

Urgências hospitalares

constrangimentos e oportunidades - pág. 27

**acto
médico**

dos médicos, pelos doentes

XVIII
CONGRESSO
NACIONAL DE
MEDICINA

IX
CONGRESSO
NACIONAL DO
MÉDICO INTERNO

26-27-28 NOV 2015

CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS DA SRNOM
Rua Delfim Maia, 405 · Porto

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 31
N.º 162
Setembro 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:
A Regional artes gráficas e pub.,lda
Rua dos Congregados, 25/27
4710-370 Braga

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
nº 1, alínea a do artigo 12 do Decreto
Regulamentar nº 8/99



S *umário*

editorial

- 05 O necessário e resumo
balanço de quatro anos
de Ministério da Saúde.
Olhar o passado a pensar
no futuro

informação

- 12 Evolução prospetiva
de neurologistas
no SNS
- 14 Critérios de admissão
no Colégio de Medicina Intensiva
- 15 Internato da Especialidade:
a mobilidade como um valor
em si mesmo
- 16 OM assina protocolo relativo
ao programa "Tratar de Mim"
- 17 Concursos de provimento
em Medicina Geral e Familiar
- 18 Comunicado sobre
o RIM
- 19 Limiar mínimo de médicos por
unidade/serviço clínico hospitalar
- 19 Observatório da Natalidade
e do Envelhecimento em Portugal
- 20 Gravíssima situação na
especialidade de Ortopedia
do Hospital de Faro
- 21 Prática de Acupunctura Médica
é regulamentada pela OM
- 23 Destaques do Site
- 24 Alteração da Lei de Protecção
de Menores e Jovens em Perigo

actualidade

- 26 Ordens profissionais exigem
suspensão da Lei do Inventário
Nacional dos Profissionais
de Saúde
- 27 Organização dos serviços
de Saúde. Urgências hospitalares
constrangimentos e oportunidades
- 34 Programa Doutoral em Bioética
- 36 Medicina e arte:
uma conferência, um livro,
um concerto
- 40 Encontro Luso-Brasileiro de
História da Medicina Tropical

SRN - informação

- 42 CRN denuncia situações críticas
em Vila Real e Santo Tirso
- 45 A Medicina do ministro
Paulo Macedo
- 47 Revisitar um Porto
"tradicional e regionalista"
com o "exímio Joel Cleto"



SRS - informação

- 48 Défice de Médicos
no Centro Hospitalar do Algarve
- 50 1^{as} Jornadas Médicas das Ilhas
da Macaronésia
- 52 Representação em organismos
internacionais
Maior proximidade entre
delegados e dirigentes da Ordem
- 53 Sábados do Saber

SRC - informação

- 54 Visita ao Hospital Distrital da
Figueira da Foz
- 56 A Otite de David Cameron
e os cuidados de saúde primários
- 57 SNS - Património
dos Portugueses
- 58 Incentivos do Ministério
da Saúde "podem configurar
violação do princípio
da igualdade"
- 58 Mais de três mil pessoas
sem médico de família

opinião

- 60 15 minutos, chegam?
- 62 A eternidade do tempo interno
- 66 Porquê?... USF/UCSP
- 67 Antes um chip na orelha,
Dr. Paulo Macedo!
- 68 O exercício da Medicina Geral
e Familiar em países diferentes
- 74 Os Bonifrates
- 76 Um problema de Semântica...
Será tarde para mudar x-logia
para x-iatria?

histórias da história

- 77 Ciências Farmacêuticas
e Psiquiatria
- 80 Garcia da Orta -
Esquecido Pioneiro
do Conhecimento Experimental

Nota da redacção: Os artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores;
os artigos inseridos nas páginas identificadas das Secções Regionais são da sua inteira
responsabilidade. Em qualquer dos casos, tais artigos não representam 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: Helena Garcia
ANESTESIOLOGIA: Paulo Ferreira de Lemos
ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR: José Fernandes e Fernandes
CARDIOLOGIA: Mariano Pego
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: António Marinho da Silva
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA: Paulo Pinho
CIRURGIA GERAL: Pedro Coito
CIRURGIA MAXILO - FACIAL: Paulo Coelho
CIRURGIA PEDIÁTRICA: Paulo Casella
CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA: Vítor Fernandes
DERMATO - VENEREOLOGIA: Manuela Selores
DOENÇAS INFECCIOSAS: Fernando Maltez
ENDOCRINOLOGIA - NUTRIÇÃO: Helena Cardoso
ESTOMATOLOGIA: Rosário Malheiro
FARMACOLOGIA CLÍNICA: Henrique Luz Rodrigues
GASTROENTEROLOGIA: Pedro Narra Figueiredo
GENÉTICA MÉDICA: Jorge Pinto Basto
GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA: João Silva Carvalho
HEMATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Abecasis
IMUNOALERGOLOGIA: Helena Falcão
IMUNOHEMOTERAPIA: Fernando Araújo
MEDICINA DESPORTIVA: Maria João Cascais
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO: Cecília Vaz Pinto
MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques
MEDICINA INTERNA: Armando Carvalho
MEDICINA LEGAL: Sofia Lalanda Frazão
MEDICINA NUCLEAR: Maria do Rosário Vieira
MEDICINA DO TRABALHO: José Eduardo Ferreira Leal
MEDICINA TROPICAL: José Lopes Martins
NEFROLOGIA: José Diogo Barata
NEUROCIRURGIA: Rui Vaz
NEUROLOGIA: José Fernando da Rocha Barros
NEURORRADIOLOGIA: João Lopes dos Reis
OFTALMOLOGIA: Augusto Magalhães
ONCOLOGIA MÉDICA: Maria Helena Gervásio
ORTOPEDIA: Manuel André Gomes
OTORRINOLARINGOLOGIA: Artur Condé
PATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Cirne Carvalho
PEDIATRIA: José Lopes dos Santos
PNEUMOLOGIA: Fernando José Barata
PSQUIATRIA: Luiz Carlos Viegas Gamito
PSQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA: Pedro Monteiro
RADIOLOGIA: Maria Amélia Ferreira Estevão
RADIONCOLOGIA: Margarida Roldão
REUMATOLOGIA: José António de Melo Gomes
SAÚDE PÚBLICA: Pedro Serrano
UROLOGIA: Avelino Fraga Ferreira

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: Vasco Ribeiro
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: José Filipe Farela Neves
DERMATOPATOLOGIA: Esmeralda Vale
ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão
EEG/NEUROFISIOLOGIA: Maria Regina Brito
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA: Jorge Amil Dias
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA: Carlos Freire de Oliveira
HEPATOLOGIA: Luís Tomé
MEDICINA INTENSIVA: José Artur Paiva
MEDICINA MATERNO-FETAL
MEDICINA DA REPRODUÇÃO: Carlos Calhaz Jorge
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Helena Jardim
NEONATOLOGIA: Daniel Virella
NEUROPEDIATRIA: José Carlos da Costa Ferreira
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: Nuno Reis Farinha
ORTODONCIA: Teresa Alonso
PSQUIATRIA FORENSE

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

ACUPUNCTURA MÉDICA: António Encarnação
AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL: Duarte Nuno Vieira
CODIFICAÇÃO CLÍNICA: Fernando Oliveira Lopes
EMERGÊNCIA MÉDICA: Vítor Almeida
GERIATRIA: Manuel Veríssimo
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: José Pedro Moreira da Silva
HIDROLOGIA MÉDICA: Luís Cardoso Oliveira
MEDICINA DA DOR: Beatriz Gomes
MEDICINA FARMACÊUTICA: Ana Maria Nogueira
MEDICINA HIPERBÁRICA: Oscar Camacho
MEDICINA PALIATIVA: Isabel Galriça Neto
MEDICINA DO SONO: Teresa Paiva
NEUROPATOLOGIA
PATOLOGIA EXPERIMENTAL: António Silvério Cabrita
PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIAL: Alberto Costa
SEXOLOGIA CLÍNICA: Pedro Freitas



*O necessário e resumido
balanço de quatro anos
de Ministério da Saúde.
Olhar o passado a pensar
no futuro*

Sem estados de alma, deve ser feito o balanço de quatro anos de governação da Saúde, numa análise do passado que logicamente traça caminhos para o futuro.

Antes de tudo o mais deve dizer-se que, durante quatro anos, qualquer governante faz algo de positivo, naturalmente. Todavia, fazer algo, ou fazer os mínimos, corresponde a cumprir a obrigação? Não. Tomar algumas medidas, significa que foi feito o possível e o suficiente? Não. Fazer qualquer coisa, significa obrigatoriamente que se fez bem e que, no caso da Saúde, o SNS melhorou? Não.

Em primeiro lugar, deve dizer-se que não vale a pena discutir os pequenos números e as opacas estatísticas e indicadores apresentados pelo Ministério da Saúde (MS), pois não são auditados por nenhuma entidade independente, nem se sabe bem ao que correspondem exactamente, sem uma análise de pormenor, nomeadamente quando se fala de cirurgias, nas quais há tantas diferenças em termos de complexidade e codificação! Um exemplo que demonstra a incongruência entre os números do MS e a verdade é o facto de, continuamente, o MS dizer que aumentam as cirurgias

e que diminuem as listas de espera, mas ter sido obrigado a implementar este Agosto outro programa adicional de contratualização de mais cirurgias com um financiamento extra de 22 milhões de euros, para “evitar a derrapagem dos tempos de espera” (sic)... Afinal, e os doentes sentem-no, os cortes foram mesmo exagerados e as listas de espera estão efectivamente a derrapar, de tal forma que, este ano, o MS chegou ao cúmulo de emitir cheques-cirurgia sem cobertura, como se confirmou.

Por outro lado, numa auditoria recente à Saúde, o Tribunal de

Contas (TC) concluiu que “nos diferentes níveis de “fiscalização” das contas, ninguém confirma a veracidade dos dados fornecidos pelas instituições” (Relatório nº 7/2015 – 2ª Secção). Quanto ao grau de confiança dos dados apresentados pelo MS ficamos esclarecidos pelo TC.

Por tudo isto, devemos centrar-nos na perspectiva e na discussão do que se passa na Saúde em termos macro, não nos micronúmeros do MS.

A análise que o MS faz da sua política tem um perfeito paralelismo na alegada futura devolução de 25% da sobretaxa do IRS. O Governo atacou violentamente os Serviços Públicos e o Estado Social (com um impressionante agravamento das desigualdades sociais), reduziu salários, cobrou taxas e impostos a um nível nunca visto (paguei 20 euros por uma fotocópia de uma certidão de óbito numa loja do cidadão!!! Fui esbulhado com uma taxa de 3,5% para a ADSE!, etc.), vendeu as grandes empresas portuguesas ao desbarato, ao mesmo tempo que a dívida pública portuguesa continuou a disparar de forma impressionante... Mas como agora anuncia a hipotética devolução de 25% da sobretaxa do IRS, pretende ser elogiado pelo anúncio desta putativa devolução de 25%, em vez de ser criticado por ainda ficar com 75% da dita sobretaxa! É uma visão curiosa... 25% de garrafa cheia não fazem esquecer 75% de garrafa vazia, como é fácil de entender. Façamos então o balanço dos quatro anos de Saúde do actual Governo, na perspectiva de médicos, doentes e Qualidade da Saúde.

A – Quais os grandes indicado-

res da realidade macroeconómica do SNS em Portugal? A despesa pública e privada em Saúde. Ora, de acordo com a OCDE:

A1 – De 2010 para 2013, a média da despesa pública em saúde dos países da OCDE subiu de 6,4 para 6,5% do PIB, enquanto em Portugal desceu de 6,9 para 6,0% do PIB. Ou seja, o investimento público anual em Saúde perdeu 0,9% do PIB, cerca de 1500 milhões de euros, mais do dobro do exigido inicialmente pela Troika, que era de 550 milhões, com gravíssimas repercussões sobre o funcionamento do SNS, como era inevitável e apesar do esforço do Ministério para esconder a verdadeira realidade da Saúde.

A2 – No mesmo período, a despesa privada evoluiu em sentido inverso. O pagamento directo do bolso das pessoas para as despesas em Saúde foi em 2013 de 28% das despesas totais de saúde do país, contra uma média de 19% na OCDE, sendo esta percentagem de 22% em Espanha e em Itália, 7% em França e 10% no Reino Unido. Ou seja, não obstante o seu empobrecimento generalizado, o Estado transferiu despesa em Saúde, que devia ter assumido, para as Famílias, sobrecarregando-as.

B – O Governo diminuiu a dívida do SNS. Sim, é verdade, mas também graças a um orçamento suplementar, como aconteceu repetidamente no passado, e aos cortes excessivos impostos ao SNS. Cortou-se na assistência, nas condições de trabalho, na contratação de profissionais e no acesso à inovação terapêutica, para pagar dívida. Qualquer contabilista poderia ter feito o mesmo, desta mesma maneira. Porém, com a dimen-

são nos cortes ao SNS, o Governo tinha a obrigação de ter pago toda a dívida do SNS, se não tivesse desviado dinheiro da Saúde para outros sectores.

C – Dentro da sua filosofia ultraliberal, o Ministério da Saúde aumentou a contratualização de prestação de serviços com o sector privado e social, acelerando o esvaziamento e o desinvestimento no SNS e na prestação pública de cuidados de Saúde. Ora, este processo promoveu a saída de médicos para o sector privado, agravando as dificuldades do SNS em fixá-los. Esta estratégia deliberada de favorecimento do grande sector privado, que cresceu exponencialmente com o apoio do Governo, tem efeitos nefastos e perversos, como refere Armando Pires, citando Wiliam Baumol: “Baumol defende também que entregar a saúde aos privados pode ter efeitos opostos aos pretendidos. Como o exemplo dos EUA demonstra, os custos com a saúde em vez de diminuir podem aumentar quando esta é dominada por privados. Quando a saúde está nas mãos dos privados, isto pode conduzir a um racionamento deixando os mais pobres com menos acesso aos serviços, ao mesmo tempo que pode fazer explodir os custos para aqueles com recursos. De facto, quem pode pagar estará sempre disposto a gastar o que for preciso com a sua saúde”.

O modelo holandês, dos mais caros da Europa, baseado em seguros ‘competitivos’, também falhou, como descrito num artigo bem recente: “passados 10 anos, as reformas não levaram à desejada contenção de custos ou melhoria da qualidade” (NEJM, 2015; 373: 885-9).

D – Onde se notam objectivamente as maiores diferenças entre a paisagem publicitária traçada pelo MS e a dura realidade sentida pelos profissionais e doentes?

D1 – O MS reconheceu que é preciso recuar ao século passado para encontrarmos um excesso de mortalidade no Inverno tão elevada como neste ano de 2015. Esta é uma realidade que desmente muitas estatísticas. O SNS colapsou no Inverno, é uma dolorosa verdade indelével, que originou mortes por falta de assistência, cujos culpados, administradores e MS, ficaram vergonhosamente impunes.

D2 – O MS obstaculizou quanto pôde a constituição de USF modelo B e dificultou os modelos A, lentificando a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Aumentou o número de USFs? Sim, claro, mau seria se assim não tivesse acontecido durante quatro anos. Porém, se não fossem as conhecidas dificuldades levantadas por este MS, podiam e deviam ter sido constituídas muitas mais, o que teria trazido Médico de Família e melhor organização a mais algumas dezenas de milhar de pessoas.

D3 – Formaram-se 1097 novos Médicos de Família desde 2011? Claro que sim, por força das vagas que foram abertas, sempre em crescendo, pelo anterior Governo! Política normal, continuada pelo actual MS. Mas nada foi feito para evitar que muitos Médicos de Família estejam a emigrar e muito pouco para contratar temporariamente os reformados.

D4 – Durante quatro anos o MS deixou culposamente mais de um milhão de portugueses sem Médico de Família, ape-

nas por causa dos cortes cegos na Saúde, com uma enorme insensibilidade e consequências dramáticas para muita gente. Não foi por falta de médicos, porque Portugal é o quarto país da Europa com mais médicos e 1500 Médicos de Família reformados podiam ter sido temporariamente contratados, desde que com uma retribuição minimamente condigna. Apesar da ligeira melhoria de condições e de mais alguns médicos aceitarem regressar, a medida de contratação de reformados foi mais um *flop*, com sérios prejuízos para os doentes. Um *flop* deliberado, porque a obsessão permanente é cortar no SNS. Depois de o ter prometido há quatro anos, e falhado por culpa própria (porque era possível cumprir!), o MS volta a fazer a mesma promessa para o próximo quadriénio, de dar um Médico de Família a todos os portugueses. Sem comentários...

D5 – A iniciativa de última hora de aumentar artificialmente as listas dos Médicos de Família a troco de dois euros por doente, prejudicando todos os doentes do médico e tornando a lista ingerível, é um incontornável exemplo de como o MS trabalhou apenas para as estatísticas, sem quaisquer preocupações de qualidade, e que nem contas sabe fazer, pois, mesmo propondo-lhes um pagamento mais condigno do que o actualmente oferecido, atraindo assim mais médicos, ficava mais barato e com mais qualidade contratar médicos reformados.

D6 – Foram desenhados incentivos de última hora para fixar médicos no interior do país? Não são incentivos, são castigos! Durante quatro anos o incentivo é apenas de 125 euros/



Publicidade enganosa

E incrível a publicidade enganosa feita sobre produtos de saúde de venda livre, induzindo a população em gastos desnecessários em suplementos dietéticos e 'medicamentos' alternativos cujos alegados efeitos benéficos não têm sustentação científica. A legislação sobre publicidade em Saúde tem de ser mais exigente. As pessoas não podem continuar a ser enganadas por publicidade 'milagrosa' e recomendações absurdas.

A falta de controlo de qualidade de muitos desses produtos é um verda-

A falta de controlo de qualidade é um crime económico

deiro crime económico e de saúde pública, pois não são submetidos ao mesmo rigoroso controlo dos medicamentos.

Uma investigação da BBC (BMJ 2015; 351: h3833) detetou que muitos suplementos alimentares à base de plantas não continham o ingrediente principal como anunciado. Por exemplo, mais de um quarto de 30 destes produtos com ginkgo biloba que foram testados tinham muito pouco ou nenhum extrato desta planta! Qual é a realidade em Portugal? O Governo que responda, se souber (não sabe...)! Porém, sobretudo, consulte sempre um médico!

In "Correio da Manhã" - 30 de Julho de 2015

mês, líquidos, mas o médico, pelas penalizações inerentes, fica preso a um contrato de cinco anos, mesmo que entretanto a sua vida mudasse completamente ou tivesse oportunidade de concorrer a outra vaga. São incentivos demagógicos e que para pouco mais servem do que para publicidade. Certamente, quase nenhum médico mudará os seus planos por tão débeis e traiçoeiros incentivos. Com incentivos adequados, o problema seria resolvido. Estranhamente, não obstante se queixar da falta de anestesistas, o MS não instituiu quaisquer incentivos para esta especialidade...

D7 – O MS afirma que há mais médicos no SNS, mas não explica o essencial. Há mais jovens médicos, sim, porque se formaram mais médicos, devido ao *numerus clausus* definido por anteriores Governos. Mas os médicos mais velhos reformaram-se antecipadamente, saíram para a privada ou reduziram o seu horário no SNS, e centenas de médicos emigraram, criando graves problemas aos Hospitais, às Urgências, aos Cuidados de Saúde Primários e aos doentes. Mais de 3000 médicos saíram do SNS desde 2011. Numericamente há mais médicos? Não é o mais relevante, são sobretudo médicos ainda muito jovens e ainda não especialistas. Mas o MS contratou todos os médicos que podia e devia ter contratado? Não. A realidade é que nunca como agora se sentiu e falou tanto na falta de médicos no SNS e nunca ficaram tantos concursos desertos apesar do MS dizer que há mais médicos, o que é contraditório. O último comunicado emitido pela Ordem dos Médicos denunciou o colapso do Serviço de Cirurgia

Geral do Hospital de Faro, que é real. Este problema é particularmente agravado pelo modelo de contrato, que agora retira 18h para serviço de urgência, em vez de apenas 12h, do horário normal de trabalho do médico especialista; isto significa, por exemplo, que cada novo anestesista contratado tem disponível menos uma manhã por semana para a cirurgia programada, comparando com o anestesista que se reformou. Este foi o Governo que mais desqualificou e desrespeitou a profissão médica e a medicina em Portugal, com consequências negativas para os doentes.

D8 – O MS abriu mais alguns lugares de Cuidados Continuados, mas esconde que encerrou centenas de camas de agudos, poupando dinheiro na contabilidade final (a verdade escondida), pois as primeiras são muito mais baratas que as segundas. Em consequência, criou graves problemas de internamento de doentes agudos, em muitos hospitais, não resolveu os problemas da falta de camas de doentes crónicos e, sobretudo, não corrigiu a organização disfuncional dos Cuidados Continuados, que continuam desinseridos da realidade local e a não responder às necessidades da população. Nesta área, a política do MS foi mais um completo desastre.

D9 – Portugal tem um *deficit* imenso de camas hospitalares, com más consequências no tratamento dos doentes e agravamento do risco de infeções hospitalares, tendo apenas 3,4 camas/1000 habitantes, quando a França tem 6,3 e a Alemanha 8,3. No campo específico e tão importante da Medicina Intensiva, um relatório concluiu que

faltam 80 camas de cuidados intensivos em Portugal.

D10 – Não resolveu nem minimizou sequer a grave insuficiência dos cuidados paliativos. Mais grave ainda, está em preparação um 'rede nacional de cuidados paliativos', que, apenas para satisfazer a estúpida ânsia de mais uma capelinha, repetirá conscientemente os erros tremendos da 'rede nacional de cuidados continuados', afectando negativamente os doentes.

D11 – Nada fez para, na Saúde, despoletar o debate da separação entre o sector público e o sector privado, como expliquei em recente artigo num jornal diário. Muitos médicos trabalhavam apenas no SNS se lhes fosse dada essa oportunidade!

D12 – Nada, mas mesmo nada de efectivo se fez a nível da prevenção das doenças crónicas, com excepção de algumas medidas sectoriais no tabaco. Portugal é o segundo país da Europa com maior percentagem de pessoas diabéticas, 13,09% da população, apenas atrás da Turquia! Só a Diabetes consome 10% do orçamento da Saúde, no total as doenças crónicas consomem 80% do orçamento da Saúde, e o imobilismo preventivo do Ministério da Saúde foi confrangedor. Era possível e necessário ter feito muito mais e muito melhor! A crise da Legionella foi mais um dos exemplos de como o Governo falhou redondamente na prevenção. Com base em argumentos doentamente demagógicos e sem qualquer base científica, ao serviço dos interesses da poderosa indústria agroalimentar, o MS nem sequer teve coragem de implementar um imposto sobre os refrigerantes e afins, ver-

dadeiros venenos alimentares!

D13 – Portugal tornou-se num dos países da OCDE com menos acesso e maiores atrasos na aprovação da inovação terapêutica, com sérios prejuízos dos doentes. Só com doentes a morrer por Hepatite C, e alguns morreram, o Ministério da Saúde foi obrigado a chegar a um acordo para a disponibilização da nova e curativa medicação.

D14 – Desorganizou completamente a contratualização médica, impondo as empresas intermediárias de mão de obra médica (agravando os problemas) e desestruturando os concursos médicos, dificultando a colocação estável de médicos e, desta forma, estimulando a saída para o privado e a emigração de jovens especialistas portugueses. O que se tem passado nos concursos, com enorme confusão, tremendas injustiças, alguns evidentes favorecimentos, estranhas entrevistas, absurdos regionalismos e óbvias ilegalidades, é um dos exemplos da extrema e inaceitável incompetência do MS, directamente responsável pela emigração de muitos médicos.

Um desabafo de uma Colega, mais uma a preparar a emigração, ilustra um pouco do que tem sido a muito má e desleixada gestão de recursos humanos do MS: “Após a publicação de resultados da lista final de classificação relativa ao recrutamento médico sob aviso nº 5772-A/2015, de 26 de Maio, e tendo em conta a minha previsível não colocação no mesmo e ainda a falta de respostas relativamente a datas de concretização da cessação de funções e relativamente ao futuro de uma USF recém formada e a uma população a quem foi atribuído

médico de família, e que agora lhe é retirado, aliado a um sentimento da minha parte de descontentamento, desmotivação e humilhação que desses factos advêm, venho por este meio entregar denúncia de contrato em funções públicas, que segue em anexo. Por estes motivos, assim me vejo obrigada a seguir outro rumo profissional diferente daquele para o qual fui formada e a abandonar a luta pela reforma dos cuidados de saúde primários, que se revelou minada pelo próprio sistema”. É preciso acrescentar que a Colega fazia falta onde estava e que assim mais uma lista de utentes fica sem médica de família.

D15 – Devemos recordar aqui a Portaria 82/2014, de uma pseudo reforma hospitalar feita a régua e esquadro nos gabinetes do MS, que seria extremamente gravosa se aplicada. Tudo deveria ter começado no início do mandato por promover uma transparente discussão sobre as redes e centros de referência, para depois desenhar a rede hospitalar. Mas o processo, que devia ter corrido bem, correu mal, por culpa do MS. Tardamente, os períodos de candidatura aos centros de referência abriram durante as férias e em pleno período eleitoral, sem uma discussão pública prévia. Agora, para quê e porquê tanta pressa?

D16 – Destruíu propositadamente a pequena medicina privada de proximidade, para favorecer os grandes oligopólios da Saúde, impondo taxas insuportáveis e regras incumpríveis aos pequenos prestadores. Sem questionar a qualidade, a Ordem dos Médicos propôs que os pequenos espaços de Saúde, até 100-150 metros quadrados, não



Injustiças

As colocações dos jovens especialistas em Medicina Geral e Familiar estão a gerar graves injustiças.

O que deveria ser um concurso de âmbito Nacional foi transformado em concurso Regional. Cada ARS faz o que quer, como se fôssemos vários países, evidenciando as perversidades da regionalização.

Além disso, tendo acabado de fazer um exame Nacional, estes colegas são sujeitos a entrevistas Regionais que introduzem alguns enviesamentos mal explicados...

Como os concursos seguem a ritmos diferentes,

Cada ARS faz o que quer, como se fôssemos vários países

os médicos são obrigados a dizer se aceitam uma vaga sem todos os concursos estarem concluídos! Se recusarem essa vaga, podem não ter outra e ficar fora do SNS. Se a aceitarem, são obrigados a ficar três anos nessa região, perdendo o direito a mudar para outra região, onde também poderiam ter conquistado uma vaga por concurso e em que prefeririam radicar-se! É estúpido e injusto.

Alguns destes médicos acabam por emigrar, deixando mais doentes sem Médico de Família. A culpa é do Ministério da Saúde, que não corrige os concursos, prejudicando os doentes.

In "Correio da Manhã" - 13 de Agosto de 2015

fossem sujeitos às mesmas exigências dos grandes hospitais privados. O MS recusou, obrigando os pequenos privados independentes e de proximidade a cumprir regras que o próprio Estado não respeita; muitos são obrigados a fechar. Este MS é o algoz da pequena medicina privada. Não é inocente e não aconteceu por acaso. Tudo foi programado...

D17 – Impôs uma burocracia absurda aos médicos, mergulhou-os num inferno informático que ainda não foi resolvido e obrigou-os a lutar diariamente contra a falta de material clínico e de apoio adequado e contra a escassez de recursos humanos em muitos hospitais, retirando-lhes tempo para os doentes e desumanizando a Saúde.

E – Mas não houve nada de positivo nestes quatro anos? Sim, claro, quem Governa quatro anos faz sempre alguma coisa bem feita. Há quatro principais pequenas bandeiras:

E1 – Combate à fraude e à corrupção na Saúde. Muito bem. Todavia, beneficiou claramente do caminho iniciado por anteriores Governos, com a implementação do Centro de Conferência de Facturas e a informatização da Saúde. O resto foi um excelente trabalho do Ministério Público e da Polícia Judiciária. O MS pouco mais fez do que “apanhar as canas” e usar este êxito parcial para relegar os graves problemas do SNS para segundo plano. Para além de que nada fez para promover a meritocracia e impedir a nomeação de *boys* partidários para múltiplos cargos públicos, uma das principais formas de corrupção deste vilipendiado país.

E2 – Redução do preço dos me-

dicamentos, o que contribuiu para reduzir a despesa do SNS. Bem. Porém, ao não ter aceitado algumas propostas da OM, levou à exportação paralela de medicamentos, à falta de muitos medicamentos mais baratos nas farmácias e não impediu que muitas farmácias induzissem os doentes a comprar os medicamentos mais caros e não os mais baratos. Transferiu custos para os cidadãos, embora estes, mesmo assim, pagassem menos por medicamento, o que é muito positivo, mas não evitou que muitos cidadãos não pudessem comprar medicamentos, por agravamento das dificuldades sociais e financeiras das famílias, e tornou Portugal num dos países do mundo ocidental com mais atrasos e dificuldades no acesso à inovação terapêutica, com prejuízo de muitos doentes. Finalmente, não ficou nada bem na fotografia do plasma (como é possível que o Presidente da ARS-LVT não tenha sido ainda demitido?), fotografia que também mancha anteriores governos...

E3 – Recuperação das Carreiras Médicas, um trabalho imenso, que se saúda, em que a Ordem dos Médicos colaborou. Bem. Contudo, sem a correspondente progressão remuneratória, excepto nos poucos lugares de Assistente Graduado Sénior. Só em período eleitoral foi anunciada a progressão remuneratória dos Assistentes Graduados, o que apenas se reflectirá nas contas do próximo Governo... O atraso destas medidas foi um dos factores de êxodo dos médicos do SNS. O MS não revelou qualquer preocupação com a crescente imigração de médicos, mesmo das especialidades que mais falta fazem a

Portugal, como anestesia e medicina geral e familiar, o que é surpreendente. Muito negativa a ameaça extemporânea de acabar com o Ano Comum.

E4 – Introdução de um maior rigor de gestão e de alguns programas interessantes, como o SINATS, o SICO, as NOCs, etc.. Muito bem, é o que todos pretendemos. Mas sobrecarregou os médicos com absurdas burocracias, não reestruturou o MS, particularmente com a imprescindível fusão entre a ACSS e as ARS (para acabar com conflitos, redundâncias, incompetências e regionalismos), não foi capaz de respeitar a meritocracia nas nomeações para cargos públicos e impôs uma centralização de gestão no MS que foi unanimemente criticada pelos gestores, retirando qualquer autonomia e responsabilidade aos Conselhos de Administração.

Conclusões:

a) Na relação Qualidade/Acessibilidade/Custos *per capita*, Portugal tinha o melhor SNS do mundo. A aposta deste governo deveria ter sido no SNS e na prevenção. Infelizmente, a linha política do Ministério da Saúde e do Governo visou o emagrecimento encapotado mas violento do SNS e a destruição da pequena medicina privada de proximidade, com sacrifício dos doentes, para promover os grandes grupos económicos, que cresceram exponencialmente, em contraciclo com o empobrecimento do país e dos portugueses. Claro que alguns comentadores políticos, que apenas avaliam cifrões e esquecem as pessoas e que são favoráveis ao grande sector pri-

vado, se desfazem em elogios ao actual MS, porque “controlou a despesa”, o que não admira ninguém. É interessante verificar como aqueles que vão diligentemente destruindo o SNS e a sua capacidade de criar valor e motivar os profissionais, são os mesmos que depois vêm dizer que o modelo está esgotado... Hipocrisias...

b) A despesa pública em Saúde em Portugal deve subir para a média dos países da OCDE. Com mais 0,5% do PIB investidos no SNS, teríamos o melhor SNS do mundo! É este compromisso eleitoral que espero de todos os partidos candidatos a estas eleições. A Saúde é um direito de todos os cidadãos, direito particularmente importante para os mais desfavorecidos. É preciso que o próximo Governo tenha uma política orientada para e pelos problemas reais das pessoas mais carenciadas e que defenda genuinamente o SNS e a pequena medicina privada de proximidade.

c) Não tenho quaisquer dúvidas em afirmar que, com uma boa equipa à frente do MS, teria sido fácil fazer mais e melhor em Saúde, durante estes quatro anos, assim como no país muito poderia ter sido feito de forma substancialmente diferente. Algumas medidas foram particularmente gravosas e sem fundamentação técnica (muito mais haveria a dizer e poderia ser escrito, como é fácil perceber, mas este texto já vai demasiadamente longo).

d) Presentemente confrontam-se duas opções. Uma, a que sustento e a que a Ordem dos Médicos tem defendido, preconiza a manutenção do equilíbrio entre as características constitucionais do SNS, o pequeno

sector privado independente e o grande sector privado, preservando elevados padrões de Qualidade, concorrência leal entre sectores, cuidados de proximidade, baixo custo *per capita* e solidariedade Social. Outra, a do actual Governo, visa continuar a caminhar no sentido do emagrecimento violento do SNS, liquidação do pequeno sector privado de proximidade e apoio aos grandes oligopólios privados, implicando perda global de Qualidade, aumento dos custos em Saúde (como afirma Baumol e demonstra a experiência de todos os países), proletarianização extrema dos profissionais de saúde (com aumento da emigração e imigração) e institucionalização de uma Saúde a duas velocidades, uma para ricos e outra para pobres.

Cabe agora aos portugueses decidirem o que querem para a Saúde em Portugal. Porque, não tenhamos dúvidas, o modelo e o futuro do Serviço Nacional de Saúde jogam-se nas próximas eleições legislativas.

Nota Final:

Se algum membro da equipa política do MS quiser contestar o que atrás se expôs, desde já me afirmo inteiramente disponível para um debate público sobre estas temáticas!



JOSÉ MANUEL SILVA
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

O caso da impressora

Era uma vez uma impressora de um grande hospital de Lisboa. Desgastada pelo contínuo trabalho, cansa-se quase diariamente e... recusa-se a trabalhar!

Pancadinha daqui e dali, o pobre médico nada consegue fazer para a convencer a imprimir as receitas para o doente que está na consulta. Desesperado, chama o informático. O problema é que há poucos (o Dr. Paulo Macedo não deixa contratar mais) e frequentemente as esperas são longas. Os doentes, esses, desesperam e reclamam

Ontem, a impressora parou quatro vezes, só de manhã

na sala de espera, pensando que o culpado é o médico!

Para agravar a situação, o médico, farto de protestar, nem sequer dispõe de receitas em papel, porque o hospital acha que já se vive em plena era informática!

Ontem, a impressora parou quatro vezes, na mesma manhã! O médico foi obrigado a enviar as receitas aos doentes pelo correio no dia seguinte!

Será que no SNS já nem dinheiro existe para comprar uma impressora nova, apesar de tão baratas? Que miséria... (PS: esta história é verdadeira e espelha o estado do SNS a múltiplos níveis).

In "Correio da Manhã" - 27 de Agosto de 2015

Evolução prospectiva de neurologistas no Sistema Nacional de Saúde

Divulgámos no site nacional o estudo de evolução prospectiva de médicos neurologistas no Sistema Nacional de Saúde, elaborado pelo respetivo Colégio da Especialidade, trabalho essencial para o conhecimento da demografia médica e para um planeamento consequente nesse contexto. A Ordem dos Médicos pediu a todos os Colégios da Especialidade a elaboração destas análises de caracterização demográfica.

O Conselho Nacional Executivo (CNE) solicitou ao Conselho Diretivo (CD) dos vários Colégios da Especialidade a caracterização demográfica em cada uma das áreas de atuação. Na sequência desse pedido, o Colégio de Neurologia elaborou o estudo quanto à realidade atual, efetuando a previsão das necessidades de neurologistas a longo prazo (horizonte em 2025) no sistema nacional de saúde.

Na introdução a esse estudo, a direção do Colégio explica: “Saber quantos neurologistas existem e o que fazem, parecendo uma tarefa fácil, tem dificuldades conhecidas:

a) membros do Colégio de Neurologia que já não exercem a especialidade ou que a praticam em tempo parcial ou mesmo simbólico;

b) membros do Colégio de Neurologia que combinam, em graus muito variáveis, a prática

da neurologia e de áreas subespecializadas;

c) neurologistas em exercício pleno da especialidade que não estão inscritos no Colégio de Neurologia”.

Refere-se ainda que o “número apropriado de neurologistas depende da filosofia e estrutura de cada sistema nacional de saúde, da vocação e robustez dos cuidados primários, da geografia e da mobilidade dos cidadãos, das fronteiras temáticas partilhadas entre a neurologia e outras especialidades em cada um dos países (exemplos: epilepsia, demências, cefaleias e dor, doenças vasculares cerebrais, infeções do SNC, doenças pediátricas)”.

Esta direção do Colégio da Especialidade de Neurologia defende: “uma cobertura neurológica nacional, que garanta serviços de neurologia robustos em todas as regiões do país” e que a “distribuição de neurologistas no país deverá

ser equitativa, mas nunca igualitária; a demografia médica deverá ter as assimetrias naturais decorrentes da existência de centros de referência, com funções clínicas, académicas, formativas e de investigação”.

Referenciando a variabilidade da demografia neurológica em diferentes regiões do mundo e mesmo dentro de alguns países, O Colégio exemplifica que “o número de neurologistas por 100.000 americanos varia entre os diferentes estados de 1,78 (Wyoming) e 11,02 (Washington)” mas salienta que diversas organizações e autores defendem que o número de neurologistas é insuficiente para lidar com as tendências neuroepidemiológicas, com destaque para o envelhecimento da população e as novas oportunidades de tratamento do AVC agudo.

“A Organização Mundial de Saúde (OMS) calculou em 2004, para um conjunto de 109 países, uma média de 0,91 neurologis-

tas por 100.000 habitantes, variando de 0,03 em África a 4,84 na Europa. A nível global 25% dos países (75% na Europa) tinham mais do que 1/ 100.000 habitantes. Outro estudo da OMS mostrou as variações entre países europeus. No entanto, a maioria dos países tinham entre 2 e 5/ 100.000 e 2/3 dos países tinham entre 2 e 7/ 100.000 habitantes³. Exemplos (/100.000):

Alemanha: 2,4	Grécia: 4	Polónia: 7
Áustria: 7	Holanda: 3,7	Portugal: 2,3
Bélgica: 1	Hungria: 7	Reino Unido: 1
Bulgária: 15	Irlanda: 0,38	República Checa: 12
Dinamarca: 3	Islândia: 7	Rússia: 1,3
Espanha: 2,5	Luxemburgo: 4	Suécia: 4
Finlândia: 4	Noruega: 5	Suiça: 3,4

Conforme se pode ler no estudo, “em Portugal, em 1999, haveria 3,16 neurologistas/100.000 habitantes. No entanto, o numerador foi o número bruto de membros do Colégio de Neurologia, incluindo especialistas sem atividade”, um dos envia-mentos para os quais a Direção do Colégio alerta no início deste trabalho.

A atendermos aos números apresentados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), é referenciada “a existência no final de 2011 de 297 neurologistas e 105 internos de neurologia nos hospitais do SNS” mas sem que seja apresentada a metodologia a que se recorreu.

Para uma resposta ao que foi solicitado pelo CNE “assumimos que o número de neurologistas (incluindo subespecialistas) em Portugal deverá aproximar-se de 4/ 100.000 habitantes. Este número adquiriu algum consenso informal em mandatos

anteriores do CD do Colégio de Neurologia e foi recentemente proposto em documento da Entidade Reguladora da Saúde”.

Métodos e organização de dados

A direção do Colégio da Especialidade de Neurologia refere que procurou e organizou “os dados

relativos a especialistas em neurologia, em atividade no sistema nacional de saúde, entendido como o conjunto de todos os prestadores (Serviço Nacional de Saúde, hospitais militares, hospitais privados e consultórios)”, cruzando três tipos de fontes: “ficheiros dos membros do Colégio de Neurologia, respostas dos hospitais públicos e privados a inquéritos especificamente criados para este fim e conhecimento e testemunho dos seus membros”, tendo incluído também os médicos que se dedicam parcial ou integralmente ao exercício de subespecialidades (neurofisiologia e neuropediatria) ou áreas subespecializadas (neuropatologia).

“Não se incluíram os membros do Colégio de Neurologia que não exercem já a profissão, os que se dedicam preferencialmente a outras carreiras (académicos, investigadores de ciências básicas) ou a outras especialidades médicas (neurocirurgia, neuror-

radiologia) e os que têm contratos de trabalho no estrangeiro por tempo indeterminado”.

Para efeitos de apresentação de dados, a Direção agrupou os neurologistas por atividade principal (SNS, hospitais militares, hospitais privados e consultórios) e região de exercício da atividade principal.

“Nos cálculos das previsões de necessidade de neurologistas para o futuro (horizonte em 2025):

a) consideraram-se todos os neurologistas com menos de 65 anos, mesmo os que trabalham em áreas subespecializadas (neurofisiologia, neuropediatria, neuropatologia) e os que são alheios ao Serviço Nacional de Saúde;

b) excluíram-se arbitrariamente os médicos com 65 ou mais anos de idade, por se considerar o seu desempenho tendencialmente complementar, sem significado estruturante ou duradouro no sistema nacional de saúde;

c) admitiu-se que haverá atualmente cerca de 100 internos de neurologia em formação (dados ACSS) e que em 2013 serão incorporados 23 novos internos (proposta recente da OM à ACSS).

Consideramos que Portugal, segundo os resultados provisórios do Censo 2011, tem 10.561.614 cidadãos”.

Resultados e previsão necessidades

Em setembro de 2012, havia 361 especialistas a exercer clínica neurológica e/ou a trabalhar numa área subespecializada, sendo 192 (53%) do género masculino e 169 (47%) do género feminino. Os grupos etários variam entre 31 e 82 anos; 12% dos neurologistas em atividade terão

65 anos ou mais no final de 2012. Cinquenta e dois neurologistas exerciam em áreas subespecializadas, em tempo inteiro ou dedicação parcial: 37 em neurofisiologia, 9 em neuropediatria e 6 em neuropatologia.

Atualmente, haverá 3,4 neurologistas por 100.000 habitantes, com variações regionais (de 0,45 no Alentejo a 4,1 em Lisboa e Vale do Tejo). Considerando apenas os neurologistas com menos de 65 anos, haverá 3,0 neurologistas por 100.000 habitantes.

Nos próximos 13 anos, 143 neurologistas atingirão os 65 anos de idade (de 6 a 20 por ano). A 31/12/2025, estarão ainda no ativo (menos de 65 anos) 174.

Considerando que deverá caminhar-se para uma cobertura neurológica de 4 especialistas/100.000 habitantes, admitindo a estabilidade da população portuguesa, em 2025 deveríamos ter 423 neurologistas em atividade,

sendo que se prevê que nesse ano 174 dos atuais especialistas estejam ainda no sistema. Assim, conclui o Colégio que “nos próximos 13 anos deveremos formar 249 neurologistas (19 por ano). Esta tendência parece já garantida, ou mesmo superada, até 2017”.

Incertezas a considerar

“Vários fatores poderão aproximar ou afastar da realidade estas previsões. Há incertezas a considerar, designadamente sobre:

- a) a evolução do serviço nacional de saúde;
- b) o desenvolvimento de hospitais privados e seu papel no sistema;
- c) o futuro do modelo tradicional de consultório privado;
- d) a manutenção da independência pessoal dos especialistas e compromisso com projetos ver-

sus submissão a empresas de trabalho temporário e a finalidades avulsas;

e) o estatuto das subespecialidades e acesso à formação, particularmente no que respeita à neuropediatria;

f) o sucesso da formação pós-graduada, designadamente dos cerca de 100 internos atuais (tem havido diversas desistências e mudanças de internato nos últimos anos);

g) a atração de jovens neurologistas para carreiras não clínicas ou no estrangeiro;

h) as alterações demográficas;

i) os progressos fraturantes no diagnóstico e tratamento das doenças neurológicas, que mudem os paradigmas do nosso trabalho atual”, conclui-se.

O estudo completo (com bibliografia e resultados detalhados) pode ser consultado no site nacional, na área de Colégios no separador “demografia médica”.

Critérios de admissão no Colégio de Medicina Intensiva

Neste momento, a inscrição no Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos Portuguesa (OM) depende:

1 - Da aprovação no exame de titulação em Medicina Intensiva, nos termos definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa, ao qual se podem candidatar:

a) Médicos que comprovem ter uma Especialidade reconhecida pela OM, nos termos definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa, e simultaneamente comprovem ter feito formação, com aproveitamento certificado, em SMI/UCI de nível de idoneidade formativa C ou equiparável, nos termos definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa;

b) Médicos que comprovem ter uma Especialidade reconhecida pela OM, nos termos definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa, e simultaneamente comprovem que trabalham há mais de 5 anos (dedicando mais de 75% do seu horário semanal) em UCI polivalentes com casuística adequada, em número e tipologia, e nível de idoneidade formativa B e que complementaram a sua formação com um estágio, com aproveitamento certificado, em SMI/UCI com nível de idoneidade formativa C, com duração nunca inferior a 3 meses.

2 - Da posse de um título em Medicina Intensiva, obtido no estrangeiro e reconhecido pela OM Portuguesa, depois de comprovada pelo Colégio a equivalência.



Internato da Especialidade:

a mobilidade como um valor em si mesmo

Informação da Direção do Colégio da Especialidade de Anestesiologia sobre os estágios em localizações fora das normais e em especial os estágios no estrangeiro.

1 - Bastantes internos de especialidade têm de realizar estágios fora do seu hospital de origem devido a não existirem na sua instituição todas as valências necessárias à totalidade do internato. Mas, para além dessa situação e também com alguma frequência, os internos solicitam autorização para realizar estágios noutras locais que não aqueles que seriam normais, por considerarem que esses estágios enriquecem a sua formação.

2 - Tem-se observado uma tendência crescente para que os hospitais recusem estes estágios que são realizados a título excepcional fora dos seus locais normais, particularmente quando são solicitados para o estrangeiro. Têm mesmo chegado ao colégio informações de que alguns hospitais o fazem sem analisar o interesse de cada pedido individual, mas de uma forma sistemática através de normas internas que proíbem na totalidade estes estágios.

3 - Esse tipo de normas preocupa o Colégio de Especialidade de Anestesiologia, pois independentemente de se saber se o local normal de estágio tem ou não “as mesmas condições” que o local pretendido, considera que a mobilidade para ambientes diferentes e em particular para centros de referência no estrangeiro é globalmente enriquecedora para a formação dos internos e, se essa experiência for depois partilhada internamente, também para as suas instituições de origem, por três tipos de razões:

Primeiro: A formação de um interno pressupõe aspetos que estão para lá da formação estritamente técnica. O internato deve transmitir valores e atitudes, bem como conhecimentos sobre aspetos de organização, ou seja, o que se pode chamar de uma *cultura*, pois parte destes estão ao nível da subjetividade humana. A mobilidade, e em particular os estágios no estrangeiro, podem permitir o contacto com outras formas de exercer

a profissão e, na generalidade, são um momento enriquecedor para aqueles que têm essa possibilidade.

Segundo: A formação técnica não se esgota no relatado na publicação científica ou do que se encontra nas *guidelines*. O facto da medicina ser uma atividade complexa, faz com que, no exercício profissional, existam sempre detalhes e pormenores que estão para lá do descrito publicamente (por essa razão, grupos que aparentemente utilizam os mesmo protocolos e fariam tudo igual têm resultado diferentes). Ou seja, contactar com hospitais e países diferentes, na generalidade, permite aprender sempre alguma coisa nova e, mesmo no que respeito estritamente ao aspeto técnico, pode também ser muito enriquecedor. Não nos parece lícito recusar estágios com o argumento de que “não fazem nada diferente de nós” ou “o serviço daqui é muito bom”.

Terceiro: Os internos no último ano de especialidade podem assegurar trabalho clínico sob

determinadas condições e contribuir para a produtividade de um serviço, desde que não colida com a frequência dos estágios obrigatórios. Mas, para além disso, o interno pode retirar trabalho aos especialistas, mesmo quando não é formalmente autónomo e ainda que não explicitada, esta pode ser uma razão para não permitir estágios noutras localizações que não as habituais. O Colégio de Especialidade de Anestesiologia considera que, na generalidade, a formação

dos internos deve ser um valor que se deve sobrepor às necessidades clínicas assistenciais (ou seja, assegurarem salas quando não há especialistas), e ainda mais, à disponibilização de uma mão-de-obra para fazer trabalho em vez dos especialistas, quando estes estão presentes e no seu horário de trabalho.

4 – Em síntese, o Colégio de Especialidade de Anestesiologia considera que os estágios em localizações fora das normais e

em especial os estágios no estrangeiro, desde que fundamentados com uma argumentação lógica e tenham um suporte minimamente credível, devem não apenas ser autorizados como ser incentivados, por poderem constituir uma mais-valia na formação dos internos e, através deles, para as próprias instituições de origem.

A Direcção do Colégio de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

OM assina protocolo relativo ao programa "Tratar de Mim"

Em face da importância de dotar os cidadãos de informação adequada que lhes permita tomar decisões sobre a sua saúde e estilo de vida, a APIFARMA - Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica criou e desenvolveu um programa de consciencialização da população portuguesa para a importância dos cuidados em saúde denominado "Programa Tratar de Mim" no qual a Ordem dos Médicos irá colaborar.

O "Programa Tratar de Mim" tem como objetivo a promoção de hábitos de vida saudável e a utilização responsável e segura de medicamentos bem como a transmissão de informação sobre automedicação e sobre as afeições ligeiras que podem ser resolvidas através do uso correto de medicamentos não sujeitos a receita médica. Dada a importância do desenvolvimento de um programa nacional com estes objetivos e a necessidade de envolver os Profissionais de Saúde, as escolas e os professores nesta campanha, a APIFARMA celebrou um protocolo com as seguintes entidades: INFARMED- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Ordem dos Médicos, Ordem

dos Farmacêuticos, ANF - Associação Nacional das Farmácias e Valormed - Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos.

Com este protocolo pretende-se estabelecer as regras de cooperação entre as entidades signatárias no âmbito da promoção e desenvolvimento do "Programa Tratar de Mim" com vista à consciencialização da população portuguesa para a importância dos cuidados em saúde.

A coordenação do "Programa Tratar de Mim" é da responsabilidade da APIFARMA, assim como quase a totalidade do respetivo financiamento.

O "Programa Tratar de Mim" disporá de uma página *web* com conteúdos informativos e didáticos situada no *website* da API-

FARMA, materiais com conteúdos informativos e didáticos para distribuição.

No âmbito deste protocolo, a Ordem dos Médicos irá promover e participar ativamente no "Programa Tratar de Mim", colaborar na definição dos conteúdos programáticos e na elaboração, produção, divulgação e distribuição dos materiais desenvolvidos, nomear um elemento para a respetiva Comissão Científica, etc..

O "Programa Tratar de Mim" não promove medicamentos, nem incentiva o seu consumo. O texto integral do protocolo pode ser consultado no site nacional da Ordem dos Médicos.



Concursos de provimento em Medicina Geral e Familiar

Em face de alguns problemas no decurso dos concursos para colocação dos jovens especialistas em Medicina Geral e Familiar e de relatos sobre "a forma estranha como estão a decorrer algumas entrevistas e o peso de 20 ou 30% das mesmas, que altera em muito e sem qualquer explicação os resultados dos exames nacionais efectuados poucos meses antes, lesando uns e beneficiando outros", a Ordem dos Médicos emitiu em Agosto um comunicado em que apela a todos os candidatos a concurso (independentemente da especialidade) que denunciem situações em que se sintam prejudicados. Passamos a reproduzir o comunicado do Conselho Nacional Executivo da OM.

Os concursos para colocação dos jovens especialistas em Medicina Geral e Familiar estão a decorrer a ritmos e com regras diferentes nas várias ARS, com implicações sérias na colocação dos candidatos e evidenciando um total desrespeito pelos jovens especialistas.

A Ordem dos Médicos tem contestado desde o seu início o modelo sob o qual se realizam este tipo de concursos, que é ilegal, inconstitucional, gerador de profundas injustiças, potenciador de alegados favorecimentos e que tem impulsionado muitos médicos para a emigração, completamente saturados de tanta desconsideração, iniquidade e baixos salários.

Infelizmente, revelando um completo desnorte e uma extrema insensibilidade, o Ministério da Saúde nada tem feito para alterar o modelo dos concursos, prejudi-

cando profissionais e doentes.

A acrescentar a esta confusão, pela qual é responsável um Ministério da Saúde com uma péssima gestão de recursos humanos, há uma revolta enorme entre muitos candidatos com a forma estranha como estão a decorrer algumas entrevistas e o peso de 20 ou 30% das mesmas, que altera em muito e sem qualquer explicação os resultados dos exames nacionais efectuados poucos meses antes, lesando uns e beneficiando outros.

A Ordem dos Médicos pretende continuar a combater esta situação pelo que vem apelar a todos os jovens candidatos ao presente concurso (e a outros concursos, independentemente da especialidade) que se sintam prejudicados de alguma forma e por uma qualquer razão que comuniquem por email à Ordem dos Médicos as circunstâncias específicas do

seu concurso, elencando os membros do Júri, a data e o local da realização das entrevistas, o conteúdo da entrevista e as classificações dos candidatos no exame nacional da especialidade e na referida entrevista regional.

A Ordem dos Médicos respeitará o sigilo quanto à identidade dos colegas que efectuarem essa comunicação. Coligindo as informações recebidas e caso se justifique, será assumida uma posição pública sobre as circunstâncias dos concursos.

Nos casos extremos e inequivocamente anti-éticos serão enviadas participações à Provedoria de Justiça, solicitando a sua intervenção, à semelhança do que já se fez noutros concursos, e serão abertos processos disciplinares aos membros dos Júris.

Ordem dos Médicos,
Lisboa, 27 de Agosto de 2015

Comunicado sobre o Regulamento do Internato Médico

A Ordem dos Médicos emitiu um comunicado em que solicita ao próximo Governo, "do qual se espera que tenha uma outra visão, diferente e melhor, que permita mudanças construtivas na regulamentação e preservação da qualidade da formação médica", uma nova revisão do Regulamento do Internato Médico. A OM recorda que colaborou ativamente na elaboração do novo RIM, primando pela manutenção da qualidade formativa dos médicos internos e que considera que foi possível uma melhoria muito significativa relativamente ao projeto inicial. Porém, apesar dos constantes apelos ao Governo, a OM constatou, após publicação do Regulamento, a persistência de algumas situações que vão contra os princípios da transparência e da boa formação, revelando uma inexplicável intransigência por parte do MS, factos que originaram o comunicado que passamos a reproduzir.

"Pelo Decreto-Lei n.º 86/2015 de 21 de maio, procedeu-se à revisão do regime jurídico que regula a formação médica especializada. Na Portaria n.º 224-B/2015 de 29 de julho foi publicado o novo Regulamento do Internato Médico previsto neste Decreto-Lei.

A Ordem dos Médicos colaborou ativamente na elaboração deste Regulamento, primando pela manutenção do nível de qualidade formativa dos médicos internos. Com as nossas propostas, muitas das quais foram aceites, foi possível uma melhoria muito significativa relativamente ao projeto inicial.

Porém, apesar dos nossos constantes apelos ao Governo, constatamos, após publicação deste Regulamento, a persistência de

algumas situações que vão contra os princípios da transparência e da boa formação, nomeadamente:

- A não inclusão de um limite máximo de 12h no período de prestação de trabalho normal em serviço de urgência. Reafirma-se que a presença de médicos internos nos estabelecimentos de saúde e a sua integração nas equipas dos serviços de urgência tem como objectivo primordial a evolução no processo formativo, embora com a vertente predominantemente prática. Devem ser proporcionadas aos médicos internos, nos limites das disponibilidades, as condições necessárias a essa evolução e não sobreutilizá-los nos serviços de urgência, prejudicando a sua restante atividade assistencial e formativa, p. ex. ao nível do internamento,

consulta ou bloco operatório.

Que fique bem claro que a Ordem dos Médicos nunca aceitará, em circunstância alguma, que ao horário normal de formação de um interno possam ser retiradas 18 horas/semana para serviço de urgência, independentemente da possibilidade de prestação de serviço extraordinário fora do período normal de trabalho. Se algum hospital o tentasse fazer, a nossa intervenção seria completamente determinada, pois nunca pactuaremos com quaisquer medidas economicistas que prejudiquem a qualidade da formação dos médicos especialistas portugueses.

Lamentamos que o Ministério da Saúde não tenha aprendido com os problemas levantados pelas 18h de urgência dentro do horário de

trabalho dos novos especialistas, que criam graves dificuldades à organização dos Serviços, nomeadamente impedindo a realização de um maior número de consultas e cirurgias programadas!

- A não definição detalhada do procedimento concursal para ingresso na especialidade, nomeadamente no que respeita à regulamentação do Concurso quando o médico pretende repetir a Prova Nacional de Avaliação e Seriação para mudar de área de especialização ou de local de formação, lacuna que muito se estranha.

Esta indefinição no respeitante às regras de acesso ao concurso torna possível que estas possam ser modificadas anualmente no respetivo Aviso de Abertura. Este facto

mostra um profundo desrespeito deste Governo pelos médicos internos, cuja possibilidade de mudança a nível profissional, no respeitante ao tipo de vagas e prazos de desvinculação, fica dependente de uma decisão de cariz anual da própria tutela, o que é totalmente inaceitável e vai gerar inevitáveis conflitos

A não inclusão destes pontos nesta Portaria, bem como alguns outros de menor implicância, relativamente aos quais o Ministério da Saúde revelou uma inexplicada e inexplicável intransigência, e a já anunciada intenção de extinção do Ano Comum “contra tudo e contra todos”, contrariando o relatório do Grupo de Trabalho e a letra do DL 86/2015, que fazem depen-

der a decisão de uma avaliação do sexto ano profissionalizante dos cursos de medicina, e ignorando as consequências de juntar dois anos na candidatura às vagas de especialidade de apenas um ano, privando cerca de 2000 jovens de ter acesso a uma vaga de especialidade, são suficientes para que a Ordem dos Médicos solicite desde já uma nova revisão deste Regulamento ao próximo Governo Constitucional, do qual se espera que tenha uma outra visão, diferente e melhor, que permita mudanças construtivas na regulamentação e preservação da qualidade da formação médica.

Ordem dos Médicos,
Lisboa, 31 de Julho de 2015”

Limiar mínimo de médicos por unidade/serviço clínico hospitalar

Divulgamos a informação do Colégio da Especialidade de Urologia sobre a determinação de limiar mínimo de médicos por unidade/serviço clínico hospitalar.

Tempos de consulta:

- Os tempos mínimos recomendáveis serão de 15 minutos para segunda consulta e 20 minutos para primeira consulta.
- Estes tempos poderão ser prolongados em casos de consultas de complexidade especial ou caso as mesmas envolvam registos ou procedimentos, por exemplo procedimentos informáticos mais complexos ou morosos.

Cirurgias:

- No mínimo sempre 2 elementos médicos; sempre 1 especialista; em casos de cirurgias mais complexas deve ser seguido o princípio consignado na tabela de nomenclatura e valores relativos dos Actos Médicos.
- Conforme parecer já emitido pela Ordem dos Médicos deve existir sempre na equipa um segundo elemento capaz de terminar a cirurgia no caso de surgir alguma situação imprevista com o cirurgião principal.

Observatório da Natalidade e do Envelhecimento em Portugal

A Ordem dos Médicos celebrou um protocolo com a PremiValor – Estudos, Investimentos e Participações, Lda., através do qual se estabelece uma parceria relativa à elaboração do “Observatório da Natalidade e do Envelhecimento em Portugal – 1ª Edição”, que irá analisar as temáticas da natalidade e do envelhecimento. O trabalho referente à elaboração do Observatório da Natalidade e do Envelhecimento em Portugal deverá estar concluído previsivelmente no 2º semestre de 2015 ou início de 2016. No âmbito deste protocolo, a Ordem dos Médicos participará na Comissão de Acompanhamento deste estudo.



Gravíssima situação na especialidade de Ortopedia do Hospital de Faro

Divulgamos o comunicado do Conselho Nacional Executivo em que a Ordem dos Médicos define como “inaceitável” a “incapacidade do Conselho de Administração em manter a qualidade assistencial na especialidade de Ortopedia no Hospital de Faro” nomeadamente por não conseguir dar resposta atempada aos doentes internados que aguardam cirurgia.

Na sequência de avisos anteriores, a Ordem dos Médicos vem manifestar novamente a sua grande preocupação relativamente à inaceitável incapacidade do Conselho de Administração em manter a qualidade assistencial na especialidade de Ortopedia no Hospital de Faro, que não consegue dar resposta atempada aos doentes internados que aguardam cirurgia.

Desde 2013 saíram do Serviço de Ortopedia oito médicos, vendendo-se assim este Serviço amputado de uma grande quantidade de recursos humanos.

Devido à falta de especialistas em Ortopedia e em Anestesia, o Serviço de Ortopedia passou de 176h de Bloco Operatório por mês, para 72h no mês de Agosto e 102 h no mês de Setembro de 2015, o que é manifestamente insuficiente para dar resposta tão só e apenas à patologia traumatológica.

O Serviço de Ortopedia tem neste momento duas dezenas

e meia de doentes internados para operar, não vislumbrando a breve prazo capacidade operativa dos mesmos. Alguns destes doentes deverão ser transferidos para outros hospitais do SNS.

Lamentavelmente, perante a inércia comprometida do Ministério da Saúde, o Conselho de Administração tem revelado uma extrema inépcia na resolução deste gravíssimo problema, acentuado por uma gestão completamente desastrosa dos recursos humanos, que assim que têm outra alternativa deixam o Hospital de Faro. Aliás, a má gestão técnica e humana do Conselho de Administração é uma das razões para muitos especialistas recusarem trabalhar no Algarve e optarem por outras soluções ou localizações profissionais.

Outra área de grande preocupação diz respeito à impossibilidade da constituição de Equipas de Urgência completas. Está determinado que, para este nível de cuidados, a escala de ortopedia

deve integrar quatro especialistas por turnos de 12 h. Porém, acontecem dias de Urgência com apenas dois elementos ou mesmo com um único especialista, o que está para lá do limite da razoabilidade, põe em causa o tratamento adequado dos doentes e não é compatível com um Hospital Central, com uma urgência polivalente e com uma ortopedia que dá assistência a 98% da patologia da área ortotraumatológica de adultos e à traumatologia infantil.

Além de uma sobrecarga de trabalho enormíssima sobre os profissionais escalados, que ultrapassa o aceitável e aumenta o risco de erro médico devido ao cansaço dos profissionais, obriga à transferência de doentes para o Hospital de referência, Hospital de St^a. Maria, levando a uma sobrecarga deste hospital e a um aumento de risco para os doentes.

Na escala de Setembro de 2015, da responsabilidade da Direc-

ção Clínica, damo-nos conta de que está feita a dois elementos. Alguns dos elementos escalados encontram-se em situação de férias autorizadas e outros foram escalados após cancelamento das férias, mas sem ter sido dado conhecimento aos mesmos atempadamente desta nova realidade.

De igual forma, os Internos do Serviço têm sido intensamente sobrecarregados e pressionados para trabalharem para além das suas capacidades e dos seus limites de resistência, vendo alguns as suas férias, já autorizadas, subitamente canceladas. Por outro lado, as limitações operatórias estão a impedir os médicos internos de cumprirem o seu programa de formação, pelo que é possível que o Serviço de Ortopedia

perca a sua idoneidade formativa e os internos sejam reafectados para outros hospitais, onde seja possível completarem a sua formação com mais qualidade.

Paralelamente, o Ministério da Saúde impede a realização de cirurgia adicional no Serviço de Ortopedia do Hospital de Faro, para combate às listas de espera cirúrgicas, o que limitou ainda mais a capacidade operatória do Hospital, afectando negativamente todos os doentes ortopédicos da sua área de influência que se encontram a aguardar cirurgia, diminuindo a variabilidade cirúrgica do Serviço de Ortopedia, aprofundando as consequências negativas na formação dos internos, e favorecendo despidoradamente os Hospitais pri-

vados da região, em detrimento do Hospital de Faro e do SNS.

Lamentavelmente, apesar deste negro quadro, que é publicamente conhecido, a IGAS e o Ministério da Saúde mantêm o silêncio e o imobilismo, com sérios prejuízos para os doentes.

A Ordem dos Médicos exige que estes extremos problemas, que afectam a prestação de cuidados de saúde ortopédicos aos cidadãos e turistas do Algarve, sejam celeremente resolvidos pelos meios necessários para o efeito. Se o Ministério da Saúde fosse um cultor da meritocracia, certamente já teria substituído o Conselho de Administração do CHA. Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, Coimbra, 11 de Setembro de 2015

Prática de Acupunctura Médica é regulamentada pela OM

Informação da Coordenação da Competência em Acupunctura Médica sobre quem regularmente a prática de acupunctura médica.

A prática da Acupunctura Médica encontra-se regulamentada pela Ordem dos Médicos através da criação da Competência em Acupunctura Médica, criada em 2002.

Actualmente a prática da Acupunctura Médica, no âmbito da sua actividade profissional, é permitida a todos os médicos que tenham terminado com aprovação um dos Programas de Formação reconhecidos pela Ordem dos Médicos (Pós Graduação em Acupunctura e Moxibustão do ICBAS-UP, Pós-Graduação em Acupunctura Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Pós-Graduação em Acupunctura Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Pós-Graduação em Acupunctura Médica Contemporânea da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho).

Após terem terminado com aproveitamento um destes programas de formação, os médicos estão aptos a praticar acupunctura no âmbito da consulta médica da sua Especialidade, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde ou em consulta privada. Poderão após um ano requerer a atribuição da Competência em Acupunctura Médica. Apenas com a Competência em Acupunctura Médica poderão ser titulares de uma consulta exclusiva de Acupunctura.

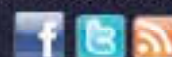
A prática de Acupunctura Médica, por médicos com formação certificada pela Ordem dos Médicos, não se enquadra na lei nº 71 de 2013 (2 de Setembro), sendo sim esta prática regulada pela Ordem dos Médicos.

Braga, 31 de Agosto de 2015

António Paulo Martins da Encarnação
Coordenador da Competência em Acupunctura Médica



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



Consulte também:

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

... em: www.actamedicaportuguesa.com



Com o apoio de:



Brevemente disponível na plataforma Android.

Destaques do site

Publicámos no site nacional da OM (www.ordemdosmedicos.pt) informação diversa sobre iniciativas organizadas pela Ordem dos Médicos, protocolos celebrados e comunicados do Conselho Nacional Executivo (alguns dos quais se encontram reproduzidos nesta ROM).

Além da informação que divulgamos nesta revista, e que também consta da área dos Colégios da Especialidade no site nacional, publicámos – apenas online - o balanço do mandato do Colégio da Especialidade de Neurologia 2012-2015. Também foram divulgados os critérios para admissão ao Colégio de Medicina Intensiva.

Realçamos ainda a publicação, diária, no portal da Ordem dos Médicos de toda a legislação relevante para médicos, com destaque para o Decreto-Lei n.º 188/2015 que regula os termos e condições relativas à obtenção do grau de especialista em medicina geral e familiar, a título excecional, dos clínicos gerais e para a Lei n.º 142/2015 que altera a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, bem como a Portaria n.º 274-A/2015 que altera a tramitação do procedimento concursal nacional de habilitação ao grau de consultor.

Na legislação publicada, e que está disponível no site nacional da OM, o principal destaque vai para o Novo Estatuto da Ordem dos Médicos cujo texto final foi publicado em Diário da República. Este novo Estatuto não afetará a atual composição dos órgãos da Ordem dos Médicos, mantendo-se os atuais mandatos em curso com a duração inicialmente definida mas terá reflexos já nas próximas eleições em 2016. A Lei que aprova o Estatuto entrará em vigor trinta dias após a data da publicação em DR, altura em que a Ordem dos Médicos terá um prazo de 180 dias para aprovar os regulamentos previstos no seu Estatuto.

Divulgámos igualmente uma Campanha de descontos em livros de medicina que terminava no dia 30 de Setembro e iniciativas de outras entidades como a SOPEAM (publicámos o programa do X Congresso UMEAL - União de Médicos Escritores e Artistas lusófonos e da Reunião de Outono da SOPEAM - Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos).

Foram divulgados – na bolsa de emprego – diversos processos de recrutamento de médicos, quer para instituições de âmbito nacional quer internacional.

Sociedade Portuguesa de Medicina do Viajante

A Sociedade Portuguesa de Medicina do Viajante (SPMV) pretende ser a estrutura capaz de centralizar e alojar uma rede de troca de informação e de experiências entre os profissionais envolvidos na saúde de quem viaja, definindo critérios de boa prática científica e clínica.

As áreas de intervenção da SPMV incluem a promoção de atividades de formação para profissionais de saúde, fomentar a investigação e a divulgação de conhecimentos, estabelecer parcerias e contactos científicos com entidades médicas ou académicas, públicas ou privadas, e com associações congéneres, nacionais ou internacionais, promover reuniões científicas e de consenso em medicina do viajante, e criar programas específicos de certificação que podem ter como objeto profissionais, consultas ou centros de atendimento.

A Sociedade Portuguesa de Medicina do Viajante pretende, através da prossecução dos seus objetivos, contribuir para a melhoria e garantia de qualidade da medicina do viajante praticada em Portugal, quer antes da partida, com as boas práticas clínicas no aconselhamento, quer durante a estada, acompanhado e dando apoio clínico à distância, quer após o regresso, no correto diagnóstico e tratamento do viajante doente. Informações adicionais sobre a SPMV - Sociedade Portuguesa de Medicina do Viajante podem ser obtidos pelo email spmedviaj@gmail.com.

Alteração da Lei de Proteção de Menores e Jovens em Perigo

Foi publicada no dia 8 de Setembro a Lei 142/2015 que procede à segunda alteração da Lei de Proteção de Menores e Jovens em Perigo – Lei 147/99, de 01.09. Esta Lei 142/2015 republica na íntegra a Lei 147/99 com as todas as suas alterações. Dada a sensibilidade desta matéria, chama-se a atenção para o artigo referente ao acesso a dados pessoais sensíveis que transcrevemos em seguida.

“Artigo 13.º-A

Acesso a dados pessoais sensíveis

1 — A comissão de proteção pode, quando necessário para assegurar a proteção da criança ou do jovem, proceder ao tratamento de dados pessoais sensíveis, designadamente informação clínica, desde que consentida pelo titular dos dados ou, sendo este menor ou interdito por anomalia psíquica, pelo seu representante legal, nos termos da alínea h) do artigo 3.º e do n.º 2 do artigo 7.º da Lei da Proteção de Dados Pessoais, aprovada pela Lei n.º 67/98, de 26 de outubro.

2 — Para efeitos de legitimação da comissão de proteção, nos termos do previsto no número anterior, o titular dos dados pessoais sensíveis deve prestar, por escrito, consentimento específico e informado.

3 — O pedido de acesso ao tratamento de dados pessoais sensíveis por parte da comissão de proteção deve ser sempre acompanhado da declaração de consentimento a que alude o número anterior.

4 — Sempre que a entidade detentora da informação a que se refere o n.º 1 for uma unidade de saúde, o pedido da comissão de proteção deve ser dirigido ao responsável pela sua direção clínica, a quem cabe a coordenação da recolha de informação e sua remessa à comissão requerente.”

A Lei 142/2015 pode ser consultada no site nacional (www.ordemdosmedicos.pt) na área referente à legislação diária.



CICLO DE CONFERÊNCIAS: “ — QUE FUTURO?”



Tema:
A Europa Social e os Direitos do Homem
Conferencista: Prof Doutor Adriano Moreira

1 de OUTUBRO - 18h
Auditório da OM - Lisboa

Marque na sua agenda!
Entrada livre



Ordens profissionais exigem suspensão da Lei do Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde

Depois de terem manifestado ao Governo a sua oposição ao texto da lei nos termos em que foi aprovado, as sete ordens do sector da saúde vão recorrer à justiça solicitando a intervenção do Tribunal Constitucional.

As sete Ordens Profissionais do sector da saúde vão recorrer ao Provedor de Justiça para travar a entrada em vigor da nova Lei do Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde, solicitando-lhe a intervenção do Tribunal Constitucional para fiscalização abstrata da legalidade, designadamente declarando a ilegalidade de algumas das normas identificadas na lei, ao abrigo dos poderes que lhe estão conferidos pela Constituição da República Portuguesa.

Em causa estão normas que para as Ordens constituem uma violação da Lei de Bases da Saúde e da Lei de Proteção dos Dados Pessoais.

As sete Ordens estranham que a nova lei tenha sido promulgada porque é uma clara violação à Lei de Bases da Saúde, que identifica as ordens como únicas responsáveis pelo registo dos respetivos profissionais.

A Lei de Bases da Saúde obriga ainda as associações profissionais a comunicar o registo dos seus profissionais ao Ministério da Saúde sempre que solicitado. Na

prática, a nova lei vem triplicar obrigações com carga burocrática e custos expressivos para os profissionais, já que para além do registo das Ordens, os profissionais têm ainda de estar registados na Entidade Reguladora da Saúde e, agora, na ACSS.

A tudo isto acresce que, para além da obrigação que as ordens têm de comunicar e actualizar os dados dos seus associados os estabelecimentos e/ou prestadores de cuidados de saúde estão simultaneamente vinculados a facultar, nos mesmos prazos legais, dados idênticos e que já se encontram registados na Entidade Reguladora da Saúde.

Com a nova lei, o registo passa a ter de ser atualizado a cada seis meses, representando um acréscimo de burocracia inexplicável. Sendo o planeamento dos recursos humanos na saúde fundamental, basta ao Estado utilizar a informação que já está disponível e é atualizada periodicamente para tomar as decisões necessárias.

Outra preocupação para as sete Ordens da área da saúde com a

nova lei é a obrigatoriedade infundada de exposição de dados sensíveis de cada profissional como contratos com estabelecimentos onde são exercidas funções, morada, número de identificação civil, número de contribuinte, habilitações académicas e qualificações profissionais, entre outros.

Não existem garantias de segurança dos dados e não há qualquer parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados sobre a nova plataforma eletrónica e os dados que está previsto registar e guardar. Acresce que a nova lei não tem prevista qualquer sanção para os incumpridores.

Face à gravidade da situação, as Ordens exigem a suspensão da aplicação da lei e a criação de um grupo de trabalho com carácter de urgência e que inclua, para além dos mais altos responsáveis do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Recorde-se que por duas vezes, este ano, as sete Ordens manifestaram ao Governo a sua oposição ao texto da lei nos termos em que foi aprovado.



Organização dos serviços de Saúde

Urgências hospitalares – constrangimentos e oportunidades

A "organização dos serviços de saúde" foi o tema escolhido pela APDH - Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar para dois debates, o primeiro dos quais foi uma organização em parceria com a Ordem dos Médicos, subordinado ao tema "Urgências hospitalares - constrangimentos e oportunidades". Neste encontro, que teve lugar no dia 17 de abril de 2015, na OM, em Lisboa, falou-se sobre condicionamentos dos Serviços de Urgência como a insuficiência de recursos humanos, a insuficiente capacidade de resposta dos Cuidados de Saúde Primários e das estruturas de cuidados continuados e paliativos, mas também das oportunidades organizacionais como as vias verdes, a integração dos diversos níveis de cuidados ou a promoção das competências por via da formação.

A progressiva redução do número de camas hospitalares, associada à impossibilidade de contratação de profissionais de Saúde, contribuiu em muito para o atual estado dos serviços de urgência em muitos dos hospitais de norte a sul do país. Associado a estes fatores, a grande afluência aos serviços de saúde, nomeadamente os emergentes/urgentes, potenciado pelo fenómeno da sazonalidade, colocou a descoberto algumas fragilidades latentes nos hospitais. No curto prazo, parece claro que parte destas questões, que encerram

em si grande complexidade, não poderão ter resposta satisfatória, pois parece, persistir um problema de organização dos serviços e do sistema de saúde na sua globalidade. Denota-se ainda uma excessiva atenção mediática so-

bre os serviços de urgência um pouco por todo o país, que, em alguns casos, se revela desrespeitadora dos direitos fundamentais dos cidadãos e instituições de saúde.

Após a intervenção de Ana Escoval, pela APDH, que enquadrou a temática e salientou a importância de discutir quais os atuais constrangimentos e oportunidades nos serviços de urgência, bem como qual deverá ser o papel da comunicação social numa área tão sensível como é o caso da saúde, José Manuel Silva, bastonário da OM,



Ana Escoval, APDH e José Manuel Silva, bastonário da OM



Correia da Cunha,
Secção Regional do Sul da OM

louvou a parceria com a APDH e a relevância do tema e fez uma breve introdução ao debate começando por sublinhar que esta é uma área organizacional em que se podem encontrar soluções que “não são particularmente onerosas”, sendo apenas necessária a vontade de as implementar no terreno em consonância com os profissionais de saúde. “Nenhum doente vai às Urgências para fazer turismo”, afirmou, realçando que, do ponto de vista do doente, o recurso a um serviço de urgência “é sempre justificado” e “necessário”. “As Urgências sofrem da insuficiência da resposta dos CSP, do deficiente planeamento dos cuidados continuados, assim como da insuficiente legislação dos lares, muitos deles ilegais e sem condições adequadas para a prestação de cuidados para os doentes que



Conceição Barata, Hospital do Espírito
Santo de Évora

estão institucionalizados”. Para evitar o afluxo exagerado às Urgências e a potencial rutura “é preciso criar medidas de suporte fora do ambiente hospitalar”. Correia da Cunha, presidente da Mesa da Assembleia Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos e ex-presidente do conselho de administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, foi o anfitrião da sessão, referenciou a temática aqui debatida como “oportuna e atual” e salientou que “a variedade de interventores é garante de uma abordagem multidisciplinar” que é indispensável.

Quem fica nas urgências?...

Conceição Barata, diretora do Serviço de Urgência do Hospital do Espírito Santo de Évora,

foi a primeira oradora da tarde, fez um enquadramento histórico da instituição que representa, um hospital que tem 520 anos de trabalho e apresentou alguns números para enquadrar a respetiva atividade nos anos mais recentes: a área de influência direta do HESE, E.P.E. corresponde ao Distrito de Évora que coincide com a área correspondente ao Alentejo Central; na rede de referência hospitalar esta instituição é o hospital central da região, e possui muitas valências de carácter regional, o que justifica considerar como área de influência indireta os Concelhos do Alto Alentejo, do Alentejo Litoral e do Baixo Alentejo. Tem, portanto, uma área de influência de primeira linha que abrange 150 mil pessoas mas em segunda linha abrangerá cerca de 440 mil pessoas e oferece cuidados diferenciados em várias áreas. Conceição Barata referiu os dados de 2014 para caracterizar melhor o seu centro hospitalar: um total de 322 camas – “mas foram fechadas 50 camas de agudos nos últimos anos” –, 930 partos realizados, 73.242 episódios de urgência, 209.608 consultas externas, etc. “Os recursos humanos são o nosso melhor recurso mas não têm tido grande alteração”, sendo que nos últimos dois anos para suprir a falta de recursos humanos foram contratados 70 profissionais “tarefeiros”. Em 2012 esta instituição tinha 259 médicos e, em 2014, os números indicam a existência de 270, mas... “Não temos médicos especialistas na quantidade que queremos” razão pela qual, “no pico das Urgências, em Janeiro e Fevereiro deste ano, tivemos uma média de 150 por dia, tendo passado por momentos muito difíceis, com doentes dentro dos

balcões”, explica. “Os médicos estão numa faixa etária avançada, sentem-se cansados e os horários da urgência são muito exigentes”, o que coloca uma questão “quem fica nas urgências?” A diretora do Serviço de Urgência do Hospital do Espírito Santo de Évora explica: “são os médicos mais jovens, com menos formação, menos conhecimentos, menos treino e com menor firmeza em termos de decisão clínica”... Servindo uma população muito envelhecida e com doenças crónicas, a diretora assume as dificuldades de gestão que o fator etário acarreta, nomeadamente porque muitos doentes recorrem às urgências por causa de problemas de índole social. Com uma rede de cuidados continuados sub-dimensionada, refere como uma das principais dificuldades a transferência um doente para essa rede, a falta de vagas nas enfermarias, a falta de camas em Cuidados Paliativos, a falta de articulação e a demora nas consultas hospitalares, a falta de Médicos de Família e as dificuldades de acesso. Outra área referida como um fator de constrangimento para a boa organização das Urgências são as falhas dos sistemas de informação.

Em termos de oportunidades, Conceição Barata defende que as Urgências devem ter equipas dedicadas e referenciou as Vias Verdes como uma oportunidade de melhoria. A título de conclusão, defendeu que esta é a altura de “pôr todos a trabalhar no mesmo sentido: hospitais, centros de saúde, INEM, Linha Saúde 24, etc.”, uma cooperação que este centro hospitalar já conseguiu implementar – no caso dos doentes com AVC – coordenando o trabalho dos Cuidados de Saúde Primários com os cuidados hospitalares.

Se não fosse a dedicação dos médicos não seria possível manter os SU

Ricardo Matos, responsável da Urgência Geral Polivalente do Centro Hospitalar Lisboa Central, fez um enquadramento inicial onde explicou que a área de influência abrange 2 milhões e 300 mil doentes divididos da seguinte forma: população residente na sua área de influência 357.351, referência secundária 1.448.395, referência ARS Alentejo 501.747.

Neste centro hospitalar não há médicos tarefeiros e tem 357 médicos especialistas e 371 internos de formação específica. O serviço de urgência recebe 427 doentes por dia. A equipa médica multidisciplinar é escalada em regime de presença física e prevenção e a atividade assistencial na urgência polivalente é assegurada diariamente pela “equipa dedicada” de Medicina Interna, entre as 8h-16h, nos dias úteis, e pelas seguintes equipas rotativas: 10 de Ortopedia e 8 das restantes especialidades.

Segundo Ricardo Matos os pontos fracos deste centro hospitalar são “estrutura física de difícil adaptação e a elevada dispersão”, pois o centro hospitalar é composto por seis hospitais, situação que será, eventualmente resolvida quando o “prometido Hospital de Lisboa Oriental” se tornar uma realidade, mas que, por agora, aumenta a dificuldade de rentabilização dos recursos humanos e dos circuitos e a dificuldade nas transferências dos doentes para internamento. Os SU deste centro hospitalar sentem “falta de resposta dos Cuidados de Saúde Primários, insuficiente assistência domiciliária, resposta limitada das IPSS, da RNCCI e das famílias”. Em termos de recursos humanos, uma preocupação, também comum à maior parte das ins-



Ricardo Matos, Centro Hospitalar Lisboa Central

tituições, é a média etária elevada dos médicos que acarreta naturais dificuldades na organização de escalas. “O nosso pessoal médico está velho e pode haver graves problemas no futuro devido à falta de profissionais”. Mesmo neste momento, “se não fosse a dedicação dos médicos não seria possível manter os SU”, sublinha, dando como exemplo o facto de 14 dos médicos das equipas de cirurgia geral terem neste momento mais de 55 anos, 12 têm mais de 50 anos e só 16 têm menos idade. Ricardo Matos considera necessário criar incentivos e equipas dedicadas, pois com o atual sistema organizacional “ao fim de 2 ou 3 anos as pessoas estão exaustas”.

Como pontos fortes, refere o facto de ser um hospital de “fim-de-linha”, o que é relevante porque tem uma abrangência na prestação de cuidados e é motivante para os

profissionais, a qualidade técnica e experiência das equipas médicas, de enfermagem e dos restantes profissionais, o que permite eficácia na prestação de cuidados diferenciados e a diversidade de especialidades, com especial relevância para a traumatologia, possibilitando uma resposta integrada e pluridisciplinar às exigências do doente complexo, referenciados ou não por outros hospitais e pelo CODU. O equipamento técnico disponível 24h, permite uma capacidade de diagnóstico, monitorização e terapêutica adequados e resposta às exigências do doente crítico, com acesso privilegiado a Unidades de Cuidados Intensivos, além de outras características positivas deste centro hospitalar.

Foram também apresentados indicadores de eficiência e qualidade como a evolução do nº de admissões na UGP, por cor, a evolução das cirurgias urgentes, etc.

Somos monitorizados diariamente em 96 indicadores

Francisco Mota, diretor de Operações do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica do Hospital Beatriz Ângelo começou igualmente por explicar qual a área de influência da instituição que representou: 286 mil habitantes de Mafra, Loures, Sobral de Monte Agraço e Odivelas. Os registos indicam 197.980 episódios de Urgências em 2014 com um atendimento de 350 doentes por dia no Serviço de Urgência de adultos. Ao contrário do exemplo anterior que não recorre à contratação de médicos prestadores de serviços, este hospital tem um quadro médico deficitário (21) que só sobrevive porque tem 175 médicos “tarefeiros”.

Francisco Mota, Hospital Beatriz Ângelo



Este hospital tem 418 camas e foram referidos os mesmos problemas sociais e a insuficiência que sentem quanto à capacidade de resposta dos cuidados continuados e consequente falta de camas que existem noutras instituições, tendo sido dado o exemplo de uma “doente que está há 974 dias internada por não ter para onde ir”, numa referência à falta de estruturas de apoio fora do ambiente hospitalar.

O Hospital Beatriz Ângelo tem algumas características próprias que foram salientadas: uma equipa dedicada multidisciplinar e escalas de urgência “com constante adequação e flexibilidade” e que são adaptadas tendo em conta os dados estatísticos da afluência nas semanas anteriores; “todos os nossos doentes têm um médico de Medicina Interna que os acompanha”, no que definiu como sendo um ‘gestor do doente’. Com três pisos de internamento, o hospital tem “três enfermeiros para cobrir as 24 horas, dedicados especificamente à gestão de camas, que passam várias vezes nos serviços e que estão em permanente comunicação com os enfermeiros responsáveis de cada um dos sectores de interna-

mento e com o chefe de equipa para a drenagem dos doentes e poder libertar camas”. Francisco Mota falou ainda da vantagem deste hospital ter uma estrutura física recente.

Segundo o diretor de Operações do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica do Hospital Beatriz Ângelo os resultados são positivos mas o contrato que está na base desta parceria público-privada é “mais do que um constrangimento, um desafio”: “somos monitorizados diariamente em 96 indicadores”. “A monitorização obriga-nos a ser melhores”

Dois médicos apenas num SUB com esta afluência não chega!

Ana Rita Cardoso, diretora do Departamento de Urgência do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE, explicou que a área de influência deste centro que inclui três unidades hospitalares (Abrantes, Tomar e Torres Novas) abrange 15 concelhos sendo responsável pelos cuidados prestados a aproximadamente 266 mil habitantes. Aqui a urgência é composta na sua tota-



Ana Rita Cardoso, Centro Hospitalar do Médio Tejo



Jorge Correia

lidade por médicos prestadores de serviços. A organização deste centro hospitalar não tem sido a mais adequada na opinião da diretora do Departamento de Urgência, especialmente quanto à centralização dos Serviços de Urgência Médico Cirúrgica (SMUC) em Abrantes que provocou uma “circulação constante e excessiva dos clínicos de um lado para o outro, que têm já alguma idade, bem como dos utentes”, o que não agrada nem aos profissionais nem aos doentes. Acresce que o afluxo aos SUB de Tomar e de Torres Novas tem aumentado: “O SUB de Tomar, por exemplo, recebeu mais de 250 doentes no mês de Janeiro e chegou a ter de atender 30 doentes por dia, o que acarreta grandes dificuldades e responsabilidades, pois toda a Urgência teve que parar para que os dois médicos pudessem estabilizar e transferir os 20 doentes que estavam triados como laranjas”. “Dois médicos apenas num SUB com esta afluência não chega!” - o que se reflete nos indesejáveis tempos de espera prolongados. Por essa razão, o movimento elevado e potencialmente crescente nos SUB em relação ao número de médicos e enfermei-

ros previstos, é apontado por Ana Rita Cardoso como sendo um dos constrangimentos que mais se faz sentir. Mas, apesar de ter aumentado o número de camas e de ter autorização para contratar mais médicos, este serviço de urgência básica vive de tarefeiros. “Não temos internistas... Os concursos abrem e as vagas ficam por preencher... Temos que criar condições e atrativos para fixação de profissionais médicos nas zonas do interior em equipas estáveis”. Doentes com nível crescente de complexidade de gravidade clínica, prolongamento do tempo de espera por atendimento médico, distância do SUMC e SUP, dependência de disponibilidade de meios de transporte, atrasando as transferências para o SUMC, escassez de recursos humanos e total dependência de médicos prestadores de serviço contratados através de empresas, são os maiores constrangimentos deste centro hospitalar.

Manual de crise ou como sobreviver a jornalistas?...

O comunicador Jorge Correia, que foi durante muitos anos editor da área da saúde na rádio e

televisão públicas, falou neste encontro sobre a pressão mediática, como devem os médicos lidar com ela e qual o papel dos media, tendo começado por explicar que “a pressão mediática pode ser uma coisa boa” mas explicou que existe “pressão má” e que é essa que origina o *burnout*. Mas “a única capacidade do jornalista é pressionar!”

Sendo o mais natural que as urgências só sejam notícia quando “matam alguém, há risco de vida humana, quando ‘salvam’ pessoas, quando estão cheias, quando demoram demais, na gripe (ou Legionella), em casos de negligência ou quando há uma visita de um ministro ou quando este resolve fechar uma urgência” porque as notícias sobre saúde interessam às pessoas. Mas Jorge Correia alertou que a responsabilidade não é apenas dos jornalistas: “quantos de vocês, fora dos momentos de crise, já convidaram os jornalistas a irem ao vosso serviço?”

Mas, quando chega o momento efetivo da crise, é desaconselhável que os médicos não falem aos jornalistas ou que omitam ou mintam. “A notícia vai fazer-se na mesma”, portanto este orador aconselha que haja diálogo de forma a que a notícia tenha fundamento.



Leonor Carvalho, Centro Hospitalar Lisboa Norte

“É importante que exista um plano de comunicação – que defina claramente quem fala, sobre o quê e quando – e que as respostas aos jornalistas sejam dadas com honestidade, transparência e em tempo útil”. Para reduzir a pressão dos media tem que haver uma boa comunicação! “É necessário simplificar a mensagem” pois na área da saúde a realidade é muitas vezes complexa.

Na sua apresentação, Jorge Correia referiu como a metodologia correta para um jornalista é, no cumprimento das regras éticas e do bom senso, procurar a informação, validá-la, cruzar diferentes fontes, obter a reação dos interessados, informar-se sobre o tema, divulgar a notícia e seguir desenvolvimento do caso

É preciso mais acompanhamento e menos intervenção pontual

O enfermeiro Alexandre Tomás, presidente do conselho diretivo da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, referiu na sua intervenção o contexto social, salientando que a taxa de pessoas com mais de 65 anos a



Alexandre Tomás, presidente SRS Ordem dos Enfermeiros

viverem sozinhas em Portugal é elevada. Mas o problema não é só o facto de a população estar envelhecida, “a maior dificuldade é o nível de dependência”. “Temos 300 mil portugueses com défice de auto-cuidado, com limitações na realização de tarefas diárias simples. Destes, cerca de 100 mil estão acamados em casa”, sublinhou. “É preciso mais acompanhamento e menos intervenção pontual” porque cada vez que uma dessas pessoas adia uma ida às urgências passam a ser doentes mais graves.

Leonor Carvalho, especialista em Medicina Interna do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, referenciou que a principal razão pela qual os doentes vão às urgências é “porque são atendidos”, ou seja, por falta de resposta de outras estruturas de saúde. Havendo muitos doentes que permanecem nas camas de internamento por falta de apoio social ou de vaga nos cuidados continuados, esse é “o grande motivo para o ‘entupimento’ das Urgências”. “As Urgências devem fazer urgência! A manutenção dos doentes nos SU é que faz com que esses serviços funcionem mal!”.



Marta Temido, Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

Ser administrador hospitalar não é compactuar com indignidades

Marta Temido, presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, interveio também nesta fase, tendo começado por relembrar que “passado o Inverno, as disfuncionalidades continuam”. “Os SU não funcionam bem porque o SNS e a sociedade não estão a funcionar bem. (...) é preciso dar mais relevância à questão da gestão de camas de internamento”. Na opinião de Marta Temido há uma tentativa política de escamotear a verdade. “Ninguém esperava milagres: se tivéssemos cortes e reduções de financiamento e há menos camas é evidente que íamos passar por dificuldades. Mas não é honesto é dizer que está tudo bem ou fingir que nada está a acontecer quando, de facto, o rei vai nu”, salientou, num apelo à transparência e à aprendizagem com os erros cometidos. Marta Temido referiu ainda a necessidade de ter uma maior preocupação com a dignidade dos cuidados prestados e lembrou as imagens dos corredores das urgências em picos de afluência, “com a compla-

cência das administrações hospitalares”. “Todos temos que fazer um ‘mea culpa’ pois ser administrador hospitalar não é compactuar com estas indignidades”.

Já em fase de debate com a assistência, José Clemente, diretor do Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta lembrou a necessidade de melhorar a fase pré-hospitalar e de pensar na existência de um “gestor clínico do doente” para que o SU não fique tão dependente “de tudo o que se passa no hospital e fora dele”, nomeadamente no que se refere às falhas dos cuidados continuados, à falta de apoio familiar e de “haver pessoas sem dinheiro para comer”. O diretor do Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta propôs que sejam atribuídos incentivos às instituições de Cuidados de Saúde Primários cujos doentes menos recorram às urgências.

O subfinanciamento crítico impossibilita qualquer planeamento

O presidente da Mesa da Assembleia Regional da Secção

Regional do Sul da Ordem dos Médicos, Correia da Cunha, com uma experiência de gestão de mais de uma década, explicou que “o problema não é de agora mas, de facto, agravou-se com o subfinanciamento crítico” numa atividade que não pode parar: a atividade hospitalar. “O que isto origina é a total impossibilidade de planeamento”. Conforme referiu Correia da Cunha, os Serviços de Urgência são parte do SNS e qualquer solução organizacional tem que ser abrangente e integradora. “O problema não começou agora. O que é novidade é não estarmos a ser capazes de responder aos desafios do como é que a demografia impacta os serviços de saúde e, em particular, os serviços de urgência”. É “fundamental refletir quanto à fase que se aproxima e em que muitos especialistas em MGF se vão reformar... Há médicos em abundância mas... é preciso planeamento”, frisou, alertando que outras especialidades terão a mesma dificuldade e exemplificou com Anestesiologia e Ortopedia.

“Com mais de 40 anos de serviço, já vi muita coisa: até o tempo em que não havia SNS. (...) Temos um dos melhores Serviços Nacionais de Saúde do mundo – e este modelo, que está a funcionar, sempre esteve em crise porque a vida é crise e risco; o SNS pode estar cheio de defeitos mas, num tempo em que o arquétipo era a medicina privada, esta foi uma criação dos portugueses, dos médicos portugueses que, num tempo difícil, conseguiram uma mudança positiva e pacífica. Sendo esta particularmente difícil, outras crises surgirão, depois desta passar...”, concluiu Correia da Cunha.

Na 2ª sessão relativa ao tema “organização dos serviços de saúde” organizada pela APDH refletiu-se sobre “Modelos de Formação – evolução e atuais tendências nas organizações de saúde”. Esta sessão realizou-se no dia 25 de setembro de 2015, no Porto. Em Novembro, a APDH irá organizar em Lisboa um encontro sobre “Cidadania em saúde; Acesso e equidade em saúde e Políticas saudáveis”.





Programa Doutoral em Bioética

Artigo alusivo à sessão solene de entrega dos certificados aos estudantes brasileiros do Programa Doutoral em Bioética, resultado de um protocolo celebrado entre a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e o Conselho Federal de Medicina do Brasil.

A Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e o Conselho Federal de Medicina do Brasil (CFM) promoveram no dia 20 de julho, em Brasília, a sessão solene de entrega dos certificados aos estudantes brasileiros do Programa Doutoral em Bioética.

A Faculdade de Medicina da Universidade do Porto efetuou um protocolo em 2007 com o Conselho Federal de Medicina do Brasil, entidade que tutela mais de 400 mil médicos brasileiros, com o objetivo de desenvolver um programa de intercâmbio técnico e científico visando a cooperação docente e supervisão científica de estudantes de doutoramento brasileiros inscritos na Universidade do Porto no ramo de conhecimento em Medicina, especialmente na área da Bioética.

Neste evento estiveram presentes o Bastonário da Ordem dos Médicos de Portugal, José

Manuel Silva, o Reitor da Universidade do Porto, Sebastião Feyer de Azevedo, a Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Amélia Ferreira, e o Diretor do Programa Doutoral em Bioética, Rui Nunes.

O Presidente do Conselho Federal de Medicina – Carlos Vital – classificou o momento como histórico, pois cumpriu uma das missões deste conselho que é promover ações de excelência no sentido da qualificação profissional. Já para Rui Nunes, "A Bioética e a Ética Médica são essenciais à Medicina e

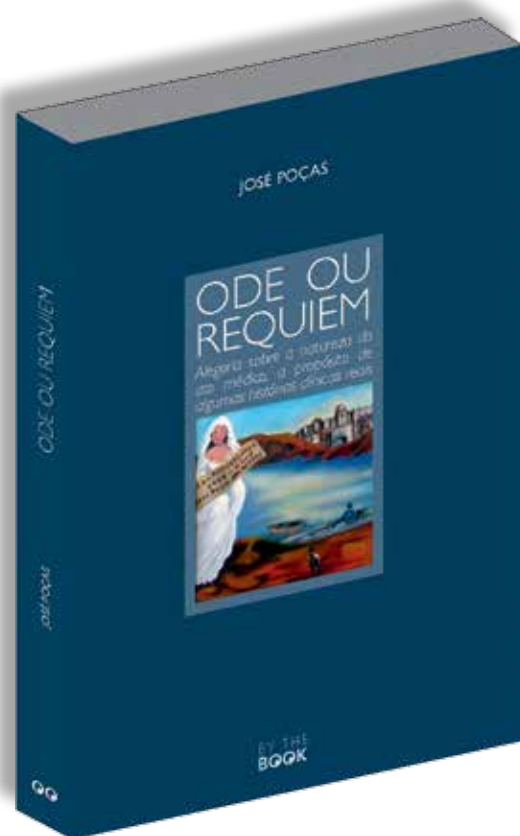
este projeto, envolvendo mais de uma centena de estudantes de doutoramento, tem sido o exemplo de que apesar do enorme mar que separa Brasil de Portugal os dois países estão muito próximos do ponto de vista da cultura, da identidade e dos grandes desígnios".

Também o Bastonário da Ordem dos Médicos se referiu à enorme importância da ética médica na sociedade que hoje presenciamos e, também, à relevância de reforçar as ligações culturais e profissionais entre os dois países irmãos.





Medicina e arte: uma conferência, um livro, um concerto



No dia 24 de Outubro próximo, Setúbal vai receber três eventos, num dia dedicado à cultura e à sua relação com a medicina. De manhã, o Fórum Luísa Todi recebe o ciclo de conferências organizado pela SOPEAM e pela LASA; à tarde, no mesmo local, o médico José Poças convida todos os colegas e amigos a assistir à apresentação do seu primeiro livro “Ode ou Requiem: Alegoria sobre a natureza do ato médico, a propósito de algumas histórias clínicas reais”. O dia termina com um magnífico concerto de jazz que terá lugar no Clube Setubalense.

O primeiro livro do médico José M. D. Poças, intitulado “Ode ou Requiem: Alegoria sobre a natureza do ato médico, a propósito de algumas histórias clínicas reais”, reflete, numa perspetiva muito pessoal, sobre o candente tema da relação médico-doente, tendo como pano de fundo a vida e o ser humano entendidos na sua mais ampla dimensão, ou seja, na plenitude das vertentes física, psíquica e social da sua existência.

No sábado **dia 24 de Outubro**, antes da apresentação do seu livro, o autor participa no **ciclo de conferências** organizado conjuntamente pela SOPEAM e pela LASA, que terá lugar às **10 horas, no Fórum Luísa Todi**, “abordando um tema complementar do que é objeto de re-

flexão no referido livro, sendo acompanhado pelo meu colega e amigo Barros Veloso que tratará também de um tema muito interessante no qual é um reputado especialista”: ‘azulejaria, médicos e medicina’. A conferência proferida por José Poças terá como tema “A relação Médico-Doente e o Ato Médico”.

Ainda no **dia 24 de Outubro de 2015, às 21 horas**, terá lugar um **concerto de Jazz** com o médico - e pianista - Barros Veloso, no **Clube Setubalense**.

O **lançamento do Livro** “Ode ou Requiem: Alegoria sobre a natureza do ato médico, a propósito de algumas histórias clínicas reais” de José M. D. Poças decorre **dia 24 de Outubro de 2015, a partir das 15 horas, no Fórum Luísa Todi**. A mesa

de honra é composta por Maria Dolores Meira, presidente da CMS, D. Manuel Martins, bispo resignatário de Setúbal, José Manuel Silva, bastonário da OM, Quitéria Rato, diretora Clínica do CHS Setúbal e pelo médico Barros Veloso. Diz-nos o autor: “a minha trajetória profissional de Internista, sucessivamente vocacionado, primeiro para a Oncologia, depois para a Emergência e o Intensivismo, e finalmente para a Infeciologia e a Medicina do Viajante, confrontado que fui amiúde com a angústia do sofrimento alheio e a própria morte, determinou que ficasse intrinsecamente imbuído de uma visão do exercício da medicina, em simultâneo holística, eclética e humanística, sendo a perso-

nalização do ato médico, no contexto da atividade clínica, tida como um valor supremo a defender com a máxima intransigência.". Vivemos tempos que José Poças define como "de uma grave crise aos mais diversos níveis, abrangendo de uma forma preocupante o âmago do conjunto de valores que, constituindo o nosso mais valioso legado histórico enquanto classe e mister, pretender-se-ia serem perenes e fundacionais da nossa civilização, baseados na ética e na deontologia profissional que sempre foi cultivada pela tradição dos nossos mais venerandos Mestres".

"Dante Alighieri (1265-1321), um dos mais notáveis poetas italianos, afirmou que "No inferno os lugares mais quentes são reservados aqueles que escolheram a neutralidade em tempo de crise". Este livro, no qual se misturam histórias clínicas e de pessoas, viagens, música, pintura e pensamentos, e que fala da morte e da vontade de viver, bem como do amor e da compaixão para com o nosso semelhante, e ainda do sofrimento e da esperança, resultou de uma incontida vontade, embora não inteiramente consciencializada de início, de dar um estrondoso grito de alma na defesa da dignidade do ato médico e da relação médico-doente, pilares básicos de qualquer sistema de saúde digno de se assumir como um baluarte na defesa dos genuínos valores da cidadania, entendidos na sua mais ampla dimensão, sendo pois, deste modo, uma forma de não ficar expectante no "confortável" terreno dos que estão simultaneamente de bem com "Deus" e com o "Diabo".

Agostinho da Silva (1906-1994),

um dos mais lúcidos e acutilantes pensadores portugueses do sec. XX, afirmou "Consiste o progresso no regresso às origens com plena memória da viagem". Sem saudosismos nefastos e desajustados, entendo que é tempo de (re)pensarmos, individual e coletivamente, o trajeto que vertiginosamente temos estado a trilhar enquanto povo e nação desde há várias décadas, muitas vezes por imposição alheia e ao serviço de interesses escusos, no sentido de, pelo menos no campo da saúde, pudermos continuar a dar uma adequada resposta aos que estão efetivamente doentes, sem perder, contudo, a necessária lucidez de que esta postura extravasa, em muito, a intervenção médica, entendida apenas no seu sentido mais restrito, como se depreende de muitas das histórias que aqui conto." - É com estas palavras que o autor dirige um convite ao leitor, "para começar a interessar-se por estes temas e pelo próprio livro que escreveu começando por assistir à cerimónia da sua apresentação", bem como aos restantes eventos que terão lugar dia 24 de outubro em Setúbal.

José M. D. Poças, médico especialista em Medicina Interna, Infeciologia e Medicina do Viajante, partilha nesta obra algumas vivên-

cias que o marcaram enquanto homem e enquanto profissional; Cada viagem, tal como cada relação terapêutica, traz um ensinamento, uma marca, uma experiência para a vida que o autor partilha com a família, amigos e agora com o leitor. Um livro onde transparece sempre a presença do médico mas igualmente a presença do amante da música e do belo. A música tem, aliás, vastas referências na obra, do jazz, à música clássica, passando pelo rock ("progressivo, sinfónico, e eletrónico, na maioria dos casos, embora também, uma parte considerável de rock-jazz"), os blues e o folk e, naturalmente, a música etnográfica (portuguesa, designadamente fado, para além de flamengo, de tango, e muitos outros ritmos oriundos dos muitos países por onde o autor teve a oportunidade de deixar-se embalar pelos sons locais. Uma ligação positivamente visceral que transparece



nos seus escritos: "...A Medicina e a Música têm uma característica singular em comum: A possibilidade de propiciarem o conhecimento da verdadeira dimensão do Homem. A primeira, fá-lo de um modo racionalista, lógico, e metódico, indo da superfície para o interior. A segunda, capta-o de uma maneira intuitiva, natural e espontânea, e por isso mesmo muito mais verdadeira, percorrendo o mesmo caminho, mas em sentido inverso! É pois por causa deste facto que o Ato Médico carece de se transcender pela "inata musicalidade" do Espírito Humano..." – palavras do próprio autor, escritas como dedicatória no Livro de Curso que ofereceu ao seu irmão Jorge Manuel (licenciado em música, especializado em guitarra clássica, ex-músico de rock e de blues, e professor dessa mesma arte). A cada história clínica que nos conta, o autor associa uma ou mais músicas.

Além da música, sempre como companheiros de viagem, a família e os livros. "Coloquei na mala três (excelentes) livros acerca de uma das mais enigmáticas figuras da história universal (Cristóvão Colon, outra das secretas obsessões de que estou irremediavelmente possuído...)", outro amor partilhado sempre que a oportunidade se proporciona, como numa viagem recente, que o autor conta na introdução, em que faz sugestões de leitura a uma estrangeira com quem se cruzou: "aconselhei-lhe então a comprar e ler o livro 'Equador' da autoria do jornalista e escritor Miguel de Sousa Tavares (que estava certo, deveria ter uma tradução em alemão) e acrescentei que, dada a sua profissão,

também lhe aconselharia o livro que eu tinha acabado de ler precisamente na véspera, intitulado '1493' da autoria de Charles Mann, um jornalista americano especialista em assuntos científicos. Versava sobre as transformações que ocorreram à escala planetária provocadas pela viagem do celeberrimo navegador que primeiramente tinha chegado ao Novo Mundo em 1492, ou seja, o mesmo Cristóvão Colon cuja enigmática biografia e origem me perseguiram desde há muito. Expliquei-lhe que abordava de uma forma cativante e rigorosa uma grande variedade de interessantes temas, que incluíam a medicina, a botânica, a agricultura, a antropologia, a cartografia, o comércio e a indústria, etc., para além dos mais polémicos aspetos relacionados com a escravatura, a geopolítica e a ecologia. Acrescentei ainda que considerava que o jornal Washington Post tinha inteira razão quando afirmava que se tratava de um dos melhores livros de não ficção jamais escritos, sendo pois verdadeiramente fundamental para compreendermos o mundo e o tempo em que vivemos!"

O primeiro livro editado por José M. D. Poças mostra, página a página, história a história, que a ligação entre o ser, a medicina e a arte é real e que se sente no doente, no médico e, quantas vezes, na relação terapêutica.

Exemplo disso, a história do encontro com o Sr. Eduardo, octogenário que o médico José Poças reanimou nas urgências e que nessa madrugada começou a escrever sonetos... "O Sr. Eduardo publicou, publicou, após o episódio referido, meia dúzia de livros de poemas carregados de uma tocante musicalidade,

incluindo dois sonetos, respetivamente intitulados 'Paragem Respiratória' e 'Reconhecimento' (este último englobando um agradecimento também ao meu colega, ex-interno, e amigo Mário Parreira). Tinha aprendido a ler sozinho quase que clandestinamente à luz da vela, madrugada fora, depois da pesada jornada diária de trabalho (tal como a minha avó materna), e nunca tinha tido tempo para passar ao papel os inúmeros poemas que a sua prodigiosa memória foi guardando década atrás de década, até surgisse um dia a tão desejada oportunidade... Ainda parece que estou a vê-lo chegar ao gabinete da consulta externa do hospital carregado com uma meia dúzia de exemplares do seu último livro editado, e perguntar-me: Quantos internos tem hoje aí consigo, para eu lhes oferecer a minha última obra?"

Esta alegoria sobre a natureza do ato médico, a propósito de algumas histórias clínicas reais, faz-nos refletir sobre temas tão complexos como o consentimento informado ou a eutanásia. "Como é que a problemática da inovação farmacológica está ser tratado, e o que é que vai acontecer aos muitos doentes com patologias ameaçadoras da vida (oncológicas, mas não só)? É um debate não só para o âmbito restrito de especialistas. Trata-se eminentemente de matéria de cidadania, e que deve envolver toda a sociedade, incluindo doentes, médicos, cientistas, políticos e representantes da indústria farmacêutica".

"Ode ou Requiem: Alegoria sobre a natureza do ato médico, a propósito de algumas histórias clínicas reais" é uma edição da By the Book.

IV Simpósio AMP 2015

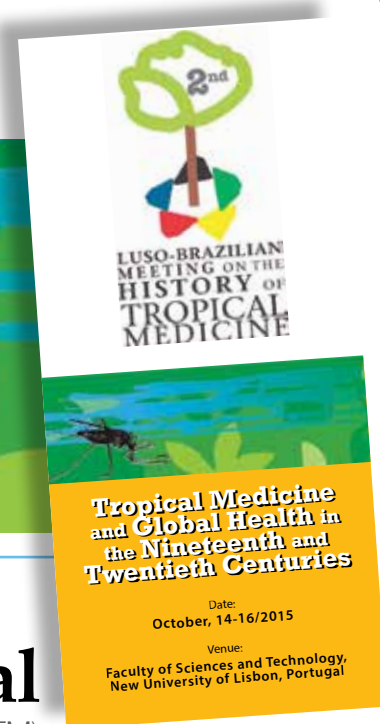
SAVE THE DATE
7
NOVEMBRO * NOVEMBER

**Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos
Sala Miguel Torga
Coimbra**



ACTA MÉDICA
PORTUGUESA





Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical

O 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical (2LBMHTM), tendo como tema central, a Medicina Tropical e Saúde Global, terá lugar em Lisboa, Portugal, de 14 a 16 de Outubro de 2015. É organizado pelo Centro Interuniversitário de História da Ciência e Tecnologia (CIUHCT), o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Centre for Global Health Histories (CGHH), da Universidade de York.

O 1º Encontro contou com a participação maioritária de investigadores portugueses e brasileiros. Este encontro pretende fortalecer a colaboração com investigadores de outros países, para possibilitar uma discussão transdisciplinar mais alargada sobre os determinantes histórico-sociais da medicina tropical e das suas relações com as políticas nacionais de saúde e a saúde global, com ênfase nos séculos XIX e XX. Pretende-se assim estabelecer um equilíbrio entre as reflexões historiográficas e os estudos de caso que examinam diferentes contextos nacionais, coloniais, pós-coloniais, internacionais e globais, no sentido de desenvolver uma análise comparativa mais alargada no período pós IIª Guerra Mundial.

Um encontro onde se refletirá sobre “saberes e práticas médicas: histórias e tradições plurais”, “actores, agentes patogénicos, doenças e instituições”, “políticas insti-

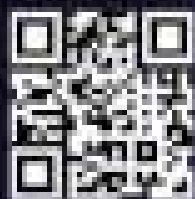
tucionais e redes internacionais de saúde pública”, “arquivos e museus: documentação e colecções”, “Medicina Tropical e Ambiente” e a “bioética em Medicina Tropical”, análises históricas das ligações entre medicina tropical e saúde internacional no contexto pós-IIª Guerra Mundial, com atenção particular às relações estabelecidas em torno do eixo Portugal-África-Ásia-Brasil, fundamentalmente abordando a circulação de ideias e ideologias à luz das peculiaridades socioeconómicas, políticas e administrativas, bem como das correlações de poder entre mercados, estados-nação e agências internacionais, etc.

A sessão solene de abertura contará com a presença de António Rendas (reitor da UNL), Fernando Santana (diretor da FCT/UNL), Paulo Ferrinho (diretor do IHMT/UNL), Paulo Gadelha (presidente da Fiocruz) e Maria Paula Diogo (coordena-

dora CIUHCT, Pólo UNL).

Do vasto e interessante programa, destacamos no dia 15 de Outubro, às 18h, na Aula Magna do IHMT, a mesa redonda “Um mundo em convergência? Avanços e recuos no desenvolvimento global”, moderada por Darwin Stapleton (Universidade de Massachusetts, Boston) e que conta com a intervenção de Stefan Rinke (Universidade Livre de Berlim), Paulo Gadelha (Fundação Oswaldo Cruz), Ema Paulino (Ordem dos Farmacêuticos), Francisco George (Direção Geral de Saúde), Luís Sambo (ex-Diretor Regional da OMS para África) e Fátima Proença (Associação para a Cooperação entre os Povos). Neste mesmo dia será inaugurada a exposição “Médicos Fotógrafos” por Clara Ramalhão e João Schawalbach.

Para mais informações: conghmt@campus.fct.unl.pt | <http://eventos.fct.unl.pt/conghmt/home#pt>



www.ordemdosmedicos.pt
O portal oficial da OM



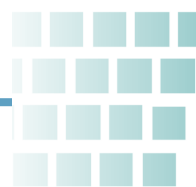
CRN denuncia situações críticas em Vila Real e Santo Tirso

A falta de médicos levou o Conselho Regional do Norte a deslocar-se com os sindicatos ao Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro e ao Hospital de Santo Tirso. Em Agosto, ficaram dois alertas para a ARS Norte: a transição congelada de USF para o modelo B e o incompreensível atraso nos concursos de contratação.

A 20 de Julho, o Conselho Regional do Norte (CRN) da Ordem dos Médicos deslocou-se a Vila Real para constatar *in loco* as condições verificadas na sede do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTAD) - o Hospital de São Pedro. Aquele unidade orgânica, de acordo com as denúncias que chegaram ao CRN, enfrenta um conjunto de problemas que condicionam a sua atividade assistencial, nomeadamente a falta de especialistas em áreas como a Anestesiologia e a Medicina Interna. Juntamente com o Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e o Sindicato dos Médicos do Norte (SMN/FNAM), a comitiva começou por reunir com o director clínico do CHTAD José

Joaquim Costa, que confirmou a “dificuldade em cumprir a missão por falta de profissionais”. De acordo com o responsável, o centro hospitalar deveria ter no mínimo 41 anestesiológicos, no entanto, à data da visita, contava apenas com 18 e registava uma perda de nove especialistas desde Janeiro de 2014, sendo que apenas dois saíram por aposentação. “Perdi metade da equipa, perguntem-me como não fechei salas todos os dias”, observou a directora do serviço, Margarida Faria, também presidente do Distrito Médico de Vila Real. A consequência desta ‘sangria’, a que se juntam outros constrangimentos como a falta de enfermeiros, é uma forte contração da actividade cirúrgica no CHTAD

e o risco de cerca de 75% dos doentes em lista de espera terem de ser operados fora da unidade. A esse propósito, o presidente do CRN sublinhou a taxa de cancelamento dos tempos operatórios “atinge já os 40%”, com reflexos negativos no próprio financiamento daquele agrupamento hospitalar. “Esta situação cria desigualdades no sistema”, sublinhou Miguel Guimarães. Na Cirurgia Geral, com apenas 26 especialistas e 9 nove internos, e na Medicina Interna, com 18 especialistas a menos do que o necessário, as carências são igualmente notórias. Trigo Faria, director do serviço de Medicina Interna, referiu que as taxas de ocupação entre 110 e os 120% representam uma “não gestão”



de um sector que “para ser governável” deveria ter ratios de 75 a 80%.

As informações recolhidas nos diversos serviços do CHTAD reflectem a dificuldade que as unidades de saúde do interior sentem para fixar o seu quadro clínico. Uma das grandes justificações, defendeu Miguel Guimarães em declarações à imprensa, está na “sucessiva desregulamentação dos concursos que está a prejudicar claramente os centros hospitalares mais

periféricos”. Já o representante da administração do hospital, Fernando Pereira, explicou que, apesar de “pagar mais” não resolver a situação, não houve outra hipótese na mesa e a isso se deve a manutenção do serviço de Anestesiologia. O responsável lembrou a especial complexidade do CHTAD, uma vez que não existem transportes públicos entre Lamego e Vila Real e a distância entre os três polos do agrupamento pode chegar aos 100 km.

Numa reacção formal após a visita, o presidente do CRN comprometeu-se a não baixar os braços nesta situação e a insistir junto da Entidade Reguladora da Saúde e da ARS Norte para que outras medidas sejam tomadas. “É preciso valorizar o esforço, dedicação e qualidade dos profissionais de saúde” do CHTAD, concluiu Miguel Guimarães.

O Hospital de Santo Tirso, integrado no Centro Hospitalar do Médio Ave, mereceu igualmente a visita do CRN, SIM e SMN/FNAM no dia 31 de Julho. A jus-

tificar a iniciativa esteve a anunciada transferência da gestão da unidade para a Santa Casa da Misericórdia e a dificuldade em suprir a carência de médicos em várias especialidades.

De acordo com o que foi possível ao CRN aferir, faltam mais de uma dezena de médicos e 14 enfermeiros nesta unidade hospitalar. Fruto da anunciada concessão à Misericórdia no final de 2014 - ainda não concretizada - os serviços vivem na incerteza quanto ao futuro e os concursos que abrem para Santo Tirso vão ficando vazios. “Neste momento, não há ninguém que saiba exactamente o que vai acontecer”, comentou a presidente da FNAM, Merlinda Madureira, em declarações aos jornalistas presentes. Também Manuela Dias, representante do SIM, sublinhou o “medo” que muitos colegas sentem em preencher os lugares abertos.

De acordo com Miguel Guimarães, a alteração gestionária do Hospital de Santo Tirso associada à aplicação prática da portaria 82/2014 poderá trazer como consequência a perda de várias especialidades médicas, entre as quais a cardiologia, a obstetrícia, a oftalmologia, a oncologia médica, a otorrinolaringologia, a pneumologia e a pedopsiquiatria. A esta situação, acresce a saída provável de médicos internos que estejam a concluir a respectiva especialidade.

USF travadas pela ARS Norte

A 14 de Agosto último, o CRN colocou na agenda a evolução dos cuidados de saúde primários (CSP) na região Norte com uma visita à Unidade de Saúde



“Não se compreende”, acrescenta o CRN, “que haja uma discriminação de grupos profissionais que, organizados em USF modelo A e durante dois anos, se sujeitaram a procedimentos e avaliações repetidas com vista à transição para USF modelo B e às suas vantagens remuneratórias”.

Familiar de Arca d’Água, uma das instituições que têm o seu processo de transição para modelo B bloqueado pelo Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde.

Uma vez mais acompanhado pelos dois sindicatos médicos, o CRN deixou um alerta público para o facto de unidades como a de Arca d’Água preencherem as condições de transição para o modelo B de USF - com pareceres favoráveis da Equipa Regional de Apoio (ERA) - e não serem contempladas apesar da existência de quota atribuída pelos ministros das Finanças e da Saúde. Em comunicado, recordaram que os CSP são “o pilar fundamental” do serviço público de saúde e, independente do modelo adoptado, devem “propiciar a profissionais e a utentes iguais condições de trabalho e de conforto, e respeitando sempre as “regras do jogo”, e nunca as alterando a meio dele”. “Não se compreende”, acrescenta o CRN, “que

haja uma discriminação de grupos profissionais que, organizados em USF modelo A e durante dois anos, se sujeitaram a procedimentos e avaliações repetidas com vista à transição para USF modelo B e às suas vantagens remuneratórias”. “Com uma decisão não explicitada e não fundamentada, criou-se uma situação de inadmissível injustiça”, acrescentou o Conselho Regional, cujo presidente em conferência de imprensa posterior à visita à USF de Arca d’Água alertou para as más condições remuneratórias dos médicos de família e para a crescente vaga de emigração nesta especialidade.

Concursos com desigualdades regionais

A contratação de médicos para o Serviço Nacional de Saúde voltou a merecer uma tomada de posição do CRN a que se associou o Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI), no passado dia 24 Agosto, na sequência dos Despachos 5471-A/2015 e 5952-A/2015. Ambos os procedimentos, registaram o CRN e o CNMI, mantiveram o “princípio aberrante” dos concursos regionais “fechados”, ao arrepio “dos princípios constitucionais da liberdade de acesso ao emprego público e da igualdade de oportunidades”. “Mantém-se a figura jurídica de procedimentos simplificados, sem qualquer garantia de respeito pelas boas práticas de contratação por parte do Estado”, acrescentaram os organismos da Ordem dos Médicos.

A falta de coordenação central dos concursos, o incumprimento dos prazos estabelecidos e a constituição de júris com potenciais conflitos de interesse foram algumas das críticas apresentadas pelo CRN nesta missão, onde se sublinhou outro factor relevante: os concursos são feitos a velocidades distintas nas diferentes ARS, com prejuízos óbvios para os médicos. No despacho 5471-A/2015, por exemplo, a ARS do Norte ainda estava na fase das entrevistas de avaliação, enquanto Lisboa e Vale do Tejo já estava a convocar os especialistas em medicina geral e familiar para aceitar o lugar. No caso do despacho 5952-A/2015, relativo às especialidades hospitalares e saúde pública, a ARS Norte mantinha o atraso relativamente às suas congéneres, faltando-lhe ainda publicar o ‘mapa de vagas’. “Uma situação caótica, típica do actual estilo de governação na área da Saúde”, observaram Miguel Guimarães e Mariana Brandão.

Na sequência deste episódio, o CRN e o CNMI reclamaram a imediata publicação das vagas e abertura do processo de recrutamento por parte da ARS do Norte e, no âmbito mais geral, a uniformização deste processo em todas as regiões de saúde para que “os médicos possam escolher em consciência o seu futuro local de trabalho”. Finalmente, recomendaram vivamente que os concursos passem a ser de âmbito nacional, institucionais, abertos, com júris sem conflitos de interesse e com critérios de avaliação definidos e publicados previamente.



A Medicina do ministro Paulo Macedo

Artigo de opinião publicado pelo presidente do CRN, Miguel Guimarães, na edição de 29 de Agosto do Expresso.

A revisão dos diplomas que regulavam a formação médica especializada (internatos médicos) associada às declarações públicas dos responsáveis do Ministério da Saúde, não deixam qualquer dúvida sobre a medicina que o ministro Paulo Macedo quer para Portugal.

A qualidade da medicina praticada pelos médicos portugueses tem tido como base uma formação especializada de elevado nível integrada no conceito e na existência de carreiras médicas, que ao longo de dezenas de anos tem constituído o principal pilar do nosso SNS.

O ministro Paulo Macedo, entusiasmado com a magia dos números e indicadores de gestão, decidiu reduzir de forma desastrosa o Orçamento do Estado para a Saúde e desprezar a humanização e qualidade da medicina. Centrou a sua política nas finanças, desvalorizou as pessoas, e o SNS ressentiu-se

revelando sinais públicos de insuficiências graves.

A sua política teve como consequência uma centralização excessiva dos cuidados de saúde nos grandes hospitais públicos e privados, em detrimento da medicina de proximidade ao nível dos cuidados de saúde primários, dos hospitais periféricos e da medicina privada dos consultórios médicos. Os resultados finais são conhecidos de todos os portugueses.

Como consequência direta das suas opções, apesar de Portugal ser o 4º país da CE e o 5º da OCDE com mais médicos no ativo por mil habitantes e formar quase 2000 médicos por ano, existe uma perceção de falta de médicos em algumas especialidades, absolutamente confrangedora perante a desorganização e falta de planeamento que tem presidido à sua política de saúde.

No seu conjunto, as alterações

introduzidas na formação médica especializada mostram um total desprezo pelos jovens médicos e pela qualidade da medicina. Reduz a autonomia para o exercício da medicina em dois anos, elimina a formação prática geral em medicina e empurra os estudantes recém-formados para a linha da frente sem qualquer respeito pelos doentes e pelas normas e regras existentes.

Deixa em aberto a possibilidade de os médicos internos prestarem mais de 12 horas de trabalho normal em serviço de urgência, contrariando em absoluto o objetivo essencial do processo formativo, e elimina a existência de prazos para a divulgação do mapa de vagas e opções dos candidatos, promovendo a insegurança e a desigualdade numa fase crucial da vida dos jovens médicos.

Adicionalmente promove ainda mais a redução da formação

e o aumento da autonomia dos médicos internos ao impor a existência nos programas de formação das especialidades de “atos médicos no âmbito da correspondente especialidade, que possam ser desenvolvidos com autonomia pelos médicos internos, em particular, no último ano de formação.” Isto é, atos médicos especializados sem supervisão do especialista, o que significa menos segurança e mais risco para médicos e doentes. O que na prática pode significar a redução de mais um ano na formação médica.

A intenção do ministro é clara. Diminuir custos e tempo de formação e escravizar e humilhar os jovens médicos pela ausência de regras. Mais ainda, nada está a ser feito pelos responsáveis políticos no sentido de evitar a existência de médicos indiferenciados, o que a acontecer nas circunstâncias previstas pela atual legislação significa um retrocesso sem precedentes na qualidade da medicina e dos cuidados de saúde.

Já todos entendemos que medicina o ministro quer para o país. Uma medicina de guerra,

normalizada e desumanizada, a retalho, centrada em grandes superfícies, em parte realizada por outros profissionais de saúde, com médicos e doentes de primeira e segunda categoria, em que a autonomia precoce para o exercício da medicina e da especialidade passe a ser a solução para todos os problemas. E com total desprezo pela qualidade e pela relação médico-doente. Não é esta a medicina que queremos.

Expresso

Presidente do CRN da OM critica formação médica especializada A medicina do ministro Paulo Macedo

Miguel Guimarães

A revisão dos diplomas que regulavam a formação médica especializada (internatos médicos) associada às declarações públicas dos responsáveis do Ministério da Saúde, não deixam qualquer dúvida sobre a medicina que o ministro Paulo Macedo quer para Portugal.

A qualidade da medicina praticada pelos médicos portugueses tem tido como base uma formação especializada de elevado nível integrada no conceito e na existência de carreiras médicas, que ao longo de dezenas de anos tem constituído o principal pilar do nosso SNS.

O ministro Paulo Macedo, entusiasmado com a magia dos números e indicadores de gestão, decidiu reduzir de forma desastrosa o Orçamento do Estado para a Saúde e desprezar a humanização e qualidade da medicina. Centrou a sua política nas finanças, desvalorizou as pessoas, e o SNS ressentiu-se revelando sinais públicos de insuficiências graves.

A sua política teve como consequência uma centralização excessiva dos cuidados de saúde nos grandes hospitais públicos e privados, em detrimento da medicina de proximidade ao nível dos cuidados de saúde primários, dos hospitais periféricos e da medicina privada dos consultórios médicos.

Os resultados finais são conhecidos de todos os portugueses.

Como consequência direta das suas opções, apesar de Portugal ser o 4º país da CE e o 5º da OCDE com mais médicos no ativo por mil habitantes e formar quase 2000 médicos por ano, existe uma perceção de falta de médicos em algumas especialidades, absolutamente conflagrada perante a desorganização e falta de planeamento que tem presidido à sua política de saúde.

No seu conjunto, as alterações introduzidas na formação médica especializada mostram um total desprezo pelos jovens médicos e pela qualidade da medicina. Reduz a autonomia para o exercício da medicina em dois anos, elimina a formação prática geral em medicina e empurra os estudantes recém-formados para a linha da frente sem qualquer respeito pelos doentes e pelas normas e regras existentes.

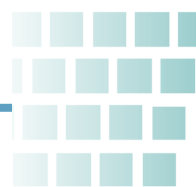
Deixa em aberto a possibilidade de os médicos internos prestarem mais de 12 horas de trabalho normal em serviço de urgência, contrariando em absoluto o objetivo essencial do processo formativo, e elimina a existência de prazos para a divulgação do mapa de vagas e opções dos candidatos, promovendo a insegurança e a desigualdade numa fase crucial da vida dos jovens médicos.

Adicionalmente promove ainda mais a redução da formação e o aumento da autonomia dos médicos internos ao impor a

existência nos programas de formação das especialidades de “atos médicos no âmbito da correspondente especialidade, que possam ser desenvolvidos com autonomia pelos médicos internos, em particular, no último ano de formação.” Isto é, atos médicos especializados sem supervisão do especialista, o que significa menos segurança e mais risco para médicos e doentes. O que na prática pode significar a redução de mais um ano na formação médica.

A intenção do ministro é clara. Diminuir custos e tempo de formação e escravizar e humilhar os jovens médicos pela ausência de regras. Mais ainda, nada está a ser feito pelos responsáveis políticos no sentido de evitar a existência de médicos indiferenciados, o que a acontecer nas circunstâncias previstas pela atual legislação significa um retrocesso sem precedentes na qualidade da medicina e dos cuidados de saúde.

Já todos entendemos que medicina o ministro quer para o país. Uma medicina de ‘guerra’, normalizada e desumanizada, a retalho, centrada em grandes superfícies, em parte realizada por outros profissionais de saúde, com médicos e doentes de primeira e segunda categoria, em que a autonomia precoce para o exercício da medicina e da especialidade passe a ser a solução para todos os problemas. E com total desprezo pela qualidade e pela relação médico-doente. Não é esta a medicina que queremos.



Revisitar um Porto “tradicional e regionalista” com o “exímio Joel Cleto”

O primeiro percurso da iniciativa “Porto Revisitado” levou o primeiro grupo de médicos a conhecer a cidade que os acolhe, pela mão de Joel Cleto. Da Praça da Liberdade à Ribeira, reavivou-se a “memória coletiva” e descobriram-se curiosidades. Texto Liliana Pinho › Fotografia Digireport

“Burguês, granítico, tradicional, regionalista, vintage. O Porto, nos seus diferentes traços de personalidade, é um lugar que se impõe conhecer e revisitar vezes sem conta”. Foi este o mote que a SRNOM lançou aos mais curiosos, propondo-lhes experimentar descobrir “as memórias fundamentais da sua cidade na companhia de um inconfundível narrador: o professor Joel Cleto”.

Cerca de quatro dezenas de pessoas aceitaram o repto de Porto Revisitado e uniram-se nos Aliados, para o primeiro de quatro percursos: “Da Praça da Liberdade à Ribeira”. De máquinas fotográficas em punho e ar de turistas, estavam prontos para explorar a própria cidade nas cerca de três horas seguintes, com entusiasmo latente.

Afinal, as vagas disponíveis para os quatro percursos esgotaram em 48 horas, surpreendendo Fátima Carvalho, responsável pela organização da iniciativa: “Eu acho que a cidade do Porto tem uma história tão rica que nos passa um bocadinho ao lado, no nosso dia-a-dia, que era uma pena não conseguir promover uma coisa deste género.

Ainda assim, o sucesso das coisas depende das pessoas aderirem e não estava nada à espera de tão grande receptividade”, afirma.

“As pessoas ficaram encantadas”

E a atividade não ficou aquém das expectativas. Depois da troca de impressões junto ao Ardina ou de apreciar a “obra-prima” que é São Bento e os seus puzzles de azulejo (“uma das 10 mais belas estações ferroviárias do mundo”, sublinha o historiador”), Teresa Oliveira fala do “comunicador nato” que “prende a plateia” como ninguém e fez a experiência “valer a pena, sem dúvida nenhuma”. “Gostei imenso”, admite.

E em conversa numa descida até à Ribeira, sob o sol quente com que o dia presenteou o grupo, o casal Francisco e Fátima Pina não escondem a satisfação: “Foi uma atividade fantástica”, afirma Francisco. Joel Cleto “é um comunicador fora de série, deviam existir muitas mais atividades deste género”. Fátima concorda e garante: a presença nos próximos percursos já está assegurada.

O final da Rua dos Mercadores, a

terminar na Praça da Ribeira, dita também o fim do percurso. “Já foi uma das mais importantes e ricas da cidade, durante séculos. Ligava a zona mercantil ao centro”, conta o historiador.

Em altura de balanços, Fátima não tem dúvidas: “O Joel Cleto é um comunicador exímio, com uma capacidade excelente de transmitir as ideias e as pessoas ficaram encantadas”.

O historiador também não escondeu a satisfação com o sucesso da iniciativa: “Não estava à espera de uma adesão tão grande, o que me deixa muito sensibilizado”, afirmou.

Depois destacou a importância de incluir a classe médica neste tipo de eventos: “Tenho para mim que a questão da salvaguarda e proteção da memória da cidade é crucial para a qualidade de vida das populações e os médicos, que são os principais responsáveis pela qualidade de vida dos cidadãos, devem também estar a par desta parcela importante da qualidade de vida da população que é a sua memória coletiva”, sublinhou Joel Cleto.



Secção Regional do Sul

Informação



Hospital de Portimão



Hospital de Faro

Défice de Médicos no Centro Hospitalar do Algarve

O Conselho Regional do Sul tem acompanhado muito de perto a crise de sucessivas falhas na assistência que se vão registando no Centro Hospitalar do Algarve. No final de mês de Julho, o CRS, em comunicado, chamou a atenção para as próprias palavras do presidente do Conselho de Administração, que admitia estar a viver-se naquele centro hospitalar o mesmo tipo de pressão que se tinha sentido no inverno, quando as urgências estavam sem capacidade de resposta para o surto de gripe. Neste comunicado (31 de Julho de 2015), que abaixo se reproduz, sublinha-se a circunstância rara, mesmo no contexto das dificuldades que se vivem no SNS, de este centro hospitalar viver crises sazonais, quer no verão quer no inverno. No inverno há uma afluência grande de idosos com síndrome gripal e não há capacidade de resposta e no verão há uma afluência grande de idosos desidratados e revela-se de novo o défice da resposta do Centro Hospitalar do Algarve. O Conselho Regional do Sul lamentou, na circunstância, que não se tivessem cumprido as promessas de contratar médicos para estes hospitais, tal como tinha sido prometido pela tutela na crise do inverno.

Um mês depois deste comunicado, voltaram as críticas dos médicos à situação, com o Conselho Regional do Sul a associar-se às denúncias do Conselho Distrital do Algarve (ver na página ao lado comunicado de 3 de Setembro de 2015), que aponta uma situação de rotura na Cirurgia Geral, que resulta num atendimento deficiente nesta especialidade, sem o número de médicos suficiente para dar resposta a todos os turnos de urgência.

Comunicado: Centro Hospitalar do Algarve não tem capacidade de resposta no verão e no inverno

Há cerca de meio ano o Centro Hospitalar do Algarve (CHA) vivia uma situação aflitiva, com falta de profissionais para dar resposta à normal epidemia de gripe do inverno. A situação era catastrófica e as circunstâncias obrigaram responsáveis e tutela

a prometer a medida necessária: a contratação de profissionais. Chegou agora o verão. E o presidente do Conselho de Administração do CHA revela que os profissionais estão exaustos e já se sente “a mesma pressão” que é normal no inverno. De acordo

com as informações oficiais há uma afluência grande de idosos desidratados às urgências de todo o Algarve e não há capacidade de resposta.

As promessas de contratação de médicos não foram cumpridas, de acordo com o que refere o



presidente do Conselho de Administração, e não se percebe porquê só agora uma vez que teve tempo suficiente para o dizer e não disse, deixando a situação chegar a este ponto.

O CRS lamenta que se mantenha esta impunidade, que se continue a mentir, assumindo compromissos que não se cumprem. Prometem-se medidas

para a fixação de médicos nas áreas carenciadas, mas não se aplicam e os concursos ficam desertos; os médicos continuam a emigrar e a concentrar-se nos grandes centros.

O ministro espera passar mais dois meses incólume, na comodidade do seu gabinete ou das suas férias. Enquanto isso, os doentes não têm a assistência

a que têm direito, mesmo que, como é o caso do Algarve, os médicos se apliquem tentando colmatar o défice de centenas de colegas que seriam necessários.

Lisboa, 31 de Julho de 2015

O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos

Comunicado: **Confusão continua no Centro Hospitalar do Algarve**

O agravamento da situação de confusão no Centro Hospitalar do Algarve originou o comunicado conjunto do Conselho Distrital do Algarve da OM e do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos que passamos a reproduzir.

Conforme denunciado há cerca de 2 semanas pelo Conselho Distrital do Algarve da Ordem dos Médicos, a situação de confusão continua no Centro Hospitalar do Algarve.

Neste momento, a especialidade de Cirurgia Geral, uma das especialidades básicas e fundamentais nos hospitais, encontra-se em rotura.

Na última semana, alguns turnos de 12 horas de Urgência foram assegurados apenas por 1 especialista. Esta situação é inadmissível e pode pôr em causa a realização de cirurgias de Urgência ou obrigar à transferência dos doentes para outros hospitais. Tal só ainda não aconteceu devido ao espírito de sacrifício dos médicos, que se têm disponibilizado a colmatar estas falhas.

O Conselho de Administração tem manifestado completa incapacidade e inaptidão para resolver este problema, que se arrasta há 2 anos. Começou com a perda de idoneidade formati-

va na Cirurgia do pólo de Faro, onde um dos Serviços de Cirurgia está há 2 anos sem Director, culminando nesta situação de rotura.

Não tem havido capacidade de fixar os jovens especialistas formados anteriormente, que, em face da falta de expectativas de desenvolvimento dos serviços – a viverem quase exclusivamente para a resposta à Urgência –, se vão embora para outros hospitais.

O Conselho Distrital do Algarve reitera a sua preocupação com esta situação que pode pôr em causa a qualidade dos actos médicos e a segurança dos doentes, sendo muito urgente resolver este problema.

Faro, 3 de setembro de 2015

O Conselho Distrital do Algarve da Ordem dos Médicos



O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos

PROGRAMA

1^{as} Jornadas Médicas das Ilhas da Macaronésia



Secção Regional do Sul da
Ordem dos Médicos

**Cuidados de Saúde Primários
Que Futuro?**

9 de Outubro

14h00 - 15h00 - Credenciação

15h00 - 15h30 - Cerimónia de Abertura

15h30 - 16h30 - Conferência

Diferentes Realidades; um Objectivo Comum

15h30 - 15h50 - Dr. Júlio Barros de Andrade

15h50 - 16h10 - Dr.ª Anabela Lopes

16h10 - 16h30 - Dr.ª Ana Nunes

16h30 - 16h45 - Café

16h45 - 18h30 - Sustentabilidade dos Sistemas de Saúde

Moderador: Dr. Jaime Mendes

16h45 - 17h15 - Prof. Dr. José Manuel Silva

17h15 - 17h45 - Dr. António Menezes

17h45 - 18h15 - Dr. André Barreto

18h15 - 18h30 - Discussão

**19h00 - Madeira de Honra oferecido por S. Ex.ª o Presidente do Governo
Regional da Madeira**

21h00 - Jantar no restaurante "O Lagar"

Entrega de medalhas dos 25 anos de inscrição na OM (1989 e 1990)

10 de Outubro

09h00 - 10h45 - O Internato da Especialidade de MGF

Moderadores: Dr. Silva Henriques, Dr.ª Anabela Lopes, Dr. Paulo Jorge

9h00 - 09h30 - Dr. Luís Paulino

9h30 - 10h00 - Dr.ª Filipa Rebelo

10h00 - 10h30 - Dr. Paulo Vieira

10h30 - 10h45 - Discussão

10h45 - 11h00 - Café

11h00 - 12h10 - UCSP e USF - Prós e contras

Conceito e Aplicabilidade nas Regiões Autónomas

Moderadores: Dr. Rafael Freitas e Dr. Jorge Santos

11h00 - 11h20 - Dr. Vítor Ramos

11h20 - 11h40 - Dr. Bernardo Vilas Boas

11h40 - 12h00 - Dr.ª Amália Carrapa

12h00 - 12h20 - Dr.ª Ana Teixeira

12h20 - 12h40 - Discussão

12h40 - 14h30 - Almoço de trabalho

14h30 - 16h00 - Condicionantes Geográficas na Qualidade Assistencial

Moderador: Dr. Eduardo Freitas

14h30 - 14h50 - Dr.ª Gracinda Brasil

14h50 - 15h10 - Dr. Eugénio Mendonça

15h10 - 15h30 - Enf.ª Conceição Ornelas

15h30 - 15h50 - Discussão

15h50 - 16h05 - Café

16h05 - 17h50 - Referenciação - Pensar o Futuro

Moderador - Dr. Jorge Santos

16h15 - 16h35 - Dr.ª Aida Paiva

16h35 - 16h55 - Dr.ª Dalila Pernetá

16h55 - 17h15 - Dr. José Aires Teixeira

17h15 - 17h45 - Telemedicina no Futuro

Dr. Paulo Telles de Freitas - Instituto Marquês de Vale Flor

17h50 - Encerramento - Dr. Jaime Mendes

Hotel Meliã Madeira Mare

I^{as} Jornadas Médicas das Ilhas da Macaronésia



Secção Regional do Sul da
Ordem dos Médicos

**Cuidados de Saúde Primários
Que Futuro?**



Inscrições online em
www.omsul.pt

9|10 Outubro
2015
Funchal

Hotel Meliã Madeira Mare



Representação em organismos internacionais

Maior proximidade entre delegados e dirigentes da Ordem



Os responsáveis pelo Departamento Internacional da Ordem dos Médicos introduziram novas práticas que visam uma mais eficaz circulação da informação, quer sobre a participação nas diversas reuniões, quer sobre o acompanhamento de processos de discussão nas instâncias europeias. Esta nova prática visa, segundo a coordenação do departamento, uma maior transparência das actividades neste sector.

A Ordem dos Médicos tem uma tradição de representação importante nas organizações médicas internacionais mas foi perdendo algum desse fôlego e os novos elementos, os membros do Conselho Regional do Sul João Grenho e José Santos, encontraram o Departamento Internacional com necessidade de um novo alento.

Quando tomaram a responsabilidade do departamento, encontraram uma situação com “alguma dificuldade de comunicação entre os representantes nas diversas organizações internacionais”.

Perante isto, o objectivo passa agora por “voltar a ter representatividade nas organizações médicas europeias como já houve no passado”.

Ao Medi.com, João Grenho explicou que, nesse sentido, passou-se “a privilegiar o contacto com os

representantes nas organizações internacionais e está em preparação um modelo de reuniões semestrais com esses representantes, para coordenar antecipadamente a estratégia internacional da Ordem dos Médicos”.

José Santos referiu também que “é importante dar o exemplo e, por isso, o Departamento Internacional tomou a iniciativa de organizar em Lisboa a reunião da Primavera da ENMCA” e, como consequência directa dessa organização e do prestígio granjeado pela mesma, “acalentamos fortes expectativas de poder organizar uma reunião do EJD e outra da UEMO em Portugal no próximo ano”.

Ponto essencial desta nova prática que já deu frutos é o da relação com os delegados e José Santos sublinha que “se voltou a falar com

os representantes e neste momento os colegas sabem a quem se dirigir para discutir os assuntos”.

João Grenho e José Santos são unânimes a referir: “Há que dar mérito público ao Dr. João de Deus, que é, neste momento, o presidente da AEMH e foi este ele que, à falta de uma passagem de testemunho da parte dos anteriores responsáveis do departamento internacional, nos ajudou, com a sua experiência e conhecimentos, a inteirarmo-nos dos assuntos mais importantes da actualidade médica europeia”.

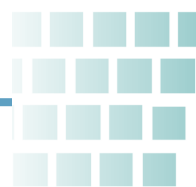
Evitar decisões baseadas em “meras opiniões pessoais”

A intervenção da Ordem é muito importante em todos os organismos, para defender questões essenciais. João Grenho deu o exemplo de um board de transplantação da UEMS em que estão a ser admitidos profissionais não médicos. “É muito grave que uma organização médica europeia, financiada pelas quotas pagas pelas organizações médicas nacionais, publique, na sua página online, listagens de fellows onde se incluem vários profissionais de áreas não médicas”, salienta João Grenho.

Candidatura à UEMS

No contexto de reforço da intervenção da Ordem e da recuperação de uma maior presença nos órgãos dirigentes, que já foi forte no passado, o Departamento Internacional incluiu nos seus objectivos a candidatura à vice-presidência da UEMS (União Europeia dos Médicos Especialistas, na tradução portuguesa).

Esta candidatura à vice-presidência da UEMS, cujas eleições decorrerão a 16 e 17 de Outubro na reunião de Varsóvia, será protagonizada por João Grenho, depois de ter sido proposta pelo Departamento internacional e aprovada em CNE.



Para apoio na resolução desta questão, os responsáveis pelo Departamento Internacional estão em contacto com os colegas dos colégios de Imuno-hemoterapia, Patologia Clínica e Neurologia, entre outros, com os quais reuniram recentemente e têm mantido uma troca de informação regular sobre o tema.

O Conselho Regional do Sul é responsável apenas por uma parte das representações internacionais da Ordem (ver caixa), a das instâncias europeias, mas considera que é nessas instâncias que se decidem “questões muito importantes” e que é necessário acompanhar de perto essas decisões.

“Eram tomadas decisões que tinham importantes repercussões na actividade dos médicos portugueses com base em meras opiniões pessoais, porque não havia contacto com a Ordem”, assegurou João Grenho. E José Santos rematou: “Isso está em vias de acabar”.

A tarefa não é fácil, porque a coordenação do departamento pertence ao presidente do Conselho Regional do Sul, Jaime Teixeira Mendes, que tem outros inúmeros afazeres, e são apenas mais dois os seus elementos. Contudo, refere João Grenho, “vai havendo cada vez menos diferença entre o modelo que pretendemos aplicar e a forma como as coisas vão acontecendo”. E para que tudo possa funcionar bem, os responsáveis pelo departamento na área das organizações europeias defendem que este sector da Ordem deve ter autonomia e capacidade de decisão, apoiada no CNE, mas baseadas em critérios de representação adequados.

As organizações internacionais com participação da OM

No início deste mandato, o bastonário dividiu o Departamento Internacional. Deixou com o Conselho Regional do Sul as organizações europeias e manteve na sua alçada as de fora da Europa, incluindo as dos PALOP.

As representações internacionais da Ordem dos Médicos, cuja coordenação é do Conselho Regional do Sul, são as seguintes:

UEMS: União Europeia de Médicos Especialistas; FEMS: Federação Europeia de Médicos Assalariados; CEOM: Conselho Europeu de Ordens dos Médicos; UEMO: União Europeia de Médicos de Família; AEMH: Associação Europeia de Médicos Hospitalares (Presidente: João de Deus); EJD: Jovens Médicos Europeus; IAMRA: Associação Internacional de Autoridade Médica Reguladora; CNOM : Conselho Nacional das Ordens dos Médicos; ENMCA: European Network of Medical Competent Authorities

Sob a responsabilidade do Bastonário são as seguintes organizações em que a Ordem dos Médicos se faz representar:

WMA: Associação Médica Mundial; OMS/EFMA: Organização Mundial de Saúde / Fórum Europeu das Associações Médicas; WHO: Organização Mundial da Saúde; CMLP: Comunidade Médica de Língua Portuguesa; FIEM: Fórum Ibero-americano de Entidades Médicas

A DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - Os sinais

26 - 09 - 2015

MODERADORES:

Colégio da Especialidade de Pediatria

Emílio Salgueiro – Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Sérgio Ribeiro da Silva – MGF – Direção SRSul

PROGRAMA:

09:00 / 09:35 **Leonor Sassetti** - Pediatra

09:35/ 09:50 **Debate**

09:50 / 10:25 **Maria de Lurdes Candeias**
– Psiquiatra da Infância e Adolescência

10:25 / 10:40 **Debate**

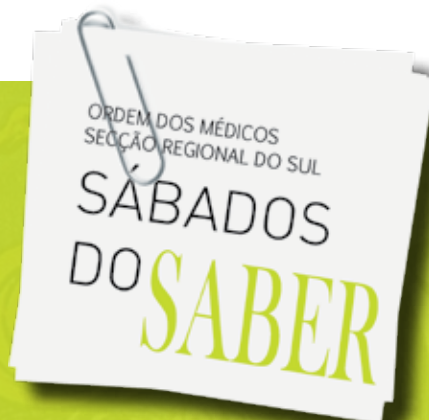
10:40 / 11:00 **Café**

11:00/ 11:35 **Teresa Lobato Faria** - Psicóloga

11:35 / 11:50 **Debate**

11:50/ 12:25 **Eunice Carrapiço** - Medicina Geral e Familiar

12:25 / 12:40 **Debate e Encerramento**



AUDITÓRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Avenida Almirante Gago Coutinho, 151
T: 215 917 500 - e-mail omsul@omsul.pt





Visita ao Hospital Distrital da Figueira da Foz

Unidade Hospitalar tem apostado em projetos de gestão e sistemas de informação para potenciar as metodologias de trabalho.

A dinâmica turística da Figueira da Foz, especialmente nos meses de verão, é uma das causas do aumento exponencial da população desta cidade atlântica, razão pela qual os serviços de Saúde poderão enfrentar uma realidade sazonal mais complexa. Para perceber de que forma o Hospital Distrital da Figueira da Foz responde aos desafios colocados perante o aumento do número de habitantes nesta época, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes e a vogal do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Inês Mesquita, visitaram essa unidade hospitalar, no dia 12 de agosto.

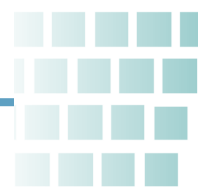
Precedendo a visita aos serviços de Medicina Interna, Urgência e Cirurgia Geral, os membros da Ordem dos Médicos do Centro reuniram com Pedro Beja Afonso e José Grilo, respetivamente

o presidente do Conselho de Administração daquela unidade hospitalar e o Diretor Clínico. "É com muito gosto que os recebemos. Para nós, estas interações com os nossos parceiros - ordens, sindicatos - são muito importantes. É uma oportunidade de dizermos aquilo que fazemos e, também, uma oportunidade para colher contributos. Estamos aqui disponíveis para falar, esclarecer, interagir", asseverou Pedro Beja Afonso, o atual presidente do Conselho de Administração do HDFF.

Por seu lado, Carlos Cortes frisou o principal objetivo da visita e deixou vincada a ideia de cooperação: "Nós queríamos vir cá no mês de agosto para perceber qual a capacidade do Hospital em dar uma resposta a uma situação mais complexa, durante este período de verão. O objetivo da visita é exatamente esse: perceber como o

hospital está a funcionar, tentar perceber quais são as dificuldades e em que medida a Ordem dos Médicos pode ajudar a resolver. Reconheço que não têm chegado à Ordem dos Médicos relatos ou denúncias relativas a este hospital. A nossa intervenção é sempre positiva no sentido de encontrarmos soluções. Essa é sempre a nossa iniciativa, baseada na colaboração saudável."

Os responsáveis hospitalares, para além de destacarem a capacidade de resposta à especificidade daquela cidade atlântica, deram ainda nota da resposta pronta aos doentes de outras zonas, designadamente Leiria, Mata Mourisca, Louriçal, Pombal. A ideia é centrar a resposta naquilo que pede o doente sem criar barreiras administrativas, mantendo sempre o doente informado sobre os tempos de espera. Há ainda a assinalar, a



criação da Unidade de Internamento de curta duração; a dinamização do Hospital de Dia da Diabetes; a abertura da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (em janeiro deste ano). Destaque, também, ao nível de recursos humanos, a aposta nas equipas que trabalham nas urgências em detrimento do recurso a empresas de recrutamento.

Nesta reunião, o presidente do Conselho de Administração apresentou os resultados globais 2010 - 2014, onde se destacam, de acordo com o documento do balanço de mandato, a diminuição dos tempos de espera para cirurgia e a melhoria da resposta cirúrgica à doença oncológica (onde se registaram os melhores valores dos últimos cinco anos), a redução do tempo médio de espera para atendimento médico no Serviço de Urgência, e, entre outros indicadores, a redução da precariedade laboral (com a celebração de contratos de trabalho, nomeadamente de enfermeiros e de assistentes operacionais, com a

consequente redução do recurso a prestadores de serviços). O mesmo documento ressalva que os resultados positivos em 2014 “foram possíveis porque o hospital conseguiu produzir mais, com menos custos, e pelo facto de se ter recuperado grande parte do financiamento relacionado com os incentivos institucionais”.

Articulação com os cuidados de saúde primários e outras unidades hospitalares na região

Esta unidade hospitalar tem apostado em projetos de gestão e sistemas de informação que potenciam as metodologias de trabalho. A par da articulação com os cuidados de saúde primários, o Hospital Distrital da Figueira da Foz apostou, também, na articulação com outras unidades da região: parceria com o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (evitando o recurso a entidades privadas

para a realização, por exemplo, de exames de Radiologia, Pneumologia); parceria com o Hospital Arcebispo João Crisóstomo (no âmbito da Oftalmologia); Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Coimbra; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Hemato-Oncologia; AVC; colocação de internos em fim de internato no HDFF, designadamente nas especialidades de Urologia e de Pneumologia).

Da esquerda para a direita:

José Grilo Gonçalves
(diretor Clínico HDFF, EPE),
Pedro Nuno Beja Afonso
(Presidente do Conselho de Administração HDFF, EPE),
Carlos Cortes e Inês Mesquita
(presidente e vogal do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos)





Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

A Otite de David Cameron e os cuidados de saúde primários

Carlos Cortes
Presidente do Conselho Regional do Centro da OM



O Primeiro-Ministro britânico, como já é habitual, veio a Portugal aproveitar as semanas de calor para um descanso estival. Após uma bebida tomada na companhia da sua mulher numa esplanada em Alvor, rumou a Monchique, zona onde está a residir numa vivenda arrendada.

Primeiro-Ministro inglês foi atendido na Unidade de Cuidados Personalizados de Monchique por uma enfermeira – apesar da greve dos enfermeiros – e por um médico. Deverá ter saído com uma prescrição de um analgésico e de um antibiótico que o ajudarão a ultrapassar a otite externa que lhe foi diagnosticada. É o habitual.

Não deixa de ser curioso o Primeiro-Ministro de um país do qual nos inspirámos para a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) se desloque directamente a um Centro de Saúde. Isso já não é habitual.

Provavelmente o tenha intrigado o facto de tantos médicos e enfermeiros estarem a emigrar, precisamente para o Reino Unido. Ou o facto de tantos outros se estarem a aposentar por descrédito das políticas de Saúde e pela profunda desorganização na gestão dos recursos humanos.

Talvez se tenha questionado sobre o motivo pelo qual um país tão pequeno mantém dois modelos diferentes de cuidados de saúde primários (USF e UCSP), impedindo que cada um deles progrida em favor da melhoria da qualidade. Ou tenha tentado perceber o motivo da onda de desmotivação e indignação que está a atingir os profissionais de saúde e os doentes que recorrem ao SNS.

O mais certo é David Cameron ter sido tentado pela enorme dedicação dos profissionais de saúde e pela possibilidade que esta seja a verdadeiramente sustentável do SNS. Segundo veículos de imprensa, o dirigente britânico saiu muito satisfeito com a sua consulta.

Ou talvez não tivesse sido nada disto. Foi aquilo que qualquer cidadão português deveria sentir ao visitar o Centro de Saúde de uma aldeia, tendo

A Otite de David Cameron e os cuidados de saúde primários

Esta crónica foi previamente publicada no Diário de Coimbra, Diário de Aveiro, Diário de Leiria e Diário de Viseu.

O Primeiro-Ministro britânico, como já é habitual, veio a Portugal aproveitar as semanas de calor para um descanso estival. Após uma bebida tomada na companhia da sua mulher numa esplanada em Alvor, rumou a Monchique, zona onde está a residir numa vivenda arrendada.

Este artigo poderá parecer uma crónica cor-de-rosa, o que até cairia bem nesta época do ano que se encara com alguma despreocupação. É precisamente o oposto.

David Cameron dirigiu-se a um Centro de Saúde devido a uma otalgia (dor de ouvido). Poderia ter aproveitado muitas outras alternativas que geralmente estão ao alcance dos governantes: uma clínica ou um consultório privado e mais discreto, um médico particular do seu *staff* ou até um profissional de saúde amigo ou conhecido.

David Cameron decidiu, porém, fazer o que o comum cidadão faria: ir a um Centro de Saúde da sua área de residência. Talvez essa ideia também faça parte do char-

me exótico das suas férias.

Segundo os órgãos de comunicação social, o Primeiro-Ministro inglês foi atendido na Unidade de Cuidados Personalizados de Monchique por uma enfermeira – apesar da greve dos enfermeiros – e por um médico. Deverá ter saído com uma prescrição de um analgésico e de um antibiótico que o ajudarão a ultrapassar a otite externa que lhe foi diagnosticada. É o habitual.

Não deixa de ser curioso o Primeiro-Ministro de um país do qual nos inspirámos para a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) se desloque directamente a um Centro de Saúde. Isso já não é habitual.

Provavelmente o tenha intrigado o facto de tantos médicos e enfermeiros estarem a emigrar, precisamente, para o Reino Unido. Ou o facto de tantos outros se estarem a aposentar por descrédito das políticas de Saúde e pela profunda desorganização na gestão dos recursos humanos.

Talvez tenha sentido a necessida-

de de perceber como em Portugal, apesar de ter mais 1,5 vezes médicos por habitante (mais precisamente 4,26 médicos por 1000 habitantes, segundo dados do INE 2013) do que no Reino Unido, ainda existam um milhão e meio de utentes sem Médico de Família. Ou como existem profundas e injustas assimetrias na colocação de médicos entre o interior do País e o litoral.

Possivelmente tenha chegado, ao outro lado do Canal da Mancha, a percepção do descalabro do sistema informático das unidades do SNS que tem paralisado serviços e deixado os profissionais impossibilitados de trabalhar em condições normais.

Talvez se tenha questionado sobre o motivo pelo qual um país tão pequeno mantém dois modelos diferentes de cuidados de saúde primários (USF e UCSP), impedindo que cada um deles progrida em favor da melhoria da qualidade. Ou tenha tentado perceber o motivo da onda de desmotivação e indignação que está a atingir os

profissionais e os doentes que recorrem ao SNS.

O mais certo é David Cameron ter sido testemunha da enorme dedicação dos profissionais de saúde e percebido que estes são a verdadeira sustentabilidade do SNS. Segundo veicularam os jornais, o dirigente britânico saiu muito satisfeito com a sua consulta.

Ou talvez não tivesse sido nada

disto. Fez aquilo que qualquer cidadão português deveria fazer: ir ao Centro de Saúde, em primeiro lugar, para poder continuar a gozar as suas férias com tranquilidade evitando o caos da Urgência do Hospital de Faro.

Se os responsáveis do Ministério da Saúde se dirigissem a um Centro de Saúde (sem aviso prévio) talvez percebessem melhor estes

problemas de forma a encontrar as urgentes soluções. Talvez não tivessem deixado atingir o atual estado de degradação que se vive nos cuidados de saúde primários com grave prejuízo para os doentes.

As otites também se tratam nos centros de saúde. Os nossos governantes sabem?

SNS - Património dos Portugueses

O Serviço Nacional de Saúde completa este mês 36 anos. Para assinalar esta data marcante, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos é anfitriã das comemorações que, este ano, são subordinadas ao lema "SNS - Património dos Portugueses".

Depois da cerimónia da "rega da oliveira do SNS" pelas 16.30 horas, no Parque Verde do Mondego, o Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos organiza, pelas 18 horas, o debate "SNS - Património dos Portugueses".

No encontro serão intervenientes o Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, o Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, o ex-ministro dos Assuntos Sociais e Fundador do SNS, António Arnaut, os ex-ministros da Saúde, António Correia de Campos e Paulo Mendo, o médico e gestor hospitalar Adalberto Campos Fernandes, e o deputado da Comissão de Saúde Ricardo Baptista Leite.

A culminar esta sessão de aniversário do SNS - que decorre no auditório da Coimbra Business School/Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra (Quinta Agrícola - Bencanta) - tem lugar a Gala '36 anos do SNS', com as participações do grupo de teatro ToiToi e dos grupos musicais Cabra Çega, Essence Voices e Quatro e Meia.

As comemorações serão tema de destaque na próxima edição.



36º ANIVERSÁRIO DO SERVIÇO
NACIONAL DE SAÚDE
SNS - PATRIMÓNIO DOS PORTUGUESES



SRCOM
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS

15 SET. / COIMBRA

16:30

REGA DA OLIVEIRA DO SNS

Local: Parque Verde

18:00

DEBATE 'SNS - PATRIMÓNIO DOS PORTUGUESES'

Local: ISCAC -
Coimbra Business School

Com participação de:
José Manuel Silva
Carlos Cortes
Adalberto Campos Fernandes
António Arnaut
Correia de Campos
Ricardo Baptista Leite
Paulo Mendo

21:00

GALA '36 ANOS DO SNS'

Local: ISCAC -
Coimbra Business School

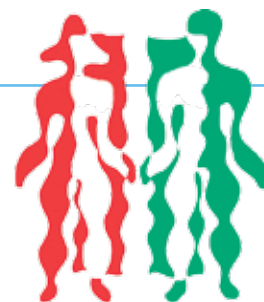
Com animação de:
Grupo 'Cabra Çega'
Teatro '36 anos do SNS'
Grupo 'Essence Voices'
Grupo 'Quatro e Meia'

Entrada gratuita. Lugares limitados à disponibilidade do espaço.
Agradecemos confirmação de presença, através do email freiresaa@gmail.com,
ou através dos números: 935 890 012 / 239 792 920.

WWW.OMCENTRO.COM

Incentivos do Ministério da Saúde "podem configurar violação do princípio da igualdade"

Colocação de especialistas em regiões carenciadas



O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) critica a sucessão de medidas avulsas preconizadas pelo Ministério da Saúde quanto ao sistema de incentivos para a colocação de especialistas em serviços considerados carenciados. Mais grave ainda: "o sistema de incentivos poderá configurar violação do princípio da igualdade no que diz respeito aos médicos vinculados há mais tempo ao estabelecimento e especialidade agora qualificados como zona geográfica carenciada", denuncia Carlos Cortes.

No mesmo serviço carenciado, denuncia, "o Ministério da Saúde está criar dois tipos de profissionais com as mesmas funções, com as mesmas responsabilidades e objeto do mesmo esforço para ultrapassarem as lacunas em recursos humanos: os que são abrangidos pelo sistema de incentivos (médicos contratados depois de junho de 2015) e os que serão esquecidos por esse mesmo sistema. Existe

uma profunda desigualdade e incoerência. Criar divisões artificiais entre profissionais terá um impacto negativo sobre o trabalho em equipa".

"É necessário um esclarecimento urgente por parte do Ministério da Saúde", sustenta o presidente da SRCOM, "uma vez que os profissionais já colocados poderão questionar o facto de não terem qualquer incentivo". Em seu entender, todos os médicos que estão a trabalhar em zonas carenciadas devem estar sujeitos aos mesmos critérios de atribuição de incentivos.

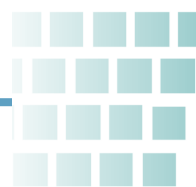
O alerta de Carlos Cortes surge na sequência da publicação do DL 101-2015, de 4 de Junho (que estabelece os termos e as condições da atribuição de incentivos à mobilidade geográfica para zonas carenciadas de trabalhadores médicos com contrato de trabalho por tempo indeterminado, ou a contratar, mediante vínculo de emprego público ou privado, com serviço ou estabelecimento integrado no Serviço Nacional de Saúde) e do Despa-

cho 9718/2015 (despacho conjunto dos Gabinetes da Ministra de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde).

Na região Centro, por exemplo, estão em causa as especialidades de Cirurgia Geral (Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E.; Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.; Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.), Ginecologia/Obstetrícia (Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.), Medicina Interna (Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E.; Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.; Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.).

"A Ordem dos Médicos não pactuará com estas discrepâncias e desigualdades", assevera Carlos Cortes.

31 de agosto de 2015



Mais de três mil pessoas sem médico de família

motivam visita ao Centro de Saúde de Castanheira de Pêra

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Castanheira de Pêra, com 3 149 utentes inscritos, sem qualquer médico de família, motivou uma visita de dois membros do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes e Inês Mesquita, respetivamente presidente e vogal daquele órgão. A situação excecional explica-se do seguinte modo: dos dois médicos de família que ali prestavam serviço, um rescindiu contrato de trabalho e o outro médico encontra-se com incapacidade temporária para o trabalho, por doença.

“É inaceitável como os serviços do Ministério da Saúde (MS) estão a tratar esta situação excecional”, critica o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Carlos Cortes reage com veemência à solução provisória encontrada pelos serviços do MS perante a incapacidade de prestação de cuidados aos utentes do Centro de Saúde de Castanheira de Pêra (Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior Norte).

É que a tutela encontrou, por exemplo, uma alternativa para as situações de doença aguda, na qual os utentes podem recorrer ao Hospital da Fundação Nossa Senhora da Guia (vila de Avelar/Ansião), e, pontualmente, médicos de outros centros de saúde vizinhos vão ali dar consultas. Carlos Cortes - enquanto visitava as excelentes instalações desta unidade de saúde (inaugurada a 23 de setembro de 1998) - não deixou de elogiar o espírito de entrega de vários colegas dos centros de saúde limítrofes cuja ajuda permitiu minimizar o impacto desta situação catastrófica.

Segundo Carlos Cortes, o Ministério da Saúde deve agir de forma célere e urgente para que o concelho de Castanheira de Pêra, no norte do distrito de Leiria, não fique sem especialistas de Medicina Geral e Familiar. “Não pactuamos com esta situação. O Ministério da Saúde tem de encontrar uma solução urgente para esta situação de exceção”, exorta Carlos Cortes.

Outrora uma zona bastante in-

dustrializada, Castanheira de Pêra, a par de uma atração turística sazonal (com milhares de pessoas a procurar a frescura da Praia das Rocas) é, atualmente, um concelho onde a sangria da migração também se fez sentir. “Urge encontrar rapidamente uma solução”, conclui Carlos Cortes.





Jaime Ribeiro

Médico interno de medicina geral e familiar na USF – Corgo (Vila Real), graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Filipe Cortesão

Economista, graduado pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

15 minutos, chegam?

Mediante a intenção expressa do Ministério da Saúde de alargamento das listas de utentes por médico de família, os autores (com formação académica em medicina e economia) procuram abordar o funcionamento global do sistema de saúde, que, funcionalmente, deveria assentar numa estrutura tipo pirâmide na qual os Cuidados de Saúde de Primários representariam a base do sistema e da pirâmide, e o seu estado atual. No entanto, já atualmente, com os 20 minutos por consulta de cuidados primários preconizados, se assiste a uma secundarização dos cuidados primários na qual, muitas vezes, apenas é possível dirigir a consulta para o problema que mais perturba o doente negligenciando-se questões que devem ser palavras de ordem neste tipo de consulta como a prevenção da doença e a promoção da saúde.

Investir hoje no amanhã. Num sistema de saúde funcional os cuidados primários devem ser a base de uma pirâmide regular. A consulta de cuidados primários, idealmente, deverá proporcionar ao utente uma avaliação holística que permita não só tratar as suas patologias, mas também promover e fortalecer a sua saúde; prevenção e promoção deverão ser duas das palavras de ordem em qualquer consulta de cuidados primários. No entanto, atualmente,

o utente e o médico vêm-se confrontados com consultas de 20 minutos que tendem a caminhar para uma *flash interview* de 15 minutos a breve trecho. Será que estes 20 minutos são suficientes para, por exemplo, se fazer uma avaliação física e psíquica global, tratar a(s) doença(s), fazer rastreio oncológico e ainda promover medidas de saúde? Ou será que as consultas dos cuidados primários se concentram, cada vez mais, no problema que naquele

momentum aflige o doente e deixam de ser consultas de cuidados primários passando a ser consultas de cuidados secundários, em que algumas vezes apenas se pode fazer o seguimento das patologias que tiveram alta hospitalar? Mas então, estamos a falar de cuidados primários e consultas em centros de saúde, ou falamos de consultas de cuidados específicos e consultas em “centros de doença”? Logicamente, deverão ser os cuidados primários a fazer a

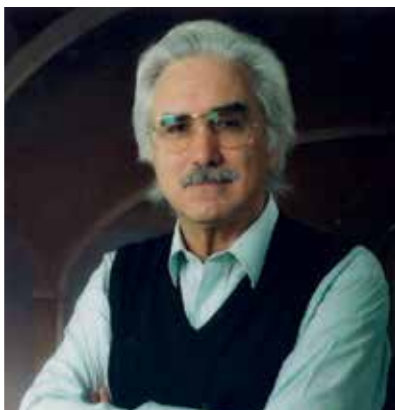
referenciação para os cuidados secundários, ou serão os cuidados secundários a referenciar para os cuidados primários? E o sistema, deixa de ser centrado nos cuidados primários e passa a ser centrado nos secundários (hospital)? Uma pirâmide para se manter em equilíbrio necessita de uma base ampla e o seu vértice, por definição, é estreito, mas a pirâmide dos cuidados de saúde parece que assenta sob uma base pontiaguda com um vértice alargado (um bom exercício para se testarem as leis de Newton e tentar encontrar um conjunto de forças balanceadas), ou será que a pirâmide está invertida? A estatística aponta 1,3 milhões de portugueses sem médico de família e uma distribuição de médicos desproporcionada que pela lei natural das necessidades do ser humano e da economia, significa, pois, que menos médicos com mais utentes igual a diagnósticos preambulares, mais utentes sem acesso a verdadeiros cuidados de saúde primários e consequente maior recurso aos cuidados secundários. A saúde não é um jogo contabilístico, é e deve ser uma preocupação económica. Se hoje, um cuidado supostamente primário é nada menos que um cuidado secundário somam-se perdas económicas. Menos tempo disponível para cada médico identificar a terapêutica adequada aos seus utentes poderá representar um ganho contabilístico no curto prazo, efetivamente, no entanto aumenta a taxa de reincidência da patologia ou de incidência de patologias potencialmente evitáveis, e não sendo o utente um ser *ceteris paribus* rapidamente voltará a recorrer aos serviços

de saúde, desta vez não ao seu centro de saúde mas à urgência de uma unidade hospitalar, onde por sua vez a terapêutica corresponderá a um maior dispêndio final após exames e tratamentos, já para não falar em anos de vida ajustados pela qualidade...

A saúde jamais deverá ser um jogo de apostas, a saúde deverá sim ser uma preocupação pública onde o investimento no presente representa um ganho para todos nós no amanhã.

Menos tempo disponível para cada médico identificar a terapêutica adequada aos seus utentes poderá representar um ganho contabilístico no curto prazo, efetivamente, no entanto aumenta a taxa de reincidência da patologia ou de incidência de patologias potencialmente evitáveis.





Jaime Milheiro

Psiquiatra e psicanalista

A eternidade do tempo interno

Texto apresentado num Colóquio organizado pelo Serviço de Psiquiatria de V. N. de Gaia sobre “o tempo”, numa mesa-debate com Carlos Fiolhais (Tempo Físico) e Frei Bento Domingues (Tempo Místico).

Enquanto neste mundo apressado o tempo parece transformar-se em mercadoria pela tecnologia e pelo ritmo das comunicações, a Psicanálise releva a importância da experiência subjectiva e da dimensão interior desse mesmo tempo que passa. Releva a face pessoal dos dados fornecidos pelo relógio e chama-lhe “tempo interno” ou “temporalidade”, salientando o seu papel no bem estar de cada um e na organização da Saúde individual e colectiva. Valoriza a sua edificação nos seres humanos e considera perigosa a confusão entre um e outro: entre o tempo de fora e o tempo de dentro.

Se fizermos uma leitura suficientemente distanciada das ruidosas virtualizações que nos circundam, facilmente descorrimos duas condições que todos os imediatismos, pressas e progressos científicos jamais poderão elidir. Primeira, a inelutável relação entre passado, presente e futuro sempre presente no interior das pessoas e sempre por todas certificado

logo que parem para pensar, segunda, a estranhíssima capacidade de adiar exigências internas e externas através de temporizações que funcionam como automatismos.

A experiência psicanalítica mostra que aquilo a que chamamos identidade (consciência de si, sentimento de pessoalidade) se entrelaça profundamente nessas duas condições estruturalmente instituídas e que, essa mesma identidade, organizada a partir da infância, facilmente conflitua com o relógio do tempo que passa. Mostra também que o não cumprimento dos quantitativos de temporalidade exigidos por qualquer estímulo sensorial para psicologicamente se elaborar (“digerir”) antes que um novo apareça, promove acumulações tensionais e consequentes distúrbios, com múltiplos desconfortos e frequentes descompensações ansiosas ou depressivas.

Freud foi o primeiro autor que caracterizou, na clínica, o tempo interno do sujeito. Explica, no seu texto “O Inconsciente”:

“Os processos do sistema inconsciente são intemporais, isto é: não são ordenados no tempo, não se alteram com a passagem do tempo, nem contêm nenhuma referência ao tempo. A referência ao tempo é um trabalho do sistema consciente”.

Nas “Novas Conferências” reafirma:

“No inconsciente não existe nada que corresponda à ideia de tempo... não há reconhecimento da passagem do tempo... nenhuma alteração dos processos mentais é produzida pela passagem do tempo... impulsos, desejos, impressões recalcadas, são virtualmente imortais... comportam-se como se ocorressem agora e sempre...”

I

Todas as formações vindas do inconsciente, na prática clínica, evidenciam esta temporalidade, intemporalidade ou atemporalidade, perceptível sobretudo nos sonhos que sempre interpenetram representações da história do sujeito despidas de

cronologia. O funcionamento do ser humano a isso se encontra completamente vinculado. Mecanismos de condensação e deslocamento medeiam as particularidades estruturais de cada um.

Mesmo nem dando conta, a pessoa constantemente vive e para o exterior projecta essa sua íntima construção, colorindo-a muitas vezes de grandiosidades e virtuosismos enalticidos. A dimensão imaginária do psiquismo, ou seja, a capacidade de alongamento que absolutamente caracteriza o H. Sapiens e que confere inestimável contraponto às suas outras dimensões reais e simbólicas, só nessa construção se pode conceber. Patamares incomensuráveis, medos do desconhecido, angústias, mistérios, futurismos, também a ela se ligam e através dela tendencialmente sacralizam os movimentos de idealização que sempre por lá circulam, pelo que o ser humano por norma se adequa às fantasias que projecta, mesmo que para o efeito tenha de ausentar todas as racionalidades que no percurso também adquiriu. Nesse dinamismo encaixa necessidades fundamentais, sobretudo a necessidade de continuar vivo, gostosamente se comprometendo em todas as suas vicissitudes, arranjos e conveniências. Conforme o estado de espírito, sempre na relação com os outros porque desde o primeiríssimo dia sabem que sem esses outros não conseguiriam viver, os humanos assim procedem. Na reparação das dores e das perdas organizam grande parte da sua íntima proposição, imaginando reuniões onde todos regressam, de forma saudável ou não. É por isso que todas as

religiões acenam longínquos horizontes onde num dia de Juízo Final todos se reencontrarão a dar notícia do que fizeram.

O ser humano é o único ser vivo que dispõe dessa capacidade, dela fazendo decisiva utilização. Só por ela é capaz de inventar e de mentir. Atingido determinado degrau, foi também a partir dela que passou a recolher os mortos e a venerá-los condignamente, envolvendo-os e envolvendo-se nessas sua intemporalidade conjugada.

II

Foi quando o cio deixou de ser fruta de época e se espalhou pelo ano inteiro que o Sapiens adquiriu a extraordinária faculdade de reter o desejo sem o anular. E foi na intemporalidade, a partir daí conseguida, que gerou os esboços de eternidade que ao longo do seu caminho alimenta. Tal conquista, associada à posição erecta que morfologicamente escondeu e biologicamente “recalcou” os órgãos genitais femininos (ainda não foi suficientemente estudado todo o alcance desta enorme diferença relativamente aos outros animais) marcou-lhe tão significativas essencialidades que delas passaram totalmente a depender.

Adiar o desejo significa mantê-lo fora do tempo. Significa eternizá-lo, apesar da plena consciência da não eternidade do portador. Imprime tão alto significado à pessoa que ela todas as noites o comemora em magníficas realizações oníricas e, pela mesma razão, com insólita facilidade aceita as mais fantásticas propostas de eternidade. Todos os sonhos de todos os Sapiens conjugam a incom-

bustível necessidade de eternizar a sua própria temporalidade, sendo impossível viver sem sonhos como no laboratório se reconhece. Todos os apreciam porque neles reafirmam a brilhante desmesura de girar num tempo sem tempo (sem relógio) no mesmo texto em que salientam a misteriosa capacidade de adiar. Os sonhos concretizam, no fundo de cada um, o procuradíssimo sentimento de eternidade que os encanta dia e noite e tudo lhes mobiliza agora e depois.

Mesmo na actual onda civilizacional que parece querer demonstrar que a relação entre as pessoas não será mais do que uma descarga quimicamente pura e que entre químicas não há lugar para temporalidades nem temporizações, assim terá de acontecer. Jamais haverá apenas momentos e atitudes nas relações pessoais, jamais a relação afectiva será apenas um gesto entre ponteiros. Conflitos entre tempo e temporalidade sempre existirão, mas omitir um deles ou confundir o primeiro no segundo e vice-versa, será substantivamente gravoso. Saúde Mental será a co-existência de todos esses elementos. Negar parcelas (clivar) acarretará psicóticos desmoronamentos.

III

Se interrogarmos a “composição” do tempo interno duvidaremos da leitura química e, mais ainda, da sua divulgada civilidade. Perceberemos que a temporalidade funciona muito antes da invenção do relógio e que não consiste apenas numa quantificação temporal: é uma qualidade, a ganhar sentido

desde o início. Ritmos da fome e sede, aproximações e afastamentos, desejos e satisfações, interiorizam no bebé inescapáveis consistências. Alternâncias dia e noite, certificações de espaço e passagem, pausas de acção e espera, fortalecem-na paulatinamente.

Ao lançar mão de instrumentos, o Sapiens mede percursos e passa a chamar tempo à temporalidade, mas não mede modos de sentir: não avaliza interiores, não ajusta emoções. Adapta-se ao que lá fora decorre, intuitivamente o fazendo porque em tal aritmética se tranquiliza e porque nada será mais inquietante para ele do que ausência de molduras ou indefinição de contornos. “Não saber onde está”, “não saber a quantas anda”, “desorientar-se dentro e fora”, será o pior que ao Sapiens pode acontecer, como até a linguagem popular certifica, pelo que o relógio será, sobretudo, uma excelente farmacopeia

para múltiplas ansiedades.

No entanto, apesar de todos os relógios do mundo e de todas as contabilidades o Sapiens não dispõe de neurónios suficientes para dispensar a historicidade da sua condição interior. Não lhe pode fugir. Faz parte de si, terá de se governar com ela. Na vida nada se reproduz nem se “eterniza” pelo lado de fora, pelo que terá de perceber que reconhece o tempo mas não sabe o que é, nem tem possibilidade de vir a saber. Reconhece os seus instrumentos, configura-o nas leis da física e da mecânica quântica, mas antes de todas essas aquisições já transportava tempos indefinidos em “relógios” internos codificados. A criança só aprende a ler as horas porque as sente dentro de si, ou seja, porque previamente dispõe de compreensibilidade analítica para o fazer.

A temporalidade é uma qualidade, mas é também uma condição e um sentimento. O tem-

po não será mais do que um dos seus artifícios mensuráveis, à maneira da água que sendo vapor, líquido ou sólido nunca perde a capacidade de regresso ao estado anterior. O ser humano estrutura essa qualidade e essa capacidade num aparelho psíquico que o distingue das espécies anteriores e onde acelerar ou lentificar será moderadamente possível, mas só psicopatologias acentuadas poderão desfazer o seu texto primordial. Em situações delirantes, por exemplo, o ser humano pode imiscuir presente, passado e futuro num texto único consciente, à custa do seu próprio desmoronamento.

Se não houvesse temporalidade nem haveria desejo. Nem prazer haveria: seria outro absurdo. Jamais se fecharia o círculo das relações interpessoais e as pessoas não seriam como hoje as concebemos. Apenas existiriam impulsos e sobrevivências, instintos e épocas de cio em re-



Analista de interiores... *Misteriosidade*

O psiquiatra Jaime Milheiro lançou no dia 24 de Setembro de 2015 mais um livro “Analista de interiores... Misteriosidade”, da Âncora Editora. A apresentação da obra, a cargo de Júlio Machado Vaz e Manuel Sobrinho Simões, decorreu na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

Analista de Interiores é um conjunto de ensaios sobre o funcionamento dos seres humanos nalguns temas essenciais. Misteriosidade é um conceito pessoal do autor e será uma faceta absolutamente determinante na construção da subjectividade de cada um. Suporte das suas perspectivas de vida e dos seus sentimentos de liberdade interior, antecedendo a religiosidade e as religiões que nela se sentam e socialmente a aproveitam, ninguém dela poderá abstrair-se (No Marulhar Compulsivo), sob pena de não sobrevivência.

Apresentam-se nesta obra alguns ensaios sobre as organizações subjectivas da mudança (Na Debulha Primitiva), outros sobre a indispensabilidade das expressões culturais (Para que Servem os Intelectuais), outros ainda sobre a interrogação analítica dalgumas dessas expressões (Entrevistas).

petições lunares, porque todo o desejo promove repetição e porque a Lua nunca se cansa de se mostrar.

IV

Como quem resume lembraria que a capacidade de espera é a placa giratória e o sustentáculo primordial do desejo de viver, desejo onde todos os outros entroncam. Todos os humanos desejos disparam desse núcleo originário da vida e da morte, mesmo o desejo de negação da morte que culturalmente se sacraliza.

Lembraria também, no entanto, que o desejo de manutenção de vida não é exclusivo do Sapiens, nem depende de inteligências ou aparelhos: é uma

inerência de tudo quanto está vivo, animal ou vegetal. Todas as ervas e todos os herbívoros agem no mesmo desígnio e nele sustentam a finalidade última de si, mesmo sem capacidades de temporizar ou de eternizar sentimentos como fazem os humanos. Só por isso buscam água e alimentos, motorizados à sua maneira, mas também só por isso se distinguem dos automóveis que dispõem de motores muito mais fortes mas desejos não possuem.

Lembraria ainda que nada do que está vivo pode parar no tempo, mas que a temporalidade imprime dinâmicas muito mais complicadas do que as desses animais e plantas. Possibilita muitíssimos outros alcances. Levados pela maré, os Sapiens

misturam muitas vezes a sua temporalidade com a fantasia de maior sucesso que a humanidade já concebeu: a fantasia da ressurreição. Regressando a estados supostamente iniciais ou a seguranças completas e totais imaginam-se felizes desse modo, nem reparando que tal misticismo apenas cumpre o íntimo desejo duma estrondosa vitória da sua temporalidade sobre a finitude do tempo do relógio que os atormenta.

Lembraria, por fim, que alimentar esse tipo ilusões faz parte da Saúde Mental de muitos de nós. Assim seja... será tudo o que poderemos considerar.

ACORDO QUADRO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS JÁ ESTÁ DISPONÍVEL



A Ordem dos Médicos divulgou amplamente o facto de o “acordo quadro de prestação de serviços médicos” estar disponível e o concurso publicado em Julho de 2015 (que, entretanto, já terminou). A Ordem dos Médicos congratula-se com o facto de este acordo quadro de prestação de serviços médicos permitir que os concorrentes sejam pessoas singulares ou coletivas, originando uma situação concursal mais justa e eliminando, assim, o erro anteriormente cometido. Com a reposição, justa, da possibilidade dos médicos concorrerem enquanto pessoas singulares, a OM espera que se venham a resolver alguns problemas de gestão de recursos humanos nas instituições de saúde.



Maria da Glória Neto

Especialista em MGF, USF Topázio (Coimbra)

Porquê?... USF/UCSP

“Um louvor aos fundadores e aos que fizeram acontecer um reconhecido Serviço Nacional de Saúde em Portugal”.

A medicina não é uma ciência exata, porque trabalha com pessoas e para as pessoas. Quem trabalha em medicina são pessoas que se prepararam para saber lidar com a saúde e a doença de outras pessoas que vivem realidades bio-psico e socialmente muito diversas e geneticamente muito diferentes.

O mundo, sociedades, famílias e as pessoas mudam.

Os especialistas em Medicina geral e familiar têm abraçado o SNS desejando dar a melhor saúde a quem vive neste país.

Tem havido ao longo do crescimento dos cuidados de saúde primários muitas mudanças com o objetivo de o ir aperfeiçoando, apreendendo e melhorando. Assim organizámo-nos em Centros de Saúde grandes, com os recursos humanos minimamente necessários para acolher um determinado número de utentes. Trabalhávamos com alguma autonomia técnico-científica. Médicos, Enfermeiros e Administrativos, tentando fazer o melhor possível cada um por seu lado e alguns iso-

lados, conduzidos por estruturas externas que nos enviavam orientações muitas vezes descontextualizadas da realidade local.

Então apareceram alguns que não se acomodaram e acharam que há sempre possibilidade de crescer em pequenos grupos organizados em verdadeiras equipas de Médicos/Enfermeiros / Assistentes técnicos e Utilizadores que, com interesses comuns, poderiam conseguir mais e melhor qualidade em saúde, investindo mais na sua evolução profissional e com maior autonomia para serem criativos na gestão da resposta a dar aos utentes, indo de encontro às necessidades específicas das populações que servem. Para que isso acontecesse, era necessário assumirmos em conjunto o compromisso de melhorar os nossos conhecimentos para que, em colaboração com os utentes, fôssemos capazes de melhorar as competências para conseguir mais ganhos em saúde.

Nasceram as Unidades de Saúde Familiares, cujo objetivo é

trabalhar e decidir em grupo, com a colaboração de outros profissionais e assim enriquecer o nosso apoio aos cidadãos que fazem parte da nossa atividade.

Agora perguntamos, porque é que quem decide fazer parte de uma USF mesmo com toda a burocracia que é exigida, não deseja voltar a fazer parte de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados?

Porque é que quem está numa UCSP crítica ou não concorda com a escolha dos que quiseram fazer parte de uma USF?

Porque é que os que estão nas USF não criticam quem deseja continuar a trabalhar numa UCSP?

Somos uma USF (modelo A) satisfeitos com a evolução e enriquecimento da nossa organização e os utentes também.

Respeitamos muito todos os colegas que continuam a pensar e a dedicar-se aos seus utentes, nas suas UCSP. Assim como todos os que pensaram, ou pensam, mudar para a nova organização USF e desejamos que, por favor, “façam o favor de serem felizes”!



José Mário Martins

Médico Estomatologista
Membro da APCMG-Associação de Medicina de Proximidade

Antes um *chip* na orelha, Dr. Paulo Macedo!

Não sei qual é a mais regulada profissão do Mundo. Acredito que o exercício da profissão médica em Portugal estará num dos lugares cimeiros do *ranking* mundial da regulação.

Atente-se no número de entidades que regulam a nossa profissão: Ordem dos Médicos (OM), Entidade Reguladora da Saúde (ERS), Direcção Geral da Saúde (DGS), Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), Inspeção Geral da Saúde (IGAS), Administração Regional de Saúde (ARS), Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), Autoridade da Concorrência (AdC), ASAE, INFARMED, Câmaras Municipais, Protecção Civil.

À dúzia é mais barato, diz a voz popular.

Os médicos estão, por Lei, obrigados a registarem-se na Ordem dos Médicos. Sem este registo o exercício da Medicina em Portugal é considerado ilegal. A OM tem poderes reguladores delegados pelo Estado mas não recebe, pelos serviços que presta ao abrigo dessa delegação de poderes, qualquer subvenção do Estado. São os Médicos, i. e., os sujeitos da regulação que, através das suas

quotas, pagam a manutenção da actividade.

E, do meu ponto de vista, assim deve ser, para garantir a independência daquela entidade face ao Estado.

O que já não se compreende é que existindo esta obrigação legal, em 2003 um governo de coligação PSD/CDS resolva criar a ERS, exigindo o registo dos prestadores de saúde. Curiosamente, o Presidente e o Conselho Directivo desta instituição são nomeados pelo Governo mas, pasme-se, quem paga as despesas são, uma vez mais, os sujeitos regulados, i.e., os diferentes prestadores de saúde. É como se o Estado obrigasse os agricultores a colocarem raposas de guarda ao galinheiro e ainda os obrigasse a pagar o ordenado da raposa!

Acresce que os médicos que trabalham no sector público têm, ainda e por razões lógicas que desde logo se prendem com o processamento de salários, que estar registados na ACSS.

Quando parecia que já não era possível inventar mais registos, todos somos surpreendidos pela publicação da Lei 104/2015 de 24 de Agosto, que cria um terceiro registo de todos os profissionais,

agora centrado na ACSS, e com obrigação de actualização semestral. Porque não trimestral? Mensal? Ou diária?

Ora, demonstrada que está a total ausência da necessidade deste TERCEIRO registo, por redundante, resta apenas especular que ele se destina a criar uma (mais uma) barreira burocrática ao exercício livre da Medicina e a esvaziar as Ordens Profissionais da sua importância.

Num país tão pequeno, numa era de bases de dados informáticas, para quê três registos?

Espero a reacção das ordens profissionais e em particular da Ordem dos Médicos. Que não seja frouxa e inconsequente como o foi no caso da ERS, é o que esperam os Médicos.

Ao Ministério da Saúde deixo uma proposta. Como prenda de final de curso, ofereça a todos os alunos do Mestrado Integrado em Medicina um “chip” electrónico implantado na orelha. A experiência feita em cães tem dado bons resultados!

Mas, Dr. Paulo Macedo, eu disse ofereça! Não aproveite a ideia para obrigar os médicos a pagar o *chip*, a colocação e a autoridade fiscalizadora!



Catarina Palmeira

Interna de 4º ano de MGF

O exercício da Medicina Geral e Familiar em países diferentes

A autora faz uma ligeira analogia em termos gerais entre Portugal, sul de França e Suíça francófona quanto ao exercício da Medicina Geral e Familiar, visto pelos olhos de uma médica interna.

A realização de um estágio opcional no estrangeiro decorre de forma optativa no âmbito do 4º ano da formação específica em Medicina Geral e Familiar em Portugal. A língua não constituía entrave, o que adicionado a motivos de proximidade familiar permitiu a esta interna abraçar a aventura de descobrir o que a medicina nos reserva além fronteiras, quer em termos de abordagem e atuação clínica, decisão terapêutica, técnicas de comunicação, quer em termos de organização e cultura em duas regiões francófonas distintas.

A primeira trata-se de Rognac uma comuna francesa na região administrativa da Provença-Alpes-Costa Azul, e a segunda Genebra, a conhecida cidade Suíça, localizada no oeste do país, figurando como a segunda mais populosa cidade suíça, depois de Zurique.

A curiosidade persiste quando

atualmente tão perto na Europa chegamos a sítios como a França e a Suíça onde vivem tantos filhos da nação, colegas que emigram, colegas de outras áreas que se viram obrigados a procurar o que se apelidam de “melhores condições de vida”, colegas e pessoas, algumas pessoas que nós médicos de família tratamos quando estão de férias em Portugal, e dos quais os nossos utentes nos falam ou evocam com saudade durante todo o ano. Neste vasto contexto e nestes países, qual a medicina, que médicos acompanham e tratam várias gerações de portugueses, muitos dos quais entristecidos com o seu país de origem e a consolidar raízes diferentes?

No que toca a saúde, é verdade que entre Portugal, França e Suíça, se refere a sistemas de saúde pouco ou nada similares. No local de estágio decorria o exercício de uma medicina liberal – privada, o que se tornou uma mais valia

formativa apesar da dificuldade de equiparar. Considerando a excelente oportunidade académica e o contexto formativo, a interna focou uma atenção curiosa nessa medicina praticada, nos conhecimentos científicos, na postura do doente, nas burocracias existentes no decorrer da consulta, na própria gestão da lista de utentes, assim como na interligação externa com as outras especialidades e meios de articulação entre colegas que decorria com elevado grau de eficiência.

Perante um sistema de saúde português que nos últimos anos escapa da ruptura e com as limitações com que particularmente os médicos de família que trabalham no Serviço Nacional de Saúde (SNS) são deparados no dia-a-dia, é deveras impressionante quando presenciamos uma medicina que funciona com elevado grau de eficiência, com remuneração justa, com tempo de descanso es-

truturado (cerca de 6-7 semanas de férias por ano), com respeito e consideração pelo médico como pessoa, num sistema externo em que os cuidados primários integrados em equipas multidisciplinares, como ocorre no nosso país, nem sempre são vistos da melhor forma. Um sistema diferente que centra no médico assistente a nossa abordagem multidisciplinar assente numa medicina equiparável, competente e variada, mas não diferente. A maioria dos médicos de família em França exercem prática privada, e retiram os seus rendimentos dos fundos de seguro financiados por fundos públicos que nunca ganharam responsabilidade de gestão, o estado assume responsabilidade pela gestão a nível financeiro e operacional do seguro de saúde, restituindo ao doente cerca de 70% dos custos em saúde ou, no caso de doenças crónicas ou tratamentos continuados, 100%.

A sua vizinha Suíça pertence ao grupo dos países da Europa com um dos melhores sistemas de saúde quer a nível de infraestruturas quer a nível humano. O pagamento de um seguro de saúde básico é obrigatório para todos os seus residentes desde 1994. A 28 de Setembro de 2014 os eleitores suíços recusaram a criação de um sistema de saúde público que terminaria com o atual sistema de saúde privado obrigatório, a 3ª tentativa de reforma nos últimos 10 anos do atual sistema que é baseado em mais de 60 planos de saúde de iniciativa privada.

No centro de todos estes processos políticos de cada país e para além de qualquer sistema de saúde nos países observados, está o médico, "le médecin traitant", e o que mais fascinou a interna foi mesmo o papel do médico de família nos diferentes locais. A



Decoração inspiradora no gabinete do Dr. Jajil Rouijel, Genebra, CH

interna sabe que o estágio decorreu com pessoas individuais que poderão não ser representativas da população médica em geral, porém considera ter tido oportunidades únicas com ambos os profissionais com quem teve a honra de trabalhar apesar do curto período de tempo da formação - cerca de 2 semanas em cada local. Os 2 médicos de família que acolheram nestes países eram experientes, atualizados, com uma formação académico-científica excepcional, praticantes de uma medicina de excelência centrada no doente.

O médico francês pertencia à "Haute Autorité de Santé" (HAS), uma autoridade pública de saúde independente, de carácter científico, organizada pelo colégio e dotada de personalidade moral e jurídica. Criada pela lei francesa a 13 de agosto de 2004, alusiva à segurança social - "assurance maladie". Esta circunstância permitiu que após as consultas decorressem discussões interessantes sobre abordagens e procedimentos clínicos. Trata-se igualmente de um médico com experiência vasta hospitalar nomeadamente em áreas de Cirurgia, Ginecologia e Ortopedia.

De uma forma sintética e sem referir abordagens terapêuticas que aliciaram o estudo e investigação de diversas práticas, a interna considera pertinente debater itens como a organização da consulta, o processo de consulta, o tipo de doentes, a interligação entre especialidades, a celeridade e as burocracias em cada país, de modo a estimular a aprendizagem, ou seja, uma reflexão individual do que aporta de positivo o presenciar da realidade do médico de família em outro país da Europa.

A organização da consulta

Em França foi impressionante observar a exaustividade do exame objectivo do doente nas várias consultas, sempre completo. Sistemáticamente o doente despiase, era pesado e deitava-se na marquesa, onde era registada a tensão arterial nos dois membros superiores e após o levantamento rápido para quantificação da tensão arterial em ortostatismo, seguido da inspeção cefalocaudal com observação atenta da orofaringe, auscultação cardiopulmonar, exame abdominal, pesquisa de adenopatias, exclu-

são de trombose venosa profunda, pesquisa de pulsos pediosos bilateralmente, entre todos os outros procedimentos que permitiam efetuar um exame global de uma forma fundamentada pela vigilância, contudo também dirigida ao motivo de consulta, com maior ênfase aos possíveis sinais de alarme do mesmo. O médico de família francês também observou as crianças e mulheres em consulta de Saúde Infantil, Planeamento Familiar ou rastreio. Raramente os contactos programados tinham muita antecedência, a sua agenda era do doente e este contactava na altura próxima das vigilâncias previstas para a marcação, estando assim responsabilizado por assegurar a sua observação atempada e logo, uma vigilância adequada. O médico estava encarregue do boletim de vacinas e do seu cumprimento, sendo ele próprio a administrar as vacinas nas idades chave.

Na Suíça, a ressalva deve-se à multivalência do clínico, uma vez que o médico suíço que a interna acompanhou era médico de família com formação em medicina estética, com larga experiência hospitalar e com abordagens completas e inovadoras na sua consulta. Praticamente todos os dias surgia uma situação de intervenção dermatológica agendada, com a histologia recolhida rapidamente por um funcionário do laboratório com o qual trabalhava em parceria. O laboratório de análises do consultório dava resposta às análises gerais, com a colheita efectuada dentro da consulta, e quando necessários parâmetros mais específicos, sem resposta no laboratório interno, as colheitas eram enviadas ao laboratório externo. Era também o médico também administrava

injetáveis de prática comum no local, sempre que prescrito (vitamina B12, Ferro injetável, corticoides intramusculares, entre outros), efectuava radiografias variadas em sala própria de radiologia permitindo um diagnóstico rápido em tempo útil de consulta, todavia eram enviadas para um centro de radiologia para re-observação e relatório especializado posterior. Estes eram alguns dos vários procedimentos que efectuava sozinho, sem recurso a enfermeira ou analista.

No que refere ao exame objectivo, na Suíça era mais dirigido, um pouco similar ao que se efectua na consulta de vigilância de saúde de adultos em Portugal. O médico de família não fazia por norma consultas agudas ou de vigilância de saúde infantil (estas estariam a cargo do pediatra), nem as colpocitologias, que ficavam a cargo do ginecologista. A optimização terapêutica dos diabéticos era da responsabilidade do diabetologista, sendo que a referência para avaliação pelo mesmo era efectuada logo após o diagnóstico.

O processo de Consulta

Na Suíça a interna assistiu à consulta mais cosmopolita de sempre, os doentes eram de nacionalidades diferentes, com diferentes valores culturais e todos acolhidos e tratados de uma forma respeitosa, acolhedora e com uma incrível empatia numa relação médico doente mais do que estabelecida. O médico falava várias línguas e adaptava claramente o seu discurso à língua e à cultura do doente. Logo no início da consulta e por cortesia o médico oferecia um café aos doentes.

O tempo de consulta, sobretudo na Suíça, mas também na França, dependia do tipo de consulta e não propriamente se é uma consulta de vigilância ou de doença aguda ou grupos vulneráveis. Não há imposição e é o clínico que define o tempo que cada consulta pode ocupar na sua agenda. Em casos mais complexos, por exemplo do foro psiquiátrico, uma demência ou um problema familiar, o clínico tem o poder de alargar antecipadamente o tempo que previa ocupar nessas consultas, não se sujeitando a atrasar todas as outras consultas. A interna considerava esta liberdade positiva, face a realidade que assiste diariamente em Portugal, em que uma consulta mais exigente em termos horários compromete o cumprimento do agendamento estipulado no próprio dia e, se tal ocorre com frequência, pode influenciar negativamente os indicadores, dada a impossibilidade de criar exceções num sistema único de tempo de consulta determinado e regulamentado para cada unidade de saúde.

A empatia dos dois médicos com os doentes da sua lista era incrível, a confiança estava presente e era reforçada pelos doentes assim que se apercebiavam que havia outro médico (a interna) presente nas suas consultas.

Os Utentes

Os utentes em qualquer parte do mundo são pessoas com potencialidades díspares, contudo nos países onde a interna efectuou o estágio deparou-se com uma população mais organizada, menos reivindicativa, humilde e respeitosa para com o clínico.

No nosso país, parte dos por-

tugueses não entende que são realmente os doentes quem mais beneficia de um serviço nacional de saúde bem organizado, que existe e funciona em várias zonas do país, excluindo contudo regiões mais carenciadas onde a interna não apresenta até a data experiência laboral. Dentro da hostilidade que assombra a conjuntura portuguesa, como se repara sobretudo através dos média, mas também em vários consultórios, os utentes demandam e defendem afincadamente os seus direitos, esquecendo porém alguns deveres. Apresentam, por vezes, uma atitude defensiva e, em casos pontuais de contrariedade, insultuosa para quem os trata, não levando em conta as limitações e entraves diários que os clínicos enfrentam. Uma atitude rara lá fora, onde os doentes, em geral, se mostravam satisfeitos com o tipo de medicina praticada, agradecidos e respeitosos para com o médico assistente.

A interligação com as especialidades/Referenciação externa

Em França o médico tinha a sua lista de contactos de outros colegas das especialidades aos quais referenciava os seus doentes, maioritariamente por carta entregue em mãos pelos mesmos no gabinete do colega. A referenciação era dirigida a título de sugestão, contudo não invalidando que o doente decida por outro colega, ou outra opção. Em casos de maior urgência na resposta, o médico telefonava diretamente para o colega ou para o serviço hospitalar.

Na Suíça o processo não era muito dispar, mas normalmente implicava logo de início um tele-

fonema por parte do médico de família para o seu colega ou para o gabinete do mesmo, durante o qual agendava diretamente a consulta ou abria uma vaga reservada desde logo para o doente, com o doente ainda dentro do seu consultório.

A celeridade de referenciação era incrível, na Suíça em cerca de 20 a 30 minutos um doente com suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), com EAM prévio, era consultado com anamnese correta, exame objectivo dirigido, electrocardiograma efectuado, colheita de sangue para análise de marcadores cardíacos, radiografia torácica e contacto telefónico em direto com o cardiologista com a avaliação multidisciplinar verbal e os restantes resultados enviados por fax em tempo real.

Na França, como na Suíça, o contacto telefónico era primordial para referenciações para o Serviço de Urgência e normalmente funcionava com celeridade. Os colegas conseguiam contactar outros colegas com relativa facilidade e informar da situação clínica do utente e do motivo; mesmo tratando-se de consultórios liberais, não seria um telefonema pessoal, mesmo que fosse o numero pessoal de cada interveniente, não era um favor, era um doente.

Algumas burocracias

Os gastos em papel no nosso sistema de saúde são deveras exorbitantes, as receitas atualmente são impressas em papel A4, com o máximo de 4 medicamentos por receita e renováveis num período de 6 meses no máximo; os doentes por vezes saem do gabinete com um quase livro de



Centre Médical Saragousse - Dr. Michel Avon, Rognac, região PACA, FR

receitas de tanto papel nas mãos, e está prometida a plataforma digital que liga a prescrição de receituário com as farmácias para evitar a confusão para os utentes e os desnecessários gastos em papel, utopicamente sem quebras do sistema informático. As receitas quer na França quer na Suíça são entregues numa folha branca com o nome, assinatura e carimbo do médico e a renovação que pode ser até anual, refere os nomes dos medicamentos ordenados, por vezes tratava-se de uma folha A5 ou A6, válida em qualquer farmácia desde que constasse o nome do medicamento e o período de disponibilização do mesmo na farmácia, não há confusão por parte dos doentes, nem por parte dos médicos.

Os certificados de incapacidade temporária (CIT) ou vulgo “baixas”, na Suíça são um exemplo positivo que deveria ser considerado e quem sabe adaptado

à nossa realidade portuguesa. Os CIT na Suíça não são todos a 100%, existem baixas com diferentes percentagens de incapacidade, por exemplo a 20%, a 40%, a 60%, ou outra percentagem de tempo (de acordo com o horário laboral semanal), trata-se de tempo de ligação com o local de trabalho consoante a situação clínica de cada utente. A opção única de baixa total, a 100%, quando continuada, aumenta o absentismo laboral e a dificul-

perspectiva, o próprio absentismo total de etiologia por exemplo orgânica/ traumática com compromisso funcional inicial, pode, quando continuada, potenciar situações de depressão e sensação de inutilidade nos próprios doentes e impulsionar um quadro psiquiátrico.

No que refere a finanças, na Suíça o dinheiro apenas circulava quando se ativava o protocolo de avaliação para renovação da carta de condução, nas idades

utilizado dentro do gabinete médico, o médico era restituído economicamente entre 1 a 3 meses.

Na França a consulta é paga em dinheiro ou em cheque com valores fixos no início ou no final da mesma, pelo que o doente já vem prevenido e já sabe como funciona. É um tema referido, contudo não realmente abordado pelos intervenientes da entrevista clínica.

Os custos em saúde eram também avaliados nesses países, e cada clínico tinha noção dos seus. Recebiam informação no sentido de equacionar, sem ser alvo de qualquer penalização ou barreira para as terapêuticas menos económicas se essas fossem segundo as guidelines internacionais mais adequadas. Não existia pressão, não existiam indicadores ou metas a atingir, pelo que o raciocínio clínico honrava o juramento de Hipócrates nos seus principais fundamentos, sobretudo “primum non nocere”.

Reuniões médicas

A interna teve ainda a possibilidade de integrar e opinar durante as reuniões semanais “Delta Genève”, constituídas por um grupo de médicos independentes, instalados no seu gabinete particular da comuna de Genebra e região Vaudoise, que se encontram para discutir casos clínicos mais complicados, abordagens e terapêuticas, ou até eventualmente situações burocráticas mais complexas em mesa redonda (situações a resolver com seguradoras, entre outros). Após a exposição de cada caso, este era discutido à volta da mesa, com opinião individual de cada um dos presentes, que referia a abordagem mais correta até se chegar



dade pelo utente em retomar a atividade laboral, criam-se situações de conforto e de dependência da baixa, por vezes difíceis de contrariar. Para os utentes é um passo importante, sobretudo quando estes cessaram a atividade por motivos psicológicos/ psiquiátricos. Na ideologia de que é difícil voltar a enfrentar o local de trabalho, os inícios graduais permitem ao utente não perder totalmente o contacto com o local de trabalho, manter alguma produtividade e funcionalidade, o que é benéfico sobretudo em termos de autoconcretização e autorreconhecimento. Noutra

chaves em que os doentes eram convocados pela entidade competente, com uma lista de médicos protocolados, estes recorriam a esses médicos para tratar da situação e pagavam ao médico no ato da consulta. Também circulava dinheiro líquido no caso de se tratar de algum procedimento estético extra consulta, caso contrário, a faturação das consultas era feita online num programa partilhado com feedback das seguradoras. Os utentes liquidavam com a seguradora consoante o tipo de consulta, os procedimentos efectuados, o material necessário para a sua avaliação

a um consenso global partilhado e votado. Estes médicos preconizam cuidados coordenados, de promoção da saúde e prevenção da doença.

Em modo de conclusão, a interna gostaria de salientar que participou em 324 consultas de Medicina Geral e Familiar no estrangeiro, com intervenções múltiplas e procedimentos variados, devidamente valorizados e discutidos com os respectivos tutores, sem nunca descuidar o carácter científico e formativo, o qual não constitui parte deste artigo a que se propôs.

Considera que muito fica a dizer, não sendo tarefa fácil colocar em

palavras uma experiência tão enriquecedora. A bagagem que trouxe em atitude, novas abordagens, novos focos de atenção e mais conhecimento, faz a diferença e é notoriamente importante para o seu desenvolvimento pessoal e sobretudo profissional como médica de família em Portugal.

Agradecimento

Para terminar é importante deixar um agradecimento sincero à sua orientadora de internato Dr.^a Célia Santos, que a tem apoiado incondicionalmente

nesta caminhada, assim que aos médicos de medicina geral e familiar Dr. Michel Avon e Dr. Jalil Rouijel, que tão gentilmente a acolheram nos seus países, nas suas cidades e nos seus gabinetes, mostrando uma perspectiva diferente e inovadora do que é ser médico de família fora de Portugal. Regista ainda um agradecimento suplementar aos seus padrinhos Carlos e Claudine dos Santos, assim como à sua mãe Conceição Santos, pela hospitalidade nos diferentes países nos quais lhe providenciaram todo e o demais conforto que poderia ambicionar.



João Miguel Nunes "Rocha"

Os Bonifrates

Que raio de doença terei eu, no intrincado labirinto da memória em declínio, que se fecho os olhos e relembro os nossos políticos, só atino (com) e reconheço rostos patibulares? Será a degenerescência cerebral senil, em correria de cascata, ou um fragmento e testemunho, daquilo que dantes se chamava a sabedoria dos velhos, e os tornava merecedores do respeito por eles mesmos, os velhos, e pela sua opinião?...

Os agiotas que vivem de e para acumular os seus montezinhos de ouro e acrescentar zeros à direita do seu capital, imunes ao húmus de desolação, miséria, infelicidade e morte, que faz medrar e doutra o seu dinheiro, apossaram-se do mundo ocidental; de uma forma nunca antes conseguida pela guerra e mandatando, manipulando, comprando, corrompendo e coagindo no seu interesse, os poderes político e mediático, e o dos cidadãos com voz, (salvo honrosas excepções, que as haverá sempre) prepararam para nós cidadãos pobres do sul e sudoeste da Europa, um horrível "ghetto" em que ocupados como castas mínimas ou miseráveis épsilones não nos é dado nenhum "soma" ou elixir euforizante nem ministrada nenhuma programação que nos faça sentir bem e adaptados à nossa existência de autómatos de pequenas tarefas. Nesse mundo que já se esboça e delineia no

presente, a vida humana mesmo e sobretudo na civilizada Europa, será o bem mais banal e barato, a não ser que se lhe associe qualquer particularidade que a torne importante ou imprescindível: é o homem descartável no seu auge...

E apesar da aparente aleatoriedade das sequências é provável que tudo tenha sido cuidadosa e perversamente urdido e aplicado, e haja um nexo de causalidade planeada, consequente e conducente ao brejo pantanoso e movediço, de onde urge sair, para sobreviver.

Tal como no velho poema de Pablo Neruda, vamos fechando os olhos ao que acontece aos outros até que o mal se abate sobre nós, e, nos esmaga, e estamos sós.

Os mortos de "Lampeduza" encarados como longínquos e não nos afectando, deviam

Provocar-nos a indignação, a revolta e também o medo. No fun-

do provam que o homem por força da sua natureza sempre privilegiou, privilegia e privilegiará a sua inclusão em castas ou carteis e cada grupinho trata de si mesmo, e atropela e trucidada os de fora, com uma impiedade sem paralelo nos reinos dos outros bichos, e, que só por mutação genética ou coagido, o ser humano porá o interesse do todo, acima do seu... É por isso que a utopia da Europa unida, de povos irmãos, com os mesmos direitos e deveres, já está delineada com traços indeléveis: lá para norte as castas de arianos, homens e mulheres de tez clara, olhos azuis, altos, superiores... cá em baixo os greco-romanos (e os ibéricos) com o sangue tinto de negro e árabe, que berço de uma civilização impar que foram, e que ainda impregna o mundo, serão tratados, não como guano, mas como excremento de cão.

E só quem não quer, não vê, a realidade dos factos:

Bombardearam-se os países pobres da adesão com dinheiro, não a fundo perdido, que os parvos não são eles, mas em troca do abandono das suas (nossas) fontes próprias de pão, da perda da sua (nossa) verdadeira soberania. As torneiras jorraram nos locais e para os do costume, primeiro escudos e depois euros e inoculou-se nos cidadãos o vírus da ambição epidémica e inculcou-se-lhes, o complexo mil vezes amplificado, de que ser-se pobre, era ser-se um “pobre diabo”, um “coitado”. Espalhou-se a eito e ao desbarato a ilusão de que todos podiam ter casa própria, um filho licenciado, férias, uma “vida humana” enfim, e para dar substância ao sonho que devia ser um direito, a Banca, com a convivência e subserviência do Estado, (que até concedeu, do dinheiro de todos, benefícios fiscais, aos que se endividassem) ofereceu crédito a torto e a direito para estes endividamentos meritórios, e aproveitou a euforia reinante, para vender a crédito e aos seus balcões, pechisbeques a preços de alta joalheria, acrescentados duns jurozitos... E perante este apelo cúmplice e consequente as famílias fizeram das tripas coração, para comprar casa (única alternativa à barraca) para dar um futuro aos filhos, para provar aos seus, a sua capacidade, que não eram, uns coitados. Os agiotas rejubilaram, porque como é seu hábito milenar, a sua segunda natureza, haviam usado de todas as cautelas, fianças e penhores nas linhas e entrelinhas dos seus contratos leoninos.

Foi um festim horrível e grotesco de hienas, onde se banquetearam todos os que tinham acesso ao dinheiro, ou a permissão de se endividarem, em nome do contribuinte: rotundas de dez em dez metros; auto-estradas paralelas,

concessionadas eternamente aos privados com a cominação inaudita, de que se lhes diminuísse o tráfego o contribuinte pagava uma compensação; uma dúzia de grandiosos campos de futebol para pouco mais do que um jogo, cada; aeroportos onde não aterram aviões; uma expo onde tudo foi feito à grande, até, presumo, as falcatruas; parcerias público-privadas, feitas de má fé e prejudicando sempre o Estado, o que prova das duas, uma: ou os nossos mandatários eram oligofrénicos ou houve compensações sub-reptícias... inclino-me para a simultaneidade...

Se um credor, agindo de boa fé e com lisura, perante um reembolso periclitante, vê que ajudando o devedor, aumenta substancialmente as suas probabilidades de ser ressarcido, obviamente ajudá-lo... Porém está na essência, desse negócio milenar, que é a usura, que depois de ferrado o penhor, o melhor mesmo, é não o largar, e tal como o papa defuntos se alegra com a morte e com o aumento do número dos funerais implícito, o agiota torce, para que o devedor não consiga resgatar o penhor. É inquestionável, faz parte da natureza do negócio.

Admitindo também como certa, uma segunda premissa: estranha e indubitavelmente os representantes dos credores (troika) e os presumíveis representantes dos interesses dos portugueses (políticos do arco da governação) rejubilam com os mesmos factos, regem-se pela mesma partitura, fazem o mesmo jogo, conclui-se que: ou os nossos credores são de um enorme altruísmo (não se entendendo então, o porquê da exorbitância dos juros, do arrasamento dos tecidos empresarial e social, do caos de miséria e desolação que grassam) ou os nossos

procuradores traíram os portugueses, e então tudo se torna lógico, coerente, óbvio, até o sorriso de vanglória, escarminho e odioso com que vêm anunciar aos velhos, aos doentes, aos cidadãos pobres, aos empenhados, aos despojados, aos desvalidos, que de sobressalto em sobressalto vão ser postos fora da vida, que neste Portugal a abarrotar de democracia, só há lugar para os mais aptos, ou para os espertalhões.

Esta gente que vá proclamar “o milagre económico” aos infelizes que tendo neoplasias, se veem galopar avassaladoramente para a morte, por lhes negarem as terapêuticas oncológicas; aos moribundos aguardando o socorro, que não virá; aos doentes crónicos que se veem definhar, por não terem posses para as deslocações, para as taxas moderadoras, para as terapêuticas, para as dietas; aos que aguardam meses e meses, ou anos, por um exame, enquanto a morte se aproxima, e os toca.

O ano passado, em vão calcorreei as farmácias e dirigi-me ao centro de saúde: não consegui a vacina da gripe, apesar da propaganda mediática, de que a havia com fartura, para dar e para vender; terá feito parte de um plano? Este ano veremos...

Quem não pretenda emigrar nem para o estrangeiro, nem para o outro mundo, deve aprender línguas germânicas: ser-lhes-ão de grande utilidade para lidar, servir e adular os novos senhores, nas suas coutadas de caça, ou os seus velhos nos retiros paradisíacos e soalheiros, onde venham passar os meses invernais da sua terceira idade, longa e farta. De pobres, passámos a parentes pobres; que queda.



Manuel Neves-e-Castro

manuel@neves-e-castro.org

Um problema de Semântica... Será tarde para mudar x-logia para x-iatria?

Sempre me interessei muito pela etimologia das palavras. Tento introduzir correcções nas más traduções mas nem sempre resulta.

Dou alguns exemplos:

Radioimmunoassay (RIA) tem sido traduzido em português para *radioimunoensaio*, o que é manifestamente incorrecto. A tradução certa será **radioimunoanálise** (RIA) ou ainda **doseamento radioimunológico**.

GAS (*general adaptation syndrome*) uma manifestação do stress (que deriva de **distress**) tão extensivamente estudado por Hans Selye, é traduzido em português por *síndrome geral de adaptação*, o que está errado. Não é a síndrome que é geral mas sim a adaptação! Por isso a tradução correcta será **síndrome de adaptação geral**.

Feed-back tem sido traduzido por *retroalimentação* o que é um disparate. Até se poderia pensar que era uma alimentação por via rectal... Pois a tradução correcta é **retroacção**!

Não faltam exemplos.

Há tempos tive uma discussão escrita na revista *Menopause* (EUA) com um colega americano que criou o termo *geripausa* para designar, após a menopausa, o início da idade avançada. Discordei

desse termo que para mim seria sinónimo de fim da vida, de morte, tal como a Menopausa é o fim dos ciclos menstruais. Propus-lhe um novo termo: *Geriarca*, à semelhança de Menarca que significa o início dos ciclos menstruais. Infelizmente não percebeu, discordou e continua a escrever disparates...

Hoje chamo a vossa atenção para a designação corrente de várias especialidades médicas como, por exemplo, ginecologia, endocrinologia, cardiologia e tantas outras com o sufixo **-logia**, derivado do grego "*logos*" que significa conhecimento.

No entanto, outras há, como a pediatria, a psiquiatria, a geriatria, com o sufixo **-iatria**, derivado do grego "*iatros*" que significa médico.

Portanto, **gerontologia é o conhecimento do idoso** enquanto **geriatria se refere ao tratamento dos idosos**. O mesmo se passa com a **psicologia** e a **psiquiatria**, a **pedologia** e a **pediatria**, o que é absolutamente correcto.

As especialidades mais antigas adoptaram designações que não me parecem correctas, à luz do que acima disse, mas que já é tarde

para serem mudadas.

Aqui ficam, a meu ver, os nomes que deveriam ter:

Ginequiatria em vez de ginecologia;

Cardiatria em vez de cardiologia;

Pneumiatria em vez de pneumologia;

Dermatiatria em vez de dermatologia;

Oftalmiatria em vez de oftalmologia;

Neuriatria em vez de neurologia;

Reumatiatria em vez de reumatologia;

Etc., etc., etc....

Sou *Ginecologista* (porque conheço a Mulher no seu todo, holístico) mas como trato as suas doenças sou também **Ginequiatra**!

Não será igualmente legítimo, pelas mesmas razões, que um *Cardiologista* seja também um **Cardiatra**?

Aqui ficam estes breves apontamentos para sugerir que novos termos ou especialidades médicas, na literatura estrangeira, venham a ser correctamente traduzidos para português.



Manuela de Mendonça

Ciências Farmacêuticas e Psiquiatria

É minha intenção ressaltar a importância que, em cada progresso obtido na psiquiatria em termos de eficácia, se encontrem sempre as ciências farmacêuticas a dar o seu impulso. Mas que ele foi particularmente importante a partir dos meados do século XX, como veremos.

Não cabe aqui historiar a utilização de fármacos na Psiquiatria, desde os tempos mais recuados. Lembrarei apenas que quando começou a fazer-se, era unicamente como um dos recursos utilizados, entre outros, como terapêutica sintomática que muito tinha de empírico.

Recordo que ainda na década de 40 e no início da década de 50 faziam parte do leque terapêutico a contenção física (luta física, camisa de forças), a balneoterapia, a ergoterapia, prescritas pelo médico na Folha Terapêutica, tal como os medicamentos. A ergoterapia podia dirigir-se à simples estimulação da atenção, nos casos de obnubilação e confusão mental, às tarefas pesadas, como lavar roupa nos tanques, rachar lenha, para descarga da agressividade e violência. Havia ainda a convulsoterapia (o electrochoque de Cerletti, o choque cardiazólico), a insulino terapia (curas de sono, coma insulínico de Sakel) e, a partir de Egas Moniz, a técnica cruenta da leucotomia.

Os psiquiatras especializados na década de 50, como me sucedeu, aprenderam a manejar aqueles diferentes recursos terapêuticos, entre os quais se situavam obviamente os fármacos reunidos nas farmacopeias nacionais.

E os mentores do nosso saber – os mestres da geração que nos antecedeu – referiam-nos ainda algumas práticas que entretanto se haviam tornaram obsoletas, como a malarioterapia e o ‘abcesso de fixação’.

A selecção terapêutica variava muito. Dependia não só do saber e sagacidade diagnóstica do psiquiatra, mas também muito da sua sensibilidade e coragem, perante o escorregadio do terreno e os riscos a correr. Riscos nem sempre previsíveis, podendo conduzir a situações insolúveis. Mas que no fundo se justificavam pelo velho aforismo “para grandes males, grandes remédios”. As famílias, temerosas, exigiam tudo o que fosse preciso, não se importando com os maus resultados possíveis. E os médi-

cos agiam o melhor que podiam.

Voltando ao início da 2ª metade do século XX (anos 50), que fármacos utilizávamos?

Sedativos, sem dúvida: Hidrato de cloral, paraldeído, opiáceos (tintura de láudano), barbitúricos, brometos, o luminal na epilepsia, muitas vezes associado à hidantoína.

As associações medicamentosas de barbitúricos, brometos e hidrato de cloral usavam-se em curas de sono.

O facto mais importante foi, sem dúvida, a introdução nos Formulários Hospitalares do novo grupo dos psicofármacos.

Fármacos que pela primeira vez agiam activa e electivamente sobre psicoses e neuroses.

A psicofarmacologia nasce, portanto, como sabemos, em 1950, quando a clorpromazina, usada por Laborit como potenciador de anestésicos, vem a revelar efeitos importantíssimos antipsicóticos. Em 1954 a Rawolfia Serpentina,

usada até aí como hipotensor, revela efeitos semelhantes. Ambos iniciam um grupo de fármacos que se designou de neurolépticos.

A acção neuroléptica tinha de comum a capacidade de sedar as grandes agitações, dominando-as com rapidez quando administrados por via parentérica. Mas para além deste potencial comum, os vários neurolépticos obtidos desde então vieram a revelar capacidades particulares de cada um, dirigidas aos síndromas e aos próprios sintomas da constelação etiopatogénica. Esta era a grande novidade – a possibilidade de dirigir o fármaco a uma dada sintomatologia.

Ocasionou enorme entusiasmo entre os psiquiatras.

Nascera uma nova era que estabelecia o predomínio da química sobre os outros recursos terapêuticos.

Tornou-se ponto de honra conhecer a fundo os neurolépticos e respectivas famílias sintetizadas, *nuances* e subtilidades entre as acções de cada uma e cada um. (para discernir da sua aplicação certa em cada caso ou situação)

. Farmacologistas como Delay e Denniker apaixonaram-se pelo seu estudo, deixando-nos publicações riquíssimas e orientadoras. Criaram-se esquemas vários de aplicação, conjugando, por exemplo, neurolépticos incisivos e sedativos (esquema de Lambert, por exemplo).

A vida dentro dos Hospitais Psiquiátricos modificou-se muito. A contenção física parava no acto de segurar o doente para ser injectado. A partir daí, a contenção era química e bem visível aos olhos de todos. As grandes agitações e a violência esbateram-se. Os 'raptos' agressivos, o furor

epiléptico foram desaparecendo. As noites tornaram-se mais calmas. As relações humanas facilitaram-se. O afluxo de mulheres médicas à Psiquiatria passou a ser possível.

O regime da 'porta aberta', ensaiado entre nós por Barahona Fernandes e colaboradores no Hospital de Júlio de Matos, em 1945, pouco mais teria sido que uma ideologia, reservada a poucos doentes, e dentro da área hospitalar. A era neuroléptica permitiu dar-lhe possibilidades mais amplas, deixando sair os doentes, deambular pelo exterior, serem vistos e aceites pelos outros, sem pavor, diminuindo o seu estigma de segregação.

O reverso da medalha veio a mostrar-nos também inconvenientes que era necessário precaver: a tendência ao abuso dos SOS prescritos, ocasionando uma rigidez desnecessária da maioria dos doentes. A negligência dos médicos em prescrever actividades ergoterapêuticas, chegou ao ponto de alguns Hospitais Psiquiátricos as abandonarem. E, duma maneira geral, foi-se observando e acentuando a tendência ao 'desinteresse', referido desde o início como característica da acção neuroléptica, à sonolência exagerada que transformara o colectivo dos doentes, do extremo da agitação, para o da apatia generalizada. Doentes trémulos, sialorreicos, passeavam no exterior. A acatisia e a taquicínésia eram vulgares, bem como outros quadros hipercinéticos. Com frequência surgiam quadros parkinsonianos típicos, e mesmo alguns síndromas malignos de difícil recuperação.

Mas toda esta semiologia e seu controle se foram aprendendo sem medo, na procura constante de um equilíbrio em que as van-

tagens se sobrepusessem aos inconvenientes.

De certo modo, esta situação de apatia e desinteresse foi o ponto de partida para implementar nos hospitais psiquiátricos novas técnicas de mobilização activa dos doentes, como a ginástica, os circuitos de manutenção, terapias especializadas de recuperação/reabilitação, que substituíram com vantagem as anteriores ergo e ludoterapias.

E nasce a ambição de colocar os doentes reabilitados no seio das famílias, no meio laboral. Tarefa árdua, exigindo equipa médico-social.

Mais uma vez as ciências farmacêuticas vieram dar uma ajuda com a descoberta dos primeiros neurolépticos de acção prolongada (injeções de enantato e decanoato de anatensol), desobrigando o doente e famílias da toma diária e repetida de comprimidos, uma vez que a sua acção se prolongava por três ou mesmo quatro semanas. Estabelecem-se calendários de comparências e de visitas domiciliárias de enfermeiros e assistentes sociais, para controle e apoio.

O ambulatório instala-se e com ele 'a porta giratória' (doentes que saem e entram repetidamente, sempre que sofrem novo surto, sempre de menor duração, e que voltam a ter alta logo que se corrija a medicação). Constituiu enorme vantagem em termos da assistência psiquiátrica, pois enquanto um doente estivesse em casa, era possível internar outro, e assim sucessivamente.

O afluxo às consultas externas cresce, e a pouco e pouco, o número de internamentos diminui.

A divisão interna dos espaços hospitalares modifica-se: acendem-se as luzes e abrem-se as ja-

nelas das salas da cura de Sakel, arejando o bafio enjoativo - um misto incrível de suor e xarope de açúcar que nenhuma pituitária consegue olvidar. Encerram de vez.

O electrochoque deixa de ser a panaceia para todas as agitações e reserva-se para indicações muito específicas.

Os frequentes quadros psicóticos da sífilis quaternária (Paralisia Geral) que atingiam o cérebro após longos anos sobre a contaminação venérea, deixam de aparecer gradualmente ao psiquiatra, graças à utilização atempada da penicilina sobre o acidente primário sífilítico - outro progresso notório das ciências farmacêuticas, desde os anos 40. A leucotomia abandona-se por completo (e os blocos operatórios reservam-se para uma neurocirurgia diferente, de lesões expansivas intracranianas, hematomas subdurais).

Uma palavra ainda sobre os antidepressivos e os tranquilizantes: Vieram destronar com vantagem o uso e abuso de anfetaminas e barbitúricos, e contribuíram sobremaneira para o tratamento em ambulatório. Tinham também especificidade na sua actuação, levando à adequação certa do fármaco ao tipo de depressão que diagnosticávamos.

Cabe aqui dizer que os fármacos psicotrópicos têm sobre todos os outros, antes deles utilizados, a enorme vantagem de não dar habitação, logo, dependência. (Excepção feita, discutível, em relação a alguns tranquilizantes). Pelo contrário, na prática é frequente sentir a avidez do organismo psicótico para o psicofármaco, como se ele lhe fosse preencher alguma lacuna neu-

rofisiológica (mediadores químicos?, neurotransmissores?) E que, à medida que a compensação dos sintomas se dá, é o próprio organismo a tolerar menos a medicação, obrigando o psiquiatra a diminuir as doses, até encontrar uma pequena dose para manutenção, já com intenção preventiva.

Não podemos esquecer-nos de que simultaneamente com a psicofarmacologia, reinava o entusiasmo pela psicanálise freudiana. Foi nítida a cisão entre psiquiatria biológica e psicanálise, com adeptos ferrenhos nem sempre dialogantes. (E que alguns teóricos tentaram conciliar, como Henry Ey e Barahona Fernandes.)

Mas uma e outra contribuíram à sua maneira para o conhecimento mais amplo do funcionamento da mente.

Defendem-se então a psiquiatria social, as psico e sócioterapias. Consideram-se conceitos de comunidade terapêutica, psiquiatria comunitária, de saúde mental, já com intenção preventiva. A legislação altera-se nesse sentido.

(A nossa lei da assistência psiquiátrica é substituída pela lei de saúde mental em 1963.) Mas não são conceitos substituíveis e cuja confusão deu erros graves. Psiquiatria e Saúde Mental são apenas as duas faces da mesma moeda: uma trata, a outra evita. E ambas muito beneficiaram com as ciências farmacêuticas.

Mas não vou por aí...

O adiantado da hora obriga-me a um salto mortal para terminar: Concluirei apenas que as Ciências Farmacêuticas estiveram sempre por trás de cada etapa do progresso da prática psiquiátrica.

E que a partir do seu esforço de

investigação permanente, mormente na indústria farmacêutica, (novas sínteses, experimentação animal, ensaios clínicos, etc) que se intensificou desde os anos 50, congregou uma onda ininterrupta e interdisciplinar de achegas de outras ciências, como a neurofisiologia, a bioquímica, a genética, a endocrinologia, a biologia molecular, a microscopia electrónica (sinapses, neurotransmissores), a neurorradiologia (TAC; RM; PET).

Foram, em minha opinião, o motor que conduziu às Neurociências - a via da compreensão e interpretação do funcionamento cerebral e mental - ao fundir o saber psicanalítico com a nova era da psiquiatria biológica, cada vez mais científica, que aqui pretendi aflorar.¹

Referências bibliográficas:

1 - Segundo Comunicação apresentada ao Congresso do CEIS XX, em 2012, na Faculdade de Farmácia, em Coimbra.



Miguel Ângelo Salema

Garcia da Orta

Esquecido Pioneiro do Conhecimento Experimental

Garcia da Orta foi um dos mais notórios investigadores de Medicina na “Época de Ouro” da expansão e conquistas portuguesas através do Mundo.

Para colocar as coisas em perspectiva é preciso dizer que a “Matéria Médica” do Século XVI não era muito diferente do conhecimento – e prática – da Idade Média. Na realidade, a Medicina, como “Teoria da Doença e Prática Terapêutica” tinha recuado fortemente do conhecimento legado pelas culturas Greco-Romana e Árabe.

O ensino da Medicina era governado pela escolástica com raras e esporádicas influências de mentes inquisitivas em algumas Escolas, como Salerno, Bolonha, Pádua, Montpellier, Paris, Oxford, Salamanca e Alcalá de Henares.

A prática da Medicina era influenciada pelo dogmatismo, superstição e astrologia. O diagnóstico praticamente limitado à observação das “águas” (urina) e o “pulso”. A terapêutica corrente baseava-se fortemente em purgação e sangria. O conhecimento da anatomia

e fisiologia humanas era fragmentário como resultado da Igreja terminantemente proibir a dissecação de cadáveres humanos.

Princípios básicos de higiene pessoal e social foram, também, perdidos dos hábitos Greco-Romanos e Árabes, tão cuidadosos em banhos públicos e tratamentos do corpo, com latrinas e sistemas de esgotos.

Incidentalmente, a pregação religiosa prevalecente afirmava que não existia nenhuma razão válida para que um Cristão se banhasse para além do baptismo.

Os Tempos de Garcia da Orta

Garcia da Orta, de acordo com alguns autores, nasceu em Castelo de Vide, enquanto outros indicam Elvas, cerca de 1499. Os seus eram de origem espanhola e refugiaram-se em Portugal e, como consequência do Édito do Rei D. Manuel I, tornaram-se católicos e engrossaram o grupo conhecido por “Cristãos Novos”.

Sabe-se que após os estudos básicos Garcia da Orta foi para Espanha para estudar Medicina na famosa Universidade de Salamanca. Salamanca daquele tempo era um dos mais reconhecidos centros de estudo da Europa, por vezes referida como a “Nova Atenas”, com sete mil alunos, por vezes mesmos mais e era profundamente protegida por Isabel a Católica.

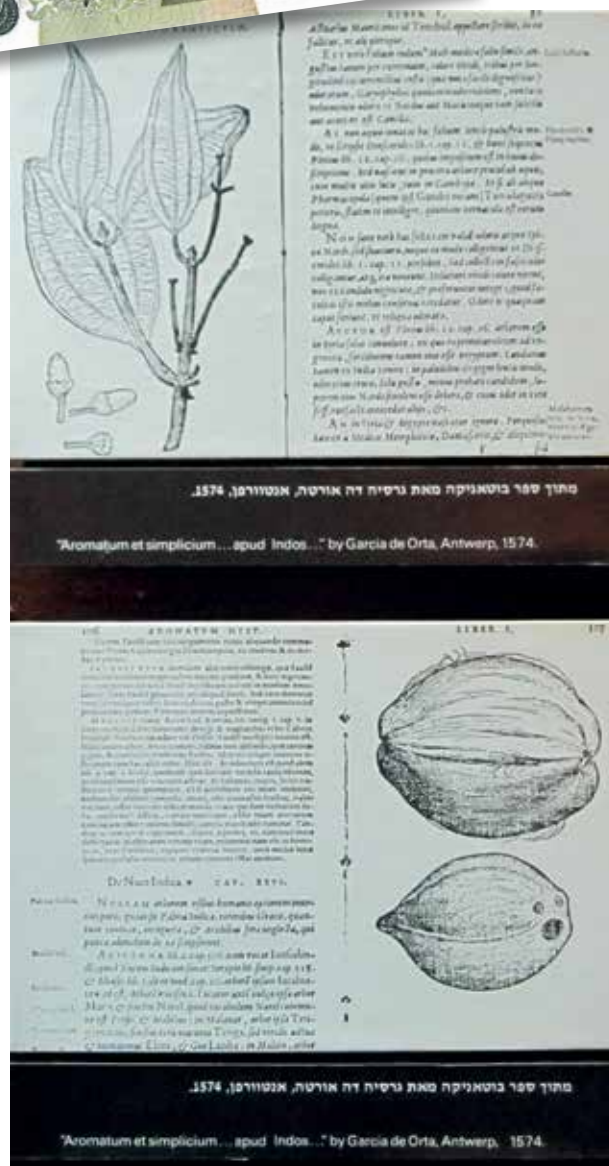
Sabe-se que Garcia da Orta recebeu o grau de “licenciado” e não um doutoramento. Se ele não procurou o grau mais elevado, não foi certamente por falta de capacidade intelectual, mas sim por escassez de meios. De facto, um Doutorando em Salamanca, como sabemos a partir da pelos Estatutos da Universidade naquele tempo, era imposta uma enorme carga financeira sobre quem atingia essa distinção.

Garcia da Orta retorna a Portugal muito provavelmente em 1525 para exercer a medicina em Castelo de Vide. Existem dois documentos importantes para saber que por 1526 Garcia da Orta viveu naquela Vila.

A Vida de Garcia da Orta

Garcia de Orta pediu permissão para andar de muar para o exercício de sua profissão médica, e o documento, datado de Abril de 1526, dando-lhe autorização para fazê-lo claramente diz "le-cenceado garcia dorta, médico Residente em Castelo de Vide". Mais tarde, Garcia da Orta deslocou-se para Lisboa, possivelmente por começarem os Cristãos-Novos a serem incomodados em Castelo de Vide. Aí encontrou o seu conhecido e poderoso nobre Martin Afonso de Sousa. Conseguiu ser nomeado para leccionar na Universidade (então sediada em Lisboa), certamente por influência daquele nobre, porque quando peticionário pela primeira vez foi rejeitado, muito provavelmente devido à sua condição de "Cristão-Novo". Martin Afonso de Sousa era um aristocrata de muito alta linhagem, e tutor do duque de Bragança; era filho de Lopo de Sousa, Mestre de Prado, Pavia e Baltar, alcaide de Bragança. No entanto, sua afiliação à Universidade portuguesa não foi por muito tempo, dado ter partido para Goa no ano de 1534. Pode-se imaginar que o ambiente social para os "Cristãos-Novos" não seria propriamente agradável, ainda que o Édito de Manuel I, que obrigou todos os Judeus ao baptismo, promettesse claramente que eles iriam gozar de cinquenta anos de paz. A situação em Portugal agravou-se com a introdução da Inquisição em 1536, por D. João III e a adoção pelos Bispos Portugueses dos princípios conhecidos por Contra-Reforma. De qualquer modo, em 12 de Março de 1534, Garcia da Orta

e sua família partiu para Goa no séquito de Martin Afonso de Sousa, que fora investido no cargo de Capitão-Mor dos Mares da Índia e, mais tarde, no cargo de Vice-Rei e que Garcia da Orta no seu livro Garcia Orta afirma servir a Casa daquela nobre. Isto deve ter sido de grande ajuda para singrar na sociedade da Goa Portuguesa do Século XVI. De fato, Garcia da Orta, além das suas actividades como Médico, tornou-se um comerciante de pedras e tinha plantações de especiarias, de muito valor naquele tempo. Orta conseguiu enriquecer e possuía mesmo uma ilha em Bombaim, que alguns historiadores identificam como a famosa "Ilha do Amor", descrita nos Lusíadas de Luís Vaz de Camões. Existem vários documentos que mostram que Garcia da Orta e Camões eram amigos muito próximos. Camões fora enviado para Goa como condenado pela Justiça ao exílio e o facto de Garcia da Orta estabelecer amizade com ele dá indicação honrosa do seu carácter, bem como o facto de no seu Livro se atrever a publicar um poema escrito pelo condenado Camões, na realidade os seus primeiros versos a serem impressos. Garcia da Orta casou-se com uma parente, Brianda de Salis, natural de Alter do Chão, Alentejo, que foi para Goa com o seu Pai, que era o Escrivão do navio Santiago, o mesmo que levou também um monge que se tornaria mais tarde conhecido como S. Francisco Xavier.



O Livro

No auge de sua vida activa Garcia da Orta escreveu seu famoso livro “Colóquios Dos Simples e Drogas e Coisas Medicinais da Índia” (Coloquio dos simples, e drogas he cousas medicinais da Índia, e assi dalguãs frutas achadas nella ond se tratam alguãs cousas tocantes a medicina, pratica, e outras cousas boas). Goa era a Capital do Império Português na Índia e um cadinho muito rico de várias culturas e de muitos povos. Como Médico Garcia da Orta tinha contacto com os seus homólogos Árabes, conhecidos como Hakumas e Hindus conhecido como Vydiyas. Havia doenças que ele viu pela primeira vez e observou como eram tratadas. A grande variedade de plantas medicinais, secreções animais e minerais usados na terapêutica foi um campo maravilhoso que ele estudou com cuidado e em comparação com o que havia aprendido na Europa. Seguiu várias expedições militares que atingiram lugares distantes, incluindo Ceilão. Na verdade, ele era um observador muito perspicaz e uma mente profundamente inquisitiva. Durante 30 anos ele estudou e compilou observações e estabeleceu correlações e mentalmente construiu um corpo de pensamentos científicos e de ideias personalizadas. O momento era propício para a escrita. O seu Livro foi organizado sob a forma de colóquios, o que era bastante comum nesses tempos. Como seu antagonista criou o imaginário Dr. Ruano, um médico espanhol que teria vindo de Lisboa para Goa e durante os seus debates representam duas visões opostas do mun-

do científico. São realmente os dois personagens presentes em Garcia da Orta - um o homem das Escolas, a partir dos livros bem estabelecida e venerados; o outro o homem que baseia o seu conhecimento na observação, na experimentação e no pensamento independente, a do viajante e do observador, que confrontado com os livros antigos simplesmente diz - *eu vi*. Sem hesitação pode dizer-se que a contribuição mais importante para o pensamento humano que decorre dos Colóquios é precisamente este novo paradigma de aprender e de construir ciência. No seu tempo Garcia da Orta foi, sem dúvida, um dos pioneiros do raciocínio moderno.

O seu livro está organizado em 59 Colóquios cada um lidando com um item de Matéria Medica, apresentado em ordem alfabética, de *Aloae* para *Zerumbet* (gengibre silvestre) Há também um outro aspecto inovador neste livro - foi escrito em Português - em vez

do comum latim científico. O livro foi impresso na Índia e publicado 10 de Abril de 1563 Orta conseguiu do Vice-Rei a proteção de direitos autorais por três anos, a partir de 05 de Outubro de 1563. O livro tem uma riqueza de informações, tanto sobre os aspectos botânicos como médicos e seria fastidioso apreciar isso aqui agora. No entanto merece referir que Orta dá a primeira indicação do uso de *Rauwolfia serpentina* para o tratamento de algumas doenças mentais

Aliás, Orta deu informações muito importantes sobre vários tratamentos, sempre com base na sua própria experiência, que foram altamente consideradas por médicos posteriores.

Mas o mais interessante são as frases onde Orta afirma o seu pensamento racional. Como exemplo, no Colloquio sobre a resina de benzoína pode-se ler : “*Não instiles o medo em mim nem com Dioscorides, nem com Galeno, porque eu vou dizer somente a verdade e o que eu sei ...*”

A Independência mental de Orta é suficiente para o colocar entre um os precursores da ciência moderna, coloca-lo entre aqueles que não só estudaram nos livros, mas aprenderam a olhar para o mundo da experimentação e observação e sempre mantiveram a mais exigente probidade.

Garcia da Orta faleceu em Goa, a 4 de Dezembro de 1580.



acto médico

dos médicos, pelos doentes

XVIII
CONGRESSO
NACIONAL DE
MEDICINA

IX
CONGRESSO
NACIONAL DO
MÉDICO INTERNO

26-27-28 NOV 2015

CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS DA SRNOM
Rua Delfim Maia, 405 · Porto

programa

DEBATES **[ACTO MÉDICO]**

- Enquadramento jurídico
- Humanização
- Relação médico-doente
- Formação
- Recertificação de competências
- Direitos dos doentes
- Responsabilidade
- Exercício Profissional
- Sustentabilidade

CONFERÊNCIAS

- A conflitualidade dos tempos modernos e o poder decisório individual
- Os 190 anos da Faculdade de Medicina do Porto
- Acto Médico e Direitos dos Doentes
- Sociedade, Economia e Saúde
- 600 Anos do Porto a Ceuta
- Desafios no futuro da Saúde
- O valor da Educação na Saúde
- Acto Médico e Comunicação Social
- Abel Salazar: entre a arte e a ciência, compreender a cidade



ORDEM DOS MÉDICOS
Secção Regional Norte

Programa atualizado e mais informações em:
www.ordendosmedicos.pt
www.nortemedico.pt

