desde a lentidão do sistema informático, os obstáculos à implementação de uma rede de cuidados integrados com as unidades hospitalares.



Reunião da USF Cidade do Lis


SRCOM
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS



· DIA MUNDIAL ·
DO MÉDICO DE FAMÍLIA

SARAU COMEMORATIVO


Dia Mundial do Médico de Família, 19 de Maio

19 MAIO · COIMBRA · TEATRO ACADÉMICO DE GIL VICENTE

GRUPOS A ATUAR / Coro dos Antigos Orfeonistas da Universidade de Coimbra / Coro da Ordem dos Médicos / Tuna de Medicina da Universidade de Coimbra / Tuna Feminina de Medicina da Universidade de Coimbra / Quarteto Opus Quatro

ORADORES / **Dr. Carlos Cortes** (Presidente da SRCOM) / **Dr. Rui Nogueira** (Presidente da Associação dos Médicos de Medicina Geral e Familiar) / **Dr. Carlos Maia Teixeira** (Médico de Família)

TRIBUTO / Fernando Valle e Miguel Torga



Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

Diretor Clínico ou comissário político?

Publicamos em seguida, com as devidas autorizações, a crónica do presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, que foi originalmente publicada no Diário de Coimbra, Diário de Aveiro, Diário de Leiria e Diário de Viseu (a 23 abril 2015).

Havia um tempo em que os Diretores Clínicos dos hospitais eram eleitos pelos seus pares. Era um médico de referência, uma voz respeitada, exigente, isenta e escutada.

Eram tempos diferentes em que era frequente um Diretor Clínico criticar livremente as opções ou decisões das Administrações Regionais de Saúde ou do Ministério da Saúde quando essas poderiam pôr em causa as condições assistenciais ou de formação. Nada disso era estranho já que a sua função tinha um pressuposto eminentemente técnico reconhecido pelos profissionais de saúde da instituição.

O Diretor Clínico, eleito por todos os médicos do hospital, tinha a responsabilidade, através e com o corpo clínico, de fazer prevalecer as questões técnicas e ser imune a questões de interesse político, partidário ou outro que fosse estranho à sua missão essencial.

Acontecia o mesmo com o Enfermeiro Diretor.

A voz do Diretor Clínico era a voz dos médicos da instituição e representava valores inabaláveis do exercício da Medicina, da

qualidade dos cuidados de saúde, da importância da formação médica.

Hoje, a realidade é muito diferente. Para pior.

O Diretor Clínico deixou de ser eleito e passou a ser nomeado diretamente pelo Ministério da Saúde. É um cargo de confiança política.

Em muitos casos, o Diretor Clínico é um instrumento de transmissão das decisões políticas provenientes do Ministério da Saúde. Não das recomendações técnicas dos seus pares.

O poder político tenta transformar o papel do Diretor Clínico. Deixa de ser um servidor da Causa Pública para ser, agora, um funcionário público que age num quadro de puro servilismo político.

Há exemplos, até, de instituições onde o Diretor Clínico é a principal barreira à atividade do corpo médico colocando em risco a própria dinâmica do hospital.

O seu papel hoje é o oposto daquilo que era. Deixou de trabalhar em prol da defesa da qualidade da Medicina, mesmo em casos em que colidia com diretrizes superiores, e passou a ser

um propagandista de decisões tomadas em gabinetes por quem pouco percebe de Saúde.

Felizmente, esta não é uma regra. Há Diretores Clínicos e Diretores Clínicos. Conheço diretores clínicos - casos raros - que, contra muitas adversidades, têm como único objetivo servir a instituição onde exercem e defender o Doente. Alguns Diretores Clínicos - casos raros - têm a coragem de dialogar, de discutirem as suas propostas, de incluírem os outros profissionais nas decisões. Alguns Diretores Clínicos - casos raros, repito - sabem tomar medidas que prestígiam a qualidade da prestação dos cuidados de saúde e a sua instituição.

Faz falta aos hospitais alguém com o poder crítico que possa garantir, novamente, a defesa das boas práticas técnicas e éticas.

Faz falta alguém que possa recolocar os hospitais na sua verdadeira missão assistencial, formativa e científica.

Vivemos outros tempos! Tempos mais parecidos com o unanimismo de um passado indesejado do que com uma Democracia participativa onde o Poder sabe



lidar com a diferença de opinião e a exigência numa melhor Saúde.

É necessário e urgente que os médicos voltem a escolher os seus responsáveis clínicos nos hospitais e nos agrupamentos de centros de saúde. É o único caminho para voltarmos a ter instituições mais transparentes, mais credíveis e vocacionadas para os cuidados de saúde de qualidade. A escolha é entre o Diretor Clínico e os comissários políticos. Eu escolho o primeiro!

Diretor Clínico ou comissário político?

Carlos Cortes
Presidente da
Secção Regional
do Centro
da Ordem
dos Médicos



Havia um tempo em que os Diretores Clínicos dos hospitais eram eleitos pelos seus pares. Em um médico de referência, uma vez respectado, gente, tenia e escutado. Têm tempos diferentes em que era frequente um Diretor Clínico criticar livremente as opções ou decisões das Administrações Regionais de Saúde ou do Ministério da Saúde quando essas poderiam por em causa as condições institucionais ou de formação. Nada disso em estranha já que a sua função tinha um pressuposto eminentemente técnico: reconhecer pelos profissionais de saúde da instituição.

O Diretor Clínico, eleito por todos os médicos do hospital, tinha a responsabilidade, através e com o corpo clínico, de fazer prevalecer as questões técnicas e ser immune a questões de interesse político, partidário ou outro que fosse estranho à sua missão essencial.

Acordava o mesmo com o Enfermeiro

Avor do Diretor Clínico em a voz dos médicos da instituição e representava valores insubstituíveis do exercício da Medicina, da qualidade dos cuidados de saúde, da importância da formação médica.

Hoje, a realidade é muito diferente. Para pior. O Diretor Clínico deixou de ser eleito e passou a ser nomeado diretamente pelo Ministério da Saúde. É um cargo de confiança política.

Em muitos casos, o Diretor Clínico é um instrumento de transmissão das decisões políticas provenientes do Ministério da Saúde. Não das recomendações técnicas dos seus pares.

O poder político tenta transformar o papel do Diretor Clínico. Deixa de ser um servidor da Casa Pública para ser, agora, um funcionário público que age num quadro de puro servilismo político.

Hi exemplos, até, de instituições onde o Diretor Clínico é a principal barreira à atividade do corpo médico colocando em risco a própria dinâmica do hospital.

O seu papel hoje é o oposto daquilo que era. Deixou de trabalhar em prol da defesa da qualidade da Medicina mesmo em casos em que colidia com diretivos superiores e passou a ser um perpetuidade de decisões tomadas em gabinetes por quem pouco percebe de Saúde.

Politicamente, esta não é uma regra. Há Diretores Clínicos e Diretores Clínicos. Garante

diretores clínicos – casos raros – que, contra muitas adversidades, têm como único objetivo servir a instituição onde exercem e defendem o Direito. Alguns Diretores Clínicos – casos raros – têm a coragem de dialogar de discutir as suas propostas, de influenciar os outros profissionais nas decisões. Alguns Diretores Clínicos – casos raros, repetito – sabem tomar medidas que privilegiem a qualidade da prestação dos cuidados de saúde e a sua instituição.

Faz falta aos hospitais alguém com o poder crítico que possa garantir novamente a defesa dos bons práticos técnicos e éticos.

Faz falta alguém que possa mobilizar os hospitais na sua verdadeira missão assistencial, formativa e científica.

Vivermos outros tempos! Tempos mais pacíficos com o unânimidade de um consenso indissolúvel do que com uma Democracia participativa onde o poder sabe lidar com a diferença de opinião e a exigência numa melhor Saúde.

É necessário e urgente que os médicos voltem a escolher os seus responsáveis clínicos nos hospitais e nos agrupamentos de centros de saúde. É o único caminho para voltarmos a ter instituições mais transparentes, mais credíveis e vocacionadas para os cuidados de saúde de qualidade.

A escolha é entre o Diretor Clínico e o comissário político. Eu escolho o primeiro!

Ciência em debate

A apresentação do livro “Embriões Excedentários – Entre a Técnica, a Lei e a Ética”, de Margarida Silvestre, que lotou a Sala Miguel Torga na OM em Coimbra, na noite de 7 de abril, foi uma das inúmeras iniciativas levadas a cabo pelos membros do Conselho Regional do Centro e deu azo a um intenso e profícuo debate sobre a pioneira investigação desta médica, no âmbito do seu doutoramento em Bioética.

O livro, com chancela da Coimbra Editora, resulta da tese de investigação de Margarida Silvestre, especialista em Ginecologia-Obstetrícia e subespecialista em Medicina da Reprodução: a sua investigação, que abrangeu 20 dos 27 centros de Procriação Medicamente Assistida em Portugal, conclui que, da análise às respostas de 328 casais, 35% deles não queriam os embriões para si próprios, quase metade (47%) apresentavam como alternativa o seu uso para investigação científica e uma menor percentagem dos casais pretendiam doar os embriões excedentários a outros casais inférteis.

Carlos Cortes, presidente da SRC da OM, abriu a sessão com palavras de agradecimento: “Agradeço-lhe o facto de ter escolhido esta casa, que é a nossa casa, para vir apresentar a sua obra que muito nos honra. Em segundo lugar, queria agradecer-lhe por vir aqui nesta postura: esta é a casa de todos aqueles que defendem a Saúde, que defendem a Medicina de excelência e é também a casa de liberdades”. Fazendo alusão aos atos de alegada censura e coação à liberdade científica de que terão sido alvo alguns profissionais do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, Carlos Cortes sublinhou que, ali, “os médicos podem livremente comunicar e expressar o conhecimento e ensinar os outros”. Walter Osswald, Doutor Honoris Causa pela UC e detentor da Cátedra Unesco de Bioética, ao referir-se ao livro de Margarida Silvestre, destacou o rigor científico “porque desperta o interesse para exatamente aquilo a que refere o título”, destacando a “maneira hábil” como o tema é abordado uma vez que “não mancha este aspeto prático com considerações apriorísticas, não parte de posições, primeiro estão os factos e os acontecimentos depois pondera e reflete à luz de valores e princípios”. Agostinho Almeida Santos (pioneiro da Reprodução Humana Medicamente Assistida em Portugal), Teresa Almeida Santos (Presidente da Sociedade Portuguesa da Medicina da Reprodução da Faculdade de Direito da UC) e André Dias Pereira (Diretor do Centro de Direito Biomédico) foram os outros oradores desta sessão moderada por Catarina Matias, membro do CRC.

André Dias Pereira, Walter Osswald, Margarida Silvestre, Carlos Cortes, Agostinho Almeida Santos e Teresa Almeida Santos





Intervenção do Conselho Regional do Norte Aumentar lista de utentes é medida “avulsa e inconsequente”

CRN contestou intenção de alargar lista de utentes dos médicos de família

No último mês, o Conselho Regional do Norte tomou posição sobre várias matérias relevantes para a comunidade médica. Entre elas, a contestação ao aumento da lista de utentes atribuídos a cada médico de família, uma ideia transmitida pelo ministro da Saúde. O episódio relacionado com as licenças de amamentação e a “censura” dos responsáveis pelo Instituto de Medicina Legal dirigida aos seus profissionais foram outros assuntos relevantes em Abril.

O Conselho Regional do Norte (CRN) teve uma participação na discussão pública sobre o alargamento da lista de utentes atribuídos a cada médico de família na região Norte, proposto pelo ministro da Saúde. Em comunicado divulgado a 9 de Abril, aquele órgão considerou o aumento previsto de 1900 para 2500 utentes um “sinal claro e inequívoco do desnorde” da tutela nesta matéria, visando responder às “constantes notícias de carências em inúmeras unidades de saúde”. A este propósito, o CRN recordou um relatório da própria ACSS – publicado em Fevereiro último – que apontava para a 1,3 milhões o número de utentes sem médico de família. “Quase 13% da população portuguesa”, enfatizou.

Uma das justificações para o aumento desta carência, na perspectiva do CRN, é o número significativo de especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF) que se reformou nos últimos cinco anos. “Desde 2010, e muito graças às sucessivas alterações das regras de aposentação, cerca de 1500 médicos pediram a reforma, muitos deles de forma antecipada”, objectiva o comunicado, contestando ainda a ideia de recuperar os profissionais aposentados: “bastava metade dos médicos reformados nos últimos anos continuarem no activo e todos os portugueses teriam médico de família”. “O ministro tão depressa anuncia a contratação de mais médicos, como logo de seguida

defende que aqueles que já estão no activo devem atender mais utentes no seu dia-a-dia”, conclui o CRN.

Para o CRN, o que tem estado em cima da mesa nesta situação em particular são “medidas avulsas”, que serão “inconsequentes a médio prazo” – o número de internos de MGF actualmente em formação será suficiente para servir toda a população – e no curto prazo “colocam em causa a prática de um acto médico com qualidade e com dignidade”, uma vez que a função do médico de família não é “dar resposta ao maior número de consultas possível”. A direcção liderada por Miguel Guimarães apontou medidas alternativas, como a atribuição de incentivos

“verdadeiramente atractivos” para os médicos aposentados ou a negociação com os sindicatos do pagamento de horas extraordinárias “em valores bem diferentes dos actuais”.

A acompanhar as críticas do CRN da Ordem dos Médicos estiveram diversas entidades do sector, nomeadamente os dois sindicatos médicos e a Associação Portuguesa de MGF, que reiterou a sua oposição ao alargamento administrativo das listas dos médicos de família baseado “apenas numa lógica numérica”, sem ponderar “factores fundamentais como o contexto socioeconómico da região, a estratificação etária dos utentes ou a prevalência de doenças crónicas de elevado impacto na comunidade e de outros indicadores de saúde e sociodemográficos”. A medida, até ao momento, ainda não foi traduzida em qualquer diploma legal.

Prova de leite: inquérito disciplinar

O caso das provas de evidência de leite no Centro Hospitalar do Porto e no Centro Hospitalar de São João, reportado pelo jornal Público, gerou muitas intervenções no



CRN considerou ofensiva a obrigatoriedade de prova física de amamentação no CH Porto

espaço mediático e não foi ignorado pelo CRN. No dia 21 de Abril, na sequência das informações mais recentes obtidas sobre este episódio, a direção do Conselho decidiu instaurar um inquérito de averiguação disciplinar aos médicos envolvidos, solicitando ainda aos diretores clínicos e responsáveis pela Saúde ocupacional das unidades de saúde os protocolos que estavam a ser adotados nestes casos.

Em comunicado, o CRN lembrou que a licença de amamentação “é um direito consagrado no Código

do Trabalho” que segue as recomendações emitidas pela Organização Mundial de Saúde e que é protegido pelo artigo 68º da Constituição da República Portuguesa”. O usufruto desta licença encontra-se devidamente protocolado, estando previsto que a dispensa para amamentação além do primeiro ano de vida do filho seja comprovado por atestado médico. Nesse sentido, acrescentou o organismo, trata-se de uma “ilegalidade” e uma “ofensa grave” a imposição de prova de evidência de leite às mães, que estão em pleno exercício



IV Congresso Ibérico de Medicina Legal realizou-se na SRNOM

da sua licença de amamentação: “a medida contende com os direitos, liberdades e garantias das mães trabalhadoras”.

Além disso, o CRN criticou as “afirmações imprudentes” feitas pelo ministro da Saúde sobre a matéria e as dúvidas lançadas pelo presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto (CHP) sobre a autenticidade dos atestados médicos. “O CRNOM não hesitará em denunciar estas situações para proteger os lactentes, as mães trabalhadoras, e defender o cumprimento do Código Deontológico da Ordem dos Médicos”, concretizava o comunicado.

Miguel Guimarães, presidente do CRN da Ordem dos Médicos, teve oportunidade de reforçar o entendimento da instituição sobre esta matéria num artigo de opinião publicado no Jornal de Notícias, no dia 25 de Abril (ver artigo completo na página 52). O texto do dirigente questionava a forma como Paulo Macedo geriu este episódio e criticava o admi-

nistrador do CHP pela forma como duvidou publicamente da seriedade dos seus profissionais. “Será que não sabe que ao fazer este tipo de afirmações não sustentadas está a violar a ética que jurou respeitar?”, indagou o dirigente.

“Censura intelectual” no Instituto de Medicina Legal

O VII Congresso Hispano-Luso de Avaliação do Dano Corporal e IV Congresso Ibérico de Medicina Legal – realizado nos dias 1 e 2 de Maio na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos – lançou a polémica no seio do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses. A direcção coagiu alguns dos seus funcionários a participar na reunião científica, precipitando com essa atitude a demissão dos diretores das delegações do Norte e Sul, bem como de outros colaboradores que agiram em solidariedade.

Face à gravidade da situação, o CRN emitiu um comunicado no dia 29 de Abril, onde repudiou a atitude “intolerável” da direcção do Instituto e acusou mesmo os responsáveis de “censura intelectual”. “Os profissionais do INMLCF têm a obrigação ética e deontológica de atuar de acordo com as boas práticas e, como tal, têm o direito e o dever de participar em ações de formação médica como formadores e como formandos”, lembrou o organismo, contestando por isso um impedimento que pode “configurar um atentado à liberdade de expressão e aos direitos legalmente consagrados”. Em declarações à comunicação social e na própria sessão de abertura do evento, Miguel Guimarães, presidente do CRN reforçou a contestação pela atitude dos responsáveis do INMLCF e mostrou a sua solidariedade com todos os colegas que “diariamente dão o seu melhor em prol da qualidade da Medicina e da Justiça”.



Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

A urgência de uma nova política de Saúde

Artigo de Opinião publicado no Semanário Atlântico a 10 de Abril 2015.

O caos vivido nas urgências hospitalares no último Inverno, durante o qual alguns hospitais do norte foram casos mediáticos, constitui o reflexo inequívoco do falhanço da política seguida por alguns ministros da Saúde, mas que tiveram em Paulo Macedo o seu mais fiel promotor.

Escudados no argumento da poupança financeira e em nome da sustentabilidade, ao longo dos últimos anos foram encerrados serviços ao nível dos cuidados de saúde primários e escandalosamente diminuída a capacidade de internamento no SNS. Os cuidados de proximidade foram substancialmente reduzidos e a constituição de centros hospitalares esmagou os hospitais concelhios mais pequenos concentrando cada vez mais a Medicina nos grandes hospitais portugueses.

Uma visão centralista do SNS que apenas beneficia o sector privado das grandes unidades de saúde. Nada que não faça parte da visão estratégica para a saúde do ministro Paulo Macedo, confirmada na sua imperdoável portaria 82/2014, e como

de resto transpareceu das suas declarações recentes em alguns órgãos de comunicação social. De resto, os dados apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) no dia Mundial da saúde, vieram apenas confirmar o trabalho desenvolvido nos últimos meses pela Ordem dos Médicos e, em especial, pelo seu Conselho Regional do Norte, e que foi amplamente divulgado.

Senão vejamos. Entre 2002 e 2013, e no sector privado, aumentaram o número de hospitais e de camas de internamento, as urgências duplicaram (passaram de 460.000 para 900.000), as consultas externas triplicaram (passaram de 16.5% para 29% do total de consultas realizadas), os actos complementares de diagnóstico triplicaram e os actos complementares de terapêutica duplicaram. Já no sector público diminuíram o número de camas de internamento (menos 3700), as urgências têm vindo a diminuir e as consultas médicas nos centros de saúde têm vindo a reduzir-se.

Na verdade, os dados que

anualmente são publicados pela OCDE já evidenciavam muitos dos dados agora divulgados pelo INE. O financiamento da Saúde está cada vez mais dependente das economias do bolso dos portugueses e cada vez menos do Ministério da Saúde. Em 2012 apenas 61% da despesa em saúde era financiada pelo Governo.

E isto, num país em crise financeira e económica, em que o peso dos impostos directos e indirectos é absolutamente avassalador e dramático, em que as taxas moderadoras no acesso à saúde são verdadeiros co-pagamentos (o que motivou muitas pessoas a recorrer ao sector privado), em que os cortes nos salários são muito significativos, em que os bens de consumo essenciais são cada vez mais caros, em que se tenta impor uma Lei dos Compromissos que fere a dignidade das pessoas e da causa pública, em que as exigências e a responsabilidade são cada vez maiores para quem trabalha, em que a população idosa é cada vez maior, em que a taxa de natalidade nunca mais

crece de forma significativa, em que as situações clínicas e sociais relacionadas com a crise (depressão, suicídio, alcoolismo, agressões, etc) não param de crescer.

A saúde, como foi recentemente demonstrado pelo estudo publicado pela Universidade Nova, é o principal motor da economia. Sem saúde não há economia que resista nem cres-

cimento sustentado.

E é precisamente nesta altura, de maior necessidade para os cidadãos e para o país, que devemos investir e não desinvestir na Saúde e nas pessoas.

Mas é também necessário que a sociedade civil, principal afectada pela desastrosa política de saúde que tem sido seguida, faça valer os seus direitos e cumpra os seus deveres de

cidadania a todos os níveis. A capacidade de intervenção da sociedade civil através das pessoas é essencial para participar na escolha das decisões que nos podem afectar a todos.

Ou queremos preservar a essência do SNS centrada no respeito pela dignidade do ser humano, ou queremos preservar a actual política de Saúde.

A escolha não parece difícil.



Promover natalidade ou censurar aleitamento?

Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Artigo de Opinião publicado no Jornal de Notícias a 25 de Abril de 2015.

Foi com indignação que assistimos a mais uma "pérola" da política de Saúde. Em alguns hospitais do Norte, mães trabalhadoras foram coagidas a fazerem prova de evidência de leite. Uma vergonha e um atentado aos direitos, liberdades e garantias das mães e das crianças.

A licença de amamentação é um direito consagrado no Código do Trabalho e que é protegido pela Constituição da República Portuguesa.

A decisão de convocar as mães para uma consulta de Saúde Ocupacional a fim de realizar uma prova de evidência de leite, constitui uma ilegalidade e uma ofensa grave aos direitos das mães e dos lactentes. No meu entender, os médicos envolvidos em tais práticas violaram o Código Deontológico da Ordem dos Médicos e, como tal,

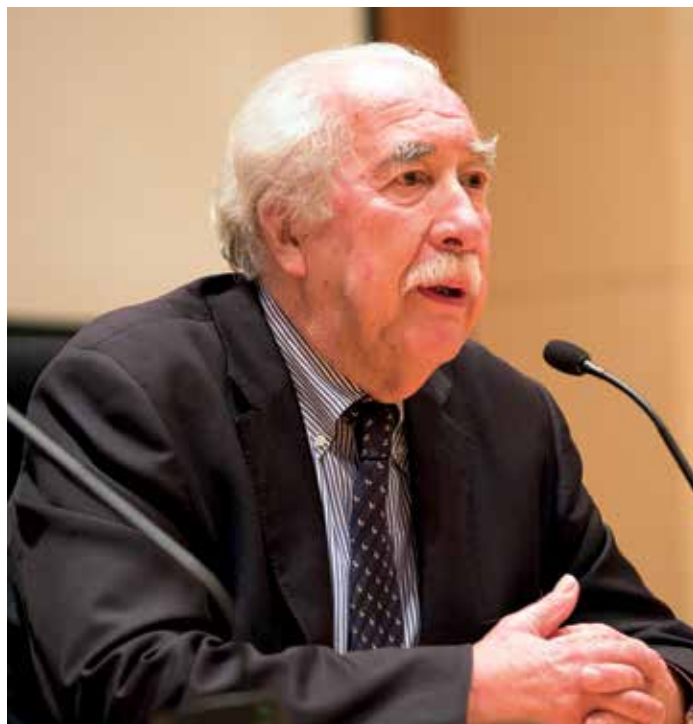
terão que responder perante o Conselho Disciplinar. A intromissão na integridade física ou psicológica de uma lactante não pode ser imposta nem objeto de coação.

Perante a denúncia pública de uma clara violação da lei, o ministro da Saúde afirmou de forma imprudente que "nós não damos quaisquer orientações nesse domínio e, portanto, não tenho conhecimento de qual é a metodologia", que é como quem diz, a responsabilidade nas medidas ilegais adotadas pelos hospitais do SNS não é minha. Não entendi bem! Será que é irrelevante que o ministro não emita de imediato uma orientação no sentido de investigar e suspender tal prática?

Por outro lado, o presidente do Conselho de Administração do CHP afirmou ter dúvidas so-

bre os atestados médicos. Mas porquê? Achará que os médicos estão a proteger as mães? Ou estarão a proteger os lactentes? E se duvida, que atestados médicos foram objeto de queixa ou quantas "juntas médicas" terá pedido? Será que não sabe que ao fazer este tipo de afirmações não sustentadas está a violar a ética que jurou respeitar? Lamentável.

Finalmente, se porventura pretendem mudar a lei, então que se preservem os mesmos direitos numa licença alargada com duração de 2 a 4 anos, sem necessidade de atestados médicos ou sequer de amamentação materna. Seria uma forma de incentivar a natalidade e, sobretudo, numa altura crucial da vida, de tornar mais próxima a relação mãe-filho que deve ser preservada a todo o custo.



Homenagem do CRN ao seu dirigente Dr. Amílcar Ribeiro

O CRN da Ordem dos Médicos publicou um texto de homenagem pública ao Dr. Amílcar Ribeiro, membro da sua direcção, que faleceu aos 73 anos, que aqui se reproduz.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos homenageia a memória do Dr. Amílcar Ribeiro, distinto membro desta direcção, no momento do seu falecimento.

Natural do Porto, formado em Medicina em 1973 pela Universidade do Porto, foi Interno de Ortopedia no Hospital de São João, colaborou ao longo de 22 anos com o Dr. Álvaro Ferreira Alves no Sanatório Marítimo do Norte, que se destacou pelo sucesso dos tratamentos da tuberculose óssea e do raquitismo e de onde viria a nascer o 'Método Português' de tratamento das escolioses e cifoses.

Sempre ligado à área de ortopedia, tendo ainda trabalhado com o Dr. Corino de Andrade, o Dr. Amílcar Ribeiro era também um homem com uma forte ligação à Cultura, tendo sido membro destacado da Comissão de Actividades Culturais e de Lazer da SRNOM. Actualmente era membro do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, cargo que desempenhava desde 2011.

Como credores da sua intervenção, só podemos agradecer o importante contributo que prestou à comunidade médica regional e nacional, e incorporar no nosso exercício profissional a coragem e determinação sempre demonstrada, que seguramente fará parte da nossa memória colectiva.

Neste momento particularmente doloroso, o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos endossa a toda a família e amigos as mais sentidas condolências - Porto, 08 de Maio de 2015

Mensagem do presidente do CRNOM, Miguel Guimarães:

O nosso colega e companheiro Amílcar Ribeiro faleceu no passado dia 8 de Maio. Um dia triste e de luto para a Ordem dos Médicos, e em particular para a Secção Regional do Norte (SRN).

Amílcar Ribeiro foi antes de

mais um defensor da liberdade e dos direitos das pessoas. Lutou sempre pelas causas em que acreditava.

Foi firme na defesa do Serviço Nacional de Saúde e das Carreiras Médicas. Não hesitou em denunciar atropelos ao exercício da Medicina. Defendeu com determinação as causas dos jovens médicos. Não

vacilou na procura de soluções de solidariedade interpares que protegessem os mais desfavorecidos. Participou com lucidez e empenho na promoção do envelhecimento activo.

Exerceu o seu mandato com dedicação e inteligência. Foi sempre uma presença informada e participada nas reuniões. Deu um contributo valioso

Poema da autoria da Dr.^a Helena Homem de Melo:

Lá longe
a subir pelas nuvens
Resolveu voar

Perdi um amigo

Despontava a Primavera
quando o vi pela última vez,
Naquele lugar florido

Ouvia um conto de Natal
E, com uma lágrima contida
Sonhou com desenhos de criança
envoltos em sons de jazz
carregados de uma terna esperança

Acarinhou maestros, cineastas, escritores
Transformou ideias
Curou dores
Levou consigo
uma grande determinação
E telas de um milhão de cores

Esta é a minha singela homenagem ao Dr. Amílcar e a toda a sua família.

para imprimir uma nova dinâmica às actividades culturais e sociais da SRN.

A sua disponibilidade, atenção, respeito e sentido de lealdade, edificaram uma imagem que seguramente permanecerá na nossa memória individual e colectiva.

Foi um exemplo em todos os momentos.

Sem Amílcar Ribeiro a Ordem dos Médicos está seguramente mais pobre.

Um abraço amigo e até sempre.

1^{as} JORNADAS **CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

MITOS E REALIDADES

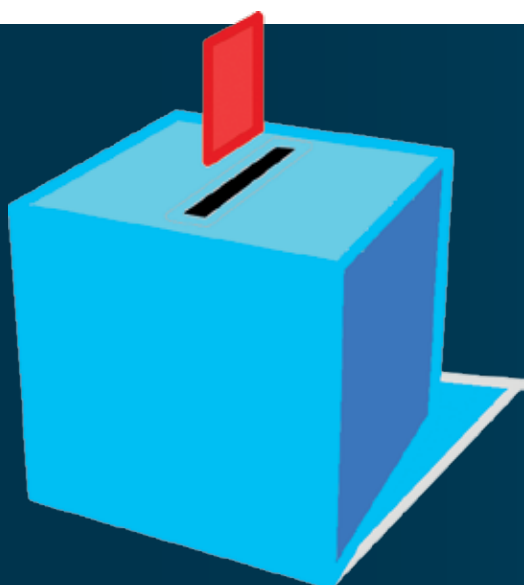
1, 2, 3 DE OUTUBRO
GRANDE AUDITÓRIO DO ISCTE-IUL



1^{as} Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos

A Liga Portuguesa Contra o Cancro está a organizar as 1^{as} Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos que terão lugar de 1 a 3 de Outubro no ISCTE – IUL em Lisboa. Os cuidados paliativos pediátricos constituem um direito humano básico para todas as crianças e jovens que sofrem de doenças crónicas complexas, limitantes ou ameaçadoras da vida. Existem no entanto muitas barreiras à sua prestação, sendo Portugal o país menos desenvolvido da Europa Ocidental nesta área da saúde. É urgente sensibilizar e formar os profissionais, ao mesmo tempo que se desperta a consciência pública.

Para mais informações: www.ligacontracancro.pt/jcpp



ELEIÇÕES

Nos termos do parágrafo n.º 3, do art. 10º do Regulamento Geral de Colégios, o Conselho Nacional Executivo convoca nova consulta eleitoral para (*) os COLÉGIOS de ESPECIALIDADES, SUBESPECIALIDADES e COMPETÊNCIAS que não tenham tido nenhuma lista concorrente às eleições de 26 de Março de 2015, para o próximo dia:

9 de Julho de 2015

Horário: das 09,00 às 20,00 horas

Local: Secções Regionais da Ordem dos Médicos

CALENDÁRIO ELEITORAL

Maio 8	Os cadernos eleitorais estarão disponíveis para consulta em cada Secção Regional.
Maio 13	Prazo limite para reclamação dos cadernos eleitorais
Maio 18	Prazo limite para decisão das reclamações
Maio 29	Prazo limite para formalização das candidaturas
Junho 3	Prazo limite para apreciação da regularidade das candidaturas
Junho 26	Prazo limite para o envio dos boletins de voto e relação dos candidatos
Julho 9	Constituição das Assembleias Eleitorais (Secções de Voto), acto eleitoral e contagem dos votos a nível regional (a Mesa Eleitoral Nacional funciona na Secção Regional que detém a Presidência).
Julho 14	Apuramento final dos resultados a nível nacional.
Julho 20	Prazo limite para impugnação do acto eleitoral.
Julho 27	Prazo limite para a decisão de eventuais impugnações.

* Observações: Os colégios incluídos neste processo eleitoral são: Farmacologia Clínica, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Nuclear, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Subespecialidade de Cardiologia de Intervenção, Subespecialidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Subespecialidade de EEG/Neurofisiologia Clínica, Subespecialidade de Electrofisiologia Cardíaca, Subespecialidade de Medicina Materno-Fetal, Competência de Hidrologia Médica, Competência de Medicina Farmacêutica



Madalena Rocha

Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF Serpa Pinto

Rastreio do aneurisma da aorta abdominal - um rastreio esquecido?

A incidência de Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) tem aumentado devido ao envelhecimento da população e ao atual padrão de estilos de vida. Os principais fatores de risco são o sexo masculino, idade avançada, tabagismo e história familiar de AAA. Embora também é importante a história de outros aneurismas vasculares, doença cardiovascular, aterosclerose, hipercolesterolemia e hipertensão arterial.

A forma de apresentação clínica pode ser catastrófica porque na maioria dos casos implica a rotura do aneurisma. Segundo a Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular (SPACV), menos de 50% dos casos de rotura chegam ao hospital com vida e, destes, apenas 50% sobrevive à reparação convencional do AAA. Portanto, a taxa de mortalidade é de cerca de 80% e o risco de rotura anual aumenta de acordo com a dimensão do aneurisma (0% se 3-3.9 cm, 1% se 4.0-4.9 cm, 1.0-11% se 5.0-5.5 cm, 10-22% se 6.0-6.9 cm, 30-33% se >7.0 cm).

Se considerarmos os critérios de implementação de um rastreio, temos, por um lado, uma doença suficientemente grave, com preva-

lência elevada, período assintomático longo, passível de tratamento e, por outro lado, um exame de rastreio não invasivo de fácil execução (ecografia abdominal), sensível (95%) e específico (cerca de 97%), económico, inócuo e aceite pela população. No entanto, há vários aspetos a refletir: a ecografia abdominal é um exame reprodutível, embora com algumas particularidades no que se refere ao equipamento, variabilidade inter-observador (examinador experiente) e dependente do biótipo do doente; o balanço entre o risco de rotura e o risco da cirurgia eletiva (taxa de mortalidade de 4.2% e taxa de complicações 32.5%) em doentes assintomáticos (vamos submeter um doente assintomático a uma cirurgia com risco de mortalidade importante?); o peso dum diagnóstico potencialmente fatal nos doentes com aneurismas de menores dimensões cuja intervenção cirúrgica não está recomendada (vamos provocar ansiedade num doente em que não temos nenhum tratamento para lhe oferecer, exceto a correção dos estilos de vida?); a sustentabilidade do benefício do rastreio a longo prazo (nos casos em que o rastreio

foi negativo, haverá benefício na repetição do exame?) e a sobrecarga a nível dos Cuidados de Saúde Secundários.

Apesar das particularidades, atualmente parece já haver consenso a favor do rastreio ecográfico a homens com idade superior a 65 anos tanto para as *guidelines* europeias, como para as americanas e canadianas, mas com algumas diferenças. Enquanto que as americanas [United States Preventive Services Task Force (USPSTF) e American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA)] recomendam o rastreio único em homens com idades entre os 65-75 anos com antecedentes de tabagismo, as europeias [European Society for Vascular Society (ESVS) e National Screening Committee (NSC)], a Sociedade Americana de Cirurgia Vascular [Society for Vascular Surgery (SVS)] e canadianas [Canadian Society for Vascular Surgery (CSVS)] recomendam o rastreio apenas a homens com mais de 65 anos, independentemente do consumo tabágico.

Uma Revisão Baseada na Evidência publicada na revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

em 2014 (Cardoso VP, Mendes P. Rastreio do aneurisma da aorta abdominal - revisão baseada na evidência) concluiu que o rastreio populacional do AAA é marcadamente eficiente, comparando os números necessários para rastrear (NNR) estimados com os outros programas de rastreio já estabelecidos (rastreio do cancro da mama e rastreio cancro colorretal) e que os estudos demonstram reduzir a mortalidade por AAA e por todas as causas, razão pela qual foram elaborados os consensos pelas entidades americanas, europeias e canadianas.

Apesar de ainda não haver um programa formal de rastreio em Portugal, SPACV recomenda a prescrição de ecografia abdominal nos homens com mais de 65 anos, fumadores ou ex-fumadores ou a partir dos 60 anos se houver história familiar de AAA. O seguimento será anual nos casos de AAA com diâmetros inferiores a 4 cm, semestral se entre 4-5 cm e deve ser referenciado de imediato no caso do diâmetro ser superior a 5cm, se o crescimento for superior que 1 cm/ano ou de doentes sintomáticos.

Foram realizadas várias campanhas promovidas por esta sociedade das quais se destacam: *"Aorta é vida"* e *"Aorta não avisa"* com o objetivo de sensibilizar a opinião pública para a importância do seu rastreio. Nesta última campanha realizada mais recentemente, foram rastreados 1604 homens cujo rastreio foi positivo para 2.4% (valor similar relativamente a Inglaterra e Suécia).

A institucionalização do dia da Prevenção do Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) foi a 24 de Novembro de 2014, promovida através duma petição organizada pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vascular, da So-

ciedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular, com o apoio da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Este dia destina-se à sensibilização não só da comunidade civil, como também de toda a classe médica (sobretudo os médicos de medicina geral e familiar e os radiologistas) para a importância do diagnóstico precoce. Foram também sensibilizadas as entidades públicas no sentido de que um maior investimento no rastreio acarreta uma melhor gestão de recursos (diminuição do número de internamentos, fármacos, medidas tardias e pouco eficazes).

Paralelamente, a Direção Geral de Saúde (DGS) publicou a 30 de Setembro de 2011 uma norma intitulada "Ecodoppler abdominal" que preconiza as indicações deste exame. Esta norma ainda se encontra em discussão pública, mas não é clara quanto ao rastreio e à população-alvo deste. Senão vejamos, de acordo com a referida norma:

- "O exame ecodoppler abdominal deve ser efetuado nas seguintes situações (...) no seguimento de doentes com aneurisma abdominal de pequeno diâmetro; no diagnóstico e monitorização da progressão da doença da aorta oclusiva ou aneurismática das artérias renais, em doentes com hipertensão arterial de difícil controlo, com insuficiência renal crónica, diminuição do tamanho renal, sopro abdominal, doença oclusiva

ou aneurismática da aorta e outros territórios arteriais e edema pulmonar de repetição sem substrato cardíaco concordante *"flushing pulmonary edema"*.

Em conclusão, apesar das limitações referidas, parece-me evidente a importância da realização deste rastreio. No entanto, a norma de orientação clínica da DGS não especifica a população-alvo do diagnóstico da doença aneurismática da aorta, não define a dimensão de aneurisma abdominal de pequeno diâmetro e é omissa quanto aos *timings* de seguimento destes aneurismas.



Marta Guedes

Interna do 4º ano de Medicina Geral e Familiar, da USF Nova Via, em Valadares

Cigarros eletrónicos: a mentira vapeada?

Segundo o European Tobacco Control Status Report 2014, da WHO, 16% de todas as mortes na região europeia são atribuíveis ao tabaco.¹ Em Portugal, em 2005, morreram cerca de 12 600 pessoas por doenças decorrentes do consumo de tabaco (11,7% do total de mortes).²

A base do tratamento da cessação tabágica assenta em medidas comportamentais e/ou farmacológicas. Todos os profissionais de saúde devem realizar a intervenção breve recorrendo aos 5As (Abordar, Aconselhar, Avaliar, Ajudar e Acompanhar) e/ou 5Rs (Relevância dos benefícios, Riscos em continuar, Recompensas, Resistências e Repetição). O aconselhamento implica uma capacitação e motivação do doente, gestão dos sintomas de privação e modificação de hábitos e rotinas associadas ao tabagismo. Existem fármacos de primeira linha (sistemas transdérmicos, gomas e pastilhas de nicotina, bupropiona e vareniclina), amplamente estudados quanto à sua segurança e eficácia, que podem ser utilizados. Estes aumentam as probabilidades de sucesso de cessação tabágica.³

Herbert A. Gilbert inventou o primeiro conceito de cigarro-eletrónico em 1963, mas esta ideia não teve impacto na altura. Os cigarros eletrónicos ou e-cig, ou e-cigarettes surgem novamente por volta do ano 2000, na China, por um farmacêutico chamado Hon Lik.⁴ São uma nova categoria de produtos

constituídos por uma bateria (fornece a energia para o seu funcionamento), um atomizador (recebe e utiliza a energia proveniente da bateria para atomizar o líquido que dará origem ao vapor), um cartucho ou recarga onde está armazenado o líquido que será atomizado e do qual é libertada uma determinada quantidade de nicotina em aerossol (comumente designada de vapor).⁵

No que diz respeito à composição química dos cigarros eletrónicos, os principais componentes do líquido e do vapor são: propilenoglicol (em 70-90%, responsável pela emissão de vapor), glicerina e nicotina (que pode não estar presente ou existir em várias quantidades). O propilenoglicol quando aquecido e vaporizado forma o óxido propileno, que é uma substância carcinogénica, pelo que a sua exposição deve ser evitada.⁴ A glicerina é inofensiva quando ingerida, contudo a sua inalação não é segura, estando associada a casos de pneumonia lipóide.⁶ A vaporização da glicerina dá origem a formaldeído (carcinogénico) e acroleína (irritante das vias aéreas superiores e possivelmente carci-

nogénico). O vapor contém igualmente substâncias potencialmente tóxicas: nitrosaminas, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, metais (cádmio, chumbo e níquel) e partículas de salicilato. Podem ser adicionadas outras substâncias farmacológicas: foram encontrados amino-tadalafil (fármaco análogo do tadalafil, nome comercial Cialis®) ou rimonaban (fármaco aprovado para emagrecimento, mas retirado do mercado na Região Europeia), em cigarros comprados via internet. Podem conter corantes alimentares, fragâncias e sabores (menta, canela, chocolate).⁷ Há três categorias principais: mini, médio porte e MODs (advanced vaporizers).

Atualmente existem 466 marcas, com cerca de 8 mil de sabores.⁸ Além disso, há inúmeras diferenças no fabrico dos cigarros eletrónicos, seus componentes e potenciais toxicidades o que torna difícil a sua avaliação como um único dispositivo.⁹

É de salientar que estes dispositivos são vendidos, como coadjuvantes na cessação tabágica, pelas multinacionais tabaqueiras e têm sido alvo de marketing agressivo.¹⁰

As motivações para o uso dos cigarros-eletrônicos podem passar pela percepção de que se trata de um dispositivo mais inócuo, que possa ser um adjuvante no processo de cessação tabágica, com um menor custo associado, sendo possível a sua utilização em locais onde o cigarro convencional não é permitido.^{11,12} Além disso, substituem alguns aspetos sensoriais do ato de fumar os ditos cigarros tradicionais, com entrega rápida de nicotina.

O nível de exposição dos e-cigarros é altamente variável. Estudos mostram que há grandes margens de intervalos no que respeita à dosagem, variabilidade na aerossolização, rotulagem pouco precisa e libertação inconstante de nicotina durante o uso do produto. FDA testou três cartuchos diferentes com o mesmo rótulo e concluiu que os níveis de nicotina variavam entre 26.8 a 43.2 µg de nicotina /100 ml de “puff”.¹³

A exposição aguda pode causar efeitos adversos menor, como sendo tonturas, náuseas ou vômitos, tosse, irritação ocular, da boca e garganta. Como efeitos adversos maior foram descritos internamente por pneumonia, crises convulsivas e queimaduras. Há estudos que mostram alterações a nível da função pulmonar, com aumento da resistência das vias aéreas e diminuição da fração de óxido nítrico inalado.^{13,14} Não foram detetadas alterações a nível da função cardíaca, hemograma e parâmetros inflamatórios.¹⁵

Até à data da publicação deste artigo, apenas poucos estudos investigaram diretamente os efeitos na saúde da exposição ao aerossol dos cigarros eletrônicos. Destes, alguns demonstraram que essa exposição resultava em efeitos biológicos. São desconhecidos efeitos a longo prazo do

uso destes dispositivos.⁴

Apesar de os cigarros-eletrônicos não emitirem fumo como os cigarros convencionais, continua a existir uma emissão de aerossol (exposição secundária).^{4,5} Também permanece o risco de persistência de nicotina residual em superfícies *indoor* o que pode levar a exposição terciária através da pele, inalação ou ingestão.^{13,15}

No que diz respeito à cessação tabágica, os estudos têm tido resultados mistos, embora na generalidade com baixas taxas de cessação sustentada (auto-reportada ou verificada).⁴ Além disso, os e-cigarros não parecem apresentar taxas de cessação superiores quando comparados com produtos aprovados pela FDA.¹² O uso concomitante de cigarros ditos convencionais e de cigarros eletrônicos (“*dual use*”) pode estar associado a uma exposição tabágica mais prolongada.^{4,14} Na realidade, para o consumidor é mais fácil continuar a fumar um cigarro que supostamente lhe trará menos malefícios, mas a verdade é que o benefício máximo advém da cessação completa.

Foram analisados 385 inquéritos do Euro-barómetro de 2012, que envolveram cerca de 26 500 adultos de 27 países da União Europeia, para averiguar a percepção e uso de cigarros-eletrônicos. Verificaram que um em cada cinco fumadores, cerca de um em cada vinte ex-fumadores e um em cada 100 não-fumadores terá experimentado cigarros-eletrônicos. Extrapolando esses dados para a população europeia, estimaram que 23 milhões de fumadores, 3,9 milhões de ex-fumadores e 2,3 milhões de não-fumadores teriam utilizado cigarros-eletrônicos.⁸ Portanto, além dos atuais fumadores, devemos ter especial atenção ao risco de recaída dos ex-fumadores e à normalização do consumo

contribuindo para a iniciação dos adolescentes e jovens. Mais tarde, por motivos aditivos, estes podem passar ao consumo de outros produtos tabágicos.

A NICE (National Institute for Health and Care of Excellence) tornou-se na primeira instituição pública a recomendar cigarros eletrônicos para fumadores que não conseguem deixar de fumar.¹⁰ Contudo, o Forum of International Respiratory Societies emitiu um parecer recomendando o a restrição de uso destes produtos, pelo menos até se poder estabelecer a sua segurança.¹² A Sociedade Espanhola de Pneumologia e Cirurgia Torácica (SEPAR) também mostra preocupações relativamente à segurança dos e-cigarros pelo que recomenda que sejam considerados produtos médicos com vista à sua regulamentação.¹⁶ A Sociedade Portuguesa de Pneumologia também se mostrou contra a sua utilização.¹⁷

A 26 de Fevereiro de 2014, o Parlamento Europeu aprovou uma revisão da Diretiva dos Produtos Tabágicos com novas regras acerca dos padrões de qualidade de segurança necessário para proteção dos consumidores. Os e-cigarros devem conter até 20 mg/mL (uma quantidade semelhante à de um maço de tabaco) tal como outros produtos tabágicos. Se contiverem maior quantidade de nicotina ou intenção terapêutica (coadjuvante da cessação tabágica) devem ser regulamentados como dispositivos médicos. Os sabores mais atrativos foram também banidos. Também devem conter informação acerca dos ingredientes, eventos adversos e avisos com os possíveis danos para a saúde. As restrições nas abordagens de marketing e publicidade devem mimetizar as de outros produtos tabágicos.⁵ Segundo a proposta de Orçamento

de Estado de Outubro de 2014, o imposto incidente sobre o líquido contendo nicotina, em recipientes utilizados para carga e recarga de cigarros eletrónicos, passa a ser tributado a 0,6 centavos/ml. Serão estas medidas são suficientes? Continuarão os mais jovens vulneráveis a estes produtos?

Há cigarros-eletrónicos muito semelhantes aos convencionais, há outros que parecem *pen-rives* e *usb memory sticks*, tornando-se muito mais atrativos entre as camadas jovens.¹⁸ A associação ao uso de cigarros-eletrónicos e celebridades, como uma escolha de vida ou como parte de uma identidade também é uma prática comum.¹⁰ Estaremos a reinventar o *marketing* do tabaco?

Estudos recentes mostraram que o uso de cigarros eletrónicos entre estudantes do liceu dos EUA mais do que duplicou entre 2011 e 2012, de 4,7% para 10% indicando que estes são cada vez mais populares entre os jovens.¹⁹

Na realidade, enquanto que às gerações anteriores lhes era transmi-

tido de que fumar era mau, a estas gerações está a ser dito que a nicotina é aceitável, apenas tem que haver cautela no modo em como é acedida. Pelo facto de os cigarros eletrónicos se assemelharem, em alguns casos, aos cigarros convencionais (até ao ponto de haver emissão de fumo) podemos estar perante um reforço e uma retoma de que a ideia de fumar é normal (i.e. estamos a assistir a um "*modelling of smoking*").²⁰ Será que a promoção dos cigarros eletrónicos está a ser uma real ajuda na cessação tabágica, ou pelo contrário, uma medida contraproducente? São necessários estudos adicionais, isentos, bem desenhados, a longo-prazo, acerca de efeitos

para a saúde, exposição secundária e terciária, taxas de cessação tabágica, usando como comparativo os produtos aprovados pela FDA para a cessação tabágica.

A utilização de aromas e as estratégias de *marketing* utilizadas neste negócio constituem um retrocesso de anos nas políticas de controlo da dependência tabágica.

Assim, até à data, não há dados adequados que suportem a segurança do uso de cigarros eletrónicos a longo prazo, nem a sua recomendação na cessação tabágica.

A autora agradece a revisão do artigo à Dra. Ivone Pascoal e Dra. Luísa Sá.



Referências bibliográficas:

1. World Health Organization, European Tobacco Control Status Report 2014. (disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/248418/European-Tobacco-Control-Status-Report-2014-Eng.pdf?ua=1, acessado em 27.03.2015)
2. Borges M, Gouveia M, Costa J et al. Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. Rev Port Pneumol v.15 n.6 Lisboa nov 2009.
3. Orr KK, Asal NJ. Efficacy of Electronic Cigarettes for Smoking Cessation. AnnPharmacother. 2014 Nov;48(11):1502-6.
4. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. Circulation. 2014 May 13;129(19):1972-86.
5. Drummond MB, Upson D. Electronic Cigarettes. Potential Harms and Benefit. Annals of the American Thoracic Society, Vol. 11, No. 2 (2014), pp. 236-242.
6. McCauley L, Markin C & Hosmer D. An unexpected consequence of electronic cigarette use. Chest 2012;141(4):1110-1113.
7. Hadwiger ME, Trehy ML, Ye W et al. Identification of amino-tadalafil and rimonabant in electronic cigarette products using high pressure liquid chromatography with diode array and tandem mass spectrometric detection. J Chromatogr A. 2010 Nov 26;1217(48):7547-55.
8. Knietowicz Z. Market for e-cigarettes includes 466 brands and 7764 unique flavors. BMJ. 2014 Jun 16;348:g4016.
9. Cheng T. Chemical evaluation of electronic cigarettes. Tob Control 2014;23:ii11-ii17
10. De Andrade M, Hastings G, Angus K. Promoting of electronic cigarettes: tobacco marketing reinvented? BMJ. 2013 Dec 21;347:f7473.
11. Fagerström KO, Bridgman K. Tobacco harm reduction: the need for new products that can compete with cigarettes. Addict Behav. 2014 Mar;39(3):507-11.
12. Schraufnagel DE, Blasi F, Drummond MB, et al. Electronic cigarettes. A position statement of the forum of international respiratory societies. Am J Respir Crit Care Med. 2014 Sep 15;190(6):611-8.
13. Callahan-Lyon P. Electronic e-cig: human health effects. Tob Control. 2014 May; 23 Suppl 2:ii36-40.
14. Ebbert JO, Agunwamba AA, Rutten LJ. Counseling patients on the use of electronic cigarettes. Mayo Clin Proc. 2015 Jan;90(1):128-34.
15. Schober W, Szendrei K, Matzen W et al. Use of electronic cigarettes (e-cigarettes) impairs indoor air quality and increases FeNO levels of e-cigarette consumers. Int J Hyg Environ Health. 2014 Jul;217(6):628-37.
16. Ruiz CAJ, Reina SS, Orive JIG et al. The Electronic Cigarette. Official Statement of the Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR) on the Efficacy, Safety and Regulation of Electronic Cigarettes. Arch Bronconeumol. 2014;50(8):362-367.
17. Press release: "Dia Mundial sem Tabaco", emitido em Maio 2014. Acessado em 15 de Abril de 2015. Disponível em <http://www.sppneumologia.pt/uploads/files/media/pressreleases/Press42.pdf>.
18. US Food and Drug Administration. Acessado a 8 de Abril de 2015. Disponível em <http://www.fda.gov/newsevents/publichealthfocus/ucm172906.htm>.
19. McCarthy M. E-cigarette use doubles among US middle and high school students. BMJ. 2013 Sep 11;347:f5543.
20. Hastings G, de Andrade M, Moodie C. Tobacco harm reduction: the devil is in the deployment. BMJ. 2012 Dec 17;345:e8412.



Catarina Rego

Médica interna de formação específica de MGF na USF Nova Via

Faltam horas no meu horário!!

Dou por mim exausta, com *mil* recadinhos em post-it, com telefonemas aos utentes por fazer, com exames complementares de diagnóstico alterados que necessito de orientar...

Não sou uma pessoa extraordinariamente organizada nem metódica, mas na minha desorganização, geralmente oriento-me. Isto verifica-se também na organização das consultas que tenho agendadas, relativamente aos programas de vigilância clínica que estão pré definidos em horário. Tenho períodos de vigilância de saúde infantil, de vigilância de doentes hipertensos e diabéticos, de planeamento familiar, de saúde materna, etc., e adapto sempre o horário à disponibilidade do utente, tentando agilizar e responder o mais assertivamente às suas necessidade. Se o doente prefere consulta num outro dia, eu altero a agenda pré definida.

Deparo-me ainda e sistematicamente com tarefas novas que não sei onde “encaixar” e que sobrecarregam a minha agenda de cuidados de saúde primários. Por exemplo, o acompanhamento dos doentes para controlo da hipocoagulação oral, associado a uma contínua monitorização clínica que implica frequentes ajustes de terapêutica, atendendo às características especiais desta medicação; o ensino e titulação de insu-

linoterapia, tentando ultrapassar a relutância inicial do doente em autoadministrar e autocontrolar a sua doença; sou confrontada com o pedido de renovação de todo o tipo de atestados médicos para cartas de condução; efetuo procedimentos técnicos como a colocação de anticoncecionais como o Dispositivo Intra Uterino (DIU) ou o implante por via subcutânea; realizo consultas de cessação tabágica... As tarefas que enumerei referem-se a consultas que não posso agendar para “quando tiver vaga”. A maioria necessita de consulta o mais rápido possível! Na maior parte das vezes, tem implícito uns minutos a mais com o típico “já agora que aqui estou, aproveito e...”.

Assim, dia a dia, dou por mim a “encaixar” doentes entre consultas, deixar os *mil e um* registos para o fim do dia ou hora de almoço. Tentando, simultaneamente, comer umas bolachas com a mão esquerda e continuar a escrever com a mão direita. Dou por mim exausta, com *mil* recadinhos em post-it, com telefonemas aos utentes por fazer, com exames complementares de diagnóstico alterados

que necessito de orientar... E, como se não bastasse, temos programas novos a surgirem à nossa frente. Muitos sem um período experimental prévio, como o caso da Prescrição Eletrónica de Medicamentos (PEM) para a prescrição de medicamentos/cuidados respiratórios domiciliários, o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) para a emissão de certificados de óbito, a Plataforma de Dados da Saúde (PDS) que disponibiliza um sistema central de registo e partilha de informação clínica, o SClinico, que permite o registo de informação decorrente do ato de consulta, que veio substituir o Sistema de Apoio ao Médico (SAM), entre outros.

Quero que o doente tenha facilidade em aceder às consultas do seu Médico de Família, mas sinto que estou a acumular tarefas e responsabilidades, que na prática vão enchendo, cada vez mais, a minha sobrecarregada agenda.

Voltando ao início, faltam horas no meu horário! Vou dizer ao utente que está a minha frente que necessito de o reavaliar dentro de uma semana... E sei que esse dia terá de ter mais horas que o de hoje.



Diana Soares

Interna de Medicina Geral e Familiar na USF Cuidar

Mudanças em MGF

Breve análise ao novo Programa de Formação da Área de Especialização de Medicina Geral e Familiar.

Foi publicado, em Diário da República, no dia 20 de Fevereiro, o novo Programa de Formação da Área de Especialização de Medicina Geral e Familiar. Ora parece que vou pertencer ao primeiro grupo de Internos que fará o exame pela primeira vez. Muitas incertezas surgem... Mas comecemos pelas alterações ao Programa:

1 – A **duração** dos estágios sofre alterações:

- “Os estágios MGF1 e MGF2 podem ter duração variável, desde que a sua soma totalize 10 meses;” passa para “Os estágios de MGF1 e MGF2 terão uma duração total de 14 meses, sendo que qualquer um deles não pode ter uma duração inferior a 5 meses”.
 - “Os estágios MGF3 e MGF4 podem ter duração variável, desde que a sua soma totalize 18 meses;” passa para “c) O estágio de MGF3 terá uma duração de 7 meses; d) O estágio de MGF4 terá uma duração de 11 meses”.
- 2 – A **duração** dos outros estágios também sofre alterações:
- “e) Pediatria — 3 meses” → “f) O estágio de Saúde Infantil e Juvenil terá uma duração de 2 meses”
 - “f) Ginecologia/obstetrícia — 3 meses” → “g) O estágio de Saúde da Mulher terá uma duração de 2 meses”

- “g) Saúde mental/psiquiatria — 3 meses (ou equivalente, se realizado de forma descontínua)” → “h) O estágio de Saúde Mental terá uma duração de 2 meses (ou equivalente, se realizado de forma descontínua)”

- “h) Urgência — 2 meses (ou 12 horas semanais durante 6 meses, se realizado de forma descontínua)” → “i) O estágio de Serviço de Urgência terá uma duração de 12 horas semanais durante 10 meses, realizado de forma descontínua, distribuídos pelas áreas de ortotraumatologia, cirurgia geral, medicina interna, ginecologia, obstetrícia e pediatria conjugando as necessidades formativas com a capacidade disponível”.

- “i) Os estágios opcionais têm, no seu conjunto, uma duração de 5 ou de 7 meses” → “j) Os estágios opcionais têm, no seu conjunto, uma duração de 6 meses.

Portanto, diminui a duração da maioria dos estágios, mas aumenta a duração do estágio de Urgência, que, por sua vez, passa a englobar urgência nos serviços de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria. Na minha opinião, não compreendo até que ponto é benéfica esta compartimentação da Urgência, pois penso ser mais útil realizar urgên-

cia de Ginecologia e Obstetrícia durante o respectivo estágio, pois para além de acompanharmos o nosso responsável de estágio, estamos mais focados nessa área.

3 – Surge uma ressalva: “c) Na impossibilidade dos estágios obrigatórios de Saúde

Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher e Saúde Mental poderem ser efetuados total ou parcialmente em instituições hospitalares, podem os mesmos ser efetuados em US, do

mesmo ou de outro ACES, com idoneidade atribuída pelo colégio de MGF da Ordem dos Médicos”. Penso que será uma mais-valia, pois hoje em dia verifica-se um “abarroter” de internos de MGF nos diferentes serviços, muitas vezes disputando gabinetes de consulta, o que diminui a qualidade da formação.

4 – Quanto aos **objetivos de desempenho e de conhecimentos**, estes são agora mais pormenorizados e realçam a importância da aquisição de alguns conhecimentos como “e) Conhecer modelos de consulta que permitam detetar precocemente hábitos ou estilos de vida nocivos para a saúde e saber realizar uma intervenção breve”; “b) Dominar os conhecimentos necessários à promoção

de saúde, negociando a modificação de estilos de vida, fazendo a detecção precoce de hábitos prejudiciais para a saúde (como tabaco e consumo nocivo de álcool) e saber realizar uma intervenção breve”; b) Negociação de planos terapêuticos” (por oposição a Construir planos terapêuticos”); “g) Conhecer e sinalizar precocemente as crianças e jovens em risco ou com necessidades especiais; h) Conhecer as perturbações emocionais e do comportamento mais frequentes nas crianças e adolescentes., entre outros.

5 – Os métodos de **avaliação** também sofrem alterações, nomeadamente:

- “5.2.1 – Tipo e conteúdo da avaliação – a avaliação de conhecimentos é de natureza formativa, formaliza-se através de uma prova oral e tem por base: a) A análise e discussão do relatório de actividades do estágio;” passa a (...) A análise e discussão do relatório de actividades do estágio numa perspectiva formativa, não podendo ser objeto de classificação”, o que significa que o relatório deixa de ter ponderação na avaliação.

- Surge uma nova alínea: “5.2.5 – Apenas os estágios obrigatórios são sujeitos a avaliação de conhecimentos.”, pelo que os estágios opcionais deixam de ter avaliação de conhecimentos.

No que à avaliação final do Internato diz respeito, também surgem alterações, nomeadamente:

1 – “Prova prática – consta da observação de um doente, elaboração de história clínica e sua discussão” passa para um modelo diferente: “Prova prática – discussão de 1 caso clínico sorteado entre 3 casos clínicos”

2 – “Prova teórica – assume a forma de uma prova oral” passa a ser uma “prova nacional escrita de escolha múltipla (...).

Penso que este novo modelo de exame final traz algumas vantagens, no sentido de uniformizar critérios de avaliação e minimizar as desigualdades. No entanto, nesta Portaria nada se esclarece sobre quem irá formular os casos clínicos, de maneira a que não existam as tais desigualdades.

Quanto à prova de escolha múltipla, penso que muito trabalho ainda terá de ser feito, nomeadamente estabelecer uma literatura de base (uma vez que ao ser de escolha múltipla, os Internos ficam incapacitados de defender as suas respostas), modelos de perguntas, entre outros.

Bem, não saberemos se este novo modelo será melhor ou não até o termos feito. Espero, sinceramente, que os critérios de avaliação e as grelhas de ponderação de cada um dos estágios, a literatura aconselhada... tudo isso, seja divulgado a tempo e horas. E quando digo “divulgado”, espero que os Internos tenham uma opinião a dar e que a divulgação seja clara e transparente, e que chegue a todos os interessados.

Boa sorte aos que agora começam, aos que, como eu, começam a temer o exame do ano que vem e aos que terminam o Internato este ano.

Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo

Estão agendadas para os dias 16 e 17 de Outubro de 2015 as XIV Jornadas de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Minho. O evento realiza-se em Viana do Castelo e o seu programa percorre temas como patologia nodular da tiróide, doença tiroideia subclínica, tratamento da obesidade, cuidados integrados em diabetes, nova farmacoterapia da DM2, etc. Para mais informações contactar a Unidade de Endocrinologia do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (telefone - 258 802 100)

A ROM errou – “Tratado das omissões”



Na edição nº 157 de Março de 2015, por lapso, foi trocada a fotografia do autor do artigo de opinião “Tratado das omissões”, publicado na página 68 e seguintes. Pelo facto, apresentamos as nossas desculpas aos visados, especialmente ao Senhor Dr. Cipriano Justo, autor do artigo “Tratado das omissões”, cuja fotografia correta aqui incluímos.



Luís Paulino Pereira

Assistente Graduado de Clínica Geral-USF Ajuda – Lisboa

Afinal...Onde Serão Vistos os Doentes no Futuro?

No passado dia 24 de março assisti à cerimónia do doutoramento do meu irmão. Não podia deixar de estar presente, principalmente por razões familiares já que a minha área profissional nada tem a ver com o mundo dos transplantes hepáticos onde ele trabalha há tantos anos.

Ao chegar à Aula Magna da Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa, encontrei muitos colegas, velhos amigos e familiares, mas, o que mais me chamou a atenção foi ver no meio da assistência, doentes seus (um deles por ele transplantado) e que ali permaneceram até ao fim, para manifestar o seu reconhecimento e a sua solidariedade num momento tão importante como aquele. Contudo, as posições agora eram diferentes...

Com algum nervosismo, não o nego, ouvi com o maior interesse a apresentação da comunicação do (ainda licenciado) Jorge Paulino Pereira, subordinado ao título "A Lesão de Isquémia/Reperusão em Transplante Hepático: Análise Genética, Morfológica e Correlação Clínica", que me pareceu clara, bastante minuciosa e muito objectiva, a que se seguiram comentários e apreciação dos elementos do

Júri, alguns dos quais achei interessantes e pertinentes.

Não posso (nem devo) entrar em pormenores, não só por não ser da minha área, como também por estar em causa o meu irmão, o que à partida me impede de ser imparcial e de tomar posição sobre o assunto. Digo apenas que foi com emoção e muito orgulho que ouvi, no final, pela voz do Magnífico Reitor, que Jorge Paulino Pereira tinha sido aprovado por unanimidade com distinção e louvor.

Na minha condição de médico, posso tirar duas conclusões:

A primeira é a de que esta área da Medicina está em franco desenvolvimento e que é cada vez maior o número daqueles que dela beneficiam. Os progressos no mundo fascinante dos transplantes, não deixam dúvidas a ninguém de que vale a pena continuar a investir e apostar neste importante sector, da qual se esperam mais e melhores resultados.

A segunda conclusão que tiro é de que o Prof. Eduardo Barroso conseguiu formar uma verdadeira equipa e fazer escola. De facto e a avaliar pelos comentários dos elementos do Júri, é fácil concluir que no serviço de Cirurgia do Hospital Curry Cabral (uma referência

mesmo para nós médicos dos cuidados primários) se preparam grandes profissionais para dar resposta a estes aliantes desafios de que todos nós podemos necessitar um dia.

A intervenção final de Eduardo Barroso, fazendo uma análise detalhada da história dos transplantes no passado, dos resultados obtidos no momento presente e daquilo que se deseja para o futuro, diz bem do projecto que tem entre mãos, onde é também evidente a confiança nos seus colaboradores e o carinho com que os acolhe.

Pelo que tenho vindo a acompanhar, tenho a certeza de que ele irá marcar uma geração e que a História o lembrará.

Vinte e quatro horas depois de ter assistido a esta sessão solene, que me deixou curioso e pensativo, (por coincidência ou por ironia do destino) estava agendada no meu Centro de Saúde uma reunião de trabalho "rotulada" de grande importância cuja agenda "Indicadores de Cuidados de Saúde Primários", deixava antever acesa discussão e alguma controvérsia.

Com um tema desta natureza seria normal pensar-se numa avaliação criteriosa do nosso trabalho como médicos de família, identificando

os principais problemas a resolver face a eventuais falhas detectadas e tudo em função dos doentes, mas, tal como apontam as actuais orientações, tratou-se de mais um encontro destinado a definir e programar a maneira mais correcta de exercer a nossa profissão em função dos “números”.

Longe vão os tempos em que se trabalhava par os doentes e eram eles a nossa principal preocupação; Hoje trabalha-se para os “números”, para os registos no computador, para as metas a atingir, para a contratualização etc., com a informática a tomar conta de tudo e a destruir aos poucos o que resta da boa relação médico-doente.

Os bons médicos de hoje são aqueles que cumprem à risca todo o procedimento informático, independentemente dos seus doentes estarem ou não controlados, sendo até premiados com uma remuneração superior, se pertencerem a Unidades de Saúde Familiar modelo B, onde o critério que prevalece é o trabalho rigoroso desta “engenharia” dos números.

Entristece-me profundamente ver os Centros de Saúde - estrutura

fundamental como porta de entrada no sistema de acesso ao S.N.S., transformados hoje em autênticos “gabinetes de contabilidade” em que os doentes já pouco confiam... Basta atender aos relatos de utentes, queixando-se de que o seu médico de família mal teve tempo de olhar para eles durante a consulta, para perceber que algo vai ter que mudar.

E quando a Imprensa vai reconhecendo e assinalando as falhas nos cuidados de saúde primários e se vai sabendo que em Portugal tem havido nos últimos anos um aumento de casos de cancro, diabetes e doenças cardio-vasculares o que vem confirmar precisamente a evidência dessas falhas, é caso para nos interrogarmos e reflectirmos sobre que futuro estamos nós a construir nesta área importantíssima da medicina e o que queremos nós para os doentes no dia de amanhã.

Seria bom que os principais responsáveis pelo estado a que se chegou e que se “esqueceram” dos doentes, se lembrassem, ao menos, de que estamos a lidar com vidas humanas e que nos devem me-

recer mais respeito e atenção do que qualquer registo informático de credibilidade discutível ou até mesmo duvidosa.

Sem Centros de Saúde a cumprirem a sua verdadeira missão, não podemos passar aos cuidados hospitalares nem esperar dos hospitais o respeito e a confiança que se exigem sempre que se fale na articulação entre estas duas estruturas, para bem do Serviço Nacional de Saúde.

Este contraste entre a discussão ao mais alto nível, na sessão da véspera e a constatação da triste realidade que se vive actualmente nos Centros de Saúde, levam-me a colocar uma questão que deixo à consciência de todos aqueles que, como eu, se preocupam com o futuro da nossa profissão.

Se os Centros de Saúde são, como todos lhes reconhecemos, a porta de entrada no sistema e se estão transformados em meros gabinetes de contabilidade, é caso para perguntar:

Afinal...Onde Serão Vistos os Doentes no Futuro?

(nota: este texto foi escrito sem respeito pelo novo acordo ortográfico)

Petição pelo alargamento do Museu Miguel Bombarda

Um movimento cívico apresentou ao Governo e à Câmara Municipal de Lisboa uma proposta para o alargamento do Museu Miguel Bombarda para todo o edifício principal do hospital. A petição já conta com mais de 1000 assinaturas e encontra-se disponível no site da OM para quem deseje assinar. Para mais informações ou envio da petição assinada, contactar o Movimento de Apoio ao Museu Miguel Bombarda (apoiobombarda@hotmail.com). Para além de moradores, médicos e outros profissionais da área da saúde, o movimento conta ainda com o apoio das Sociedades Portuguesas de Psiquiatria, de Neurologia, de Arte Terapia, de Arte Outsider e da Congregação de S. Vicente de Paulo. Entre os signatários encontra-se o arquitecto Nuno Teotónio Pereira, João Lobo Antunes, a artista plástica Joana Vasconcelos, os historiadores de arte Raquel Henriques da Silva e Vítor Serrão, o crítico de arte Alexandre Pomar e a cineasta Margarida Cordeiro. Neste momento, só parte do acervo do antigo hospital está exposto no museu fundado em 2004 instalado no Pavilhão de Segurança. O restante está no hospital Júlio de Matos. O objectivo do Movimento é criar dois núcleos museológicos, um dedicado à Congregação da Missão de S. Vicente de Paulo e o outro à implantação da República. O Centro de Investigação incluiria uma biblioteca, bem como o arquivo clínico e documental que o hospital conserva desde 1848. A realização de conferências, workshops e um serviço educativo com percursos guiados fazem também parte das propostas apresentadas pelo movimento.



Carlos dos Santos Moreira

Conselho Nacional de Auditoria e Qualidade

O Futuro do Serviço Nacional de Saúde

O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, como a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

O SNS, enquanto expressão maior da Democracia política, económica e social é uma concretização dos valores da igualdade e da solidariedade, essenciais à existência de um Estado democrático social, pois garante o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, sejam cidadãos nacionais, estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos.

É ao Estado que incumbe, prioritariamente, garantir a todos o acesso aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar em todo o país, a qual, pode ser prestada por hospitais públicos ou instituições privadas mas sempre nos termos, condições e limites definidos pelo Estado.

A existência de um Serviço Nacional de Saúde que garanta a todos o acesso à saúde e a sua promoção não implica nem impede a existência de serviços de saúde privados de fins lucrativos aos quais os que o pretendam possam recorrer.

O funcionamento das unidades e serviços de saúde de fins lucrativos

privados haverá de ser financeiramente autossuficiente, autofinanciada e a sua subsistência não pode, conceptualmente nem deve na prática, depender do financiamento do Estado. A situação atual encontra-se nos antípodas da descrita e está longe de ser efetiva, eficiente e racional.

Um dos objectivos nacionais estratégicos na Saúde é a «Governança do Sistema Nacional de Saúde» cujo pilar de funcionamento é o Serviço Nacional de Saúde.

A efectividade, conjugação de eficiência e eficácia, deveria ser uma prática objectiva na concretização da atividade dos profissionais: um conceito essencial no sistema.

A saúde, essencial para o homem, é dos Serviços que deverá ser assegurado pelo Estado através de um Serviço Público integrado com o sistema privado, e não o inverso: Não é o Serviço Privado de Saúde, acessível apenas a alguns, que deve ser integrado pelo Serviço Público destinado aos mais carenciados.

Este pilar básico é essencial para que a governação do sistema de saúde tenha qualidade que:

a) Esteja centrada no cidadão e

b) Exista um fluxo público de informação coerente em todo o sistema.

É essencial que a dimensão momentânea dos serviços do Serviço Nacional de Saúde seja planeada em função das necessidades da população e apoiada na melhor evidência científica disponível, deixando de ser estática e obsoleta por conter demasiados circuitos de recolha, replicação de dados e de decisão.

Na saúde, como em todas as áreas, a ideologia, questões religiosas e éticas, paradigmas conceptuais, teorias académicas, *lobbies* e um número enorme de factores influenciam as decisões políticas.

A política pública de saúde em termos operacionais e estratégicos deverá, em qualquer caso, ser construída sobre a evidência científica disponível aplicada à informação válida existente.

A nível da governação do Serviço Nacional de Saúde podemos equacionar duas vertentes:

- A vertente económica - essencial à sustentabilidade do sistema e
- A vertente técnico-científica -

essencial à qualidade do sistema.

As duas são indispensáveis, em igual medida para o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde e deverão ser geridas de forma independente pois a gestão conjunta implica, revela e potencia, conflitos de interesses.

Na vertente económica deverá existir um organismo responsável pela gestão financeira, que fará a gestão centrada no utente, procurando que as necessidades identificadas pela área técnico-científica sejam executadas com a qualidade definida, a um custo controlado e numa lógica de “o dinheiro seguir o utente”.

Na vertente técnico-científica, deverá existir um organismo com funções de normalização, de promoção da qualidade, promoção da interação entre cuidados primários e hospitais, de auditorias à governação clínica, de certificação de qualidade, de promoção de centros de referência e definição da informação para a gestão do utente. Cada vertente identificada deverá ser gerida por um organismo público, com gestão pública mas independente, que se complementam endoprocidentalmente na governação global do SNS, tendo a obrigação de decidir em prazo fixo após ponderação conjunta do interesse público, tal como está previsto no Código do Procedimento Administrativo para as decisões solicitadas pelos cidadão e que implicam a intervenção de várias entidades.

Na saúde, a decisão endoprocidental da Administração dos dois organismos referidos significa decisões únicas, previamente discutidas e concertadas, que depois de estabelecidas são executadas sem delongas, defendendo-se o cidadão utente do SNS.

Considerando a pequena dimensão do território nacional, são ne-

cessários apenas os dois organismos identificados o que permitiria uma poupança de recursos e uma optimização dos resultados.

A poupança de recursos não significa necessariamente despedimento de trabalhadores do Serviço Nacional de Saúde mas permite que estes sejam alocados a áreas de intervenção carenciadas de recursos humanos para as quais têm competências, seja neste ou outro Serviço.

Esta solução é exactamente o contrário do panorama actual, onde o número de organismos com funções claramente sobrepostas é promotora do desperdício, legítima a cultura da desresponsabilização e da confusão nos actores.

Com a solução preconizada tornar-se-ia possível e eficaz a participação do cidadão como elemento promotor da sua própria saúde, que é essencial à sobrevivência do SNS: é importante lembrar que em democracia o utente tem direito à participação na defesa da sua saúde e o dever de promovê-la, quer em termos individuais, quer em termos colectivos.

É também essencial um bom sistema de informação, acompanhado de um planeamento e definições claras a nível do SNS, para que este possa, de forma harmoniosa, prestar os cuidados de saúde apropriados aos cidadãos.

A promoção primária da saúde, essencial na optimização dos cuidados, deverá em grande medida ser promovida através de medidas sociais pensadas, estruturadas e definidas também em processo de coprocedimento administrativo que congregue as instituições dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social.

Caso estas medidas não sejam implementadas, e se continuarmos muito condicionados pelos inúmeros lobbies, profissionais e regio-

nais, bem como o crescimento desmesurado do setor privado cujo financiamento não negligenciável resulta das comparticipações do Estado aos cuidados prestados, temo que a médio prazo o Serviço Nacional de Saúde fique incapacitado, tolhido mesmo, de responder às necessidades da população.

Um ponto essencial é a necessidade da existência e disponibilidade de informação válida, relevante e actualizada que apoie a tomada de decisões.

Citando o Professor Correia de Campos: “Só com boa informação se pode realizar avaliação económica de tecnologias em saúde, incluindo a terapêutica medicamentosa, ou avaliação das necessidades de saúde e do impacto de medidas na saúde e na desigualdade em saúde. E só com boa informação se pode garantir uma eficaz gestão da doença, do risco clínico e a avaliação necessária e transparente dos profissionais, das equipas e das instituições que prestam cuidados”.

Quem trabalha no contacto directo com os cidadãos em situação de doença e com os demais utentes sabe que é assim, e também sabe que só os interesses de alguns e os poderes instituídos impedem a mudança.

A reforma do SNS é uma reforma de eficácia e eficiência só possível de conseguir com as pessoas que conhecem o sistema e estão, como os trabalhadores do SNS abertos a novas ideias e à mudança, porque sabem que são necessários à mesma.

O SNS só subsistirá se for defendido por aqueles que nele trabalham e por todos os cidadãos assumindo que é essencial para a garantir a saúde das atuais e futuras gerações.



Silvino Bacelar

O real mercado livre planificado

Houve quem chorasse naquela “reunião de acompanhamento da contratualização”... O ambiente era de chumbo. Sentia-me como de volta à adolescência, numa turma de bons alunos a quem, no ano do exame de Português, calhasse em sorte um professor desvairado – obriga-nos a escrever em cadernos de duas linhas! As frases nem têm de fazer sentido, o que vale é a caligrafia: corpos das letras a roçar em cima e em baixo as linhas da pauta; caudas e hastes bem alinhadas e de tamanho uniforme...

E no entanto eu começara o dia bem disposto e cheio de vontade de contratualizar. Ainda antes do despertador, acordei a minha mulher e propus-lhe que contratualizássemos a nossa vida sexual. Reagiu mal. Não a entendo: temos quatro filhos, eles vão precisar de emprego, e o alargamento da contratualização a outras esferas, para além da saúde, permitiria a criação ou manutenção de inúmeros postos de trabalho. Por exemplo, nas Forças Armadas, com tanto general e almirante excedentário – porque não recrutá-los para equipas de contratualização? Com objectivos devidamente delineados, iriam gerar números que fariam o espanto dos Portugueses (sem ser pelo método estafado de irem às compras de forma mais ou menos submarina, e deixarem escapar depois o preço dos brinquedos...)

E a Igreja, com os seus quadros

tão escassos e envelhecidos? Mesmo tendo a maioria ultrapassado largamente a idade da reforma, a sua produtividade seria exponenciada se passassem a ser tutelados por contratualizadores leigos.

É que o modelo é de uma aplicabilidade sem limites! E por isso, aquando de recente visita à aldeia, também não entendi os meus primos, que – abolidas que foram as quotas de produção – declinaram ainda assim os meus préstimos. Propunha-me estabelecer-lhes um conjunto de metas, indicadores e parâmetros de avaliação para a contratualização das suas vacas leiteiras. Com ou sem incentivos.

Está visto que somos ainda poucos os que se deram conta de algo grandioso e único: nada menos que o trabalho de parto em curso de um modelo político totalmente inovador, sob a égide visionária do Ministério da Saúde!

Desde que os Chineses inventaram o capitalismo de partido único, não se assistia a algo assim. Trata-se agora da sábia integração da economia planificada, genuinamente soviética, com o capitalismo mais puro e duro. Mistura exótica mas eficaz. Constitui sem dúvida o maior legado que a minha geração deixa para a posteridade.

Funciona assim: o Soviete Supremo (o Governo) encarrega o Gosplan (o Ministério) de elaborar o plano quinquenal (anual, no caso português, que funcionamos melhor no curto prazo). O Gosplan exige uma taxa de cobertura de pelo menos 99% (filiados no Partido), e manda-nos produzir cabos de enxada, beterrabas e Ferraris a pedais. São os indicadores de âmbito nacional.

A que o Oblast /ARS acrescenta penicos de lata e gravatas, impondo ainda que gastemos menos ração com o gado e menos

milho com as galinhas. Continua a permitir o uso de dentaduras postiças, desde que não excedam 4 (quatro) dentes.

Por último, o Sovkhoz /ACeS, atento às realidades locais, quer que nos concentremos na produção de flores de plástico e bonés publicitários.

Com tão exigente caderneta de encargos, pouco tempo, energia e recursos sobram a quem trabalha para dar ao povo ignaro aquilo que ele pede: farinha, batatas, couves, fruta, uns metros de pano para se cobrirem e, se possível, vinho, bifés e papel higiénico.

A velha URSS enaltecia os heróis do trabalho soviético, mas na verdade quem evitava morrerem todos à fome eram os demais, que se dedicavam à economia paralela. No entanto, a propaganda atribuía todo o mérito do funcionamento do sistema à colectivização dos meios de produção...

Também entre nós a propaganda faz tudo por passar a imagem de que o SNS oferece cada vez mais - e por menos dinheiro... (Como o faz, será tema para próximo artigo).

Vejamos agora como à planificação marxista-leninista o sistema híbrido desenvolvido pelos estratagemas do Ministério associa a essência do capitalismo mais feroz. Para começar, os objectivos (indicadores de produção, aumentos das listas de utentes) são ditados com a mesma prepotência com que as grandes empresas de distribuição fixam preços aos produtores.

Como aquelas, alardeiam grandes promoções ("Um médico de família para todos os Portugueses, talvez ainda antes do fim da legislatura!"), mas passam a factura a outrem - neste caso, aos médicos de família (MF) que não

conseguiram ou não quiseram reformar-se, e aos jovens que ingressam na "carreira" - impondo-lhes sobrecargas brutais de trabalho. (Contrapartidas? A última é a redução drástica dos dias de férias...)

Somadas as imparáveis exigências burocráticas, o resultado é naturalmente: para os clínicos, a exaustão (que tem o mérito de não lhes deixar energia para se revoltarem...); para o público, consultas de ainda mais difícil acesso, e de menor duração e qualidade.

Ora isto atira quem pode para o mercado paralelo, o da medicina privada. Uma transferência excelente, do ponto de vista da tutela, pois diminuem os encargos para o sector público...

Assim será relativamente a utentes com acesso ou meios para recorrer aos novos hospitais privados, que proliferam. Mas não necessariamente com aqueles que recorrem às "ligas dos enterros" (associações mutualistas), a consultórios particulares, ao médico reformado que ainda dá umas consultas; ou à patroa da prima da vizinha, que é médica - muitos tentarão obter depois a transcrição de exames nem sempre ne-

cessários (para o MF, que já tinha elementos suficientes para um diagnóstico). Para não falar dos que simplesmente vão engrossar a afluência dos SASU's, SAP's e dos nóveis AC's (atendimentos complementares) - ou dos SU's.

O preço disto tudo até pode exigir ainda mais dos nosso impostos, mas há que ser coerente com a ideologia híbrida e - depois de tanto centralismo - deixar também espaço para que o mercado funcione... (Mesmo que este dite o fim das penicilinas; e de medicamentos essenciais, em apresentações e dosagens adequadas para crianças. Ou que complique bastante a aquisição de sacos pelos doentes ostomizados, não obstante a venda livre actual mais do que duplicar os custos...).

Enfim, contratempos menores para um modelo que aspira à perfeição. E que para tanto, além de princípios dos antigos blocos antagónicos, incorpora também o melhor das inovações patenteadas pelo nosso panteão de políticos.

Considere-se a filosofia simplex - está longe de ser dominante. Por exemplo: devido talvez ao seu es-



tatuto régio, a extensíssima família de indicadores de contratualização tem motivado uma produção normativa que só não obrigou à construção no nosso país de uma nova unidade fabril de celulose porque felizmente estamos na era da informática.

Mas nem o próprio Sócrates conseguiria simplificar a tal ponto algo tão tremendamente complexo como a avaliação dos médicos funcionários públicos! Após 12 anos encalhado no 1.º escalão do patamar intermédio da carreira de Medicina Geral e Familiar, tenho agora a possibilidade de ser promovido - basta ser um dos 5% de excelentes! A avaliação incide fundamentalmente (48%) sobre o número de vezes que me lembrei de registar nos quadradinhos próprios do computador:

1. os hábitos tabágicos dos meus utentes,
2. os resultados das suas pesquisas de sangue oculto nas fezes.

Não sei quais as quotas de excelência que se lhes aplicam, mas imagino que directores executivos e presidentes do conselho (clínico) sejam avaliados muito simplesmente também pelos números que consigam apurar relativamente às idas do pessoal:

1. à casa de banho
2. às escadas de emergência (ainda o tabaco).

Não se julgue, porém, que esta simplicidade (cocós e beatas definem metade da actuação de um médico...) induz facilitismo! Nunca se fizeram tantas reuniões como actualmente, e a excitação com que acompanhamos a evolução mensal dos indicadores, sobretudo daqueles dois, só é comparável à dos corretores da bolsa. (É verdade que deixou de

haver tempo para reuniões sobre temas clínicos, mas para quê, se tudo o que precisamos de saber está na net?).

Vem a propósito - não será altura de dotar os Centros de Saúde, a começar pelas USF's, de painéis electrónicos em todos os espaços comuns? Aquando das reuniões - ou das pausas para verter águas ou, quem consegue, tomar café - seria estimulante ver em tempo real a evolução dos nossos indicadores.

Mais: as bases para um mercado de créditos, semelhante ao que vigora internacionalmente para as emissões de carbono, já existem. A sua implementação possibilitaria, digamos, a uma USF que conseguiu um excedente de, por exemplo, 26/2013.026.01/6.02.01 (proporção de utentes com hipertensão arterial, com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica actualizada) obter créditos que poderia depois utilizar para se livrar de um activo tóxico indesejável, como um excesso de 65/2013.065.01/5.22 (proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos, com prescrição crónica igual ou superior a

cinco fármacos).

Vantagens do mercado de créditos - pelo menos três:

- números muito mais fidedignos, uma vez que deixa de haver necessidade das constantes manipulações de indicadores, de que tanto se fala;
- diálogo constante entre as várias unidades de saúde, com fluxos muito interessantes, e (miam-miam...) novos indicadores! Relativos à balança de transacções correntes USF's - UCSP's, por exemplo;
- cereja em cima do bolo: mais umas centenas de postos de trabalho, pois, com todos os seus gestores (há-os com denominações bizarras - última com que deparei "Gestora da Competência de Executivos"...), o Ministério não dispõe, pelo menos em número suficiente, de corretores e especialistas em "swaps".

É assim uma questão de tempo até os gestores exigirem ver o seu estatuto maioritário e a genialidade das suas concepções ideológicas reconhecidos no nome da tutela. Passaremos a trabalhar todos para, com e apesar do Ministério da Gestão em Saúde.



Maria Felismina Pires

Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar do 4º ano, na Unidade de Saúde Familiar Nova Via, Vila Nova de Gaia

Um doente chamado “Troika”

O presente artigo pretende suscitar a reflexão em torno da problemática da pobreza e exclusão social e do seu impacto na nossa prática clínica, enquanto Médicos de Família, e na saúde global dos nossos utentes.

Descrição do caso: “Troika”, género feminino, 42 anos, divorciada, desempregada, última actividade profissional como empregada fabril, natural e residente em Valadares, divorciada, classificação social de Gaffar Baixa, de uma família cujo agregado é constituído pela utente, 2 filhos e o genro. Entre os problemas de saúde activos destaca-se Hipertensão Arterial controlada, Obesidade Mórbida (IMC = 41Kg/m²), Hipotireoidismo não controlado secundário a bócio multinodular (TSH 18 UI/ml), Eriptocitose Hereditária com anemia hipocrómica e microcítica ligeira (Hb 11 g/dl), Perturbação Depressiva, Asma Grave não controlada.

No histórico de consultas apercebemo-nos de múltiplos pedidos de consulta aberta, quase mensais, por agudização de asma, com necessidade de terapia inalatória, assim como, faltas repetidas às convocatórias de consultas das especialidades de Nutrição, Endocrinologia e Pneumologia e diversos exames

auxiliares de diagnóstico pedidos mas não realizados pela utente.

Este caso foi exposto após o consentimento informado da utente e traduz um extremo da realidade cada vez mais frequente na nossa prática clínica, denominada de pobreza.

Uma análise mais aprofundada e cuidada, no âmbito de uma relação de proximidade médico-utente, pôs a descoberto as graves carências económicas e sociais não só da utente mas de todo o seu agregado familiar.

São diversos os sinais directos e indirectos deste problema de saúde pública muito frequente nos dias que correm e que pode bem ser considerado um factor de risco para o agravamento de comorbilidades já existentes, como neste caso, se não como factor desencadeante de novas patologias, como a Obesidade. Como Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, durante a recolha de dados da lista de utentes da minha Orientadora de Formação,

no meu terceiro ano, deparei-me com um número crescente de casos quer de isenção nos Cuidados de Saúde Primários por razões de insuficiência económica, quer de situação profissional “Não Activo”.

Quantas vezes tomamos conhecimento por intermédio de familiares ou dos próprios, que determinados utentes se viram obrigados a emigrar?

Quantos utentes nos faltam diariamente à consulta agendada e que em apenas um número pequeno de casos nos é revelada a falta de recursos para deslocação e/ou pagamento das taxas moderadoras? As razões dos restantes são-nos alheias.

Quantos utentes nos pedem no final da consulta a prescrição de “Genéricos” para reduzir a factura da farmácia, que se junta a tantas outras do agregado? Quantos dos nossos utentes são vigiados regular ou esporadicamente em consultas de especialidade no exterior, comparativamente à proporção das mesmas há 5 anos atrás?

Bibliografia:

Rodrigues, EV; Samagaio, F; Ferreira, H et al. *A pobreza e a exclusão social: teorias conceitos e políticas sociais em Portugal*; 1999; Revista da Faculdade de Letras: Sociologia, 09, 1999, p. 63-101. <http://hdl.handle.net/10216/8578>

Quantos relatórios médicos a documentar antecedentes pessoais e medicação crónica já preenchemos para o efeito de obtenção de diversos tipos de apoio social?

Importa, pois, não permanecer indiferente a esta realidade. O que podemos nós fazer, enquanto Médicos de Família, para minorar este problema? Prevenção Secundária, Terciária ou Quaternária? Qual a parte que compete ao Governo fazer e que este não está a cumprir? O que podemos fazer, enquanto Comunidade, para ajudar os mais necessitados?

Tudo passa pelo índice de suspeição do médico e pelo à vontade do doente de revelar as suas carências, muitas vezes estigmatizadas na sociedade.

Perante os factos, urge uma intervenção multidisciplinar com envolvimento de todos os profissionais da unidade de saúde, desde a Assistente Social até à pequena farmácia comunitária, constituída por medicamentos não utilizados pelos utentes e que podem suprir as necessidades daqueles que deles precisam. Apelar às estruturas da comunidade local e aos profissionais de saúde para gerar alertas precocemente quando os objectivos terapêuticos não são cumpridos (registar em local apropriado no programa informático).

Passa, também, pela empatia, proximidade e ponderação com consciência e por prioridades cada pedido de exame, cada referenciação e cada prescrição.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2015

Sessão temática **"Literatura e Medicina da Idade Média ao século XVI"**

23 de Maio, sábado, 15h – em Lisboa

"Medicina na Literatura Medieval" - Cristina Moisés

"Os Lusíadas e a Medicina" - António Salvado

"Os poderes curativos de três plantas, três árvores, três pedras e três animais em Hildegarde de Bingen" - Maria Adelaide Neto Salvado

"A influência da Medicina Árabe na Europa medieval" - Dias Farinha

2 de Junho, terça-feira às 21h

"Tales from the Apothecary's Chest" - Christopher Duffin

17 de Junho, quarta-feira às 18h30m

"Amato Lusitano e os Cuidados Paliativos" - Lourenço Marques

9 de Julho, quarta-feira às 18h30m

"História da reanimação" - Figueiredo Lima

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

NHMOM em colaboração com Federação dos Amigos dos Museus de Portugal



Nos dias 10 e 11 de Abril decorreu a Assembleia Geral da Federação dos Amigos dos Museus de Portugal, com apoio do Museu Soares dos Reis, no Porto, e do seu Grupo de Amigos, no qual participou Maria do Sameiro Barroso – membro da direção do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos – como representante do Museu Nacional de Arqueologia de cuja direção é secretária. Durante essa assembleia geral, a representante do NHMOM e do MNA deu conhecimento aos delegados dos Museus presentes da existência do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, tendo proposto colaboração e parcerias com os Museus que possuem coleções ligadas às áreas da saúde, da medicina, o que foi aceite com entusiasmo.



Assembleia Geral da Federação dos Amigos dos Museus de Portugal

Grupo de participantes no jardim do Museu Soares dos Reis



Fernando Esteves Franco

Os Médicos abandonam o Sector Público. Porquê?

O autor reflecte sobre as causas de insatisfação dos médicos e a urgência de políticas de gestão de recursos humanos ajustadas à realidade que levem os médicos à sua realização profissional e pessoal no Serviço Público em que estão inseridos.

Recorrentemente surgem notícias de falta de médicos nos Serviços Públicos.

O Ministério da Saúde divulga as medidas que vai tomando, sejam os valores/hora aumentados sejam as contratações de médicos estrangeiros, ultimamente complementos pecuniários para a mobilização inter serviços que distem mais de 60 quilómetros (no mínimo duas horas em deslocações diárias!), complementos financeiros aos profissionais que se venham a fixar nas regiões ditas do interior, de pronto reduzidos a menos de um terço do seu montante inicial ao fim de um ano de deslocalização.

Apesar disto tudo, continuam os médicos a migrar do Público para o Privado. Alguns emigram. Têm remuneração mais elevada, o que até é verdade.

Mas será esta a única razão que os move apesar de o seu poder de compra ter sido reduzido em 12,7% como cita o jornal Expresso? Será que não estarão presentes outros condicionantes?

Será que a transferência de médi-

cos para os Serviços privados é circunstância indiferente ao Serviço Nacional de Saúde?

Reflectamos:

A formação médica é longa e permanente. Para se chegar a especialista são necessários seis anos de aprendizagem pós-graduada na maioria das especialidades, outros tantos anos para atingir os lugares cimeiros da Carreira Médica mediante repetidos concursos de acesso a cada patamar; é a vivência institucional enriquecedora da formação profissional de todos e que a todos motiva.

Logicamente o mercado dos privados prefere os médicos mais diferenciados, os que ocupam lugares cimeiros da Carreira Médica; os que diariamente organizam, motivam, responsabilizam e partilham os seus conhecimentos com os colegas que integram as suas Equipas e Serviços. A sua ausência compromete consequentemente a formação profissional contínua dos médicos que iniciam e desenvolvem a sua formação e naturalmente ambicionam progredir na

sua Carreira, tal qual a qualidade assistencial actual e futura sairá necessariamente prejudicada.

Esta será a questão central de que os responsáveis não se podem alhear.

Sendo um facto que alguns médicos seniores (chamemos-lhe assim) têm vindo a optar pela sua transferência para o privado, há que fazer um esforço de análise interpretativa dos condicionalismos que determinam esta circunstância.

Em primeiro lugar, tem de se entender que o exercício profissional do médico é escrutinado pelos seus doentes e avaliado permanentemente pelos seus pares (daí o necessário reconhecimento pelo próprio da competência do seu avaliador), enquanto nos critérios da chamada *avaliação do desempenho* actualmente consignada na lei, tal desiderato não é contemplado. Note-se que o Decreto-lei 177/2009 que actualmente regula a carreira médica reconhece no seu preâmbulo que *a natureza da prestação de cuidados médicos,*

pela sua especificidade, conteúdo funcional e independência técnica, não permite a sua integração numa carreira geral, impondo, por isso, a criação de uma carreira especial, enquanto no corpo do mesmo Dec.- Lei, no seu Artigo 26, remete a avaliação do desempenho para a lei geral, ao preceituar que a *avaliação do desempenho relativa aos trabalhadores que integrem a carreira médica rege-se pelo regime da Lei nº 66-B/2007*. Esta, mesmo com as adaptações seguintes, considera primordialmente aspectos de natureza quantitativa.

Primeira causa de insatisfação:

- A Carreira reconhecida como especial é avaliada no seu desempenho no âmbito da lei geral com critérios de gestão de incidência financeira. Onde são valorados os resultados da acção formativa realizada? Da diferenciação técnica praticada? Da actividade científica desenvolvida?

Segunda causa de insatisfação:

- Enquanto no privado é considerada a tipificação da função e consequente remuneração, no público é considerada a funcionalização com valoração exclusiva do tempo de permanência no trabalho. Ora a actividade do médico, como de muitos outros profissionais, não se pode medir exclusivamente em horas de trabalho. É indispensável o seu reconhecimento qualitativo e quantitativo, como acontece no Sector Privado.

Será assim facilmente entendível que alguns médicos se transfiram para a actividade privada (não tão privada quanto isso, já que se processa no âmbito da rentabilidade lucrativa da empresa empregadora, quase 100% dependente de seguros e complementarmente de alguns Subsistemas de Saúde, o que não cabe agora analisar), sendo talvez mais correcto dizer-se que muda de entidade patronal,

muitas vezes não primordialmente pelos maiores rendimentos, mas também pela se libertarem da organização que se lhes mostra hostil.

Medidas absurdas de controlo biométrico quantificando exclusivamente tempos de permanência, a desarticulação completa de Equipas hierarquizadas com a sua homogeneidade quebrada – como é possível legitimar-se a contratação de médicos à hora e com carácter pontual a empresas de mão de obra com a consequente pulverização da responsabilidade técnica, obstrução formativa e prejuízo qualitativo? - a cultura de cada Instituição agredida quando esta é agregada a outras Instituições ao arrepio da sua missão integrada no SNS (carta hospitalar por exemplo), geridas por administrações que lhes são alheias, serão condicionantes que contribuirão para este estado de coisas.

Considerar indicadores estatísticos de consultas ou cirurgias ou ainda outros actos, as taxas de ocupação, demoras médias ou doentes tratados por cama, sem os correlacionar com as patologias em presença, ou também rácios de doentes/médico como indicadores válidos na avaliação dum Serviço de Urgência, da actividade dum Serviço ou dum Bloco Operatório, ao invés da razão doentes/valência (especialidade)/especialista/interno, constituem obviamente factores desmotivadores, também conducentes à saída para o privado.

E pior ainda: não só não é caracterizado correctamente o desempenho como também não são obtidos elementos estatísticos adequados, indispensáveis à programação futura.

A valorização do trabalho efectuado - clínico, científico e formativo (onde estão valorados os resultados obtidos na formação

pós-graduada?) - ajustada a remuneração ao trabalho desenvolvido nas suas diferentes vertentes, a avaliação inter pares, a envolvimento nas decisões dos profissionais na sua Equipa, no seu Serviço, na sua Instituição, o desenvolvimento de uma cultura institucional briosas (o tão falado “ Amor à Camisola “, reconhecido e desejado por qualquer gestor de qualquer área de actividade), seriam factores estimulantes à permanência no Serviço Público de muitos dos profissionais que o abandonam e de que este tanto carece.

Terceira causa de insatisfação

A falta de reconhecimento da sua função por parte do empregador, o Ministério da Saúde. “**São os Médicos quem mais salário perde**”, titula o jornal Expresso na sua edição de 11 de Abril na comparação salarial da função pública de 2011 a 2014. Porquê? Mais um empurrão para saírem do SNS?

Em síntese e na nossa opinião, têm os Governos de desenvolver políticas urgentes de gestão de recursos humanos ajustadas às realidades actuais que levem os médicos à sua realização profissional, e também pessoal, no Serviço Público em que estão inseridos.

Será imperioso ser auscultada a Ordem dos Médicos e os Sindicatos Médicos no sentido de serem identificados os motivos que levam ao actual estado de coisas, obter com o seu envolvimento caminhos de solução que permitam ao SNS continuar a contar com profissionais que tanta falta lhes faz, abandonar de vez a explicação fácil de que só as remunerações estão em causa.

O Serviço Nacional de Saúde enquanto conquista civilizacional dum Portugal moderno, factor de bem-estar e confiança da população, exige esse esforço.

Henrique Vilaça Ramos

médico

As diretivas antecipadas de vontade

A publicação da lei 25/2012, complementada pelas recentes portarias 96/2014 e 104/2014, tem suscitado muitos comentários, inclusive nesta Revista (Antonieta Dias, *O Testamento Vital*, no nº 156, pág. 61-63). Porque se trata de assunto polémico, não parece deslocado trazer aqui mais algumas achegas que se referem ao confronto entre a lei e a ética.

Uma importante questão liga-se com o *caráter vinculativo das diretivas antecipadas de vontade (DAV)*, exposto no art. 6º que estabelece o dever da “equipa responsável pela prestação dos cuidados de saúde... respeitar o seu conteúdo”. Esta formulação não deixa à equipa qualquer alternativa, salvo a de uma eventual invocação da objeção de consciência, aliás contemplada no art. 9º. Esta determinação radical corresponde a erigir a autonomia da pessoa como critério decisório absoluto, decretando que se “deve respeitar” a vontade expressa na DAV. Trata-se de uma indevida extensão da doutrina do consentimento informado, que erige o respeito pela autonomia como critério decisivo, ao caso particular de uma vontade manifestada à distância, para a hipótese de a pessoa vir a encontrar-se incapaz de manifestar o seu querer. Tal extensão doutrinária é errada, por dois motivos: porque neste caso não se verifica o pressuposto de esclarecimento necessário à tomada de decisão, como adiante sustento, e porque aquela doutrina se aplica a procedimentos médicos que são sugeridos ao doente e não a atos médicos

(ou a sua omissão) que possam não lhe ter sido propostos.

A ideia que subjaz a todo consentimento informado (seria melhor chamar-lhe esclarecido, pois a simples informação não chega...) é a de que um doente, confrontado com uma determinada possibilidade de atuação médica sobre a sua pessoa, avalia os riscos e os benefícios e também o seu enquadramento no sistema de valores por que pauta a sua vida para, perfeitamente esclarecido e no uso da sua autonomia, decidir se aceita ou se recusa tal intervenção médica. Nestas circunstâncias é dever do médico respeitar integralmente a sua vontade. Mas isto só é possível perante uma situação clínica atual e não à distância, eventualmente de vários anos (5 anos na lei atual). Mesmo que a pessoa já saiba que padece de uma doença mortal, não lhe é possível prever todas as evoluções que ela terá, nem as opções terapêuticas que suscitarão. Como salientou Daniel Serrão, a vontade que a pessoa declara numa DAV não recai “sobre o que o médico lhe proporia, numa certa situação, mas sobre o que ela imagina que um

dia o médico lhe irá propor nessa imaginária situação”. Como é meridianamente claro, o pressuposto da decisão “livre e esclarecida” não se verifica, pelo que o legislador errou ao tornar obrigatório o cumprimento exato do que se determinar na DAV. Além das razões já expostas, há que considerar o facto incontroverso de a vontade das pessoas não ser invariável, formulada de um modo quando imaginam como reagiriam perante uma dada situação mas frequentemente alterada quando a situação se lhes apresenta no concreto da sua existência. Isso é particularmente verdadeiro quando, em boa saúde, a pessoa imagina uma situação de doença e a forma como ela a afetaria mas, quando a enfermidade surge, a reação mostra-se bem diferente. Como acentua Walter Osswald, a pessoa ao considerar situações clínicas ainda inexistentes e os respetivos cuidados médicos “não pode ter uma noção clara de qual o seu real peso ou custo psicológico, nem de qual será a sua vontade e desejos numa situação que apenas antecipa, mas não experiencia”. Como se diz vulgarmente, “só passando por elas é que sabemos como elas são”.

Acresce o facto de a lei permitir que a DAV contemple disposições que ferem gravemente as *leges artis* da medicina e o compromisso deontológico da profissão. Tome-se o exemplo da ordem de não proceder à reanimação cardiorrespiratória que salva tantas vidas. É claro que a ordem não levanta problemas éticos se estiver feito o diagnóstico de morte; caso contrário e se acatada cegamente significaria quase sempre a morte da pessoa. O mesmo se poderia dizer da DAV em que se estabelecesse o desejo de não ser tratado se entrasse em coma diabético. Se houver um testamento vital subscrito recentemente, o médico deverá conformar-se com a vontade livre do doente, mas noutras circunstâncias e atendendo ao que antes considerei relativamente à vontade mutável da pessoa, é muito problemática a aceitação de um tal desejo, de manutenção duvidosa e de consequências potencialmente fatais. Como se vê, a DAV pode ditar ao médico uma atuação que ele próprio nunca proporia, adulterando a doutrina do consentimento, pois então já não se trata de *consentir*, mas de *impor*. Esta perspetiva, que considera a autonomia do doente mas anula por inteiro a autonomia do médico, pode transformar este num simples fornecedor de cuidados requeridos pelo outorgante da DAV a seu bel-prazer, com gravame irreparável da relação médico-doente, e transfigurar os cuidados médicos em simples bens de consumo de que cada um dispõe livremente.

A posição que defendo, contrária ao caráter vinculativo da DAV, não anula o valor do que nela se contém, na medida em que um documento deste tipo permite deixar exarada a vontade da pessoa, assente nas suas preocupações filosóficas, espirituais e religiosas. Essa vontade deve ser tomada em

consideração para apurar qual seria o desejo atualizado da pessoa quando já não o pode expressar, o que corresponde ao disposto no nosso Código Deontológico (art. 46º, nº 2) e à doutrina expressa em 1997 pelo Conselho da Europa ao afirmar que “devem ser tidos em consideração os desejos expressos previamente relativos a intervenção médica por um paciente que não está, à data dessa intervenção, em estado de exprimir a sua vontade” (o sublinhado é meu). Na averiguação da vontade atualizada do doente, importa a DAV e importa igualmente a opinião do procurador, caso tenha sido designado, e a dos familiares. Na nossa cultura, a família é quase sempre o núcleo mais profundo das relações interpessoais, pelo que constitui uma peça importante para perceber os desejos do doente. É nesta audição alargada que se pode apurar da forma mais exata possível o que seria a vontade do doente. A declaração escrita do doente ou verbalmente transmitida a alguém da sua confiança constitui o elemento capital para apurar a sua vontade e só razões muito ponderosas, surgidas nesta avaliação final, poderão levar a diferente atuação médica.

Aponto mais uma nota ao problema do esclarecimento, indispensável ao correto exercício da autonomia: a intervenção do médico no processo de elucidação da pessoa. Sem a informação e o diálogo com o médico, ela não pode exercer plenamente a sua autonomia e, por outro lado, o aconselhamento médico pode obviar a algumas dúvidas que surjam mais tarde na interpretação da vontade do testador. É por isso lastimável que a lei 25/2012 não tenha considerado necessário, nem sequer recomendável, esse esclarecimento, admitindo-o como simples elemento facultativo. A portaria 104/2014 suavizou

o erro, embora não pudesse anulá-lo, ao aconselhar que o outorgante da DAV “debata previamente o assunto com um profissional de saúde de sua confiança, ou com a equipa de saúde que o cuida”.

Outro grande problema que a lei suscita diz respeito ao *risco de dar, de alguma forma, cobertura à prática da eutanásia*. Não vou avaliar aqui a moralidade da posição ética que se opõe a tal prática, bastando recordar a posição da classe médica portuguesa, vertida no seu Código Deontológico (art. 57º), e a recente declaração do Conselho da Europa (Resolução 1859) sobre a vontade expressa antecipadamente pelos doentes, na qual usa os seguintes termos: “A eutanásia, no sentido de matar intencionalmente ou por omissão um ser humano com o fundamento do seu alegado benefício, deve ser sempre proibida”.

O risco de a lei 25/2012 permitir esta gravíssima deriva ética é real. Como atrás exemplifiquei, pode haver instruções testamentárias que queiram obrigar o médico a colaborar com o doente numa intenção suicida, deixando de salvar a sua vida, numa postura de clara eutanásia voluntária. De facto, a lei vai tão longe na admissão dos desejos da pessoa que permite obrigar o médico a abster-se de coisas tão básicas como o simples suporte de oxigénio, ao dispor que a DAV possa indicar a vontade de “*não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais*” (alínea a) do nº 2, do art. 2º). É claro que a decisão de abstenção é aceitável quando já não existem possibilidades de recuperação mas, não sendo isso dito na DAV, mais não restará à equipa de saúde que acatar a determinação antecipada do doente, apesar de ainda capaz de recuperar, ou proceder de outro modo e arriscar a prisão.

Dir-se-á que a lei geral impede a eu-

tanásia e que esta lei sobre as DAV o afirma também no seu art. 5º, onde se dispõe que “são juridicamente inexistentes, não produzindo qualquer efeito, as diretivas antecipadas de vontade cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável”. Mas esta afirmação solene – e desnecessária, por ser doutrina já afirmada no Código Penal – não se compagina com algumas das consequências do estipulado no já referido art. 2º, como exemplifiquei. Salvo melhor opinião, o diploma apresenta aqui uma contradição interna que pode originar conflitos intoleráveis, com o médico pretendendo cumprir o que se afirma no art. 5º e a família ou o procurador a quererem impor o estipulado na DAV.

Nesta matéria, cumpre realçar que a lei claudica também ao confundir cuidados básicos e tratamentos. Tratar da higiene pessoal, comer e beber são cuidados que cada um de nós presta a si mesmo no dia-a-dia, mas não são tratamentos médicos, mesmo que assegurados por outrem, nomeadamente por elementos das equipas de saúde. Esta distinção entre cuidados normais e tratamentos, a que alude o nosso Código Deontológico (art. 59º, nº 5), assume particular relevo no processo de fim de vida e tem originado profundos desvios éticos, com enorme eco nos *media*, como foi o triste caso de Terry Schiavo nos EUA. Quando se suspendem os tratamentos por serem ineficazes ou desproporcionados, a intenção não é provocar o desenlace fatal, mas simplesmente reconhecer a sua inoportunidade; pelo contrário, ao suspender a alimentação ou a hidratação a consequência mortal é infalível, em escassos dias. Por isso, a interrupção destes cuidados não é admissível, embora indicada se o doente já não aceitar ou não puder beneficiar desses cuidados,

por serem então fúteis e inúteis.

Ora, a nossa lei confunde lamentavelmente os cuidados normais com tratamentos, no art. 2º, nº 2, alínea b), ao estabelecer que a pessoa pode recusar o “tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo de morte” (sublinhados meus), abrindo a porta a esta tão dura forma de eutanásia. E sublinhe-se, também, o disparate da primeira parte da frase transcrita, uma vez que os médicos já estavam impedidos de ministrar tais tratamentos fúteis, inúteis ou desproporcionados, exatamente porque não se coadunam com as *leges artis*, nem com o seu código de conduta (art. 58º, nº 1 e art. 59º, nº3).

Uma terceira questão maior é a *objeção de consciência*, cujo direito se acolhe no art. 9º. A reserva que a lei suscita corresponde à necessidade de “os estabelecimentos de saúde em que a existência de objetores de consciência impossibilite o cumprimento do disposto no documentos de diretivas antecipadas de vontade” deverem “providenciar pela garantia do cumprimento do mesmo, adotando as formas adequadas de cooperação com outros estabelecimentos de saúde ou com profissionais de saúde legalmente habilitados” (nº 3 do mesmo artigo).

Esta redação leva a presumir que será elaborada uma lista de objetores de consciência na unidade de saúde em causa, o que padece de melindre ético. A objeção é um ato casuístico, dependente da situação clínica do doente e dos termos do seu testamento vital. É perante o caso concreto que o médico pode encontrar razões de consciência para se opor ao estipulado na DAV.

É, por isso, ilógico admitir que um médico será objetor em todas as circunstâncias ou que nunca o será, pelo que não tem fundamento criar uma lista de objetores, ainda que com base no facto de se ter objectado anteriormente. Tentar ultrapassar esta dificuldade obrigando o médico a divulgar o fundamento da sua decisão é cair numa dificuldade ética ainda maior, dado que a objeção de consciência é um ato que sucede no seio da relação médico-doente e, portanto, está protegido pelo segredo médico. A circunstância de o doente estar incapaz não modifica a índole da relação, nem as suas consequências, embora imponha a necessária adaptação. Neste caso, a confiança do fundamento da objeção do médico deve ser feita aos familiares ou ao procurador de saúde. Nenhuma outra pessoa ou instituição, pública ou privada, pode impor a publicação desses motivos, a menos que os familiares ou o procurador de saúde consintam.

Ora, no nº 2 do art. 9º estabelece-se que “o profissional de saúde que recorrer ao direito de objeção de consciência deve indicar a que disposição ou disposições das diretivas antecipadas de vontade se refere”. Como se vê, esta norma suscita os mencionados melindres éticos da invasão da relação médico-doente e do respetivo dever de sigilo, mas pior ainda será se a hierarquia hospitalar pretender conhecer também os motivos que justificam a objeção a uma dada disposição contida na DAV. Como nota marginal, assinalo que há um ponto duvidoso neste passo da lei, pois não se diz onde ou a quem deve ser dada a indicação das disposições da DAV a que se refere a objeção.

Outra potencial consequência nefasta da lei reside na possibilidade de alguém, na cadeia hierárquica, querer forçar o médico a não usar

do direito de objetar, como já se está a verificar na Bélgica, conforme revelou Walter Osswald.

Apesar das críticas que o diploma me merece, considero muito útil o conhecimento da vontade da pessoa em relação ao seu processo de fim de vida, quer a mesma tenha sido transmitida verbalmente aos seus próximos, quer seja reduzida a documento escrito. É também importante a possibilidade de designação de um procurador dos cuidados de saúde, como previsto nesta lei que, contudo, lhe retira parte do seu valor ao não considerar que a opinião deste pode ser mais consentânea com a vontade do doente do que a expressa no testamento vital, uma vez que o procurador não elabora sobre uma

situação imaginada, mas sobre o caso atual e as suas circunstâncias particulares (v. art. 13º, nº 2).

Em suma: a lei enferma de graves desacertos éticos numa matéria muito sensível pois que, como nota Antonieta Dias, as pessoas “colocam a sua vida numa decisão documental”. Mas seria necessário uma lei para proteger estes interesses, ainda que expurgada dos aspetos problemáticos que apontei? A verdade é que a *praxis* médica e as normas do próprio Código Deontológico (art. 46º) obrigam a tomar na devida consideração a vontade do doente, apurada através do que possa ter deixado escrito e da consulta dos seus próximos e do seu representante legal. Salvo melhor opinião, bastaria consagrar

legalmente a figura do procurador de cuidados de saúde.

Não posso deixar de considerar que legislar nesta matéria, ainda que sem deslizes éticos, pode ter uma consequência nociva: induzir nos portugueses a desconfiança acerca dos cuidados de saúde prestados no fim das suas vidas. Resta-me a esperança de que poucos se preocupem com a possibilidade remota da *mala praxis*, o que explicará a muito reduzida adesão às DAV, a avaliar pelo escasso número (1009 em 31 de Janeiro último) das registadas no correspondente registo nacional (RENTEV), dando razão ao nosso Bastonário que considerou a lei “um exercício intelectual que irá ter um impacto objetivo extremamente limitado”.

in memoriam

Ao Dr. António Galhordas morte aos 83 anos

Quando ainda jovem aluno do Liceu, conheci-o e fiquei logo cativado pela sua simpatia, clareza de pensamento, determinação e força com que se envolvia na acção. Era do curso de um meu tio e através deles assistia aos esboços de um projecto notável, as Carreiras Médicas. Desse grupo faziam parte os inovadores Prof. Miller Guerra, Prof. Jorge Horta, Dr. Albino Aroso. Carreiras Médicas que foram a matriz da modernidade da formação clínica em Portugal, base para o que foi a Criação do Internato Geral obrigatório para obtenção da Licenciatura. Ouvia-os e ficava conquistado. Ele era o que eu chamo um aristocrata plebeu. Uma chama que não se apagará, se não o transformarem em objecto de museu, mas antes transmitido como exemplo.

Toda essa aliciante mudança de mentalidade, pela ciência, observação e treino monitorizado, possibilitou a qualidade do SNS e o prazer de sermos médicos, mas está hoje abortada pela troca de uma coisa a que chamam “medicina” e que eu chamo burocracia insalubre. Onde está o Internato Geral de 2 anos obrigatórios e onde se faz a passagem do conhecimento nas Carreiras Médicas? Os formadores eclipsaram-se para o estrangeiro ou para a reforma, por se negarem à mediocridade. Que falta nos fazem Galhordas, Albino Aroso, Miller Guerra, para já não falar de Cid dos Santos, Juvenal Esteves, Abel Salazar, Ricardo Jorge.....

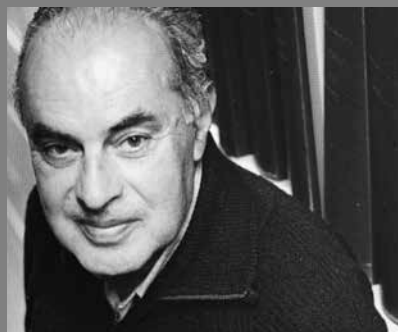
Mas recordando o que foi o exemplo do Dr. Galhordas para a minha formação médica, posso com reconhecimento registar a humanidade, o nível técnico, a simpatia e espírito de diálogo com todas as gerações, numa simbiose com a descrição, tão rara nos auto proclamados líderes.

Como cidadão ele foi um lutador pela liberdade contra a ditadura e onde a cobardia e a subserviência dos médiocres, actualmente tão em moda, era uma atitude desconhecida.

É por isto tudo que senti um impulso rápido em escrever já, este singelo testemunho de gratidão, que espero não seja uma saudade mas uma passagem de testemunho vivo.

Um grande abraço Dr. Galhordas

Francisco Crespo





Joaquim Barradas

Breve História da Alma

Realizou-se em Abril mais uma conferência do NHMOM, proferida pelo cirurgião geral, Joaquim Barradas. A biblioteca histórica da Ordem dos Médicos encheu-se com mais de cinco dezenas de pessoas que quiseram conhecer esta breve, mas interessante, "História da Alma". Publicamos em seguida o resumo do palestra escrita pelo próprio orador.

De acordo com a definição clássica, a alma é a parte imaterial e incorpórea do ser. É a sede do pensamento, do sentimento e das emoções; mas também das inclinações, aptidões, vontade e coragem. Santo Agostinho, um dos primeiros teólogos cristãos, afirmava que ele era a sua alma, querendo certamente significar que todas as manifestações do indivíduo têm origem na alma e é esta que define a identidade.

É com os filósofos gregos pré-socráticos que se firma a relação individual com o mundo exterior. Anaxágoras (c. 500-427) considerava que a matéria não é razão que explique a beleza dos objectos. Há um poderoso espírito que introduz bondade nos objectos naturais, do mesmo modo que domina todos os seres que têm alma. Este espírito é omnipresente, é a

mais subtil de todas as coisas e detém uma força extraordinária capaz de mover os astros. Além de dominar todas as almas, o espírito é eterno e é a causa de todos os acontecimentos que ocorrem no mundo¹.

Quase dois séculos depois, Aristóteles (384-322) define a alma como agente dos fenómenos vitais. Todos os seres vivos são providos de alma, incluindo os vegetais. Os animais são também possuem esta alma vegetativa, mas ela é ainda mais complexa e tem poderes para fazer com que tenham sensibilidade e sejam capazes de se moverem. Tendo naturalmente uma alma só, ela é dotada destes poderes adicionais que o filósofo grego designou por alma sensitiva. Finalmente, os seres humanos têm a alma vegetativa e sensitiva e desfrutam ainda

do pensamento e da razão, a alma racional.

Além de filósofo, Aristóteles dedicou-se a estudos biológicos e teve uma influência decisiva na medicina galénica. Considerava a matéria indecifrável mas contendo em si a potência conferida pela forma, entendida como o conjunto de qualidades que definem a essência da matéria. Esta força interior da matéria teria uma razão de existir. A enteléquia (do grego: *entelos*-finalidade interior) será o exercício que dinamiza um corpo com vida. A alma seria então a forma do corpo, sendo a enteléquia a parte dela que desencadeia as acções nos órgãos humanos². Esta formulação é complexa mas torna-se importante porque envolve a ideia de uma força no interior do corpo, em lugar de atribuir aos espíritos e influências exteriores

as acções dos órgãos. Esta nova centralidade orgânica, que envolve um conceito próximo daquilo a que chamamos função, vai inspirar Galeno, quase cinco séculos depois, a encontrar e a desenvolver um sistema integrado de funcionamento do corpo humano.

Aristóteles dizia que Anaxágoras encontrava um espírito sempre que lhe faltava uma explicação para os fenómenos. Apesar desta observação, também ele desenvolveu a teoria do pneuma, um espírito vindo dos céus, do lugar onde habitam os deuses. O pneuma seria introduzido no organismo pelo ar inspirado e também ele teria uma acção sobre os órgãos.

Para Galeno (129-200) havia três espécies de pneuma, hoje designados por espíritos. O primeiro seria o espírito vital que actuava

no coração juntamente com o calor inato, já mencionado no livro *O Coração*, do Corpo Hipocrático. O espírito vital distribuía calor e vitalidade por todo o organismo por via das artérias, que se julgava conterem ar. Antes de penetrar no cérebro transitava por uma rede intrincada de vasos que maravilhou o médico grego. Impressionado com este artifício da natureza que relentava a passagem do espírito vital para dar oportunidade à transformação em espíritos animais (melhor se diria espíritos da alma), Galeno chamou-lhe a rede maravilhosa ou *rete mirabile*. Alojando-se nos ventrículos cerebrais, os espíritos seriam libertados para percorrerem uns pequenos tubinhos, que considerava existirem nos nervos, para produzirem o estímulo motor. De modo semelhante, re-

colhiam as sensações exteriores para as conduzirem ao cérebro. Era no fígado que o terceiro, o espírito natural, transformava os alimentos digeridos em sangue. As artérias existiam para receber os espíritos e teriam uma parede mais espessa para os conter; as veias seriam reservatórios dos alimentos³. O maravilhoso anatómico de Galeno apenas existe em alguns animais, que dissecou, mas não faz parte da anatomia humana.

A grande obra de Galeno fez doutrina e estabeleceu um conjunto de princípios organizados num sistema de grande utilidade prática, que munuiu os médicos de referências. Ao atribuir à alma e aos espíritos funções e obras tão importantes no funcionamento orgânico, o médico grego envolveu a medicina num misticismo



que perdurou até ao século XVIII, quinze séculos depois da sua formulação. A evolução da química e um melhor conhecimento dos fenómenos físicos, a par da clarificação do conhecimento anatómico, contribuíram para o desmoronar do galenismo.

O sistema mecanicista proposto por Descartes (1596-1650) não vingou, mas o filósofo francês deu importante contributo ao afirmar que os espíritos animais não seriam mais do que matéria constituída por corpos muito pe-

uma síntese demasiado precoce. Admirável é o génio de Aristóteles que reconheceu a globalidade do fenómeno vital. Embora encontrasse na alma a sua textura, conferiu-lhe um âmbito que a modernidade não rejeita. Hoje acredita-se num determinismo diferente, mas de semelhante consequência: o corpo humano tem quase 20% dos ácidos nucleicos dos vegetais e partilha o seu material genético com os animais, chegando a ter uma semelhança próxima dos 98%.

tivo; mais ainda sobre a génese do pensamento e dos afectos. Os milhares de conexões celulares de cada neurónio, com transmissão múltipla de informação e a intervenção coordenada e simultânea de hormonas, neurotransmissores e outras substâncias biologicamente activas constituem os conhecimentos básicos de um sistema muito complexo ainda por desvendar.



quenos, talvez numa antecipação aos fenómenos e às partículas químicas elementares que tanta importância têm na fisiologia moderna⁴.

O reconhecimento actual da responsabilidade de inúmeros fenómenos químicos em funções orgânicas tentam alguns a afirmar que a alma e o pensamento são o resultado de processos semelhantes, o que talvez possa constituir

Os conhecimentos actuais sobre matéria e a capacidade de manipulação das partículas constituintes do átomo representam um enorme progresso em relação ao tempo do filósofo grego, que considerava a matéria indecifrável. Sobre a alma, os progressos não serão tão notórios. Há ainda grandes interrogações sobre a forma como se coordena o fenómeno motor e apreende o sensi-

Notas

1. Kirk GS, Raven JE, Schofield – *Os Filósofos Pré-socráticos*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, 2005, p 383.
2. Aristóteles – *De Anima* 413 a 5.
3. Galeno, Ed. Daremberg, CH – *Ouvres Anatomiques, Physiologiques et Médicales de Galien*. JB Baillière, I Vol, Paris, 1854, p 410.
4. Descartes R – *As Paixões da Alma*. Livraria Sá da Costa Editora. 17ª ed. Lisboa, 1992, p 70.

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.

