

**O Futuro da Saúde
em Portugal**
pág. 42

**Reprocessamento e reutilização de dispositivos
médicos:
Custo, benefício, segurança
e qualidade -** pág. 37

**Gentil Martins
vence 2ª edição do Prémio Miller
Guerra**
pág. 47

debate
debate
DEBATE
debate
debate
DEBATE
debate
debate
DEBATE

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 31
N.º 159
Maio 2015

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

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

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

Depósito Legal: **7421/85**
Preço Avulso: **2 Euros**
Periodicidade: **Mensal**
Tiragem: 47.000 exemplares
(10 números anuais)

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



S sumário

editorial

- 04 Opiniões, Percepções e Farpas

informação

- 09 Protocolo OM/IEFP

actualidade

- 10 Declaração conjunta
de Neurorradiologia
da Área Metropolitana
de Lisboa sobre AVC agudo
- 11 Declaração de Aveiro
- 13 O Sistema de Saúde português
no tempo da Troika:
a experiência dos médicos
- 15 Conferência de imprensa
Há falta de anestesiológicos
em Portugal?

informação

- 17 Aclaramento sobre as funções
dos Internos do 5º ano
de Anestesiologia

actualidade

- 20 Apresentação nacional do estudo
da OMS e do WHO/Europe
Agravamento das desigualdades
era previsível e evitável
- 26 Portugal continua a perder
especialistas em MGF...
- 33 Plenário dos Conselhos Regionais
- 37 Debate:
Reprocessamento e reutilização
de dispositivos médicos:
Custo, benefício, segurança
e qualidade
- 42 Debate:
O Futuro da Saúde em Portugal
- 47 Gentil Martins
vence 2ª edição do Prémio
Miller Guerra

entrevista

- 52 Gentil Martins,
vencedor do Prémio Miller Guerra
Tentei sempre fazer
o que devia ser feito

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



SRN - informação

- 54 Cada português pode ter um
médico de família
- 57 CRNOM e sindicatos visitaram
serviços de urgência na região

SRC - informação

- 60 Cerimónia inédita na Ordem
dos Médicos em Coimbra para
celebrar 60 anos do curso
de Medicina
- 62 Dia Mundial Médico de Família
- 63 Médicos da Região Centro
organizam Sarau no Teatro
Académico de Gil Vicente
- 64 Centro Hospitalar e Universitário
de Coimbra

SRS - informação

- 66 Presidente do CRS na sessão
de entrega de medalhas de 50
anos de registo
Humanismo está a ser
esmagado pelo dinheiro
- 67 Confraternização do Curso
Médico de 1972 do Porto
- 68 Carta do Conselho Regional
do Sul às direcções dos Colégios
de Especialidade
- 69 Setúbal acolheu reunião
a 25 de Maio
- 70 Atribuição de Prémios Artísticos
ou Científicos pelos órgãos da SRS

opinião

- 72 Depois da tempestade...
- 73 No virar dos tempos,
o tempo tudo levou...
- 75 ContrEtualizações
& plásticas numéricas
- 78 Em memória de um Amigo
irrepetível:
Fernando Costa e Sousa
- 81 A propósito do artigo
"A montanha pariu um rato"

informação

- 17 Competência em Codificação
Clínica só é atribuída pela Ordem
dos Médicos



Opiniões, Percepções e Farpas

"... O País perdeu a inteligência e a consciência moral. Os costumes estão dissolvidos e os caracteres corrompidos. A prática da vida tem por única direcção a conveniência. Não há princípio que não seja desmentido, nem instituição que não seja escarnecida. Ninguém se respeita. Não existe nenhuma solidariedade entre os cidadãos. Já se não crê na honestidade dos homens públicos. A classe média abate-se progressivamente na imbecilidade e na inércia. O povo está na miséria. Os serviços públicos vão abandonados a uma rotina dormente. O desprezo pelas ideias aumenta em cada dia. ... Nós não quisemos ser cúmplices na indiferença universal. ... E na epiderme de cada facto contemporâneo cravaremos uma farpa. ... O povo, coitado, lá vai morrendo de fome como pode. ..." Eça de Queirós, (Farpas, Junho 1871)

"How 21st century capitalism is failing us. It requires a thoroughgoing democratic transformation" é o título de um editorial do British Medical Journal que todos deveriam ler com atenção (BMJ 2014; 349: g7516). Sem qualquer dúvida, depois do capitalismo desregulado ter provocado a crise financeira de 2008, pouco mudou e o capitalismo pouco regulado do século XXI, bem como as

peçoas que o servem, continua a trair-nos, penalizando sempre e egoisticamente os mais frágeis, e necessita de uma transformação democrática. O grande historiador e pensador Tony Judt reforça este conceito, defendendo que "capitalismo não-regulado é o pior inimigo de si mesmo".

É também o que nos vem alertar Joseph Stiglitz, no seu excelente artigo no Expresso Economia

de 13/06/2015, intitulado "O último ato da Europa?". Pelo que aconteceu e está a acontecer em Portugal, facilmente percebemos que tem razão.

Na mesma página do Expresso Economia, um artigo avassalador do economista Emanuel Santos traça a dramática realidade da nossa verdadeira situação, o défice da Administração Central do Estado continua em valores

proibitivos, sem diminuir, e a dívida directa do Estado subiu 62,2 mil milhões de euros entre abril de 2011 e abril de 2015, depois de quatro anos de tremenda austeridade e de termos vendido todos os anéis.

Há mais de cem anos, por outras palavras e numa outra dimensão, Eça de Queirós traçou um cruento retrato da vida pública e política que continua dramaticamente actual. “*Já se não crê na honestidade dos homens públicos*”...

Esta pequena introdução ocorreu-me a propósito da surpresa e decepção com que li o artigo do Público de 11 de Junho, escrito pelo Secretário de Estado Adjunto da Saúde. Sem a necessidade de polémicas públicas, porque a realidade desmente as opiniões oficiais e isso é suficiente, justifica um comentário neste local apropriado. Escreveu e atacou? Exige resposta. O Secretário de Estado seguramente não se surpreenderá.

Muitos dirão que não é digna de atenção a percepção de quem consegue ver doentes bem instalados em urgências congestionadas... Talvez... De qualquer forma, imbuído do espírito de Eça de Queirós, que tanta falta faz nos dias de hoje, ainda que não dispondo da sua excepcional inspiração literária, aqui vai a epidérmica farpa.

O objectivo do Secretário de Estado foi o de minimizar os resultados de dois estudos apresentados, ao mesmo tempo que salienta aquele que foi encomendado pela DGS, este último relativo ao estudo da satisfação dos utentes do Sistema de Saúde Português. Todavia, o Secretário de Estado:

1 – Critica destrutivamente os estudos, esquecendo que utilizaram metodologia semelhante

a tantos outros processos de investigação e que, com as restrições próprias do procedimento, a elevada taxa de respostas, sobreponível à da literatura internacional, valoriza e valida os resultados obtidos. Para além disso, um dos estudos foi publicado na Acta Médica Portuguesa, uma revista indexada e com revisão por pares, e o outro trabalho tem a chancela de qualidade do CIES-ISCTE. Tal como fazem todos os trabalhos científicos internacionais semelhantes, publicados nas melhores revistas médicas mundiais, os textos discutem tecnicamente as respectivas limitações, o que reforça o seu mérito científico e não fragiliza os resultados obtidos.

2 – Verbera os resultados negativos, mas destaca aqueles que considera positivos, o que traduz uma postura analítica enviesada. Torna-se óbvio que o Secretário de Estado não gosta de investigações independentes.

3 – Não aponta as fragilidades da sondagem encomendada pela DGS, que também existem, como, por exemplo, não dizer quantos telefonemas foram feitos para conseguir o número de inquéritos validados e qual a população portuguesa que tem telefones da PT. Não sabemos nós como falham as sondagens eleitorais?...

4 – Numa postura calimérica e ignorando os princípios da comunicação social, que muitas vezes até lhe agradarão, verbera a evidência dada às “más notícias”. Porém, não faz um mea culpa dos governantes, que apenas transmitem as boas e tudo fazem para ocultar as más... A imensa importância da comuni-

cação social pode ilustrar-se, por exemplo, no facto de só perante a pressão da reportagem da TVI o plasma português começar a ser devidamente aproveitado, um enorme desperdício que até aqui o Ministério da Saúde nunca tinha mostrado qualquer interesse em combater!... Porque seria?!...

5 – Não entende que a novidade não é a elevada satisfação dos médicos internos com o seu Internato e a sua especialidade, que o trabalho conjunto entre a Ordem dos Médicos e o Ministério da Saúde tem permitido preservar com dificuldade, mas sim a elevada percentagem de futuros especialistas que considera emigrar. Espanto-me que esta circunstância possa ser difícil de perceber. Por conseguinte, a comunicação social salientou, e bem, a informação mais relevante e alarmante. Contudo, a esmagadora maioria dos Internos já se apercebeu que a qualidade da formação/prática médica está reduzir-se, como ambos os inquéritos detectam, nomeadamente pelo excesso de Internos nos Serviços.

6 – De forma olímpicamente chocante, consegue não expressar a mínima preocupação pelo facto de 65% dos internos ponderarem emigrar, fugindo ao tema como o diabo da cruz, referindo apenas que o problema não se resolve pela redução do *numerus clausus*! Pois não, reduzir o *numerus clausus* não visa reduzir a emigração mas sim preservar a qualidade da formação em Portugal! Mas então, Senhor Secretário de Estado, diga como se resolve e o que pensa fazer para reduzir o dramático fluxo emigratório de médicos, que tanto prejuízo causa ao país e

aos doentes!!! Ou isso já é muito difícil assumir? Senhor Secretário de Estado, leia as entrevistas publicadas neste número da ROM a especialistas em Medicina Geral e Familiar que emigram! A crescente emigração médica, as suas causas e respectivas soluções também lhe irão merecer um artigo no Público?!... Ou continuará a tentar desmentir este facto, como já o fez?

7 – Refere que os internos de anesthesiologia são os que consideram que têm mais perspectivas de carreira e que fazem falta a Portugal, mas distraidamente não repara que 73% dos futuros anesthesiologistas pensa emigrar. Porque será? Nem uma palavrinha...

8 – Salienta, no estudo do ISCTE, que 78% dos médicos não sentiram pressão para a não prescrição de certos medicamentos, mas ultrapassa com ligeireza o facto de na urologia e oncologia, duas das especialidades mais sensíveis nesta matéria, 50% dos médicos referirem ter conhecimento de dificuldades no acesso a medicação inovadora e de 40% dos médicos hospitalares afirmar já ter sido confrontado com a falta de medicamentos no tratamento adequado dos doentes, etc.

9 – Critica algumas perguntas dos inquéritos, não deixando de ter alguma razão, mas não refere que as questões da sondagem oficial são muitas delas inócuas, administrativas, pouco profundas ou apenas dirigidas ao desempenho e profissionalismo dos médicos e enfermeiros.

10 – Ignora o enorme significado de, no estudo da DGS, só 17% dos inquiridos afirmar que o Sistema de Saúde Português

funciona bem, enquanto 55% defende que precisa de grandes mudanças ou de ser completamente reestruturado! Esta visão dos utentes está perfeitamente em linha com as respostas obtidas nos dois inquéritos visados. Mas a estas catastróficas percentagens, o Secretário de Estado não lhes fez menção...

11 – Postula que é necessário discutir factos, olvidando que os resultados dos estudos efectuados são factos e que são enormes as dificuldades em conseguir dados oficiais relativamente a muitas matérias, como escreve, por exemplo, o estudo “The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal”, do European Observatory on Health Systems and Policies (que fortes movimentações políticas tanto fizeram para evitar que fosse publicado...). Para além das inúmeras perguntas colocadas por jornalistas ao Ministério da Saúde e que ficam sem resposta. Todas as perguntas difíceis ficam sem resposta concreta.

12 – Faz perguntas pertinentes, como saber quais são as faltas de material e aonde, mas a hierarquia ministerial cultiva um clima de medo e pressão entre profissionais e administradores para que não revelem a dimensão das lacunas dos respectivos serviços. E os poucos que o fazem, são logo chamados à atenção e intimidados... Ficam imediatamente sem vontade de voltar a divulgar realidades...

13 – Mas já que fala de factos, não será um facto bem elucidativo as centenas de pessoas que fazem fila no Hospital da Ordem Terceira, em Lisboa, para tentarem marcar uma colonoscopia

com anestesia através do Serviço Nacional de Saúde? Não será um facto que só se fazem marcações de 3 em 3 meses e que quando abrem vagas se instala o caos? Ou perante este facto o Secretário de Estado perceberá apenas pessoas com insónias em alegre confraternização nocturna?

Na minha democrática opinião, o infeliz artigo do Secretário de Estado retrata-se no clássico exemplo da mulher colérica do livro de Daniel Kahneman, ou seja, pensou depressa e escreveu depressa. Melhor seria que se tivesse enquadrado no exemplo da multiplicação, pensando um pouco mais devagar e recorrendo um pouco mais à atenção, concentração e raciocínio. Será que o Secretário de Estado acha o dito artigo inteligente?! Não creio... Talvez agora até já nem o escrevesse...

Se as investigações que foram feitas não existissem e não tivessem sido publicadas, o Secretário de Estado estaria empenhado em divulgar apenas os estudos, as estatísticas e as opiniões oficiais, que todos temos a percepção de poder ser facilmente marteladas, que nenhuma entidade independente audita e que, em muitos casos, a realidade desmente, como aconteceu com o enorme excesso de mortalidade verificado em Portugal neste Inverno (um facto...).

Mas como estes estudos existem, foram divulgados e apresentam algumas evidências preocupantes, o Secretário de Estado, sem o conseguir, tenta minar a respectiva credibilidade. É a política no seu pior. Melhor seria que para eles olhasse com atenção, que valorizasse devidamente a globalidade dos seus resultados, que procurasse retirar alguns ensina-

mentos e ilações e que apresentasse algumas soluções...

O artigo do Secretário de Estado lembra-me uma experiência e um livro muito interessante, "O Gorila invisível e outros equívocos da intuição", de Christopher Chabris e Daniel Simons. Tão fulgurado pela "verdade oficial", o Secretário de Estado parece não se conseguir aperceber do bem visível Gorila (está lá há mais de 9 segundos...) dos problemas no SNS...

Presidindo a um Júri de Mestrado Integrado em Coimbra, tive a ocasião de apreciar o exploratório trabalho de investigação realizado pela aluna Filipa Vale, que detectou, na perspectiva do doente, com a aplicação da Escala de Jefferson, falta de empatia na consulta em 40% dos doentes que participaram do estudo. Tempo insuficiente para as consultas...

A propósito do enorme excesso de mortalidade do último Inverno, vem a talhe de foice referir que os dados mais recentes da OCDE sobre Portugal (<http://www.compareyourcountry.org/health?&lg=en>), podendo ser apenas uma flutuação mas que não me surpreendem, mostram que, em 2012, relativamente a 2011, a esperança de vida à nascença e a esperança de vida aos 65 anos diminuiu, o que vem contrariar os protestos teóricos do Ministério da Saúde em pretender diminuir a mortalidade prematura dos portugueses. Outra preocupação para o futuro...

E se, no outro extremo etário, a recente diminuição da mortalidade infantil, que se saúda e tem sido tão evidenciada pelo Ministério da Saúde, se dever essencialmente ao facto da diminuição da taxa de natalidade ter acompanhado, ou mesmo ultrapassado, os cortes na Saúde, evitando

uma maior/excessiva sobrecarga e risco obstétrico sobre o emagrecido SNS? Fica a reflexão...

Em conclusão, o Senhor Secretário de Estado perdeu mais uma boa ocasião de respeitar o velho provérbio, "o silêncio é de ouro, a palavra de prata, a asneira mata".

Não vou aqui repetir os competentes resultados, mas deixo a forte recomendação a todos os médicos para que leiam os estudos publicados e criticados pelo Secretário de Estado, o dos Internos na Acta Médica Portuguesa de Março Abril de 2015 (<http://www.actamedicaportuguesa.com>) e o inquérito aos Médicos no Portal da Ordem dos Médicos (<https://www.ordemdosmedicos.pt>), analisando todos os resultados e percentagens de forma global, equilibrada e isenta.

Considero que ambos os trabalhos são válidos, não podem ser estultamente menosprezados, traduzem a realidade que quem está no terreno conhece e apresentam resultados inquietantes que devem obrigar todos os responsáveis a uma reflexão cuidada e a uma terapêutica equilibrada.

Já não tenho espaço neste editorial para comentar os relatórios da OCDE e do OPSS, mas nada de substantivo modificariam no raciocínio desenvolvido.

A falta de isenção do artigo do Secretário de Estado no Jornal Público foi, para mim, uma enorme decepção. Portugal estaria em melhor situação se a política fosse exercida com verdade, honestidade e humildade.

CORREIO DA SAÚDE

JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

9,5 ou 5,9%?

Quando alguns políticos, comentadores e economistas se referem à despesa em Saúde em Portugal e a comparam com a OCDE, dizem que Portugal ainda gasta 9,5% do PIB em Saúde, acima da média de 9,3% na OCDE. Com isto querem induzir a ideia de que são necessários mais cortes no SNS.

Todavia, ocultam que os 9,5% resultam da soma da despesa pública e privada. Sobretudo ocultam que, em Portugal, a despesa pública em Saúde é apenas de 5,9% do PIB, muito abaixo da

Os portugueses pagam 37% das despesas do seu bolso

média da OCDE, de 6,7%! E ainda ocultam que os portugueses já pagam 37% das despesas em Saúde diretamente do seu bolso, um dos valores mais elevados e insustentáveis da OCDE!

Num recente estudo, a OCDE elogiou o SNS português pela sua arquitetura robusta, universalidade e baixo custo per capita. O relatório da Gulbenkian afirmou que a perda da Qualidade da Saúde é má para os Doentes e para a Economia.

Para bem dos doentes e da Saúde em Portugal, o SNS exige mais investimento e não tolera mais cortes, para que possa ser sustentável.

In "Correio da Manhã" - 4 de Junho de 2015

Protocolo OM/IEFP

Apoiar a mobilidade dos médicos no mercado de trabalho europeu

Com o objetivo de contribuir para alargar o leque de opções de carreira ao dispor dos profissionais de medicina membros da Ordem dos Médicos, apoiando em particular a mobilidade destes profissionais no seio do mercado de trabalho europeu e dando a conhecer as capacidades dos médicos portugueses a empregadores europeus, a OM assinou no dia 8 de Junho de 2015 um protocolo de colaboração com o IEFP que resumimos em seguida mas cujo conteúdo integral pode ser consultado no site nacional na área dedicado ao CNE (no separador Informações e Deliberações).

Devido à particular especialização em termos de competências, a saúde - e, em particular, a medicina - é uma das áreas profissionais que gera maior número de oportunidades de emprego no mercado de trabalho europeu, como resultado de grandes desfasamentos observados, em cada país / região, entre as necessidades de recrutamento, a oferta educativa-formativa existente e os profissionais disponíveis, dando origem a um número significativo de oportunidades / necessidades de recrutamento transnacional todos os anos.

A globalização económica e a mobilidade individual exigem uma contínua informação, uma permanente harmonização de práticas profissionais e um atento seguimento das tendências internacionais em assuntos relevantes para a defesa dos interesses profissionais dos médicos

portugueses - que são hoje cada vez mais determinados em centros de decisão internacional. Por outro lado, a crescente mobilidade internacional dos médicos portugueses deve levar a Ordem dos Médicos a manter uma atenção especial nas intervenções dirigidas à proteção e promoção de novas oportunidades e de melhoria das respetivas condições de exercício profissional.

O IEFP tem desenvolvido um conjunto de atividades e eventos de recrutamento, designadamente no âmbito da rede EURES, particularmente direcionados para profissionais de saúde, com bons resultados em termos de colocação transnacional - sendo crescentes as solicitações, por parte de parceiros europeus, de divulgação de oportunidades de emprego na área da medicina.

Com base no protocolo agora

firmado, as duas instituições irão colaborar na divulgação de oportunidades de emprego, na divulgação dos instrumentos de política ativa de emprego, nomeadamente através de sessões sobre essas mesmas políticas, nomeadamente as que envolvam a criação do próprio emprego, bem como documentação relevante, intercâmbio de informação sobre indicadores de emprego/desemprego na área da saúde, níveis salariais, condições de trabalho, oferta educativa/formativa e questões relacionadas com reconhecimento de qualificações nesta área, aconselhamento personalizado pelos conselheiros EURES, organização de conferências e workshops sobre emprego e mobilidade, com particular enfoque em países da UE/EEE com défices de profissionais na área da saúde interessados em recrutar em Portugal, etc.

Declaração conjunta de Neurorradiologia da Área Metropolitana de Lisboa sobre AVC agudo

Reunidos os Diretores de Serviço de Neurorradiologia dos hospitais Egas Moniz, Garcia de Orta, S. José e Stª Maria, foi obtido um consenso de disponibilidade para assegurar a componente de terapêutica intra-arterial no acidente vascular cerebral (AVC) agudo em conjunto, constituindo um único serviço de urgência metropolitana (24h/7 dias por semana) assegurado entre os referidos hospitais, a articular com a Via Verde de AVC já atualmente em atividade e orientada pela especialidade de Neurologia e Medicina Interna. Pela elevada importância desta iniciativa para uma prestação de cuidados de saúde de excelência numa área tão fulcral como a abordagem ao AVC agudo, destacamos este consenso e publicamos em seguida a declaração que emanou do mesmo e que foi entregue à tutela.

Declaração Conjunta dos Serviços de Neurorradiologia da Área Metropolitana de Lisboa sobre Trombectomia Mecânica no AVC agudo

A Declaração de Consenso ESO-KAROLINSKA sobre AVC agudo (1) emitida em 2014, pelas European Stroke Organization (ESO); European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT); e European Society of Neuroradiology (ESNR) vem alertar para os resultados de novos estudos randomizados que provam a eficácia do tratamento mecânico endovascular da trombose arterial no AVC agudo, associado ao tratamento médico endovenoso já correntemente aceite em doentes adequadamente selecionados.

A especialidade de Neurorradiologia é a única que detém a legitimidade curricular e a experiência nesta área e para assegurar a prestação deste serviço, de modo a proteger

o interesse público num âmbito de procedimentos altamente específicos, diferenciados e padronizados. Uma vez que estes hospitais dispõem de capacidade técnica e humana já instalada, sentimos a responsabilidade de agregar esforços a fim de dar resposta a mais um desafio que se apresenta ao atual SNS, informando deste modo a Tutela e as sociedades congêneres portuguesas da nossa disponibilidade e capacidade para cumprir o dever deontológico e assistencial associado a esta patologia aguda.

Em Portugal o AVC é a principal causa de mortalidade e dependência e estima-se uma incidência de cerca de 16.000 AVC isquémicos para ano, dos quais 3.200 *major* e que terão indicação para o tratamento endovascular de urgência integrado na Via Verde do AVC, o que poderá corresponder a cerca de 400-600 casos por ano na área da grande Lisboa. Em face dos dados

atuais o número de casos diários poderá variar entre 1 a 5. A tendência estatística comprovada para o envelhecimento populacional poderá conduzir a um aumento relativo dos casos com indicação para tratamento no nosso país no futuro próximo.

Neste contexto os Diretores de Neurorradiologia da Área Metropolitana de Lisboa vêm por este modo mostrar o seu sentido de responsabilidade, devendo apresentar uma proposta concreta de articulação de meios humanos, equipamentos técnicos e experiência, a fim de assegurar a prestação de um serviço diferenciado para beneficia da população que servimos, minimizando custos e a necessidade de investimento em novos recursos.

(o documento foi assinado pelos Diretores de Serviço dos Hospitais envolvidos)



Declaração de Aveiro

Para um novo ciclo na transformação dos cuidados de saúde primários em Portugal

1. E o improvável aconteceu.

Descongelou-se à periferia a rigidez das organizações de saúde. Aquelas que impedem uma resposta qualificada às necessidades das pessoas.

A partir do terreno, construiu-se uma nova forma de estar na saúde – autonomia com responsabilidade.

Segundo um estudo recente, o sucesso das “unidades de saúde familiar” (USF) deve-se aos seguintes atributos: gestão participativa, níveis elevados de suporte organizacional e de compromisso, e coesão afetiva.

Existem hoje 419 USF e há zonas no país onde toda a resposta em saúde familiar é baseada em USF. Todos os inquéritos até hoje efetuados aos seus utilizadores revelam elevados níveis de satisfação com os cuidados prestados.

Na saúde foi possível romper o cerco da administração pública mais tradicional e hierárquica, e começar a fazer, pelo menos aqui, há já alguns anos, uma reforma do Estado. Um Estado amigo das pessoas.

2. No entanto o resto do país não evoluiu ao mesmo ritmo e da mesma forma incluindo o conjunto dos cuidados de saúde primários e o Serviço Nacional de Saúde.

Isso não foi totalmente inesperado. Os velhos hábitos – autoridade

sem fundamento ou conhecimento, normas incompreensíveis e impossíveis de cumprir, desconfiança do mérito e os prémios às incompetências protegidas - ainda ocupam um vasto território na nossa sociedade.

Há progressos em alguns Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Mas muitos deles são demasiado grandes para serem próximos e a principal razão do próprio processo de agrupamento, a descentralização de competências acumuladas nas ARS, está ainda por concretizar 7 anos depois da sua criação. Como explicá-lo?

No decurso dos primeiros 4 meses deste ano, tão só uma nova USF foi instalada, apesar de existirem mais de 50 candidaturas aprovadas para o efeito. E no entanto está bem demonstrado que só o aumento do número de USF é suscetível de proporcionar cuidados de saúde de qualidade a mais portugueses. Como alguém argutamente observou, algumas propostas recentes do governo, nesta matéria, mais parecem destinadas a dar mais portugueses aos médicos (sem cuidar das consequências) do que médicos aos portugueses.

Os processos de contratualização – essenciais para que haja autonomia com responsabilidade – têm registado algumas melhorias. Mas continuam ritualizados através de

indicadores e metas excessivos e mal fundamentados feitos pouco à medida da realidade que devem influenciar. Por isso não são ainda processos verdadeiramente inteligentes e muito menos colaborativos.

Os sistemas de informação da saúde parece que envelhecem antes de chegarem à idade adulta. E, frequentemente, bruscamente, desistem de existir. No último ano cerca de 30% das USF tiveram falhas de acesso informático mais que 50 vezes.

Talvez por isso tudo, quase 80% dos coordenadores das USF manifestam-se insatisfeitos com a atuação do Ministério da Saúde nos cuidados de saúde primários – em 2009/10 essa percentagem de insatisfação era apenas de 34%.

3. É inerente ao espírito fundador desta reforma, e a todos aqueles que a têm concretizado no seu dia-a-dia, não assistir passivamente à involução de tudo aquilo que tão laboriosamente construíram. O que está aqui em causa, é demasiadamente importante para a saúde dos portugueses e para o futuro das profissões de saúde, para que deixe de nos preocupar.

4. É imperativo iniciar um novo ciclo na transformação dos cuidados de saúde primários do país.

Olhar com satisfação evidente, e até com algum orgulho, para tudo

aquilo que até agora foi possível realizar, não deixa de trazer também grandes inquietações quanto ao futuro. Inquietações, sérias, fortes, saudáveis.

Somos velhos combatentes da mudança na saúde em Portugal. Transportamos cicatrizes e alguma sabedoria de mil batalhas perdidas e algumas bem ganhas.

Somos jovens profissionais que crescemos já no ambiente exigente mas acolhedor e afetivo das USF. Sabemos que temos que enfrentar, porventura, um mundo mais difícil e hostil do que o dos que nos antecederam. Sabemos também que isso põe visivelmente em causa o nosso futuro.

Até agora, pode dizer-se, que a reforma centrou-se na criação de um novo tipo de organização para os cuidados de saúde primários. Já a temos, com as imperfeições que iremos continuar a superar.

O novo ciclo de mudança que aqui se propõe, centrar-se-á mais nas pessoas do que nas organizações. Parece chegado o tempo em que a noção da centralidade das pessoas, do cidadão, no sistema de saúde, deixará de ser uma expressão de bondade ou estética discursiva, uma forma atraente de *marketing* político, verdadeiramente destituído de qualquer conteúdo real.

Os 7 pilares das USF, aqui aprofundados e intensamente debatidos, significam exatamente este tipo de transformação:

- Atentar nos **determinantes** pessoais, sociais e ambientais da saúde, contribuir para a **promoção** da saúde da comunidade e proporcionar uma **resposta personalizada** à condição de cada um;

- Assegurar cuidados de saúde de **qualidade**, **formar para promover e apoiar mudanças comportamentais**, criar uma **nova geração de equipas multiprofissionais**;

- **Centrar nas pessoas** - nos seus trajetos de vida, nos caminhos que percorrem de uma organização para outra, nas relações que fazem,

desfazem e refazem - **processos assistenciais integrados**, serviços capazes de se articular através de sistemas de informação e comunicação utilizando e desafiando a inovação tecnológica hoje á nossa disposição;

- Fazer tudo isso não só para os cidadãos, mas sobretudo com eles, querendo saber se estão satisfeitos, focados como estamos nos resultados desse processo de cuidados e no valor que ele acrescenta ao bem-estar das pessoas.

- Passar das organizações, das diversas incidências de vida, cada uma por si, para a gestão dos trajetos das pessoas, dos caminhos que percorrem à medida que se movem de umas para as outras, é a natureza do desafio que hoje aqui nos convoca.

As USF têm vindo a equipar-se, técnica e intelectualmente, para ter um papel essencial neste projeto de transformação.

Há agora também que equipá-las instrumentalmente para este efeito.

Esta transformação só será possível se acontecer em estreita colaboração com as outras unidades dos ACeS, com hospitais, serviços de cuidados continuados, organizações da comunidade, autarquias locais e os outros atores da saúde.

Ela só é possível no âmbito de um SNS, um SNS melhor.

Sabemos que esta mudança é necessária – existem já no terreno experiências concretas no caminho certo.

Aprenderemos todos como protagonista-la.

Este Encontro soa a tiro de partida.

5. Não teremos os Cuidados de Saúde Primários e o SNS que precisamos se não tivermos país, ou se tivermos o país que não queremos. Convém repetir: Não teremos os Cuidados de Saúde Primários e o SNS que precisamos se não tivermos país, ou se tivermos o país que não queremos.

6. O 7º Encontro Nacional das

USF deu mais um passo para aprimorar uma cultura própria da USF-AN, que as exigências desta reforma e a vontade dos seus atores foram configurando no decurso dos últimos 7 anos.

Muitos dos mais de 1.000 profissionais inscritos neste Encontro, participaram em mais de 70 grupos de trabalho – laboratórios de aptidões e sessões temáticas – que tiveram lugar, a par e passo, com um grande número de sessões de análise e reflexão sobre temas da atualidade na saúde.

Esta não é a cultura do queixume cansativo, da crítica fácil ou da exigência só para com os outros. **A cultura da Associação Nacional das USF é, agora um pouco ainda mais, a da aprendizagem contínua, do respeito pelos pontos de vista de todos, das propostas e soluções concretas, da confiança em que é possível fazer bem para um futuro mais desejável.**

7. Os participantes do Encontro de Aveiro das USF, declaram que assumem o compromisso, perante eles próprios, os seus pares e o país, de fazerem tudo o que estiver ao seu alcance para imaginar, pensar e promover um novo ciclo de transformação dos cuidados de saúde primários em Portugal.

Por isso solicitam à sua Associação que, com base nos trabalhos deste seu 7º Encontro, torne públicas, no decurso do próximo mês, as aspirações, expectativas e propostas concretas capazes de realizar essa transformação.

Para que conste na memória dos presentes, **para** que estimule, ajude e comprometa aqueles que decidem, **para** que reacenda a esperança em todos aqueles que esperam, precisam, e desejam uma saúde melhor.

Aveiro, 16 de Maio de 2015
P'lo 7º Encontro Nacional das USF
Constantino Sakellarides
(Sócio Honorário)

O Sistema de Saúde português no tempo da Troika: a experiência dos médicos

Realizou-se no dia 8 de Junho de 2015 a conferência "O Sistema de Saúde português no tempo da Troika: a experiência dos médicos" na qual Tiago Correia (ISCTE-IUL) e José Manuel Silva (Bastonário da Ordem dos Médicos) apresentaram o relatório produzido ao abrigo do protocolo de consultoria técnica entre ISCTE-IUL/Ordem dos Médicos com o mesmo título.

A realização do estudo "O Sistema de Saúde português no tempo da Troika: a experiência dos médicos" baseou-se num inquérito por questionário enviado por correio em Maio de 2013 ao universo de médicos inscritos na Ordem dos Médicos juntamente com a revista da Ordem. Os questionários foram devolvidos por correio para a OM até Janeiro de 2014, não se tendo procedido ao envio de qualquer alerta ou lembrete para o preenchimento e devolução dos mesmos. A amostra deste estudo é composta por 3442 questionários devidamente preenchidos e validados, o que representa 7.8% do total de questionários enviados.

No relatório resultante do estudo alerta-se que, "não obstante uma parte dos desafios com que o sistema de saúde português se depara seja comum aos de outros países (e.g. crescimento da despesa e da exigência de consumos em saúde, limitações na padronização da prática clínica, necessidade de adaptação do modelo de cuidados aos atuais padrões de mortalidade e morbilidade), a outra parte específica ao caso português (assimetrias regionais, papel e lugar dos cuida-

dos de saúde primários políticas de recursos humanos na saúde: como os planos prospetivos de recursos humanos têm sido implementados nas políticas de saúde; relação público/privada) não pode deixar de ser equacionada sob pena das necessidades de reforma do sistema de saúde português não serem devidamente satisfeitas e que dinâmicas prejudiciais à prestação de cuidados se perpetuem".

Alguns dos principais resultados obtidos com este estudo apontam para a existência de um processo de reconfiguração do mercado privado em Portugal, com diminuição da atividade dos consultórios e, em parte das clínicas, em contraste com o aumento da atividade dos hospitais privados.

Como se pode ler no relatório, os investigadores consideram que, apesar da expectativa quanto aos imperativos financeiros terem permitido ganhos de eficiência e eficácia sem afetar a qualidade da prática clínica alguns dados merecem atenção:

- 38% dos médicos apontaram faltas recorrentes de material nas instituições. A situação é particularmente visível no SNS, chegando a

- 60% dos médicos nos cuidados de saúde primários e cuidados continuados e a 44% dos médicos hospitalares, mas igualmente presente no setor privado: 29% dos médicos em consultórios e clínicas e 33% nos hospitais privados. Medicina geral e familiar (54%) e anestesiologia (53%) estão entre as especialidades em que mais se apontou esta situação;

- 14% dos médicos referiram sentir maior pressão para gastar menos com os doentes. Entre os motivos apontados destacam-se dificuldades no acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica e a exames laboratoriais. A situação é particularmente visível nos cuidados de saúde primários e nos cuidados continuados (24%) e referido sobretudo nas especialidades de medicina geral e familiar (23%), oncologia (23%) e medicina física e de reabilitação (22%);

- 11% dos médicos referiram sentir maior pressão para não prescrever medicamentos. As especialidades que mais indicaram esta pressão são a oncologia (24%) e a medicina geral e familiar (21%). Estão em causa situações de constrangimentos à livre decisão médica e não ne-

cessariamente de incentivo à prescrição de genéricos.

Os casos apontados relacionam-se com antibióticos, antidiabéticos e anti hipertensores. No SNS as respostas obtidas foram 22% entre os médicos nos cuidados de saúde primários e nos cuidados continuados e 10% nos hospitais. O valor nos hospitais privados é semelhante: 12%;

- 10% dos médicos afirmaram ter havido um aumento na recusa de tratamentos inovadores. O valor é mais elevado nos hospitais públicos (17%) e entre as especialidades de urologia (53%) e oncologia (47%);

A falta de recursos no setor hospitalar público é um traço marcante: cerca de 40% dos médicos hospitalares afirmaram já ter sido confrontados com a falta de medicamentos no tratamento adequado dos doentes, 30% estiveram envolvidos em cirurgias adiadas e 23% já deixaram de realizar técnicas invasivas por falta de material disponível.

- Um dos aspetos mais ignorados na reflexão sobre as implicações da reforma no setor da saúde diz respeito à formação dos profissionais. Praticamente 80% dos internos e 50% dos médicos especialistas com atividades de formação (tutores) inquiridos consideram que a qualidade de formação no internato médico diminuiu desde 2011.

- Entre os médicos no SNS, praticamente 60% referiram que o abandono das terapêuticas aumentou nos últimos anos e 80% que os doentes têm pedido mais vezes a prescrição de medicamentos mais baratos. Entre os médicos no setor privado, 1/3 considerou ter havido um aumento do abandono das terapêuticas por motivos económicos dos doentes e mais de 50% que os doentes têm pedido mais vezes a prescrição de medicamentos mais baratos. Mais do que hierarquizar as especialidades em que esta tendên-

cia pode ser mais preocupante, os dados revelam a consistência com que o abandono de terapêuticas tem ocorrido (por exemplo, o abandono em psiquiatria e em pneumologia rondam os 70%; em medicina geral e familiar os 60% e em oncologia os 50%).

- Segundo 58% dos médicos inquiridos os doentes têm faltado mais às consultas ou manifestado impossibilidade de ir às consultas. A análise por especialidades revela respostas consistentemente elevadas, com maior destaque entre a medicina física e de reabilitação, pneumologia, estomatologia, gastroenterologia, medicina interna, cardiologia e dermato-venerologia. Os dados merecem reflexão: pense-se nas implicações de 40% dos oncologistas inquiridos afirmarem que o absentismo dos doentes aumentou.

Outros dados relevantes são as discrepâncias no interior da profissão médica em relação à situação dos médicos:

- A sensação de esgotamento entre os médicos do setor público cresce à medida do tempo de trabalho (dos 60% aos 70%), situação apenas invertida já no final da vida profissional. Entre os médicos no setor privado a tendência é sempre decrescente (65% entre os mais novos e 40% entre os mais velhos);

- Tanto a motivação como a realização no trabalho sofrem quebras ao longo do percurso profissional entre os médicos do SNS (51% dos médicos mais novos estão motivados valor que baixa até aos 38% no decorrer da vida profissional; 62% iniciam a sua vida profissional realizados, valor que desce até aos 58%). A situação dos médicos no setor privado é oposta: a motivação e realização aumentam à medida do tempo de trabalho (42% iniciam a vida profissional motivados e 66% chegam ao final da vida profissional motivados; 59% iniciam realizados e 80% terminam a vida profissional realizados);

- Os médicos com trabalho exclusivo no setor privado são os que mais denunciam sentir o aumento das dificuldades financeiras desde 2011 (21%). Contudo, a análise discriminada por prestador revela situações mais gravosas entre os médicos nos hospitais SPA (33%), nas UCSP (os designados “centros de saúde”) (26%) e nos consultórios (24%);

- Os estomatologistas são os especialistas inquiridos que mais manifestam dificuldades económicas face a 2011 (35%) seguidos dos especialistas em medicina geral e familiar (25%) e psiquiatras (22%);

- Os fatores que mais explicam a possibilidade de emigração dos médicos prendem-se com dificuldades económicas e com a realização profissional: em caso de aumento da dificuldade económica a possibilidade de emigração aumenta em cerca de 50%;

Os relatores alertam ainda para a necessidade de uma leitura ampla sobre os efeitos das reformas prosseguidas no tempo da Troika no sistema de saúde português, isto é, indo para além do setor público e sublinham que tornou-se inequívoco o peso e a consistência das respostas dos médicos do SNS inquiridos: 80% consideram que as reformas no setor público já afetaram a qualidade dos cuidados prestados e cerca de 85% responderam que o SNS não pode acomodar mais cortes de financiamento sem comprometer a qualidade dos cuidados, enquanto 28% referem mesmo que as condições disponíveis atualmente já não permitem tratar de acordo com as *leges artis*. Além de Tiago Correia (coordenador), Graça Carapinheiro, Jorge Silva e Joana Vieira foram os investigadores que participaram na elaboração deste estudo. O relatório resultante do estudo ISCTE-IUL/Ordem dos Médicos, pode ser consultado integralmente no site nacional da Ordem dos Médicos.



Conferência de imprensa Há falta de anestesiologistas em Portugal?

Realizou-se no dia 28 de Maio uma conferência de imprensa do Colégio da Especialidade de Anestesiologia onde foram apresentados alguns dos resultados dos Censos Anestesiologia – 2014 que demonstram que uma das especialidades que mais cresceu nos últimos dez anos foi esta. Foi igualmente explicado, e demonstrado, que as dificuldades existentes se devem, além de fatores de falta de planeamento numa área em que a atividade clínica é cada vez mais diversificada, o que aumenta as solicitações, a uma distribuição geográfica heterogénea de especialistas, e ao facto de haver anestesiologistas a deixar o setor público e a emigrar o que dificulta a gestão de recursos humanos numa especialidade já carenciada.

Foi precisamente a perceção atual, generalizada, da existência de um déficit significativo de anestesiologistas no país que levou a Direção do Colégio de Anestesiologia, a pedido da Direção da OM, a desenvolver um Censos Nacional da especialidade cuja recolha de dados foi realizada no mês de Maio de 2014 mas que se pretende atualizar ciclicamente, conforme salientou Paulo Lemos, presidente do Colégio da Especialidade de Anestesiologia. Sobre este trabalho de levantamento da demografia médica, José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, explicou que foi solicitado o mesmo a todos os Colégios por ser essencial a um planeamento adequado das necessidades futuras, e elogiou “o trabalho excepcional” de Paulo Lemos que nos permite “perceber melhor o enquadramento das limitações da



Anestesia no SNS” e referenciou números da ACSS sobre dezenas de milhares de intervenções sem anestesia alertando que “é essencial dissecar os números para percebermos o que as estatísticas representam” e apelou aos jornalistas para serem mais exigentes com os números que são referidos. “Não sabemos, se, em relação a anos anteriores, existem realmente mais inter-

venções cirúrgicas, especialmente intervenções com significado. (...) Estatísticas não auditadas não têm credibilidade ou significado”. Sobre as referências à exclusividade dos médicos, José Manuel Silva mostrou-se disponível para “discutir com seriedade a separação entre privado e público” mas recordou que desde que acabou a exclusividade de falar dessa separação é ape-

Figueiredo Lima



nas “uma hipocrisia política” e que “os médicos são obrigados a trabalhar nos dois setores para compensar os baixos salários”. Paulo Lemos salientou que o trabalho deste Censos foi de equipa e que foi realizado pela direção do Colégio que terminou o seu mandato (2012/2015) evidenciando que mais do que uma mera “fotografia demográfica da especialidade” pretende-se atualizar e repetir esse trabalho “para validar em termos temporais”. “Os serviços centrais e o Ministério não percebiam porque razão o Colégio definia vagas aquém do que era supostamente desejável. (...) É preciso que compreendam a complexidade da formação em Anestesiologia em que num total de 26 serviços apenas 4 têm as valências todas, tendo os restantes 22 apenas idoneidade parcial”, tendo exemplificado com a anestesia para cirurgia torácica, valência que existe em muito poucos serviços. Havia 64 vagas, mas o presidente do Colégio explicou que estão a ser feitos todos os esforços para permitir um ligeiro aumento desse número, sem prejuízo da necessária qualidade. “Nos últimos dez anos o número de anestesiológicos aumentou em mais de 20%, tendo sido uma das especialidades que

mais cresceu, numa tentativa de dar resposta às necessidades da população” e às crescentes solicitações para prestação de cuidados anestésicos nos Serviços de Anestesiologia dos Hospitais do SNS, dentro e fora do bloco. O Censos refere a identificação de 1121 anestesiológicos com vínculo aos Serviços de Anestesiologia das instituições públicas analisadas, 71 anestesiológicos a trabalhar nesses hospitais, noutros Serviços que não o da Anestesiologia, e 62 recém-especialistas a aguardar colocação, num total de 1254, o que corresponderá a um rácio de 12,0 por 100.000 habitantes. Mas, se tivermos em conta os 200 anestesiológicos a trabalhar exclusivamente no sector privado esse rácio passa para 13,9 por 100.000 habitantes. “Os anestesiológicos têm uma panóplia de funções muito além da sua atividade no bloco operatório”, recordou Paulo Lemos, referenciando apenas a título de exemplo o trabalho desenvolvido em áreas como a analgesia de parto, a dor crónica, a emergência, a medicina intensiva e os meios complementares e de diagnóstico, que representam 35% do trabalho desenvolvido pelos anestesiológicos. Apesar de reconhecer que existe um signifi-

cativo deficit de anestesistas em especial nos hospitais do SNS, quando fala sobre o futuro da especialidade, Paulo Lemos demonstra um otimismo cauteloso: “nos próximos 4 anos só se prevê a saída por reforma de cerca de 3 dezenas de colegas o que, com a entrada dos internos que irão a terminar a sua formação específica, pelo menos 64 novos especialistas por ano, irá melhorar o aporte de especialistas e vamos melhorar rapidamente a falta de especialistas”, se, naturalmente, se criarem condições para que esses recém especialistas queiram ficar no setor público (e no país) e se não a desqualificação do trabalho médico não propiciar a saída antecipada de alguns colegas seniores... “O que nos preocupa são as reformas antecipadas, mas acreditamos que vai haver a capacidade de incentivar os profissionais a manterem-se no ativo”, referiu, numa crítica à atitude atual em que o “Governo pressiona para maior formação, mas não cria condições competitivas para os anestesistas ficarem nos hospitais do SNS ou para se disponibilizarem a trabalhar mais horas (...) É preciso impedir a perversidade de obrigar os privados a pagar as horas extra de acordo com a Lei ao contrário do que se faz no público”, pois são esse tipo de diferenças que fazem com que alguns profissionais acabem por mudar de um setor para outro.

“Com recursos esmagados pela atividade cirúrgica, faltam anestesiológicos para as atividades complementares”. Explicando que as carências de especialistas em Anestesiologia se devem também a fatores de falta de planeamento, numa especialidade transversal com envolvimento

em múltiplas tarefas e funções, e a uma distribuição geográfica muito heterogênea de especialistas (“é preciso criar incentivos e condições para que, numa especialidade carenciada como é a Anestesiologia, os médicos aceitem ir para o interior”), à saída de anesthesiologistas do setor público, à sua reforma extemporânea e à emigração de profissionais qualificados, Paulo Lemos terminou afirmando que o Colégio cumprirá o seu dever: “lutando pela segurança dos doentes e profissionais e por uma formação exigente e de qualidade”.

Também presente nesta conferência de imprensa, Figueiredo Lima, outro dos membros da direção deste Colégio, felicitou Paulo Lemos, que “é o pai deste levantamento exaustivo” (os Censos elaborados incluem a

caracterização do Hospital, dos recursos humanos em Anestesiologia, da organização e atividade anestésica, etc.) e recordou que, a propósito da qualidade da formação e da dificuldade em abrir mais vagas, os chamados “tarefeiros” não podem ser orientadores de internos, o que “cria maiores dificuldades na análise de idoneidades e capacidades formativas dos serviços que recorrem à contratação de anesthesiologistas por intermédio de empresas de recursos humanos”, um problema que, como frisou, é transversal a todas as especialidades e que tem reflexos também na organização do trabalho: “como organizar as equipas se os colegas nem sequer se conhecem?” Figueiredo Lima referiu igualmente o problema da diáspora de médicos, referenciando as reportagens

que a ROM tem publicado a propósito da emigração médica, e deu exemplos concretos: Portimão perdeu 6 especialistas em Anestesiologia, de Santa Maria saíram dois seniores, o Garcia de Orta perdeu também 4 especialistas... “Em algumas especialidades é possível cobrir as necessidades, noutras não... Mas mesmo que se substituam os colegas o mal já está feito” porque as equipas já foram desestruturadas, explicou. E os médicos contratados à hora não são obviamente solução: “já houve alguns problemas médico-legais e é muito difícil responsabilizar um tarefeiro”, sublinhou em tom de alerta.

O documento Censos Anestesiologia – 2014 pode ser consultado no site nacional da OM na área “demografia médica” em Colégios.

informação

Aclaramento sobre as funções dos Internos do 5º ano de Anestesiologia

Foi publicado o Despacho n.º 5251-A/2015, que visava esclarecer a Portaria 49/2011 quanto às funções do Médico Interno do 5º ano da especialidade de Anestesiologia.

Sendo certo que o referido Despacho se baseou num documento aprovado pela Ordem dos Médicos e pelo Colégio de Anestesiologia, não é menos verdade que a Ordem dos Médicos não foi ouvida quanto à elaboração final do mesmo.

Persistem, assim, algumas dúvidas, concretamente consubstanciadas no facto de surgirem agora anúncios de contratação de mão de obra médica “(des)informando” que os Médicos Internos do 5º ano podem ser equiparados, na prática sem restrições, a médicos especialistas. Ora, tal não corres-

ponde exactamente à realidade.

O Despacho n.º 5251-A/2015 estabelece que “o conteúdo funcional do interno do 5.º ano do programa de formação do internato médico da área profissional de especialização de Anestesiologia é equiparado a especialista de Anestesiologia”. Não diz que é igual, equipara-o apenas, com algumas restrições, o que explicitamente reconhece que equiparar não é o mesmo que igualar.

O próprio Despacho define, e bem, uma série de limites, nomeadamente:

“3 — O exercício de funções equiparadas a especialista de Anestesiologia por parte do interno do 5.º ano de Anestesiologia, nos termos previstos no presente despacho, não dispensa a presença, em regi-

me de permanência física, no estabelecimento de saúde respetivo, de um médico detentor do grau de especialista em Anestesiologia, o qual prestará ao interno o apoio contínuo que se mostre necessário;”

A Portaria 49/2011, no ponto 5.4.2, concernente ao programa do Internato de Anestesiologia, também fala em equivalência, não em igualdade de funções e responsabilidades, e sublinha a necessidade de orientação formativa, postulando que “No último ano do internato, sem prejuízo da correspondente orientação formativa, o conteúdo das funções do médico interno é equivalente ao de um médico especialista.” Por conseguinte, o Interno do 5º ano continua em formação! Se assim não fosse, o 5º ano de formação seria desnecessário.

Também o Decreto-Lei 86/2015, no artº 2.º, qualifica e define o internato médico como um processo de formação médica especializada, teórica e prática, que tem como objetivo habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado na respetiva área de especialização. Ou seja, logicamente, um Médico Interno ainda não está tecnicamente habilitado a exercer como especialista.

Mais ainda, este Decreto-Lei estabelece que o internato médico é desenvolvido em conformidade com os respetivos programas de formação médica especializada, artº 3º, e que a orientação direta e permanente dos internos é feita por Orientadores de Formação, artº 7º, não por um qualquer especialista, preservando a missão nuclear e a Qualidade da formação médica pós-graduada.

Neste contexto, deveria ser desnecessário dizê-lo, clarifica-se inequivocamente que o conteúdo

funcional do interno do 5.º ano do programa de formação do internato médico da área profissional de especialização de Anestesiologia, uma fase de formação e transição muito delicada e sensível, é equiparado a especialista de Anestesiologia mas apenas no enquadramento do respectivo Programa e do Serviço de formação que o tutela e com Orientação adequada.

Assim, a Ordem dos Médicos apela à atenção, preocupação e comprometimento dos Directores de Serviço, responsáveis do Internato Médico e Orientadores de Formação para não transigirem na defesa da Qualidade da formação dos internos da especialidade, no caso particular dos internos do quinto ano, o que muito naturalmente terá repercussão nos critérios de escolha do respectivo Serviço pelos futuros candidatos a especialistas e na avaliação da competente idoneidade formativa.

Finalmente, em respeito pelo Internato Médico, pela Ética e pelos Doentes, a Ordem dos Médicos informa todos os Médicos do Internato da Especialidade de Anestesiologia que não devem nem podem aceitar quaisquer propostas apresentadas por empresas contratadoras de mão de obra para desempenharem funções, como especialistas, desenquadradas do seu Programa e Serviço de Formação, aplicando-se o mesmo princípio a eventuais mobilidades inter-hospitalares.

Se o fizerem, ficarão sujeitos à acção disciplinar da Ordem dos Médicos, que será particularmente severa no caso de algum acidente clínico, podendo mesmo colocar em causa o percurso profissional do Médico.

Um Médico Interno ainda não é um Especialista.

Ordem dos Médicos, 9 de Junho de 2015

notícias

Prémios SERPIS 2014

Após a Assembleia Geral da SOPEAM de 16 de Maio 2015 foram entregues os Troféus e Diplomas aos seguintes galardoados:

Prémio Poesia: António Lourenço Marques com a obra “Rudimentos”

RJV, Editores Castelo Branco 2015

Prémio Fotografia: Vasco Trancoso com a obra “Olho logo existo”

Menções Honrosas Fotografia: Leonor Duarte e Fernanda Torgal

Não foram apresentadas obras a concurso para os Prémios de Escultura e Teatro

Assinatura digital da cédula profissional de médico e ERS

A utilização da assinatura digital qualificada constante da cédula profissional da Ordem dos Médicos pode ser utilizada na tramitação de pedido de licenciamento junto da Entidade Reguladora da Saúde (informação confirmada pela ERS). Esta informação foi prestada na sequência de um ofício que o Conselho Regional do Norte da OM enviou a essa entidade questionando a legitimidade de uma potencial recusa. Analisadas as questões levantadas nesse ofício a Entidade Reguladora da Saúde confirmou em parecer enviado à Ordem dos Médicos que a cédula profissional dos médicos é suficiente para a cabal identificação do seu detentor e que a assinatura digital qualificada constante dessa cédula tem a força probatória prevista na lei e deve ser aceite pela ERS na instrução de qualquer processo de licenciamento submetido a essa entidade.



Apresentação nacional do estudo da OMS e do WHO/Europe Agravamento das desigualdades era previsível e evitável

A crise financeira tem tido inegável impacto nos sistemas de saúde europeus, foi precisamente esse o resultado do estudo “O impacto da crise financeira no sistema de saúde e na Saúde em Portugal”, que teve uma sessão de apresentação na Ordem dos Médicos, em Coimbra, no passado dia 16 de Março. Este encontro contou com a presença de José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Constantino Sakellarides e Luís Castelo-Branco, dois dos relatores deste estudo e Josep Figueras, director do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, entre outros.

O relatório conjunto da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do WHO/Europe, publicado em 2013, foi atualizado e deu origem a um conjunto de linhas de orientação essenciais para as futuras políticas de Saúde europeias – as quais foram apresentadas neste encontro – visto que problemas e potenciais soluções são partilhados e partilháveis por vários países, nomeadamente “a urgência de harmonizar as políticas públicas, impedindo que as Finanças e a Economia se sobreponham à Saúde, conduzindo à sua degradação”. Este relatório contou com os contributos de Constantino Sakellari-

des, Luís Castelo-Branco, Patrícia Barbosa e Helda Azevedo.

É preciso garantir a eficiência sem diminuir a qualidade

Josep Figueras foi o primeiro orador deste encontro, tendo apresentado exemplos de como é que os sistemas de saúde europeus reagiram à crise financeira, salientando que o importante é que a partir desta realidade atual possamos aprender algo para o futuro. “A resiliência é muito importante nesta fase para os sistemas de saúde, assim como o que aprendemos com esta crise financeira e qual a forma como vamos lidar com as próximas crises”. O

director do Observatório Europeu sobre Sistemas e Políticas de Saúde -WHO/Europe mostrou como os países europeus têm reduzido de ano para ano a sua despesa pública com a saúde, mostrando um gráfico que indicava como em alguns países, no ano de 2012, a despesa com a saúde era inferior à despesa pública nessa área em 2007. “A resiliência tem a ver com a forma como os sistemas aprendem a lidar com os ‘choques’ externos; resiliência é a capacidade de adaptar ou responder a pressão externa”, explicou. Assegurar uma cobertura efetiva em termos de cuidados de saúde nomeadamente para os grupos de maior risco (idosos, pobres,

crianças, etc.) e garantir a eficiência sem diminuir a qualidade (exemplificando que há uma percentagem de intervenções que se fazem nos hospitais cuja eficiência é questionável e que poderiam ser 'cortados' mas alertou que "é preciso ter atenção onde e o que se corta em saúde", mas referindo igualmente que uma maior eficiência não é necessariamente sinónimo de poupar dinheiro pois a eficiência do sistema pode querer dizer "produzir mais gastando o mesmo"; além disso, por vezes as ações que tornam um sistema mais eficiente trazem poupanças financeiras mas não imediatas) são alguns dos elementos essenciais para lidar com o impacto da crise. Relembrando que a saúde é boa para a economia porque contribui para a produtividade, Josep Figueras referiu a necessidade de transmitir essa mensagem aos ministros das finanças. Para manutenção de fundos para a saúde, outra estratégia para reduzir o impacto da crise, o orador referiu que se pode optar por aumentar

impostos sobre bens prejudiciais como o açúcar, refrigerantes, tabaco, etc. (tal como tem sido defendido pela Ordem dos Médicos portuguesa) financiando o sistema de saúde e, ao mesmo tempo, promovendo estilos de vida mais saudáveis. A propósito das taxas moderadoras, Josep Figueras citou como um bom exemplo o caso da Bélgica onde, para evitar que os mais desfavorecidos ficassem "fora do sistema de saúde", as taxas foram reduzidas (ao contrário do que aconteceu em Portugal, e em vários outros países, em que as taxas moderadoras viram o seu valor aumentar). A maior parte das mudanças não são fáceis de implementar e exigem grande capacidade política e técnica para que se consigam concretizar: é que "além de cortar despesa, é fundamental que exista capacidade política e técnica para que se façam reformas estruturais que gerarão melhor saúde e algumas poupanças". Uma lição importante a tirar é "como governamos o sistema em tempos de crise?" Ou

Uma maior eficiência não é necessariamente sinónimo de poupar dinheiro pois a eficiência do sistema pode querer dizer "produzir mais gastando o mesmo".

seja, qual a capacidade e visão de liderança que permitem a implementação das mudanças necessárias em tempos de crise financeira mas com "uma calendarização realista e com a noção de que muitas destas reformas exigem primeiro investimento para depois proporcionarem poupanças" e sempre "com a colaboração dos profissionais que sabem melhor do que ninguém onde é que se pode aumentar a eficiência e poupar", recordando que "uma comunicação transparente e honesta é fundamental quer para com os profissionais de saúde quer para com os consumidores".



Crise gera empobrecimento técnico dos cuidados e da formação

Ao jovem médico interno de Oncologia, Luís Castelo-Branco (também coautor do relatório), coube a apresentação dos dados do estudo português, tendo referido a importância da proteção social e a ampla evidência que existe sobre o impacto real das crises financeiras na saúde das populações. Salientou igualmente a importância que a saúde e o bem-estar têm nas populações e na sua produtividade e consequentemente na capacidade do país para o cumprimento das suas obrigações financeiras (por ter uma população mais ativa). “Saúde e o bem estar são aspirações legítimas mesmo em tempos de crise daí que seja necessário equilíbrio nas soluções que se implementem”, sublinhou. Luís Castelo-Branco lembrou que os portugueses são dos que mais pagam quando acedem aos cuidados de saúde e que estamos acima da média da OCDE quanto a essa contribuição da população para a sua saúde. Falou igualmente do impacto da crise financeira nos profissionais de saúde, o que se traduz em desmotivação, emigração, reformas antecipadas, situações que geram um empobrecimento técnico na prestação de cuidados mas também na formação de novos profissionais. “É importante não olhar para os nú-

Saúde e o bem estar são aspirações legítimas mesmo em tempos de crise daí que seja necessário equilíbrio nas soluções que se implementem.



Josep Figueras

meros de forma isolada”, é preciso integrar os dados, tirar conclusões e “aprender para que no futuro haja uma atitude mais ativa e mais preventiva na proteção da saúde das populações”, concluiu Luís Castelo-Branco.

Equilíbrio só se obtém se existir uma agenda da Saúde

Constantino Sakellarides, presidente da Fundação para a Saúde e co-autor do estudo em destaque, (entrevistado pela ROM em Maio de 2013, já havia alertado para a necessidade de se ter em conta o impacto da crise na saúde) começou por explicar que num mundo global “não podemos continuar a ignorar o que se está a passar nos outros países”, salientando a necessidade de aprender com a experiência e antecipar os efeitos da crise. O presidente da Fundação para a Saúde fez um enquadramento dos sinais económicos que faziam “adivinhar” a escalada da crise: “ninguém observa um programa de ajustamento que está a falhar e o mantém durante três anos”, referiu considerando que “não houve abertura para procurar soluções alternativas”... A razão de ser da manutenção dessas escolhas políticas tem a ver com o que designou como “a soberania do financeiro”. A consequência de não antecipar é

a desvalorização dos efeitos da crise na saúde das populações e “em Portugal não há nenhum indicador de que esta antecipação tenha sido feita (...) E se não anteciparmos os efeitos, não fazemos o suficiente para evitá-los”. “Se conseguirmos demonstrar, debater e monitorizar, contribuiremos para uma transição mais rápida, trazendo para a discussão pública o que queremos para o bem-estar dos cidadãos” pois “o conhecimento nasce da análise, da ponderação dos factos e do consenso”. O estudo critica precisamente a falta de avaliação precoce do impacto da crise na Saúde e assinala “as dificuldades acrescidas de acesso aos cuidados de saúde” em três vertentes: empobrecimento, complicações com o transporte e taxas moderadoras. “Pôr a Saúde na agenda é um poderoso fator para acelerar a transição”, afirmou Constantino Sakellarides, reiterando que só assim se conseguirá inverter algumas das consequências negativas que se estão a sentir. “Só com uma agenda da Saúde é que podemos voltar a uma situação de equilíbrio”. Para isso a proposta que deixa é que se reflita e analise e que em Janeiro se apresentem conclusões de forma clara e facilmente compreensível para que nenhum responsável possa continuar a ignorar as reais consequências da crise financeira e económica na saúde.



Carlos Cortes



Luís Castelo-Branco



Constantino Sakellarides

Ninguém observa um programa de ajustamento que está a falhar e o mantém durante três anos (...); Não houve abertura para procurar soluções alternativas.

Portugal agravou as assimetrias sociais

Na fase de debate, o Bastonário José Manuel Silva salientou a importância deste estudo da OMS que reforça o que a OM tem afirmado desde há três anos. “Os efeitos da crise na saúde são indiscutíveis e evidentes” e “com medidas aplicadas à saúde muito além do que era pedido”. Portugal “agravou as assimetrias sociais” e temos uma população “causticada pela diminuição dos apoios sociais e pela diminuição da capacidade de resposta do SNS”. “A grande questão é se isto era evitável”, afirmou, considerando que a resposta é afirmativa pois foi uma questão de falta de vontade política em aceitar que os objetivos do programa de ajustamento estavam muito aquém, sem evitar a progressão da dívida, sem encontrar o equilíbrio financeiro, etc. “As desigualdades eram evitáveis e o agravamento dessas desigualdades era previsí-

vel”, afirmou perentório. “(...) As soluções para o futuro têm a ver com a introdução das preocupações da Saúde em todas as decisões políticas” com uma aposta “na Saúde com qualidade, como fator de crescimento económico do país e, sobretudo, de melhoria da coesão social e defesa dos valores sociais”. Questionando, mais à frente, porque razão serão necessárias crises para haver oportunidades, José Manuel Silva concluiu: “o que me parece é que em Portugal esta crise foi uma oportunidade para agravar as desigualdades sociais (...); foi uma oportunidade para alguns, mas não foi decididamente uma oportunidade para todos”... Recordou que não há razão para o governo se queixar da falta de médicos e que o que é necessário é implementar “medidas para deter a desqualificação do trabalho médico no SNS” e a consequente saída precoce dos profissionais. “Portugal tem, ou tinha até esta crise, o melhor serviço público de saúde do mundo, na relação qualidade-acessibilidade-custo *per capita*; podemos comparar com qualquer outro sistema que nesta relação tripartida ficamos quase sempre em vantagem. (...) Infelizmente, muito para além dos números, este inverno tivemos problemas em todas as urgências hospitalares, problemas numa circunstância que é cíclica – o inverno – e que resultaram dos cortes excessivos; o sistema colap-

sou por falta de uma aposta nos cuidados de saúde primários, por falta de profissionais de todas as áreas na urgência, por falta de espaço físico e de recursos resultante da concentração dos serviços de urgência, por falta de camas hospitalares, por falta de internamento de crónicos, etc. (...) Não me recorde de notícias tão graves como este ano”, conclui lembrando que sem qualquer epidemia de gripe mais grave do que o habitual, Portugal era – a par de Inglaterra – um dos dois países que em Janeiro apresentavam excesso de mortalidade. Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro, sublinhou a importância do estudo para a reflexão fundamentada sobre a questão da influência da crise na saúde da população. “As conclusões deste estudo têm muito a ver com aquilo que a maior parte dos médicos sente quanto às dificuldades da população”, referiu, elo-

Infelizmente, muito para além dos números, este inverno tivemos problemas em todas as urgências hospitalares, problemas numa circunstância que é cíclica – o inverno – e que resultaram dos cortes excessivos...

giando o facto deste trabalho não ter um objetivo meramente crítico mas sim um intuito de análise objetiva que permita aprender e corrigir o que estiver a correr mal. “O que se sente através deste estudo é que a área da saúde foi utilizada para um conjunto de medidas para corresponder ao programa de ajustamento muito além do que aconteceu noutras áreas”. Além do impacto sobre o doente e sobre o próprio sistema, Carlos Cortes realçou igualmente o impacto, não negligenciável, da crise sobre os profissionais, referindo o aumento da violência, nomeadamente contra os médicos, como “estando com certeza muito além dos casos reportados” oficialmente.

O que se sente através deste estudo é que a área da saúde foi utilizada para um conjunto de medidas para corresponder ao programa de ajustamento muito além do que aconteceu noutras áreas.

Há mais vida além do Orçamento!

Também presente no debate, a administradora hospitalar e presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), Marta Temido começou por referir que “se nós, durante anos, reconhecemos que os resultados em Saúde são decorrentes de um conjunto de aspetos que vão muito para além da atuação do sistema de saúde - e referimos a educação, a habitação, o emprego, etc. -, não seria possível que uma degradação destes aspetos, ao nível das condições sociais, não se traduzisse em impactos em Saúde”, referiu, deixando clara a impossibilidade de alguém considerar que não haveria impacto real da crise na população. “É impossível desligar os resultados em Saúde de uma taxa de desemprego (perto dos 14%), taxa do risco de pobreza (19,5%), percentagem de privação material (25,7%), insuficiência de espaço habitacional (11,4%).” A presidente da APAH referiu que “pensar que estas coisas são separáveis, é na realidade não ter a menor no-

Se durante anos reconhecemos que os resultados em Saúde são decorrentes de um conjunto de aspetos (...) - e referimos a educação, a habitação, o emprego, etc. -, não seria possível que uma degradação destes aspetos não se traduzisse em impacto na Saúde.

ção do que é a vida de todos nós”. Quanto aos “efeitos no sistema de saúde sobre os resultados em Saúde, ainda não passou o tempo suficiente para se perceber o impacto mas o Serviço Nacional de Saúde, em concreto, está longe de ser mais sustentável, porque as medidas tomadas foram de curto prazo e incidiram sobre o preço do trabalho e dos medicamentos”, itens que têm “um horizonte temporal que se esgota”. “Quando olhamos para os relatórios, mesmo os da OMS, a respeito da crise sobre os sistemas de saúde, diz-se que ela constituiu uma oportunidade perdida, porque os sistemas de saúde não conseguiram aproveitá-la para criar valor (...) mas será, de facto, uma oportunidade?” ou apenas uma forma de transmitir ânimo nomeadamente aos gestores, questionava. A esse propósito Marta Temido perguntava também se “faz algum sentido, sobretudo numa fase de enorme perturbação, trazer mais perturbação?”.

Salientando que “há mais vida além do Orçamento!”, Marta Temido defendeu a necessidade de “olhar para outras soluções mais construtivas” e mais consensuais. “Aquilo a que temos assistido nos últimos tempos foi um conjunto de objetivos de muito curto pra-



Marta Temido

É impossível desligar os resultados em Saúde de uma taxa de desemprego (perto dos 14%), taxa do risco de pobreza (19,5%), percentagem de privação material (25,7%), insuficiência de espaço habitacional (11,4%).

zo, sendo que os objetivos dos sistemas de saúde não são o equilíbrio orçamental, mas promover o bem-estar das populações, correspondendo às suas expectativas das populações e protegê-las do risco financeiro na doença. O nosso sistema de saúde tem conseguido fazer isto?”, concluiu.

Sofrimento e desencanto das pessoas dificulta o diálogo

O gestor hospitalar Adalberto Campos Fernandes começou a sua intervenção referindo ironicamente que: “nenhum de nós resiste à tentação de fazer uma espécie de coreografia dos indicadores. E cada um de nós faz, em função das nossas preferências pessoais e políticas, uma seleção do tipo ‘gourmet’, escolhendo o indicador que preferimos, omitindo aquele que nos é desfavorável e conjugamos, num jeito caleidoscópico, em desmontar e pintar a realidade, de acordo com a narrativa de que os diferentes ciclos políticos têm dificuldade de fugir, como nós assistimos também nesta sessão”. O gestor referiu ainda que “não fazemos parte dos ‘patinhos feios’ que não querem pagar a dívida, nem daqueles que vivem acima das suas possibilidades ou

que endividaram o país acima de 10% ao ano”. “Fujo dos pactos de regime como o Diabo da cruz! Acho que a pior coisa que pode haver numa democracia é esta obsessão, quase patológica, que temos em Portugal de querermos pactuar no regime. Mas qual regime, se está no estado em que conhecemos que está?”, questionou, considerando que não podemos pactuar com a continuação de um regime que não está a funcionar. A ideia de esperar até Janeiro para retomar esta

discussão preocupa o orador. “Se temos desemprego jovem, pobreza infantil e na adolescência, padrões de violência doméstica como nunca vimos em Portugal, se temos uma dificuldade manifesta no acesso ao medicamento – e não é apenas ao medicamento inovador –, se temos problemas de acesso para os doentes oncológicos, (...) se temos uma crise nos hospitais em que o poder das administrações foi completamente banalizado, (...) se temos de facto padrões que nos indiciam que algo está mal” nomeadamente no que se refere a ini-

quidade e desigualdades, então é preciso entender o problema como uma questão de “políticas sociais, humanas, económicas e não apenas a numa discussão de indicadores”, referiu, concluindo com uma referência ao “sofrimento e estado de desencanto das pessoas” que dificulta o diálogo.

publicidade



CURSO DE ACUPUNCTURA E MOXIBUSTÃO

2015/2016

Universidade do Porto

A criação de Competência Médica em Acupuntura pela Ordem dos Médicos, em 14 de maio de 2002, justificou a constituição desta especialização. São objetivos deste curso promover e desenvolver os conhecimentos de Acupuntura na vertente assistencial e de investigação clínica. O programa baseia-se no modelo de curso de especialização aprovado pela Ordem dos Médicos para acesso à Competência.



Destinatários: Licenciados em Medicina Inscritos na Ordem dos Médicos
Propinas: 2400 euros
Nº vagas: 25
Duração: 300 horas
Local: ICBAS-UP

Candidaturas:
1ª fase 15 a 26 de junho 2015
2ª fase 10 a 28 de agosto de 2015
3ª fase 01 e 02 de outubro de 2015
Início do Curso: 2ª quinzena de outubro de 2015
Fim do Curso: 1ª quinzena de julho de 2016

Horário: sextas (16h-20h), sábados (9h-19h), domingos (9h-13h) – 15/15 dias

Informações: Gabinete de Pós-Graduações
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - UP
Telefone: 220428021/34
Email: posgrad@icbas.up.pt

Portugal continua a perder especialistas em MGF...

A tendência não é de agora, mas mantém-se e agrava-se a cada ano: os especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF) estão a emigrar. Trazemos vários casos de jovens especialistas que escolheram – embora essas escolhas tivessem sido condicionadas pelas circunstâncias do país e pela desqualificação do trabalho médico – deixar Portugal e exercer em países como Reino Unido, Irlanda ou Suécia. Alguns já emigraram há 3 anos atrás, outros, emigraram em 2015; enquanto isso, os portugueses continuam a ter falta de médicos de família...

Se, até há uma década atrás, Portugal foi o destino escolhido por muitos estrangeiros em busca de trabalho, essa tendência inverteu-se claramente e voltámos a ser um país de emigrantes. Lamentavelmente, somos um país de emigrantes altamente qualificados, profissionais que poderiam trabalhar em prol de Portugal mas que, por sentirem falta de reconhecimento e de incentivos - mas tendo o seu valor reconhecido internacionalmente -, facilmente encontram colocação em qualquer país da Europa (e não só). Segundo a OCDE são mais de 70 mil portugueses a emigrar anualmente e alguns desses portugueses são médicos profissionais, cuja a formação superior custa ao Estado dezenas de milhares de euros, o mesmo Estado que não cria condições necessárias para, finda a formação, usufruir do conhecimento adquirido por esses profissionais. Fala-se de “cérebros em fuga” e todos são unânimes em referir que esse êxodo devia ser travado mas não há nenhuma

medida política que pareça ir nesse sentido. A Presidência da República encomendou um estudo sobre o emprego e a mobilidade dos jovens que foi apresentado no passado dia 15 de Maio e no qual os resultados – expectáveis mas não animadores – referem que 70% dos jovens (entre os 15 e os 24 anos) ponderam ir trabalhar no estrangeiro (estudo “Emprego, Mobilidade, Política e Lazer: situações e atitudes dos jovens portugueses numa perspetiva comparada”, de Mariana Costa Lobo, Vítor Sérgio Ferreira e Jussara Rowland - Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa). Entretanto foi publicado na Acta Médica Portuguesa (Vol 28, Nº 2 de 2015) o estudo “Satisfação com a Especialidade entre os Internos da Formação Específica em Portugal”, conduzido por um conjunto de 31 médicos de todo o país no qual se revela que 65% dos médicos portugueses, a frequentar o internato da especialidade, considera emigrar após a conclusão da sua formação específica. De uma população total

de 5788 médicos, foram obtidas 804 respostas de médicos internos de 45 especialidades diferentes e distribuídos por unidades de saúde de todo o país. Verificou-se que 90% dos médicos estão satisfeitos com a especialidade, tendo-se encontrado também níveis elevados de satisfação com a profissão (85%) e local de formação (86%). Ainda assim, o estudo constata que os níveis de satisfação diminuem com a progressão ao longo dos anos de internato. A avaliação global sobre o panorama da prática médica foi negativa o que explica que 65% dos médicos respondam que pensam em emigrar após conclusão do internato. 81% dos jovens médicos inquiridos considera que o panorama da prática clínica em Portugal piorou muito (ou extremamente) nos últimos anos. Um dado que deve merecer uma reflexão cautelosa é o facto de 20% dos inquiridos afirmar que não voltaria a tirar o curso de Medicina caso pudessem voltar atrás... Já tínhamos referido em edições anteriores (ROM 152 de Julho/Agosto

de 2014, por exemplo) casos de especialistas séniores que tinham resolvido mudar de país, vários deles especialistas em Medicina Geral e Familiar os quais - numa fase em que além de serem muito úteis aos seus doentes também poderiam ajudar os colegas mais novos ao transmitir-lhes o seu conhecimento e experiência, contribuindo assim para uma formação de qualidade - resolveram deixar Portugal, cansados da falta de condições e da desqualificação do seu trabalho... Nesta edição, falámos com jovens especialistas em Medicina Geral e Familiar que também deixaram o país... Enquanto isso, o Governo vai anunciando pontualmente a

sua colaboração com homólogos de outros países para a contratação de especialistas portugueses, a maioria dos quais de especialidades carenciadas em Portugal, para irem trabalhar para instituições estrangeiras. Numa espécie de contra-senso, para Portugal fazem-se anúncios de contratação (ou tentativa) de médicos cubanos, espanhóis, brasileiros, colombianos, etc... O Ministério da Saúde já admitiu que a promessa de dar um médico de família a todos os portugueses não será cumprida neste mandato. Com a saída de tantos profissionais - nos quais investimos em anos de formação qualificada de elevada qualidade - não seria

expectável que essa promessa fosse cumprida e mais de um milhão de portugueses continua sem médico de família.

Contactámos cerca de uma dezena de jovens médicos, todos especialistas em MGF, que emigraram nos últimos anos e quisemos perceber como é que, numa especialidade tão carenciada, estes especialistas se sentiram ao ser empurrados para emigrar. Reproduzimos a conversa que tivemos com três desses jovens especialistas e tentamos explicar causas, características, motivações e esperanças da emigração médica jovem nos últimos anos.

Susana Silva, 31 anos – Irlanda

Não me sentia nem
realizada nem apreciada



Susana Silva é especialista em MGF e fez toda a sua formação em Portugal. Em Outubro de 2013 emigrou para Dublin, Irlanda, através de uma agência de recrutamento desse país. Esta jovem médica confessa que para a decisão de emigrar pesaram “muitos factores, mas sobretudo frustração... Sentia-me afogada em burocracias e exigências crescentes, tanto da parte governamental como da parte dos utentes (também eles frustrados com a perda de recursos)”. Questionada sobre como se sente quando ouve falar de especialidades carenciadas em Portugal – sendo que a MGF está nos lugares cimeiros, assume sentir-se triste e não esconde que sair de Portugal não foi uma opção totalmente livre mas o resultado da falta de reconhecimento: “Foi-me difícil deixar a minha casa, família e utentes... Não posso deixar de pensar que sou parte do problema, e que não fiz a minha parte como cidadã portuguesa... Mas, no final de contas, não me sentia realizada nem apreciada, e portanto tirei partido de pertencer a uma comunidade europeia”. Manter um especialista qualifi-

Foi-me difícil deixar a minha casa, família e utentes... Não posso deixar de pensar que sou parte do problema, e que não fiz a minha parte como cidadã portuguesa... Mas, no final de contas, não me sentia realizada nem apreciada, e portanto tirei partido de pertencer a uma comunidade europeia.

cado em Portugal não lhe parece um processo complicado e nem sequer passa por aumentos no salário mas sim, “sem dúvida que aumentos na qualidade de vida”. “Cada vez é mais exigido ao médico que no mesmo horário alargue o seu ficheiro, veja mais utentes, atenda mais telefones, passe mais receitas, faça mais referências eletronicamente, estude o ficheiro, faça auditorias de qualidade e se mantenha cientificamente infor-

mado... Crescem as responsabilidades sem contrapartidas, num sistema há muito sobrecarregado”, lamenta.

A comparação entre sistemas de saúde não deixa dúvidas a esta médica de família: “sendo o sistema irlandês um sistema privado, em que não existem centros de saúde mas clínicas privadas de General Practitioners, a vigilância dos grupos de risco não é eficaz, uma vez que o paciente tem de pagar no mínimo 50 euros para controlar o seu fator de risco. Apenas as grávidas e os neonatos até às 6 semanas têm isenção do custo da consulta. Vejo portanto inúmeras vantagens no SNS em que o utente diabético ou a criança de 10 anos, têm um grande suporte a nível da vigilância da saúde, a custos reduzidos”, como é o português. Quisemos saber como se adapta um médico português num país de língua estrangeira e percebemos que a língua não é uma barreira, especialmente num país em que os estão habituados a encontrar médicos de outras nacionalidades (vindos da África do Sul, Índia, Paquistão, etc.): “Muito fá-

cil! Óbvio, que a língua pode ser um entrave mas nunca tive uma reação negativa quando admitia que não estava a perceber e pedia ao utente para me explicar por outras palavras. O doente sentia que me estava realmente a empenhar em perceber exatamente qual o objetivo da consulta. O utente irlandês é talvez mais inquisitivo, questionando o médico até perceber exatamente o diagnóstico provável e opções de tratamento. O utente português não participa tanto no plano terapêutico”. Susana Silva, uma dos quase 3 mil portugueses que vivem na Irlanda, aceita que uma das questões ponderadas na decisão de emigrar foram as “variáveis económicas” e que “no estrangeiro os ordenados são muito mais apelativos”, mas o desejo de regressar não desapareceu: “sem dúvida que penso voltar para Portugal, mas ainda é muito cedo para fazer uma avaliação. Quando parti, propus-me a passar pelo menos 10 anos no estrangeiro... Mas não é de todo um valor estanque!”



Jorge Ribeiro, 32 anos – Reino Unido

**O que está a acontecer
“é canibalismo de profissionais”**

Jorge Ribeiro completou toda a sua formação em Portugal até decidir emigrar para o Reino Unido, em Março de 2014, através de uma agência de recrutamento. “Inicialmente fiz trabalhos temporários pelo Reino Unido como emergencista. Atualmente sou Médico de Família com contrato”.

O que o levou a emigrar foi o “desalento”, traduzindo-se na “falta de esperança que sucede às consecutivas derrotas quando se ten-

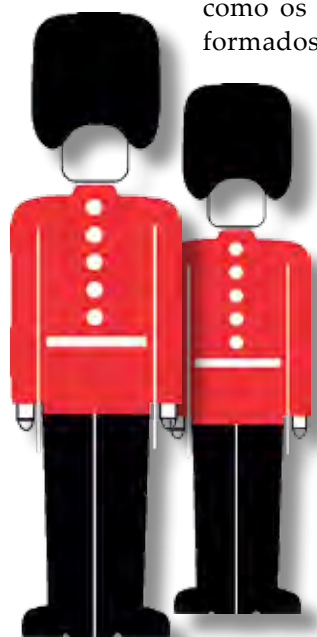
Particpei em muitas formações, eventos e reuniões para melhorar o nosso sistema, institucionais, sindicatos e políticas, apenas para constatar que ano após ano, as apresentações eram as mesmas, o discurso idêntico e aqueles que reconhecíamos no início como os inconformados, os líderes, produziam quase nenhuma mudança.

ta lutar por melhorar as nossas instituições e os cuidados aos doentes, empenhando para isso não só o nosso tempo profissional, como maioritariamente o tempo pessoal, para posteriormente constatar sucessivamente que as promessas e acordos não se concretizam e que o mérito e empenho invariavelmente, não só não é reconhecido como, é reprimido". Jorge Ribeiro é um jovem proactivo e não deixou o país sem antes tentar contribuir para a sua melhoria: "particpei em muitas formações, eventos e reuniões para melhorar o nosso sistema, institucionais, sindicatos e políticas, apenas para constatar que ano após ano, as apresentações eram as mesmas, o discurso idêntico e aqueles que reconhecíamos no início como os inconformados, os lí-

deres, produziam quase nenhuma mudança. Ouvir que tínhamos boas ideias, ouvir que todos concordávamos com o que estava mal e constatar a falta de consequência nessas ações" conduziu necessariamente ao desânimo, nomeadamente por sentir que "a ameaça de novas ideias e ímpetos" era reprimida em vez de ser "convidada a participar na resolução dos problemas". Considerando fazer parte de uma geração que – "tal como as que me antecederam" – tem muitos talentos e o "espírito necessário para construir algo melhor", alerta que quando não alimentamos os espíritos inovadores, quando nem sequer permitimos a sua participação, corremos o risco de ver essas pessoas a "acomodar-se, desistir ou mudar-se": "olhava em volta nas salas e observava um salto geracional incrível, não há gente entre os 30 e os 50 anos nessas salas... Isto é terrível. Desistiram todos? Quem fica depois disto? Contava pelos

dedos de uma mão as pessoas abaixo dos 50 anos", sublinha. Mas Jorge Ribeiro não pensa que é um problema apenas português, mas reconhece que há uma espécie de espírito fatalista que nos assombra: o problema "existe em qualquer país do mundo. A diferença é que em Portugal, existe um sentimento de inevitabilidade e falta de responsabilidade que é aceite como normal, já esperamos que seja assim e aceitamos que nada se faça..."

A carência de especialistas em Medicina Geral e Familiar é uma realidade em quase todos os países do mundo "e especialmente nos desenvolvidos, onde o envelhecimento populacional é mais notório" e como "estes países já perceberam que podem importar profissionais extremamente qualificados em vez de os formar, suprimindo assim as necessidades da população", abrimos a porta para a fuga de cérebros também na área da medicina. "Os países europeus mais ricos importam dos europeus menos ricos e Portugal (e outros) importa dos países em desenvolvimento. É canibalismo de profissionais e a história mostra que é assim que os países hoje desenvolvidos criaram mais valias". Uma situação que não vai mudar a menos que mudem as políticas: "a gera-



A geração de MGF que tem emigrado está entre a mais bem qualificada de sempre e tem uma perceção custo-eficiência que não se assiste noutros países, há um sentido de estado e patriotismo. Enquanto os políticos não perceberem que estes MF devem ser apoiados e devem ter uma remuneração justa, perdas enormes irão acontecer.

No sistema de saúde inglês há muito mais dinheiro e a maioria usado de forma não eficiente e por vezes contra-produtiva. O exemplo mais claro é que o doente em Portugal tem um médico de família, em Inglaterra o doente pertence à clínica e invariavelmente é visto por múltiplos médicos sobre o mesmo problema.

ção de MGF que tem emigrado está entre a mais bem qualificada de sempre e tem uma percepção custo-eficiência que não se assiste noutros países, há um sentido de Estado e patriotismo. Enquanto os políticos não perceberem que estes MF devem ser apoiados e devem ter uma remuneração justa, perdas enormes irão acontecer". Sobre as medidas que poderiam evitar esta sangria do sistema de saúde português, o jovem especialista em MGF refere a necessidade de haver um "escalonamento salarial mínimo justo, já que ninguém progride na carreira", o "cumprimento dos acordos negociais", seja de indicadores de desempenho "com a consequente remuneração", seja dos acordos sindicais porque os profissionais têm que "acreditar que o esforço e mérito têm uma compensação" senão deixam de "correr", ou seja, deixam de conseguir "trabalhar produtivamente". Da análise comparativa que faz entre o sistema de saúde inglês e o modelo português não tem dúvidas em afirmar que "o português é excelente e melhor": "no Inglês há muito mais dinheiro e a maioria usado de forma não eficiente e por vezes contra-produtiva. O exemplo mais claro é que o doente em Portugal tem um médico de família, em Inglaterra o doente pertence à clínica e invariavelmente

é visto por múltiplos médicos sobre o mesmo problema, não existe continuidade e as consultas são tão rápidas (10 min) que a relação médico-doente é quase impossível de construir..." Apesar da qualidade do nosso SNS, é possível mudar para melhor se se "tornar as gestões intermédias responsáveis pelas suas decisões e sobretudo não decisões/ações", o que passa por "despedir uma data delas e eleger gente com mérito/currículo", sublinha.

À semelhança do que se passa na Irlanda, "os ingleses estão muito habituados a médicos estrangeiros e não existe resistência. Tenho sentido e ouvido de outros colegas portugueses que até valorizam a nossa empatia" e as dificuldades com a língua só se sentem na fase inicial de adaptação.

Apesar de defender os seus ideais, este especialista é perentório na análise que faz do binómio reconhecimento vs remuneração: "O prestígio do título não paga as contas de casa. Devemos ter um vencimento compatível com a responsabilidade e qualificação que nos é exigida. Em Portugal entende-se ser 1300€ líquidos, em qualquer outro país europeu isso seria inqualificável. Qualquer profissional deve sentir o seu trabalho valorizado, os valores em que essa satisfação é atingida variam de pessoa para pessoa".

O regresso a Portugal é um desejo mas as dúvidas quanto à viabilidade desse regresso existem... "Um dia gostava de contribuir para o bem do meu país, gostava de ajudar a realizar mudanças. Quem sabe um dia queira voltar ou me convidem a trabalhar de novo em Portugal. Questiono-me se esta experiência internacional será valorizada... Tenho colegas do Reino Unido, que foram a concursos em Portugal para readmissão na ACSS e foram desprezados nas entrevistas... Algo que seria o oposto em qualquer país civilizado", conclui em tom de lamento.

O Reino Unido é desde há quatro anos o principal destino da emigração portuguesa e os números continuam a aumentar: as estatísticas britânicas de 2013 indicam a entrada de cerca de 30 mil portugueses, mais 50% do que em 2012, o que significa que cerca de um terço dos portugueses que optam por deixar Portugal está a escolher o Reino Unido como destino.



Filipa Miguel, 36 anos – Suécia

**Com os incentivos certos até
as vagas menos atraentes
mudam de aspeto**



São pouco mais de 2 mil os portugueses que vivem na Suécia. Um deles chegou este ano, em Janeiro: Filipa Miguel é especialista em Medicina Geral e Familiar e foi para a Suécia através de uma empresa de recrutamento e o processo foi muito acompanhado: “antes disso passei três meses em Varsóvia num curso intensivo de língua sueca. Curso, alojamento e ajudas de custo foram suportadas pelo empregador. Neste momento trabalho com apoio de um tutor sueco 80% do tempo e 20% do tempo mantenho o estudo da língua”, situação que deve manter-se até Junho altura em que “espera-se que seja capaz de trabalhar autonomamente”, um apoio à mudança que é muito valorizado pois “caso contrário isto não seria possível” a sua integração. À semelhança dos outros colegas, a formação desta especialista foi inteiramente em Portugal: licenciatura na FCS da Universidade da Beira Interior e especialidade na USF Terra Viva no Cartaxo.

A razão que levou esta especialista em MGF a emigrar, foi simples “não estava satisfeita com o meu salário e não via perspectivas de progressão na carreira para breve”, uma situação particularmente surpreendente quando consideramos o facto de tratar-se de uma especialidade muito carenciada. “Se somos uma especialidade carenciada devíamos ser incentivados a ficar no nosso país. No entanto os incentivos são cada vez menos e em termos de USF cada vez se exige mais e se criam mais dificuldades à passagem de modelo A para modelo B”. Dificuldades que se resolveriam “criando incentivos financeiros que cativem os profissionais a aceitar vagas em zonas carenciadas e facilitando a mobilidade daqueles que não estão satisfeitos com a vaga que ocupam. Profissionais insatis-

Se somos uma especialidade carenciada devíamos ser incentivados a ficar no nosso país. No entanto os incentivos são cada vez menos e em termos de USF cada vez se exige mais e se criam mais dificuldades à passagem de modelo A para modelo B.

feitos com a vaga que ocupam não são produtivos... mas com os incentivos certos (salário, habitação, horário flexível), até as vagas menos atraentes mudam de aspeto”, refere.

Quando nos deu esta entrevista, Filipa Miguel estava na Suécia há menos de dois meses, por isso a apreciação comparativa dos sistemas é, nas suas próprias palavras, “superficial”: “não existem sistemas perfeitos. Mas no final o saldo da Suécia é bastante positivo”. Já no que se refere aos Cuidados de Saúde Primários, a análise é mais pormenorizada. “Existem aspetos negativos em relação aos Cuidados de Saúde Primários na Suécia quando faço a comparação com Portugal:

- não há lista de utentes atribuída a cada médico, logo não existe de facto uma continuidade dos cuidados nem uma abordagem do doente no contexto familiar;
- ainda discutem a importância de realizar ou não o rastreio do CCR;
- a periodicidade da vigilância de diabéticos e hipertensos pelo médico é anual, ou seja mais espaçada que em Portugal (no entanto se houver descompensação eles são vigiados em períodos mais curtos por enfermeiros-especialistas);
- a vigilância de grávidas e crianças é realizada por enfermeiros-especialistas, o que faz com que, na minha opinião, quando é necessário examinar uma grávida ou uma criança doente existe menos à vontade por parte dos colegas suecos porque o número total de utentes observados acaba por ser menor”.

Mas também existem aspetos em que



É preciso criar incentivos financeiros que cativem os profissionais a aceitar vagas em zonas carenciadas e facilitando a mobilidade daqueles que não estão satisfeitos com a vaga que ocupam.

Profissionais insatisfeitos com a vaga que ocupam não são produtivos... mas com os incentivos certos (salário, habitação, horário flexível), até as vagas menos atraentes mudam de aspeto...

os CSP na Suécia ganham: “são excelentes a controlar a despesa em exames e medicamentos: por exemplo, os anti-hipertensores e IDPP-4 mais recentes ainda não são comparticipados na Suécia e nem por isso os doentes deixam de estar controlados. Não existem 20 marcas de genéricos para cada medicamento. Outro exemplo: o perfil lípido não é pedido como “exame de rotina” a menos que existam fatores de risco cardiovascular e todos os colegas estão sensibilizados para isso”. Outros fatores que Filipa Miguel considera positivos:

- “- motivação por parte dos profissionais para cumprir as ‘NOC’ existentes por cá;
- tempo de espera para consulta programada, máximo 3 a 5 dias;
- a consulta anual para seguimento de um doente crónico tem a duração de 45 min! Há tempo para abordar o doente com pluripatologia;
- o tempo para tarefas administrativas é previsto na agenda do médico - 4h semanais;
- há uma excelente rede de apoio para fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição e psicologia;

- os centros de saúde estão equipados com laboratório, o facto de poder informar e mostrar ao doente 20 minutos após a consulta que os parâmetros infecciosos estão normais e que por isso não precisa de prescrição de antibiótico, tem ajudado a contribuir para que a prescrição destes e as resistências bacterianas estejam entre as mais baixas da Europa”. Após elencar estas vantagens, acaba por concluir que em relação ao SNS “precisamos de aprender a gerir melhor a despesa mas com cortes inteligentes que não prejudiquem a qualidade da prestação dos serviços. Os profissionais portugueses são excelentes. A mudança talvez passe pelo modelo de gestão, o da Suécia em termos de gestão de despesa em MCD e medicamentos, talvez seja um bom exemplo a seguir”, sugere.

A língua não chegou nunca a ser um obstáculo porque o curso de aprendizagem fazia parte do contrato de trabalho “e nesta fase inicial existe sempre apoio de outro médico”. Além disso, na Suécia, “os doentes são muito compreensivos, procuram falar devagar e usar linguagem simples. Nunca senti a relação médico-doente prejudicada pelo facto de ser estrangeira. Aqui existe uma cultura de confiança mútua, os utentes confiam que se estou a desempenhar estas funções é porque tenho qualificações para o fazer”.

Filipa Miguel considera importante quer uma remuneração adequada quer o reconhecimento e prestígio mas, “neste momento em Portugal, não temos nem uma coisa nem outra”, razão pela qual só pensa em regressar se “as condições de trabalho e salário melhorarem”, “caso contrário, se acabar

por constituir família aqui e trabalhar por cá até à idade da reforma, dificilmente voltarei”.

A população portuguesa emigrada na Dinamarca, Noruega e Suécia tem vindo a aumentar desde 2013, segundo os dados recentemente publicados pelos organismos estatísticos daqueles países, respetivamente, Denmark Statistik, Statistics Norway e Statistics Sweden. Na Suécia os emigrantes nascidos em Portugal eram 3.307, em 2013, e 3.457, em 2014, enquanto os que tinham nacionalidade portuguesa passaram de 2.023, em 2013, para 2.193, em 2014. Já a entrada de portugueses no país manteve-se estável: 309 emigrantes portugueses em 2013 e em 2014. A aquisição da nacionalidade sueca por portugueses também se manteve estável, sendo 48 os portugueses que mudaram de nacionalidade em 2013 e em 2014. Mas para os que defendem que não há um verdadeiro problema de “fuga de cérebros” porque a maior parte dos nossos emigrantes não são profissionais com qualificações superiores, um facto é inegável: nunca houve tantos licenciados a sair do país, nomeadamente tantos médicos, situação que não pode deixar de ser considerada caricata quando Portugal investiu na sua formação e precisa desses especialistas... Do erário público saem cerca de 28 mil euros por cada licenciado em medicina, um custo elevado para a seguir desperdiçarmos esse investimento, deixando que os jovens especialistas, que fazem falta à população portuguesa, o abandonem por mero desalento...

A emigração médica já custou a Portugal cerca de 71 milhões de euros.





Plenário dos Conselhos Regionais

Realizou-se no dia 22 de Maio de 2015, em Coimbra, o plenário dos Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos. Por ausência de quórum este plenário não teve carácter deliberativo. Foram, de qualquer das formas, discutidas as questões principais da ordem de trabalhos. O plenário iniciou-se com a realização de um minuto de silêncio em homenagem ao dirigente Amílcar Ribeiro.

A propósito dos estatutos que em breve serão publicados, José Manuel Silva, presidente da Ordem dos Médicos, explicou ao plenário que tem havido boa receptividade de todos os grupos parlamentares em relação às propostas da OM no que se refere a alterações ao decreto que irá aprovar os novos estatutos, sendo que o único ponto que levanta questões é o ato médico mas não é apresentada pela tutela nenhuma razão substantiva para que não haja a definição legal do ato médico (são referenciados “receios” mas ninguém explica à OM que receios são esses e qual o seu fundamento). Relativamente ao Regulamento do Internato Médico, que também será publicado em breve, a posição da OM é de defesa da manutenção do Ano Comum: “Não há razão nem condições para eliminar esse momento da formação médica. (...) Logo para começar, a eliminação do Ano Comum faria com que num ano existissem 4 mil candidatos para 2500 vagas”, sublinhou o bastonário.

Relativamente aos relatórios discutidos pelos membros do plenário (atividades e contas), José Manuel Silva referenciou que o muito trabalho desenvolvido gerou relatórios extensos e foram prestados alguns esclarecimentos pela técnica oficial de contas do CNE, quanto a resultados transitados, a qual referenciou os efeitos da crise nos rendimentos do CNE, que têm vindo a decrescer como resultado da retração publicitária e da diminuição dos patrocínios. O tesoureiro do CNE, Caldas Afonso, referenciou alguns elementos que se refletem em termos contabilísticos e as soluções encontradas para diminuição das despesas mais significativas, nomeadamente com a implementação a partir do mês de Junho de vídeo conferências, para reduzir os custos com deslocações. A revista científica da Ordem dos Médicos, a Acta Médica Portuguesa, foi referenciada como uma fonte de investimento em resultado da sua passagem a publicação mensal, o que implicará natural-

mente custos acrescidos, mas foi explicado pelo tesoureiro do CNE que também as receitas dessa publicação irão crescer com a elaboração de mais separatas. Na sua intervenção, Caldas Afonso esclareceu ainda os delegados ao plenário de que “com este Bastonário houve uma redução de 300 mil euros” e que os desvios verificados se prendem com custos associados às novas cédulas – e que eram imprevisíveis – e com o facto de não ter sido – ainda – possível a redução algumas despesas, nomeadamente do setor dos Colégios.

O Bastonário também se pronunciou sobre a revista científica, referenciando que esta publicação dignifica a OM e os médicos portugueses, tendo reforçado o trabalho desenvolvido pela equipa, muito especialmente pelo editor chefe Rui Tato Marinho pois “é muito importante, em termos curriculares, publicar na AMP e alguns artigos rejeitados pela revista científica da OM são depois publicados em revistas interna-

cionais”, atestando a qualidade dos artigos que a AMP tem que rejeitar, referenciou, explicando o investimento na AMP.

O Bastonário referiu ainda que a OM tem uma gestão cada vez mais rigorosa e que se pretende que seja cada vez mais capaz de responder às necessidades. Para melhorar mais essa área está em curso um processo de contratação de um economista que irá também colaborar no embrião do núcleo de estudos da OM: “para sermos mais proactivos na análise dos dados de saúde e para podermos apresentar estudos”. Também foi referenciado o lança-

e que é necessário ser rigoroso mas que “a OM não pode ser cega e surda como o Governo”, reportando-se aos aumentos das rendas deste ano e que, em alguns casos, não foi possível aplicar por insuficiência económica comprovada dos beneficiários. Graciela Simões referenciou ainda a sinalização de casos de colegas que por problemas mentais ficaram incapacitados para o trabalho e como o facto de existirem tantos casos de saúde mental, com necessidade de apoio, levou a ser preciso que se faça um estudo de burnout, o qual vai ser subsidiado pelo FS. “Esperamos

exaustão – será um estudo mais abrangente do que apenas sobre burnout”.

Sobre o orçamento do CNE, o Bastonário salientou que de ano para ano tem havido sempre um ligeiro decréscimo na respetiva despesa. Sobre este ponto, o delegado da SRS, Eduardo Marques, fez um louvor à forma como foram apresentadas as contas porque, pela sua clareza, permitiram uma análise fácil. “Com o esforço do CNE, da respetiva contabilidade, do TOC e do ROC, temos tentado que as contas sejam cada vez mais claras”, contextualizou José Manuel Silva.



Caldas Afonso, tesoureiro do CNE



José Manuel Silva, bastonário da OM

mento de um concurso internacional para a revista da OM que terá como premissa o aumento da publicidade potencial, com uma previsão de poupança de 200 mil euros anuais nos custos fixos da ROM. “Há espaço para melhorar a gestão da Ordem mas é um processo”, explicou José Manuel Silva.

Relativamente a outro ponto da ordem de trabalhos, Graciela Simões, presidente da Comissão Executiva de Gestão do Fundo de Solidariedade, explicou que há cada vez mais apelos ao FS

ainda neste mandato ter alguma informação nesta área”. Explicou ainda que o FS tem “boa saúde financeira”, um saldo positivo que se verifica porque perante os pedidos há uma criteriosa análise com base nos regulamentos que foram criados. “Numa sociedade em que os problemas mentais têm tendência para aumentar, estes pedidos preocupam-nos”. Nídia Zózimo, delegada ao plenário pela SRS, falou sobre o estudo do burnout que “irá dar o retrato de quem somos, o que estamos a fazer e como estamos a nível de

Vários delegados manifestaram o seu desagrado com a falta de quórum e foi debatida a possibilidade de se escrever aos colegas faltosos. Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte, sublinhou que alguns colegas “não estão presentes porque têm dificuldades em sair do Serviço; portanto faz sentido que a OM, além de escrever aos colegas, escreva a todos os diretores de serviço, diretores clínicos e diretores de centros de saúde referindo que devem permitir as licenças/dispensas de serviço para

esses colegas”, referenciando que cada Conselho Regional irá falar com as referidas direções a este propósito.

Sobre este assunto, José Manuel Silva fala de uma “questão de educação e respeito” e explicou que, entre os colegas que faltaram mas previamente enviaram a sua justificação, não foi referida qualquer dificuldade na dispensa de Serviço e lembrou que em caso de existir esse tipo de dificuldade, devem os médicos reportar à OM pois a situação será rapidamente resolvida. Sublinhou ainda que o direito à dispensa de Serviço para o exercício

hospitais têm que saber quem de facto vai às reuniões”. “Há muitos hospitais onde a hostilidade é desanimadora de qualquer deslocação”, acrescentou. Referindo a honra que é ser delegado ao plenário por um dos Conselhos Regionais da OM, este médico reiterou que o adiamento sucessivo por falta de quórum retira credibilidade ao plenário. Sobre este assunto, Nídia Zózimo da SRS referiu que a maior dificuldade não tem a ver com o envio das dispensas pela OM mas sim da demora na resposta das administrações e defendeu ainda uma atitude mais ativa dos médicos

foram publicados na ROM e que se há uma decisão nesse âmbito tem que ficar no processo.*

Ainda na sequência desta questão, Antonieta Dias, da SRN, alertou para problemas de proteção de dados e confidencialidade, referindo que muitos colegas não têm a noção das fragilidades que existem quando dão a sua password a outra pessoa, nomeadamente o perigo do uso indevido por alguém que se faça passar pelo médico e que pode até prescrever em seu nome; o presidente do Conselho Regional do Centro, Carlos Cortes, também sublinhou que é preciso que



Graciela Simões, presidente da Comissão Executiva de Gestão do ES



Nídia Zózimo, coordenadora do estudo sobre burnout

de funções da OM vai ficar prevista nos estatutos, prevendo-se a certificação pela OM e que não haverá perda de vencimento.

Alguns médicos referenciaram que “não há proibição mas há ameaças e pressão” e Alfredo Loureiro pediu a intervenção da OM neste problema, “porque não é só o Conselho de Administração que não percebe, os colegas também, muitas vezes, não percebem”, referiu pedindo que a Ordem envie as listagens de médicos presentes com celeridade: “os órgãos dirigentes dos

porque “os portugueses têm um medo entranhado de causar problemas à hierarquia”...

No ponto “outros assuntos”, foram apresentadas questões ligadas à ética, à proteção de dados e à qualidade da formação como a alegada existência, no Hospital de Braga, no processo clínico do doente, na aplicação informática, de uma opção “não reanimar” dependente de um mero toque num botão, o que vários médicos referenciaram como inaceitável. José Manuel Silva lembrou que os critérios de não reanimação

os colegas percebiam que “tudo o que é feito num processo clínico usando a password do médico, fica registado como tendo sido o próprio médico a fazer”.

No âmbito da formação vários médicos referenciaram o conhecimento de listas de utentes entregues a médicos internos de MGF do 4º ano, sem apoio de um especialista e outras situações de internos a preencher o lugar de especialistas. José Manuel Silva explicou que sem o relato de casos concretos, com nomes de instituições e pessoas visadas,



Alfredo Loureiro referiu a incompreensão dos colegas quanto ao trabalho que se faz em representação da Ordem

não é possível a OM atuar. “Isso é ilegal. Comunicuem-nos o caso concreto para que possamos resolvê-lo”. A este propósito, Jaime Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, referiu que, na sequência de várias queixas de que havia internos a fazer trabalho na urgência sem serem tutelados, foi feito um parecer jurídico que está publicado no site da Secção Regional do Sul da OM. O parecer refere, obviamente, essa situação como sendo ilegal.

O mau funcionamento da PEM e o agravamento das falhas do sistema, foi referenciado por Costa



Costa Lima criticou o mau funcionamento da PEM

Lima, da SRN, ao explicar que o programa não dá acesso à medição crónica. “Isto é um convite ao erro médico”, concluiu.

O bastonário da OM concluiu o plenário pedindo aos colegas que não compactuem com o miserbilismo na medicina pois “se as instituições pagarem condignamente terão especialistas em número suficiente” e que todos os presentes neste plenário estejam presentes no plenário marcado para 18 de Novembro deste ano que decorrerá em Lisboa (ficou igualmente marcado o primeiro plenário de 2016 para o dia 20 de Maio no Porto).

*** Nota da redação:** em 2007, na sequência de uma reunião das equipas médicas das Unidades de Cuidados Intensivos do Hospital Fernando da Fonseca (HFF) com a Comissão de Ética e a Comissão de Reanimação, foi decidido pela Direção Clínica colocar à discussão dos profissionais da instituição a Ordem de Não Reanimar (ONR). A proposta de documento foi alvo de alargada discussão em Outubro de 2008. Na sequência da reunião, Teresa Brandão (da Comissão de Reanimação do HFF) e Victor Gil (presidente da Comissão de Ética do HFF) ficaram com a incumbência de elaborar o documento base sobre a ONR. O texto que apresentaram foi aprovado por unanimidade pela Comissão de Ética em Março de 2011 e em Conselho Nacional Executivo da OM em 13 de Abril de 2012. Pela sua relevância, o texto elaborado pelo grupo de trabalho do HFF foi publicado na ROM de Setembro de 2012, por ser um documento que, como nele se refere, “pretende ser uma fonte de orientação para os procedimentos recomendados na definição de ONR e não um conjunto de regras impostas”. Foi igualmente publicado nessa edição o formulário que foi adotado no âmbito desse trabalho.



Reprocessamento e reutilização de dispositivos médicos: Custo, benefício, segurança e qualidade

Realizou-se no dia 23 de Abril o debate sobre reprocessamento e reutilização de dispositivos médicos que contou com as intervenções de João Queiroz e Melo (cirurgião; representante de reprocessador), Paulo Moreira (Editor Chefe do *International Journal of Healthcare Management*), Judite Neves (Infarmed), Carlos Martins (presidente do CA do CH Lisboa Norte), Carla Rodrigues (do grupo parlamentar do PSD) e João Costa (representante da APORMED). O debate centrou-se nas questões de qualidade e segurança dos dispositivos reprocessados, no potencial de poupança do reprocessamento, na evidência científica quanto à sua eficácia e na razão de ser das normas jurídicas aplicáveis a este processo.

Em 2014 encontravam-se notificados no mercado português cerca de 635 mil dispositivos médicos que representam todas as áreas dos dispositivos médicos e dispositivos médicos para diagnóstico *in vitro*, representando um mercado com um valor aproximado a rondar os 1.000 milhões de euros, sendo que o SNS absorve três quartos desse mercado total de dispositivos (750 milhões de euros). No mundo inteiro foram avaliados cerca de 12 mil dispositivos para eventual reprocessamento e apenas 3.700 foram aprovados para poderem ser reprocessados. Um dispositivo reprocessado será vendido cerca de 40 a 60% abaixo do valor de um dispositivo

“original”. Consciente dos valores envolvidos e das poupanças que podem advir do reprocessamento e reutilização de dispositivos médicos e cirúrgicos de uso único (uma poupança anual de cerca de 45 milhões de euros para os hospitais públicos), a Ordem dos Médicos promoveu o debate com representantes dos médicos, dos hospitais, dos reprocessadores, do Governo e do Infarmed.

Paulo Moreira começou por referir que em Portugal, para algo com um potencial tão positivo, se introduziu muito tarde a regulamentação. Reconhecendo alguma resistência à inovação organizacional, o palestrante

defendeu que esta demora se deve à oposição de alguns que “questionavam a validade destas opções, nomeadamente por alegada inexistência de mais valias”. O **Editor Chefe do *International Journal of Healthcare Management*** referenciou diversos artigos (“125 artigos científicos de 1993 a 2014, o que representa um corpo de investigação bastante visível”) que demonstram a existência de evidência das mais valias do reprocessamento e reutilização de dispositivos médicos, tendo destacado um artigo de revisão datado de 2012 que faz a análise de 15 anos desta opção na Alemanha, onde se referem as principais dificuldades, as



Paulo Moreira

áreas em que o reprocessamento avançou e as boas práticas implementadas para garantir a segurança dos doentes; esta revisão salienta ainda as poupanças em gestão de saúde. “No entanto, esta revisão deixa bem claro que as eventuais poupanças são importantes mas nunca mais importantes do que a segurança dos doentes”. Aos opositores do sistema de reprocessamento, por alegada falta de evidência científica, Paulo Moreira responde com o facto de se terem passado mais de 20 anos sobre os primeiros estudos que demonstraram a validade e o potencial dessa opção. Acresce que também existem repercussões quanto à acessibilidade a novas tecnologias, o que não é um fator negligenciável. “O sistema português é rico em dificuldades de implementação de sistemas que já foram testados noutros sistemas e que apresentaram mais valias”, afirmou explicando que “depois de demonstrarmos a existência de mais valias numa determinada

opção, depois de nos certificarmos da segurança do doente, ainda temos o desafio da implementação”. “Em Portugal temos um contexto muito específico que passa por iniciar as reformas organizacionais através de leis”, algo que definiu como sendo “uma aberração” e recordou como em Inglaterra se faz exatamente o oposto e se opta por soluções legislativas reduzidas a mínimos. Outro ponto de vista importante na análise das mais valias do reprocessamento e reutilização de dispositivos médicos é a questão da redução do desperdício e consequente defesa da sustentabilidade ambiental pois, como referiu este orador, este sistema poupa energia e otimiza as compras. “Nas nossas políticas de saúde futuras devíamos incorporar este conceito”, sublinhou, lembrando que existem outros exemplos de intervenção nesta área: eficiência energética, iluminação, etc. Ainda especificamente sobre o reprocessamento, já na fase de deba-



Carlos Martins

te, Paulo Moreira recordou que “quem define o uso único de um dispositivo são os próprios fabricantes... Num mercado de 100 milhões de euros, a evolução do reprocessamento põe em causa esses lucros!” e trouxe ao debate o exemplo de outros países, nomeadamente o Canadá que se prepara para exportar dispositivos reprocessados...

Carlos Martins, presidente do CA do CH Lisboa Norte, explicou que o reprocessamento foi integrado no seu Centro Hospitalar como parte de um dossier de inovação mas que irá também ser integrado no processo de “green hospital”, isto é, um hospital amigo do meio ambiente. “Nós decidimos que o reprocessamento era uma oportunidade de poupança; (...) há um ano tínhamos dois serviços dispostos a analisar, neste momento estamos a trabalhar com 9 serviços. (...) Claro que há resistências e dúvidas em relação a questões éticas como o consentimento informado,

Quem define o uso único de um dispositivo são os próprios fabricantes... Num mercado de 100 milhões de euros, a evolução do reprocessamento põe em causa esses lucros!

mas na nossa instituição conseguimos um amplo consenso e queremos avançar com o reprocessamento de DMUU, com envolvimento dos profissionais e dirigentes”, explicou. Concluindo com a necessidade de “gerar poupanças para podermos continuar a investir: nos últimos 2 anos, aumentámos o investimento em investigação porque conseguimos poupar”.

Procurar o equilíbrio entre a gestão racional, a qualidade e segurança

Judite Neves, do Infarmed, falou sobre o Despacho 7021/2013 de 30 de Maio que o Ministério da Saúde publicou sobre os dispositivos médicos de uso único (DMUU) reprocessados com o intuito de “estabelecer condições adequadas de segurança que permitam alcançar poupanças indispensáveis” e explicou como Portugal inovou nesta área ao legislar mesmo antes de ser definida no Conselho Europeu a regulação geral para o reprocessamento e reutilização. Segundo referiu, esse despacho estabelece regras para o adequado reprocessamento de dispositivos médicos de uso único pelos serviços e estabelecimentos do SNS (e salientou

que o Infarmed, há dez anos atrás, já tinha recomendações idênticas). Judite Neves defendeu a “necessidade de um equilíbrio entre a gestão racional (com contenção de custos e controlo dos gastos) e a qualidade e segurança” e referenciou o reprocessamento como uma questão de saúde pública que está a ser debatida a nível europeu. “Quando se reprocessa um dispositivo médico de uso único está-se a criar um novo produto porque ele, originalmente, não contemplava essa possibilidade, assim, se entra no mercado, ser-lhe-á

quem reprocessa e com quem manda reprocessar”, “o Serviço ou estabelecimento do SNS que reprocessa o DMUU tem que manter os níveis de segurança e desempenho, vigilância ativa, acompanhamento clínico, etc.”. A representante do Infarmed falou da necessidade de mitigar os riscos de contaminação e de garantir a rastreabilidade ao longo da vida do dispositivo. “Um reprocessado não tem que ser melhor nem pior, tem que garantir as mesmas condições de segurança, eficácia, desempenho e qualidade microbiológica”.



aplicada a diretiva 93/42/CE, ou seja: há todo um novo procedimento de avaliação da conformidade; o mesmo não acontece se o dispositivo é reprocessado mas não entra no mercado”, como quando o dispositivo é reprocessado para ficar na mesma instituição que o comprou originalmente. Para estes casos “a responsabilidade tem que ser assegurada e fica com

João Costa, representante da APORMED (associação que representa os interesses das empresas que integram o setor de produção e distribuição de tecnologias para a saúde), explicou que a associação só tem um ponto de discórdia com o Infarmed e que tem a ver com o consentimento do doente. “Entendemos que o doente deve poder dizer se aceita ser tratado com um dis-



João Costa

positivo reprocessado, facultando a informação e permitindo a escolha”, salientando que o fabricante quando coloca no mercado um DMUU garante e responsabiliza-se pelas características e eficácia do dispositivo para um uso único ou para uso apenas num doente. “Do ponto de vista da segurança, não podemos garantir que o dispositivo reprocessado faz o mesmo”, afirmou, relembrando ainda assim que “há níveis de risco aceitáveis”.

“O SNS é uma das mais preciosas conquistas da democracia. Só com garantia da sua sustentabilidade financeira é que se podem garantir os princípios de universalidade e equidade”, foi desta forma que **Carla Rodrigues, deputada do PSD**, iniciou a sua intervenção sobre o tema. “Quando falamos de reprocessamento, é de gestão racional e rigorosa e do combate ao desperdício que estamos a falar. (...) É preciso compatibilizar as necessidades dos doentes com a necessidade



João Queiroz e Melo

de sustentabilidade, com segurança e qualidade”. “Existem seguramente muitas dúvidas e, por isso, o processo tem que ser cauteloso e a regulamentação rigorosa, mas este é o caminho, no interesse dos cidadãos”. Depois de referenciar o exemplo do Hospital da Figueira da Foz como um dos exemplos de experiência piloto na área de reprocessamento e de afirmar o dever de todos os intervenientes do sistema de saúde em garantir a sustentabilidade do SNS, a representante do grupo parlamentar do PSD concluiu: “O SNS foi e continuará a ser um garante do acesso a cuidados de saúde de excelência com segurança e qualidade”.

Um reprocessado não tem que ser melhor nem pior, tem que garantir as mesmas condições de segurança, eficácia, desempenho e qualidade microbiológica.

Na área dos dispositivos há muitos interesses económicos em jogo



O **cirurgião João Queiroz e Melo** participou no debate também na qualidade de representante de uma empresa reprocessadora e começou por afirmar que este tipo de intervenção já se faz há muitos anos nos países mais ricos. “Não se trata de inovar, mas antes de copiar uma medida que já foi implementada há dezenas de anos nos países mais evoluídos”. Quanto às normas do Infarmed e às preocupações com segurança e qualidade, João Queiroz e Melo afirmou claramente que, como as mesmas só se aplicam ao SNS, os privados estarão então “em roda livre”, questionando a benevolência das preocupações referenciadas (já durante o debate, a representante do Infarmed referiria que, apesar dos privados não serem obrigados a cumprir as normas, “devem seguir as recomendações”)... “Se Portugal reprocessar os DMUU, com moderação, pode poupar

Se Portugal reprocessar os DMUU, com moderação, pode poupar 20 a 40 milhões de euros ano.

20 a 40 milhões de euros ano". O surgimento do reprocessamento profissional explica-se pela compreensão, por parte dos hospitais, de que para essa medida ser implementada com qualidade, não bastaria esterilizar e embalar ("o reprocessamento de um DMUU é muito mais do que isso"). O cirurgião referenciou o exemplo americano, país onde esta é uma atividade totalmente amadurecida (e onde neste momento se discute a possibilidade de reprocessar pacemakers e desfibrilhadores) e explicou que nem nesse país nem na Alemanha existem notificações de problemas com dispositivos reprocessados. Ainda sobre os EUA, explicou que "as mesmas empresas que andaram anos a criticar o reprocessamento e a pôr em causa a segurança dos dispositivos reprocessados, entretanto, compraram empresas de reprocessamento e passaram a oferecer diretamente esse serviço para os dispositivos que produzem". "Reprocessado não é recauchutado! O reprocessador testa individualmente cada dispositivo, enquanto que os dispositivos que são feitos industrialmente são testados em termos de

qualidade por amostragem", afirmou, defendendo que "os dispositivos reprocessados são melhores do que os DMUU" originais. "Saúdo o meu país por ter uma lei inovadora, mas lamento que seja excessiva por não estar adaptada à realidade técnica porque trata todos os dispositivos por igual"; João Queiroz e Melo referenciou o estudo efetuado no Hospital de São João, com 1000 doentes, metade dos quais com dispositivos reprocessados, e como as conclusões do mesmo apresentam "números absolutos favoráveis aos reprocessados e em análise pormenorizada não foi detetada nenhuma diferença". Sobre questões de segurança, já durante o debate, o cirurgião explicou que se tiverem menos de um milímetro e meio não é possível lavar com consistência, o que torna impossível o reprocessamento de dispositivos que tenham essa característica, também não se aceita o reprocessamento de dispositivos que toquem em massa encefálica. Em termos financeiros, são as próprias empresas de reprocessamento que não trabalham com dispositivos cujo valor de mercado seja inferior a mais ou menos 60 euros, por não serem rentáveis. "Há cerca de 40% de dispositivos médicos que de facto não seria correto reprocessar por não ficarem em boas condições.

Quanto aos restantes há muitos interesses económicos e financeiros que têm grande preponderância nas decisões tomadas".

José Manuel Silva considera que se pode alargar o reprocessamento, "mantendo ou até melhorando a qualidade" e defende que "não há nenhuma razão técnica que possa limitar, em condições bem definidas, a reutilização/reprocessamento de dispositivos médicos": "esta questão não pode ser vista com base no medo mas sim com base na ciência (...); os médicos estão obrigados a meios e não a resultados porque estes têm sempre algum grau de imprevisibilidade", relembrou. A razão de ser das normas e a afirmação da representante do Infarmed de que se trataria da "aplicação do princípio de conhecer, avaliar, gerir, mitigar e monitorizar os riscos", foi questionada também pelo bastonário da Ordem dos Médicos: "se há dúvidas quanto à qualidade dos dispositivos reprocessados, porque razão é que eu posso usá-los no meu hospital mas não posso vender ao hospital do lado?! (...) Se fosse uma questão de risco para a saúde os dispositivos também não podiam ser utilizados dentro do hospital"...

O debate foi moderado pela jornalista Dulce Salzedas (SIC).



Se há dúvidas quanto à qualidade dos dispositivos reprocessados, porque razão é que eu posso usá-los no meu hospital mas não posso vender ao hospital do lado?!



O Futuro da Saúde em Portugal

No dia 14 de Maio, a Ordem dos Médicos antecipou a discussão das propostas de política de saúde num debate com representantes dos principais grupos parlamentares da Assembleia da República sobre o Futuro da Saúde em Portugal o qual se centrou nos problemas de recursos humanos, inovação tecnológica, na necessidade de políticas de prevenção da doença e promoção da saúde e na necessária gestão rigorosa dos recursos disponíveis.

Nuno Reis (PSD) começou por salientar que a análise do passado é importante para compreender o presente e perspetivar o futuro referindo que em 2011, se não houvessem mudanças na saúde, ter-se-ia corrido o risco de: “possível fim da universalidade do SNS; colapso económico; degradação dos indicadores; coesão social em risco; perigo de cessar o fornecimento aos hospitais públicos”, sublinhando que em sua opinião o Governo foi chamado “a travar o crescimento da dívida do SNS” mais do que ao cumprimento de um programa. Defendeu igualmente que a poupança que se conseguiu atingir se deveu essencialmente ao combate à fraude e ao incentivo a prescrição de genéricos. Nuno Reis referenciou alguns indicadores que melhoraram entre 2011 e 2014, nomeadamente a redução dos números da mortalidade por diabetes, AVC, tumor do colo do útero e por VIH/SIDA e o aumento do número de consultas efetuadas (já em fase de debate, **José Manuel Silva, presidente**



da OM, recordou que em 2011 o Infarmed “manipulava deliberadamente a percentagem de genéricos para dar a ideia de que os médicos não queriam prescrever” e sublinhou que a análise da evolução das consultas “é artificial porque contabiliza consultas não presenciais” e saudou a medida do Governo de isentar os menores de 18 anos de taxas

O próximo Governo deve incrementar a aposta em políticas de promoção da saúde e de prevenção da doença.

moderadoras medida que, só por si, “vai aumentar o número de consultas”; “É preciso distinguir atos médicos concretos de registos”, alertou). Admitindo que na reforma hospitalar se poderia ter ido mais longe, o deputado sublinhou que “se aumentou a coerência do sistema” e fez igualmente referências positivas às normas de orientação clínica e ao aumento do número de camas em cuidados continuados. Apesar de referir que “a área dos recursos humanos no SNS foi a única em que houve aumento líquido da criação de emprego”, Nuno Reis admitiu a falha quanto ao objetivo de “dar um médico de família a todos os portugueses”. “O próximo Governo deve incrementar a aposta em políticas de promo-

José Manuel Silva alertou que a análise da evolução das consultas é artificial porque contabiliza consultas não presenciais



Helena Pinto



ção da saúde e de prevenção da doença”, sublinhou, exemplificando com as campanhas de prevenção do tabagismo e medidas de inibição do consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens. No futuro devemos “não menosprezar o que foi feito e perspetivar o que se pode fazer melhor”.

Concordando que é importante avaliar as políticas que foram seguidas, **Helena Pinto (BE)** lembrou ser “ainda mais importante ver qual foi o seu impacto real”. Os pontos principais referidos pela deputada do BE foram o financiamento do SNS (“duvidamos que a questão da dívida esteja resolvida”, sublinhou Helena Pinto que, fazendo uma comparação com outros países, salientou que na Alemanha 80% da despesa com saúde é pública enquanto que em Portugal é muito inferior); rede de cuidados primários (que definiu como “o parente pobre” nas políticas de saúde deste Governo); recursos humanos em saúde (“os profissionais de saúde são uma peça crucial do sis-

tema e o SNS o resultado do seu trabalho nos últimos 40 anos”); acessibilidade dos utentes (“todos sabemos que as coisas não estão bem pois já tivemos que recorrer aos serviços de saúde”); reforma hospitalar; impacto das políticas na estrutura do SNS e sobre a saúde dos portugueses, nomeadamente em termos de saúde mental; papel das autarquias (“acho que têm uma palavra a dizer sobre os serviços de saúde da sua região”); participação dos cidadãos nas políticas de saúde (“na organização, humanização, etc.”). Antes de terminar, Helena Pinto referiu com apreensão o facto de existirem “hospitais que querem limitar a carta de direitos do utente, nomeadamente no seu direito ao acompanhamento por uma pessoa nas urgências”. Já durante o debate, Helena Pinto explicou que a visão de futuro tem que incluir uma nova perspetiva em que “todas as políticas públicas passem a ser orientadas para a saúde” e que “não podemos passar a vida a apelar ao espírito de missão dos profissionais”.

Não podemos passar a vida a apelar ao espírito de missão dos profissionais.

Paula Santos (PCP) recordou os saltos quantitativos e qualitativos nos indicadores de saúde que o SNS permitiu “com os seus profissionais sempre a procurarem o seu desenvolvimento profissional para melhor servir os portugueses”, expressando apreensão quanto às atuais e potenciais limitações no acesso aos cuidados de saúde. “O SNS tem que ter capacidade de resposta nos termos que a constituição consagra: para todos, não fazendo distinções entre os que mais têm e os que têm menos, nem entre litoral e interior”. Paula Santos defendeu que o que o Governo tem feito é propiciar a transferência de prestações de serviços do público para o privado, naquilo a que apelidou de “mutilação do acesso e do direito à saúde”. O desmantelamento do SNS – “que se observa ao

Paula Santos



olhar para os hospitais e centros de saúde e ao analisar as condições de trabalho nesses serviços” – faz parte “do desmantelamento das funções sociais do Estado”. Sobre a desvalorização dos profissionais, a deputada do BE referiu que os médicos estão exaustos, esforçando-se acima do seu limite físico e psicológico, o que origina saídas precoces do SNS, “seja por aposentação, emigração ou para o setor privado”. “O que é que se está a fazer para manter os profissionais necessários no SNS? Onde é que está o combate ao desperdício quando se formam profissionais de qualidade e não são criadas condições para que eles fiquem no nosso SNS?” Paula Santos afirmou que o Governo “está em negação” e que “impõe normas e leis que não se coadunam com a realidade, como é o caso da lei

Onde é que está o combate ao desperdício quando se formam profissionais de qualidade e não são criadas condições para que eles fiquem no nosso SNS?

Isabel Galriça Neto



dos compromissos”, e salientou a angústia dos profissionais que têm que cumprir normas desajustadas. A terminar, a deputada do PCP salientou que “os CSP não dão a resposta que deviam dar”, a inaceitabilidade do que ocorreu nas urgências, a falta de medidas que promovam a saúde e a inexistência de políticas preventivas, etc. “É preciso investir hoje para poupar amanhã; mas o negócio da saúde nos privados não se faz com a saúde, faz-se com a doença...”, concluiu.

Começando por salientar que “independentemente das divergências sobre modelos de financiamento é essencial o compromisso para áreas chave da saúde”, **Isabel Galriça Neto (CDS/PP)** alertou para a “excessiva politização da saúde em prejuízo do pragmatismo e do rigor técnico-científico que é fundamental” para se atingirem os tais compromissos. A deputada do CDS/PP referiu estatísticas que indicam que mais de 80% dos cidadãos considera o atendimento no SNS mais do que satisfatório para as suas necessidades e recordou que “um Estado bom regulador não põe de lado o setor social, cooperativo, autarquias,

etc.” e que o papel do Estado é “regular bem e vigiar o acesso”. “Os valores ligados à acessibilidade, transparência, equidade e justiça não devem mudar mas há prioridades às quais não podemos fugir e que têm a ver com o impacto da demografia com o envelhecimento da população e a maior preponderância das doenças crónicas”, situação que definiu como sendo “o desafio que o SNS tem que enfrentar”, a par dos custos com a inovação (“o que é que estamos dispostos a gastar nesta área sabendo que inovação não é sempre sinónimo de mais valia ou valor acrescentado”). Apologista da diminuição do “hospitalocentrismo” e das respostas centradas na doença aguda, Isabel Galriça Neto, que é médica especialista em medicina paliativa, defendeu que é fundamental “melhorar o acesso e funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários” e reforçar a “resposta aos crónicos” com qualidade. Para o futuro espera que se continue a reduzir o desperdício e que se afirme o valor da eficiência com “informação ao cidadão para uma participação informada dos utentes e apelo à responsabilização dos media na informa-

Os valores ligados à acessibilidade, transparência, equidade e justiça não devem mudar mas há prioridades às quais não podemos fugir e que têm a ver com o impacto da demografia com o envelhecimento da população e a maior preponderância das doenças crónicas.

ção em saúde” que se garanta um acesso de qualidade e com acompanhamento ético, em que o financiamento principal seja público, num “sistema que cuide dos seus cidadãos e dos seus profissionais”. “Não subestimamos o sofrimento dos portugueses; a nossa metodologia passa por uma análise rigorosa sem prejuízo da casuística (...); Mas não podemos fazer análises subjetivas e emocionais”. Quanto aos profissionais de saúde, sublinhou o seu esforço e sacrifício e fez um “devido e meritório elogio à resiliência”. Já em fase de debate, a médica e deputada do CDS-PP defendeu que é preciso trazer novas valências à formação dos médicos e insurgiu-se contra o que definiu como “a demagogia de dizer que os custos não interessam nada” embora reconheça que “esse é o discurso que a sociedade quer ouvir” mas apelou a uma comunicação “séria, honesta e ética”, e a um trabalho de equipa eficiente em que se valorize todos os profissionais de saúde.

Não vai haver ninguém para ensinar os mais novos...

Correia da Cunha, presidente da mesa da assembleia regional do CRS, interveio no debate para recordar que o futuro deve passar pelas carreiras profissionais pois o problema atual não são apenas os vencimentos mas também, e especialmente, a desvalorização profissional que se torna muito desmotivante e que é preciso inverter. “É essencial uma hierarquização das competências de modo certificado”, defendeu. “A discussão centra-se muito no que ‘fica mais barato’ mas essa não é a solução. (...) Estamos claramente a conseguir dar mais anos à vida. Mas ainda nos falta dar mais vida aos anos”. Sobre o nosso parque tecnológico, Correia da Cunha alertou que houve uma grande renovação em 2005 mas que “neste momento estamos a atingir um patamar de obsolescência” pois “temos a tradição de levar os equipamentos à exaustão”.

O futuro tem que ter em conta a necessidade de melhoria da saúde na comunidade sem excesso de medicalização, a importância de melhorar a experiência da pessoa quando fica doente e que é necessário perceber como o fazer reduzindo custos, defendeu Morais Antas, especialista em Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética. Sérgio Ribeiro da Silva, especialista em MGF, membro do CRS, não hesitou em afirmar que foram feitas operações estéticas para que “os doentes ficassem com um médico de família... no papel!”, foi uma forma de “dizer às pessoas que estamos a atribuir médico de família mas não a atividade de medicina geral e familiar”, explicou, ao referir-se aos aumentos das listas e à forma como os especialistas em MGF estão “afogados” em trabalho.

Referindo-se à atualidade da saúde como tendo “uma certa atitude esquizofrénica”, Jaime Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, explicou que “por um lado recebemos muitas queixas de doentes e profissionais, nomeadamente pela falta de investimento na saúde” por outro são apresentados números alegadamente positivos na saúde e criticou o constante elogio à resiliência por considerar que, um dia, o sistema “quebra”. Com a saída do SNS de profissionais mais qualificados, “está a destruir-se a memória dos serviços e não vai haver ninguém para ensinar os mais novos o saber estar e o saber cuidar”...

Luísa Salgueiro



Deixando a indicação de que as posições que transmitisse neste debate seriam pessoais, **Luísa Salgueiro (PS)** começou por referir o “reconhecimento unânime de que a saúde vive momentos difíceis” e que “as opções que foram feitas foram no sentido de fragilização do SNS: diminuição dos serviços no setor público com correspondente aumento no setor privado”. Um dos problemas que foi referido pela deputada Luísa Salgueiro foi a falta de aposta nos CSP: “estamos em Maio... este ano ainda só abriu uma USF”, situação particularmente gravosa quando recorda que a própria Troika definiu as USF como um modelo com grande valor. Quanto à manutenção das UCSP em paralelo com as USF, defendeu que “é preciso acabar com esta dualidade, nomeadamente porque a resposta que é dada aos doentes não é idêntica. (...) as USF só não estão generalizadas porque o Governo não quis”, salientou, referindo-se a um grande número de candidaturas que não

Morais Antas



Sérgio Ribeiro da Silva, Jaime Mendes e Correia da Cunha



As opções que foram feitas foram no sentido de fragilização do SNS: diminuição dos serviços no setor público com correspondente aumento no setor privado.

têm resposta. Outras áreas importantes são, em sua opinião, a saúde oral e visual, a psicologia e a medicina física e de reabilitação, que “devem existir nas USF”. Igualmente importante é reforçar a rede de cuidados continuados e, já quanto aos recursos humanos, travar

a “sangria de profissionais”. “Não é a despesa que está em causa mas sim a forma como se olha para os profissionais e como se tem desvalorizado o seu trabalho e currículo”. Defendeu igualmente a liberdade de escolha para o utente e a aposta na literacia. Defendendo que não é aceitável que 32% da saúde seja suportada pelas famílias, Luísa Salgueiro terminou questionando se no futuro queremos ou não um SNS público para todos, afirmando que não é preciso gastar mais, o que é preciso é gastar de forma mais eficiente.



Gentil Martins vence 2ª edição do Prémio Miller Guerra

No dia 26 de maio, na presença de diversas individualidades, foi entregue o galardão correspondente à segunda edição do Prémio Miller Guerra. Este ano o prémio distinguiu um médico da carreira hospitalar: Gentil Martins, especialista em cirurgia pediátrica e cirurgia plástica, autor de várias técnicas cirúrgicas inovadoras. Este prémio foi criado por ser entendimento da Fundação MSD e da OM que num contexto em que o recurso a meios e equipamentos cada vez mais complexos pode interpor barreiras entre o médico que cuida e o seu doente, é fundamental celebrar e distinguir quem represente um exemplo de humanização da medicina.



Quase a completar 85 anos, o ex-bastónario da OM, António Gentil Martins, foi escolhido como vencedor pelo júri do Prémio Miller Guerra, prémio que reconhece a vertente humanista da medi-

na. No seu currículo encontramos muitas outras distinções, desde a Grã-Cruz da Ordem do Infante D. Henrique (atribuída em 2009 por relevantes serviços prestados a Portugal e à cultura portuguesa) ao Prémio Nacional de Ética no Desporto (2012), mas foi na eleição como Bastónario da Ordem dos Médicos, por 3 mandatos consecutivos, que teve o maior reconhecimento dos seus pares.

José Manuel Silva, presidente da OM, começou por referir que o que torna o Prémio Miller Guerra único é "o facto de premiar a vertente humanista de uma carreira posta ao serviço da Humanidade e da

pessoa doente, lembrando-nos, a cada edição, que a Medicina está para lá da economia, da vertigem tecnológica, da política e dos politiquinhos". Um prémio que se traduz numa "elegia a Miller Guerra, uma ode ao humanismo, um hino às Carreiras Médicas, uma sublime distinção para o premiado" e que "assenta sobre o superior compromisso de honra do Juramento de Hipócrates, em que livremente assumimos consagrar a nossa vida ao serviço dos que sofrem", sublinhou. Numa evocação da figura inigualável da medicina portuguesa que dá nome a este galardão e ao seu legado ético e humanista,

José Manuel Silva citou um texto da Acta Médica Portuguesa, publicado em 1993, ano da morte de Miller Guerra, da autoria de Maria de Lourdes Sales Luís e Francisco Pinto: “O doente era para ele o fim último de toda a técnica e elaboração científica. Nunca deixem um doente sem terapêutica etiológica se possível, sintomática se necessária; psicoterapia, empatia com o doente, sempre. Frases suas ressoam como címbalos – vocês são responsáveis pelo doente total e pessoalmente. Assumam os vossos doentes não como propriedade mas como responsabilidade inalienável”. “João Pedro Miller Guerra notabilizou-se ainda como um lutador político livre, independente e incómodo. Em finais da década de 1960, integrou a Ala Liberal da Assembleia Nacional, que abriu caminho às transformações democráticas que a Revolução de 25 de Abril definitivamente conquistaria. Porém, foi a elaboração do Relatório das Carreiras Médicas, publicado em 1961, de parceria com vários colegas, como Jorge Horta e António Galhordas, recentemente falecido e a quem aqui presto também a minha homenagem, que definitivamente o notabilizou entre o associativismo médico e lhe reservou um merecido, destacado e inolvidável lugar na Saúde nacional e na história da medicina portuguesa. Este célebre Relatório promoveu um salto civilizacional na medicina portuguesa, enfatizando a importância da formação pós-graduada e da existência de Carreiras e definindo as linhas mestras do que viria a ser o Serviço Nacional de Saúde”, referiu José Manuel Silva sobre o “grande homem e democrata que inspirou a Fundação MSD e a Ordem dos Médicos na instituição deste peculiar prémio, e cuja reputação, esta 2ª edição vem ci-

mentar”, explicando que num ano em que o número de candidaturas ao Prémio Miller Guerra duplicou, com “elevadíssima qualidade geral dos candidatos, em que vários poderiam ter sido os recetores do prémio”, tendo a escolha recaído “sobre António Gentil Martins, personalidade de todos conhecida e a quem as características do prémio assentam de modo inquestionável”. O presidente da OM, José Manuel Silva, fez um resumo do vasto percurso de vida de António Gentil da Silva Martins do qual deixamos aqui apenas a referência final: “A sua dedicação à profissão, ao associativismo e aos doentes valeram-lhe mesmo um acidente, por ter adormecido ao volante, que lhe poderia ter custado a vida”, recordou José Manuel Silva, com um agradecimento ao galardoado por, com o seu percurso de vida, honrar a Classe Médica. “A sua presença na galeria dos galardoados com o Prémio Miller Guerra consolida a reputação deste e eleva a fasquia para as próximas edições”, concluiu, sublinhando a “dedicação, empenho e espírito de missão” que António Gentil Martins punha na sua atuação como médico, referindo que o galardoado teve uma carreira “inigualável” na sua área de especialidade.

O exercício da Medicina é uma das formas mais nobres da relação humana

Toscano Rico, presidente da Fundação Merck Sharp & Dohme, começou por referir o papel fundamental da Fundação, constituída em Março de 1993 e que se insere no “espírito de responsabilidade social da companhia que lhe dá o nome e sustenta de forma exclusiva”. “Todas as iniciativas foram possíveis pelo financiamento



Toscano Rico, presidente da Fundação MSD



Francisco George, Director Geral de Saúde

concedido exclusivamente pela donatária, a Merck Sharp & Dohme”, referiu, salientando que a Direção da Fundação sempre teve “absoluta liberdade para gerir os fundos postos à sua disposição, tendo a Direção Geral da Companhia respeitado sempre a autonomia administrativa e financeira da Fundação”. Ao longo da sua existência a Fundação MSD estabeleceu Protocolos com as Faculdades de Medicina, Ministério da Saúde, apoiou estudos de âmbito nacional, publicou livros com dados científicos de estudos epidemiológicos colhidos em investigações por ela patrocinadas, apoiou programas de formação, e concedeu prémios em conjunto com instituições públicas ou sociedades científicas, intervenção que “ajudou a constituir núcleos científicos importantes, a estabelecer pontes entre investigadores nacionais e estrangeiros, e a fomentar o conhe-

Momento da entrega do prémio



Os ex-Bastonários, Pedro Nunes, Germano de Sousa e Carlos Ribeiro estiveram presentes nesta cerimónia solene

cimento de novas áreas no âmbito da Medicina", referiu o presidente da instituição.

Especificamente sobre a criação do Prémio Miller Guerra, Toscano Rico explicou que "o exercício da Medicina, sobretudo nos seus domínios clínicos, tem sido desde o seu início nos tempos helénicos com Hipócrates, uma das formas mais nobres da relação humana. Esse espírito, desenvolvido e expresso no juramento que todos prestámos, tem duas vertentes. Uma relacionada com os doentes de quem se cuida num total respeito pela vida. Outra relacionada com a consideração devida aos Mestres e com o apoio devido aos discípulos (...). Este espírito tradicional, cultivado ao longo dos séculos quando a Medicina era sobretudo uma arte, perdeu algo do seu lustro com o alicerçar da profissão em bases científicas com um pendor cada vez mais tecnológico.

Esta exigência do recurso a meios progressivamente mais sofisticados e executados por equipamentos cada vez mais complexos, aliada a uma cada vez mais difícil gestão e organização das instituições relacionadas com a prestação dos cuidados médicos, pode por vezes interpor uma barreira entre o médico que cuida e o seu doente, dificultando a humanização dessa mesma atividade. Esta sofisticação de meios permitiu avanços científicos nunca sonhados num passado ainda recente e tem vindo a ser reconhecida por numerosos prémios concedidos aos seus descobridores ou aos seus aplicadores". Foi neste âmbito que a Fundação MSD, em conjunto com a Ordem dos Médicos, criou o Prémio Miller Guerra de Carreira Médica, que procura privilegiar precisamente a vertente humanista da Medicina, por considerarem que "havia uma carência de reconhe-

cimento para a humanização dos cuidados de saúde, para a vertente humanista da Medicina na grande tradição da profissão, em que o doente é o centro da atenção do médico e todo o resto são meios a que o clínico recorre para melhor diagnosticar, tratar ou prevenir a doença". "A Fundação Merck Sharp & Dohme cumpre assim um dos seus objetivos ao chamar a atenção da Sociedade para os aspetos humanistas da Medicina e da dedicação dos médicos ao tratamento dos doentes e à formação de novos profissionais, tal como já era proclamado por Hipócrates na Grécia antiga".

"A atividade dos médicos nos tempos modernos já não se desenvolve de uma forma isolada (...). Os progressos gradualmente alcançados implicaram necessariamente, e em benefício dos doentes, uma progressiva organização da prestação de cuidados de saúde que em parte se alicerçam numa carreira em que o médico por um lado recebe a experiência dos que o antecederam, estuda e adquire conhecimentos, e por sua vez os transmite às gerações mais novas. Continua assim, apesar do auxílio imprescindível das novas tecnologias, a velha tradição hipocrática da Medicina".

Num ano em que o prémio a atribuir era especificamente para a carreira hospitalar, Toscano Rico enquadrou a importância da formação médica contínua e o papel das carreiras para se atingir esse desiderato: "A carreira médica hospitalar foi desde sempre de uma enorme exigência, obrigando os médicos que a prosseguem a diversas e sucessivas provas e concursos e sujeitando-os a uma contínua avaliação que transcende a simples capacidade científica e técnica. Por outro lado permite-lhes um contacto direto com os doen-

tes, não só nas consultas externas do ambulatório como também nos casos mais graves durante o seu internamento. O ambiente hospitalar é também, desde sempre, um espaço, e igualmente um tempo, propício à transmissão de conhecimentos e de experiências entre gerações. Os internatos médicos foram assim sempre considerados como a grande Escola da Medicina, desde o diagnóstico de casos complexos e obscuros às atitudes necessárias à resolução de casos urgentes em que a vida do doente está em grave risco e depende de uma correta e atempada tomada de decisão e de uma adequada e rápida intervenção clínica. É este contacto verdadeiramente humanista, não só entre o médico e o doente que recorre ao hospital para alívio dos seus padecimentos, como também entre o médico e os outros profissionais de saúde, e as sucessivas gerações ainda em período de formação, que o Prémio Miller Guerra de Carreira Médica deste ano procura privilegiar". Sobre os concorrentes desta edição, frisou a honra de "pertencer a uma profissão, que também tem muito de arte, pela qual estes nossos colegas dedicaram a sua vida e, como dizia o Infante D. Henrique, o seu *talant de bien faire* ao serviço dos outros, dos doentes e dos sãos, sempre dos mais necessitados. As candidaturas apresentadas constituem, só por si, o prestígio que o prémio ambicionava". Quanto ao vencedor, Toscano Rico referiu o "respeito e a amizade" que teve origem na Faculdade de Medicina, então ainda no Campo de Santana, em que o jovem caloiro Toscano Rico se cruzou com o então finalista Gentil Martins, sentimentos que "o tempo foi reforçando": "Tem sido uma admiração constante pelos progressos que trouxe à cirurgia,



Carlos Cortes (presidente da SRC) e Miguel Guimarães (presidente da SRN) ao lado do homenageado



Gentil Martins e alguns dos seus familiares presentes na cerimónia de entrega do Prémio Miller Guerra



Maria da Conceição Gomes, uma das quase duas dezenas de candidatas a esta edição do Prémio, fez questão de cumprimentar o vencedor, manifestando a sua admiração pelo ex-bastonário da OM

nomeadamente à pediátrica, pela sua intervenção cívica sempre em defesa dos mais desfavorecidos, a sua atuação como Bastonário, não esquecendo o desportista de alta competição desde o nível nacional até ao olímpico. Percorrendo uma carreira hospitalar notável ajudou a formar colaboradores e deixou uma memória de incansável dedicação e apoio aos doentes que ainda se continua a formar nos dias de hoje".

A profissão médica não é melhor que qualquer outra, mas certamente terá de ser diferente

Gentil Martins começou o seu discurso pelo agradecimento a

quem propôs a sua candidatura ao Prémio Miller Guerra, aos doentes, colegas e outras pessoas, de várias áreas, que testemunharam o humanismo do seu percurso e a todos quantos o apoiaram. Referindo a honra que sentiu ao receber este prémio, Gentil Martins deixou o seu testemunho sobre quais são, para si, as razões porque o mereceu: "Tive um pai exemplar, que faleceu tinha eu 3 meses, bem como uma mãe fantástica, que me soube educar e transmitir aquele exemplo de valores, no respeito do princípio olímpico de que mais importante do que vencer, é ter procurado dar o seu melhor. Terei assim sido um bom Médico. Mas isso também à custa do sacrifício da família, um dos bens mais preciosos que defendo, bem como a Pátria e Deus, católico que sou". Um sacrifício que se refere em particular aos "12 anos em que me dediquei de alma e coração à problemática da Ordem dos Médicos, de que fui, por grande maioria e em eleições livres,



Presidente durante 3 mandatos" e em que, praticamente, não existiu para a família: "fui durante todo esse tempo, um pai distante e um marido ausente, para a mulher excecional com quem casei há 52 anos", explica. Embora refira que a profissão médica "não é melhor que qualquer outra" não dúvida que "terá certamente de ser diferente" afirmação que reitera ao explicar como "nenhuma outra profissão consagra, como faz o preambulo do atual Estatuto da Ordem, que o Médico deverá, se necessário, colocar os interesses dos Doentes à frente dos seus próprios interesses". Defensor convicto da liberdade de escolha, posição em que se manteve coerente ao longo de toda a sua vida, explica: "lutei sempre, não contra um Serviço Nacional de Saúde, universal, aliás previsto no Estatuto da nossa Ordem, mas sim contra o seu atual modelo que, como Ana Jorge então Ministra da Saúde afirmou, é incompatível com a liberdade de escolha. E é por isso que considero ser indispensável mudar". Uma mudança para a qual defende alguns princípios: "a prevenção e a medicina extra-hospitalar serão sempre a base de qualquer Sistema de Saúde, válido e sustentável; A vocação deveria ser sempre considerada no acesso à profissão; E é fundamental planejar a demo-

grafia médica, de acordo com as necessidades do país, pois sem Médicos estimulados e com boas condições de trabalho, nunca haverá boa medicina. As Carreiras Médicas são essenciais para o aperfeiçoamento médico, mas há que promover uma remuneração ligada ao mérito profissional, à quantidade do esforço produzido e ao trabalho realizado, havendo igualmente que responsabilizar as chefias". Uma visão de mudança que considera ter enquadramento no relatório das Carreiras Médicas de 1961, do qual Miller Guerra foi o Relator... "Vale a pena lembrar o que lá se defende: aproveitar todas as potencialidades (públicas, de solidariedade social ou privadas, tratadas por igual) - página 39 -, a liberdade de escolha - página 105 -, o pagamento por ato médico - página 193 - e o não à exclusividade - página 195". Assumindo que não há nenhum sistema perfeito, e considerando que, no atual, "não é possível existir liberdade de escolha do prestador ou da instituição, o que considero essencial para considerar válido qualquer Sistema de Saúde, pela resultante valorização da fundamental relação personalizada médico/doente. (...) "questionou "quantos pensam realmente no grau de satisfação das pessoas, recordando a velha frase de que, muitas

vezes, uma boa palavra é mais eficaz que um comprimido...". Em conclusão, referiu a necessidade de "estabelecer prioridades e fazer opções" quando as verbas são limitadas porque "o que se gastar a mais, e inutilmente, num lado, irá certamente fazer falta noutro", sublinhando a necessidade da saúde ser transversal e multifatorial, devendo "estar em todas as políticas, nas preocupações de todos os ministérios", num contexto em que se avalie a saúde "não apenas como despesa, mas sobretudo como investimento". Gentil Martins concluiu o seu discurso referindo que como fundamental "aumentar a literacia na saúde e que as pessoas compreendam que, pelos seus comportamentos, são fator essencial da sua saúde, no presente e ao longo do tempo" e "planear a médio e a longo prazo, se não quisermos comprometer as gerações futuras".

Francisco George, Diretor Geral da Saúde, em representação do Ministro da Saúde, encerrou a cerimónia com um breve discurso em que exaltou a importância do trabalho efetuado por Gentil Martins, ao longo da sua carreira, numa especialidade de grande complexidade e felicitou a Ordem dos Médicos por fazer parte de "um movimento essencial de distinção de quem promove a saúde".



Gentil Martins,
vencedor do Prémio Miller Guerra

Tentei sempre fazer o que devia ser feito

No dia em que recebeu a distinção pela vertente humanística da sua carreira, numa breve entrevista à ROM, António Gentil Martins falou da sua dedicação aos doentes, da quase obsessão pelo trabalho, especialmente durante os anos dos três mandatos como bastonário da OM, e da satisfação e honra que se sente perante o reconhecimento, em vida, de que se fez algo de útil em prol dos doentes.

Começamos por reproduzir, como prelúdio dessa entrevista com o homenageado, alguns elementos do seu percurso de vida, alguns dos quais referidos durante a cerimónia de entrega do prémio por José Manuel Silva, atual presidente da Ordem dos Médicos.

Pai de 8 filhos e avô de 24 netos, António Gentil Martins nasceu em 1930, em Lisboa. Coursou Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, terminando a sua licenciatura no ano de 1953 com a média de 16 valores, tendo concluído, no ano de 1955, o Curso de Ciências Pedagógicas da Faculdade de Letras de Lisboa. “Mas, como dele disse Anabela Mota Ribeiro, ‘Este homem (...) queria fazer obra. Operar (...) significa exactamente fazer obra.’ Para isso, parte para Inglaterra como bolseiro do British Council, onde teve a oportunidade de aperfeiçoar os seus conhecimentos. Especialista em Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética e, depois, especialista em Cirurgia Pediátrica e Sub-Especialista em Oncologia Pediátri-

ca, foi autor de diversas técnicas cirúrgicas. Detém um vastíssimo currículo, de que constam mais de 12.000 intervenções cirúrgicas. Destas, as que se destinaram à separação de gémeos siameses, onde separou, com êxito, 9 gémeos em 12 viáveis, projetaram a sua fama em Portugal e além fronteiras.

O reconhecimento entre os seus pares, recebeu-o das mais diversas formas, nomeadamente com a Presidência da Ordem dos Médicos, em três mandatos consecutivos e a Presidência da Associação Médica Mundial. Paralelamente, dedicou o seu tempo a atividades associativas de âmbito médico, entre as quais a participação na fundação de Sociedades Científicas e o seu trabalho como Conselheiro temporário da OMS para a Oncologia Pediátrica e Membro do Grupo de Trabalho do Conselho da Europa para o Ensino da Ética Médica aos Estudantes de Medicina.

É um raro exemplo de coerência em defesa das suas ideias, por vezes controversas, e de cidadania ativa, através de incontáveis parti-

cipações em atividades diversificadas, entre outras, como Fundador e/ou Membro de Honra da AMI, da Liga Portuguesa Contra o Cancro, do Movimento Internacional Lusófono, do Centro de Apoio a Vítimas de Tortura-Portugal, Liga Portuguesa contra a Prostituição e Acreditar. Distinguiu-se ainda como desportista e dirigente desportivo, tendo sido atleta olímpico em Roma, no ano de 1960, na modalidade de tiro de velocidade, com pistola automática, a 25 metros, sendo campeão nacional em diversas outras modalidades de tiro. Foi, ainda, campeão nacional de Voleibol, Ténis e Badminton”. Como reconhecimento da sua vida de Médico e Cidadão, recebeu, entre muitos outros, os seguintes galardões: Grã-Cruz da Ordem do Infante D. Henrique, nomeação como Grande Oficial da Ordem do Infante D. Henrique, Medalha de Honra da Ordem dos Médicos, Medalha de Ouro do Ministério da Saúde e o Prémio Nacional de Ética no Desporto em 2012.

Com um currículo impressionante

em várias áreas e que demonstra um grande ativismo em prol de múltiplas causas sociais, e com tantas distinções já recebidas, este prémio poderia ser apenas mais um, mas não é assim. O reconhecimento do seu trabalho em prol dos doentes e da sua dedicação, deixa sensibilizado António Gentil Martins pelo significado especial que tem um prémio destinado ao reconhecimento do lado humano da medicina. Sem falsas modéstias, não o surpreende que os testemunhos dos doentes lhe tenham proporcionado o galardão. De facto, ser merecedor da admiração e carinho dos doentes era uma espécie de esperança/certeza que António Gentil Martins tinha: “Toda a vida me tenho dedicado a eles e tenho gostado muito dos meus doentes. Sempre os coloquei em primeiro lugar e devotei-me muito. Naturalmente que esperava que também eles nutrissem idêntico sentimento em reciprocidade por mim. Acho, sinceramente, que sou merecedor do carinho dos doentes”. A única coisa de que se arrepende é de não ter conseguido um melhor equilíbrio com a vida pessoal pois “só vivia para a medicina e para o trabalho da Ordem”, numa fase que durou cerca de 12 anos e em que refere a sua “obsessão” pelo trabalho em prol desses mesmos doentes e da instituição que dirigia como Bastonário. Especificamente no que se refere aos doentes, salienta que procurou cumprir integralmente o Juramento de Hipócrates, juramento esse que refere ter sido reintroduzido na OM durante o seu mandato pois “já não havia Juramento de Hipócrates há muitos anos mas eu considere fundamental voltar a fazê-lo”.

Questionado se este é um prémio que ponha em oposição humanismo e tecnologia, Gentil Martins



explica a sua visão: “primeiro que tudo está o humanismo, mas claro que a tecnologia é indispensável para atingirmos os resultados pretendidos. Mas a relação humana é o mais importante, até para tranquilizar o doente; Portanto a tecnologia e a ciência irão sempre avançando mas o humanismo deverá manter-se como desde o início: o segredo é gostar das pessoas e procurar ajudá-las e isso não muda. A tecnologia melhora, evolui. O humanismo tem a obrigação de ser sempre igual: o melhor e mais sincero.

Não sendo capaz de individualizar um doente, porque sente que a todos se dedicou de igual forma, procurando o melhor para cada um deles, só após insistência refere, brevemente, que “são muitos os doentes que me abordam; ainda há pouco estavam aqui umas senhoras de quem operei uma peritonite a uma filha há 40 anos, que

recordaram esse momento e me quiseram agradecer”. Mas nem sempre é assim... “Cada doente é diferente. E perante o drama da morte de um doente temos que estar preparados não só para lidar com a nossa perda mas também para aceitar e compreender as reações dos familiares, conscientes de que esse é também o nosso papel como médicos. E, à noite, quando nos vamos deitar, temos que ser capazes de dizer: ‘tentei fazer o que devia ser feito’, porque, às vezes, também nos enganamos e não sai sempre tudo certo”, refere. Mas o que define como mais importante, como “fundamental”, é a “preocupação de não fazer disparates”, isto é, “a preocupação de não fazer mal”, numa referência a um princípio basilar da medicina, “primum non nocere”.

Quanto ao que sentiu quando soube que tinha sido distinguido pelo júri do Prémio Miller Guerra, entre 18 candidaturas possíveis, todas de grande mérito, Gentil Martins não hesita em expressar a felicidade que sentiu. “Senti uma grande satisfação e uma honra muito grande porque é um reconhecimento em vida – e que é mais frequente acontecer só depois da morte – e traduz-se no facto de que doentes, colegas e outras pessoas acharam que fiz algo de útil e merecedor do Prémio Miller Guerra”.





Cada português pode ter um médico de família

No Dia Mundial do Médico de Família, celebrado a 19 de Maio último, o CRN emitiu o comunicado que se reproduz em seguida.

Hoje celebra-se a Medicina Familiar à escala global. Promovido pelo *Wonca - World Organization of Family Doctors*, o Dia Mundial do Médico de Família é uma efeméride que procura sensibilizar as comunidades para a importância destes profissionais no acesso integrado aos cuidados de saúde.

Um dia que se assinala num momento em que milhares de portugueses continuam sem médico de família apesar dos sucessivos anúncios do Governo para a contratação de novos especialistas. Isto depois de, no norte do país, cerca de 400 especialistas se terem aposentado nos últimos anos, a maioria antecipadamente, e de duas dezenas terem emigrado.

O médico de família presta um contributo essencial à população, assumindo-se como um verdadeiro gestor do doente, que define e acompanha o respectivo trajecto no sistema de Saúde. Por outro

lado, é um profissional altamente qualificado, capaz de responder a um conjunto alargado de exigências que hoje se colocam em matérias como a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico precoce, as doenças crónicas e o envelhecimento.

Resultado de uma aposta consistente na formação, a Medicina Geral e Familiar (MGF) assumiu-se no nosso país como uma especialidade de pleno direito, nuclear para o desenvolvimento e organização do SNS, valorizada pela sociedade civil e definitivamente afastada dos estigmas que a condicionaram durante largos anos. Fruto também de uma visão reformista aplicada aos Cuidados de Saúde Primários, foi possível traduzir esta valorização funcional em melhores condições de trabalho, tornando a MGF numa carreira profissional apelativa para os jovens médicos.

No entanto, **a competência, qualidade e diferenciação dos**

nossos médicos de família nem sempre tem merecido o justo reconhecimento por parte das estruturas administrativas do Ministério da Saúde.

A política errada do ministro Paulo Macedo, mais preocupado com os indicadores financeiros e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, persiste em desvalorizar as pessoas e os profissionais de saúde e impedir a política de reforma dos cuidados de saúde primários iniciada há alguns anos, diminuindo o papel fulcral que os especialistas em MGF exercem e contribuindo de forma decisiva para a aposentação antecipada que, na região norte, envolveu cerca de quatro centenas de médicos desde Janeiro de 2011.

De acordo com os dados oficiais publicados, disponibilizados pelo Dr. Arnaldo Araújo, e recentemente trabalhados pela Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, **dos 401 médicos que se aposentaram na re-**



gião Norte entre Janeiro de 2011 e Maio de 2015, 370 (92,27%) fizeram-no de forma antecipada, isto é, antes de atingirem os 66 anos de idade.

A grande maioria destes médicos tinha, no momento da aposentação, entre 55 e 60 anos (54,61%) ou entre 61 e 65 anos (41,15%).

Numa análise mais pormenorizada dos dados, verificamos que em 2011 se reformaram 75 especialistas de MGF, dos quais apenas um não o fez em antecipação da idade legal da reforma. Isto quando Portugal vivia no rescaldo da aprovação de três programas de Estabilidade e Crescimento (PEC) que implicaram inúmeras medidas de controlo da despesa pública, cortes salariais e aumento do IVA.

No ano seguinte, e já sob intervenção do memorando de entendimento que Portugal assinou com a *troika* - com cortes salariais e agravamento das condições de trabalho em que os médicos foram das classes profissionais mais afectadas, como de resto já foi publicamente divulgado -, registaram-se 62 aposentações, com especial incidência no mês de Outubro, onde se contabilizaram 36 pedidos de

reforma. Em 2013 assiste-se a um ligeiro crescimento, com um total de 68 médicos a deixarem a função pública ao longo dos doze meses.

O ano “negro” neste período de análise reporta a 2014, com um

registou-se um total de 19 médicos de família que optaram por emigrar. De salientar que a grande maioria dos especialistas (12) justificou esta decisão com a oferta de melhores condições de trabalho no estrangeiro.

Ano	Total MGF Ano	Total Acumulado
2011	75	75
2012	62	137
2013	68	205
2014	146	351
2015*	50	401

Quadro 1 - Aposentação na área de abrangência da ARS Norte * até Maio

Ano	Total MGF Ano	Total Acumulado
2012	1	1
2013	8	9
2014	10	19

Quadro 2 - Emigração de MGF na área da SRNOM

crescimento do número de aposentações superior a 100% face ao número de pedidos do ano anterior. Em apenas 12 meses pediram a reforma 146 especialistas de Medicina Geral e Familiar, 130 dos quais de forma antecipada. Ou seja, mais de dez por mês.

O cenário para o ano corrente não se apresenta melhor. Só nos primeiros cinco meses deste ano aposentaram-se já 50 médicos de família, o que faz temer que os valores registados o ano passado se voltem a repetir já em 2015.

Paralelamente, *entre 2012 e 2014, na área geográfica da SRNOM,*

Médicos de família: em falta ou em excesso?

Analisando os dados reais publicados e confirmados há uma evidência clara: **bastava que o número de especialistas de MGF que se reformou antecipadamente na região Norte nos**

últimos 15 meses continuasse a trabalhar para que todos os utentes na área de influência da ARS Norte tivessem um médico de família atribuído.

De acordo com a Proposta de Alocação de vagas de recém-especialistas para a 2.ª época 2014 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), de Dezembro de 2014, as necessidades de médicos de família eram de 145 especialistas na região Norte.

O que levou então muitos destes médicos a aposentarem-se antecipadamente, com grandes penalizações ao nível dos valores das remunerações?

Instituição	N.º de MdF	Utentes c/ MdF	Utentes s/ MdF	MdF >=65 anos	Necessidades MdF ¹	Necessidades Reais ²
ARS Norte	1.714	3.103.852	145.548	64	80	144
ULS Matosinhos	85	172.792	4.413	4	2	6
ULS Alto Minho	149	254.218	4.083	4	-5	-1
ULS Nordeste	92	142.001	5.029	6	-10	-4
TOTAIS	2.040	3.672.863	159.073	78	67	145

¹ - Necessidades de Médicos de Família num rácio de 1800 utentes por médico

² - Necessidades de Médicos de Família somadas as necessidades face a um rácio de 1800 utentes por MdF + vagas libertadas pelas aposentações de MdF com 65 ou mais anos

Quadro 3 - Proposta de alocação de vagas de recém-especialistas para a 2.ª época 2014 face às necessidades de Médicos de Família na área de abrangência geográfica da ARS Norte

A desqualificação e a forma indecorosa como muitos médicos têm sido tratados pelo Ministério da Saúde, o degradar das condições de trabalho, o aumento da pressão na relação médico-doente traduzido na multiplicação e sobreposição de tarefas associado à exigência de tempos de consulta cada vez mais reduzidos, os sucessivos cortes salariais, o aumento dos casos de violência contra profissionais de saúde, ajudam a explicar muitas destas decisões.

No entanto, é pública a pressão que o Governo fez para promover as reformas antecipadas de funcionários públicos e indicar a emigração como um caminho a seguir para os jovens portugueses. Entre 2011 e 2013, de acordo com os dados publicados pela PORDATA, já saíram da função pública cerca de 250.000 pessoas e já emigraram cerca de 350.000. **Quem não se lembra das palavras do Primeiro-Ministro? Serão precisas mais explicações para entender porque é que cada português não tem ainda um médico de família?**

Neste Dia Mundial do Médico de Família, entende o CRNOM que é urgente a promoção de

medidas que dignifiquem as condições de trabalho dos especialistas de MGF, para tornar o sonho em realidade e cada português possa ter um médico de família. Desde logo:

- *Promover condições de trabalho que contribuam activamente para a fixação de médicos de família recém-licenciados no nosso país, em detrimento da opção pela emigração;*
- *Promover em tempo útil concursos públicos abertos e institucionais em condições que permitam eliminar potenciais conflitos de interesses e factores agravantes;*
- *Estabelecer verdadeiros incentivos que contribuam para o regresso ao activo de especialistas de MGF já aposentados, de modo a suprimir a falta de médicos de família, enquanto os 812 médicos internos de MGF em formação na região norte não terminam o seu período de especialização;*
- *Reforçar o investimento na modernização de muitos Centros e Unidades de Saúde Familiares que actualmente se encontram degradadas ou desajustadas das reais necessidades dos utentes e dos médicos de família;*

• *Implementar serviços de atendimento alargados que permitam o acesso fácil dos utentes aos cuidados de saúde primários em situações agudas não urgentes;*

• *Prosseguir a política de reforma positiva dos cuidados de saúde primários apostando na criação de mais USF;*

• *Desenvolver e implementar uma política de incentivos adequada que permita a fixação de especialistas de MGF em áreas carenciadas do país.*

Só assim, acreditamos, será possível superar a falta de médicos de família e minorar a dificuldade que muitos utentes sentem em conseguir uma consulta com o seu médico.

Dentro das limitações inerentes às suas competências, o CRNOM não deixará de lutar pela dignificação da carreira de especialista em MGF bem como pela melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e do acesso dos utentes a um médico de família.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos
Porto, 19 de Maio de 2015



Miguel Guimarães responsabilizou a tutela por condicionar as necessidades dos hospitais

CRNOM e sindicatos visitaram serviços de urgência na região

Perante o caos generalizado nas urgências, o Conselho Regional do Norte (CRN) assumiu a iniciativa de visitar alguns dos serviços mais problemáticos da região, na companhia dos sindicatos médicos. A realidade, em muitos casos, ultrapassou as notícias vindas a público, com uma grande carência de meios e de profissionais a criarem muitas dificuldades no atendimento aos doentes.

No dia 16 de Janeiro, Ordem e sindicatos médicos encetaram um périplo por alguns dos mais problemáticos serviços de urgência da região Norte do País e escolheram o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV) como ponto de partida. Esta unidade, sedeadada no Hospital de São Sebastião (HSS) em S.M. Feira, mas que serve mais quatro municípios vizinhos, já tinha merecido um alerta por parte do Conselho Regional do Norte em 2014, depois de vários constrangimentos verificados no atendimento urgente.

O diagnóstico realizado em Agosto do último ano confirmou-se no local, com as três estruturais a concluir que o HSS “não cumpre minimamente os critérios exigíveis a uma urgência médico-cirúrgica”, nomeadamente pela grave carência de profissionais verificada. “As equipas médicas de urgência estão claramente desfalcadas, estando a funcionar com cerca de

50% do número de médicos que seriam necessários”, lê-se no balanço oficial publicado pelas organizações. Em declarações à comunicação social, no final da visita, Miguel Guimarães acrescentou à falta de médicos, carências significativas no número de enfermeiros, auxiliares, técnicos operacionais e assistentes administrativos, resultando em tempos de espera “cl clinicamente inaceitáveis”. “Estamos a falar de duas horas no caso das pulseiras laranja [situações muito urgentes] e três a quatro horas nas pulseiras amarelas [situações urgentes]. Os doentes acabam por estar em risco”, explicou o presidente do CRNOM.

Após diversas denúncias públicas, efectuadas tanto pelo CRNOM como pela directora clínica do CHEDV, Miguel Guimarães entende que o Ministério da Saúde não pode ignorar a realidade vivida neste serviço de urgência. Por isso, o dirigente considerou que “o

responsável moral e político por esta situação é o senhor ministro da Saúde”, por condicionar “muito daquilo que são as necessidades dos hospitais”.

Para Merlinde Madureira, só há duas explicações possíveis para o que se pode observar nas urgências: “ou é incompetência ou é perversidade”. “Ou é incompetência que permite que, ano após ano, se mantenham nos lugares-chave as mesmas pessoas; ou há perversidade e o que se deseja é mesmo isto para que nem profissionais nem utentes se dirijam às instalações do SNS”, explicou. A presidente do Sindicato dos Médicos do Norte defendeu mesmo a instauração de processos-crime aos vários responsáveis envolvidos no caos dos serviços de urgência – Ministério, ARS’s e Conselhos de Administração – e expressou a sua revolta pelo que “se está a fazer a um dos melhores serviços de saúde, num país que é pobre”. Por

parte do Sindicato Independente dos Médicos, Carlos Santos assumiu nunca ter visto um serviço de urgência “a funcionar com menos de metade dos profissionais aos diversos níveis”, constituindo por isso um “uma pressão enorme” para a qual “a maioria dos médicos não está disponível”.

Gaia: 1,6 camas por mil habitantes

A 30 de Janeiro, a delegação conjunta da Ordem dos Médicos e dos representantes sindicais do Norte visitou a urgência na Unidade I do Centro Hospitalar Gaia-Espinho (CHGE), um serviço que cobre uma população directa de 340 mil habitantes e que conta com uma média de 400 episódios diários.

O primeiro sinal de preocupação nesta visita resultou da quantidade anómala de doentes instalados nos corredores da urgência – entre 40 a 50 macas visíveis – a aguardar transferência para o internamento. Este constrangimento decorre do facto deste Centro Hospitalar dispor de apenas 550 camas de internamento (ratio de 1,6 camas/1000 habitantes), considerado altamente insuficiente pela própria directora clínica, Fátima Lima, que em declarações no final do encontro reconheceu que “a drenagem de doentes das urgências está comprometida”, apontando como única solução “ter mais camas disponíveis”.

Bloco operativo bloqueado na urgência, pressão acrescida sobre o bloco central e cirurgia programada, número insuficiente de médicos, ausência de especialistas em Radiologia no período nocturno e falta de apoio nos cuidados continuados foram outros dos sinais de alarme detectados pela Ordem e pelos sindicatos. A comitiva teve

oportunidade de manifestar estas e outras preocupações ao presidente do Conselho Administração, Silvério Cordeiro, em reunião privada.

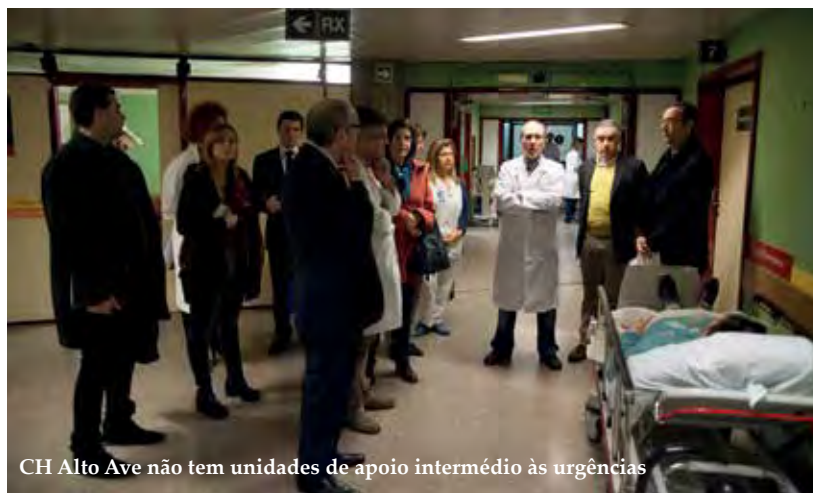
No *briefing* final à imprensa, os representantes das várias instituições foram contundentes nas críticas. Merlinde Madureira, médica da casa e conhecedora profunda da realidade do serviço de urgências, lembrou que o ministro da Saúde visitou o hospital recentemente e teve oportunidade de “ver o verdadeiro caos”. “Ter vindo aqui e tudo continuar na mesma tira toda a esperança aos profissionais”, comentou a líder sindical. A colega do SIM, Manuela Dias, considerou que o mérito desta visita foi “confirmar o que vínhamos a alertar, sobre o desinvestimento completo e sustentado em diferentes áreas do SNS”.

O presidente do Conselho Regional do Norte identificou a “falta de camas para internamento de agudos” como o problema mais grave do CHGE, uma vez que essa restrição leva a “condicionamentos extraordinários”, mas particularmente nas urgências. “É absolutamente indigno trabalhar em condições deste género, e que não seja assegurado aos doentes o mínimo de privacidade”, concluiu Miguel Guimarães.

Guimarães: sem intermédios e continuados

O Hospital de Guimarães – unidade principal do Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA) – foi o terceiro serviço de urgência visitado pelo CRNOM, SMN e SIM. Servindo uma população aproximada de 350 mil habitantes, distribuída por cinco municípios, a unidade é classificada como médico-cirúrgica mas apresentou lacunas semelhantes à sua congénere de Vila Nova de Gaia, levando mesmo o director de serviço de Medicina Interna a qualificar de “indignidade” algumas das situações mais graves verificadas no seu serviço.

O responsável apontou, em especial, a ausência de uma área de cuidados intermédios de apoio à urgência e de uma unidade de cuidados continuados de apoio, que resolveriam o facto de cerca de 30% dos doentes serem internados erradamente na área de ‘agudos’. A falta de camas foi seriamente agravada com a passagem da gestão do Hospital de Fafe para o sector social – o que resultou numa perda acrescida de 28 internamentos – ainda que o CHAA disponha do apoio provisório das unidades de Fel-



CH Alto Ave não tem unidades de apoio intermédio às urgências



gueiras, Riba de Ave e Póvoa de Lanhoso. Verificou-se, uma vez mais, uma enorme carência de profissionais, particularmente de médicos internistas, cujo serviço necessita entre oito a dez elementos. Como nota positiva, os representantes sindicais e a Ordem puderam constatar a estabilidade das equipas de urgência e o reduzido recurso a empresas de prestação de serviços médicos.

Noutro âmbito, o presidente do CRNOM lembrou que o CHAA poderá ficar sem múltiplas especialidades de acordo com a portaria 82/2014, relativa à reforma hospitalar.

Miguel Guimarães, em declarações finais à comunicação social, considerou que o Hospital de Guimarães apresenta condições físicas “bastante degradadas” e carece de uma “estrutura física mais adaptada à dimensão da população que serve”.

Matosinhos: falta de especialistas

A última visita a serviços de urgência da região Norte foi realizada no dia 2 de Março, desta vez ao Hospital Pedro Hispano, sede da Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos. Acompanhada pela direcção clínica e pelo presidente do Conselho de Administração, Victor Herdeiro, a comitiva teve oportunidade de constatar uma unidade com tempos de espera “aceitáveis” e “sem a confusão de doentes internados em camas ou macas nos corredores”, pode ler-se no comunicado emitido pelas três associações. A boa organização geral do ser-

viço foi notória em várias fases da visita, com destaque para a capacidade de ‘drenagem’ dos doentes com indicação para internamento, o que evita que o amontoamento de camas nos corredores de alguns serviços, como por exemplo da Medicina Interna ou da própria Urgência.



Administração da ULS Matosinhos confirmou carências em várias especialidades

Num pico de procura, a direcção clínica teve também a agilidade suficiente para – nos meses de Janeiro e Fevereiro – cancelar actos médicos não prioritários, nomeadamente cirurgias e consultas externas, reforçando a equipa de urgência e a consequente capacidade de resposta. Não obstante, confirmou-se que a ULS Matosinhos tem cerca de 30 doentes internados que poderiam – caso não fossem encerradas 22 camas de cuidados continuados – serem libertados na área destinada a doentes ‘agudos’.

Foram identificados outros problemas de urgente resolução como a recorrente escassez na Radiologia, a ausência de especialistas em Patologia Clínica no período nocturno e a falta de médicos em várias disciplinas, como a Medicina Interna, a Patologia Clínica, a Anestesiologia e a Anatomia Patológica. O número insuficiente de profissionais foi, de resto, a principal nota de preocupação transmitida pelo Conse-

lho de Administração na reunião mantida com a Ordem e os sindicatos médicos, na qual também se abordou os constrangimentos colocados à formação médica contínua após alteração dos critérios de atribuição do prémio de assiduidade [ver assunto detalhado na *Tribuna do CRNOM*].

O presidente do CRNOM aproveitou a oportunidade para reforçar à comunicação social a preocupação com a portaria 82/2014, relativa à reforma hospitalar, uma vez que se trata de um diploma particularmente penalizador para a ULS de Matosinhos, com mais de uma dezena de serviços a poderem encerrar. Miguel Guimarães

apelou mesmo à revogação do diploma, considerando que se trata de uma “aberração” e cuja finalidade será “concentrar toda a actividade médica nos grandes hospitais”. Merlinde Madureira lamentou, por sua vez, o encerramento das camas de cuidados continuados “que faz aumentar a despesa hospitalar”.

Por dificuldades várias, só agora foi possível publicar as visitas aos Serviços da Urgência realizadas pelo Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Reportagem completa, incluindo comunicados, disponível em <http://bit.ly/nortemedico62>



Cerimónia inédita na Ordem dos Médicos em Coimbra para celebrar 60 anos do curso de Medicina

Emoção, saudade e jovialidade! Estudantes do curso de Medicina 1948/1955 e alguns dos familiares de outros alunos já falecidos participaram na sessão comemorativa dos 60 anos de licenciatura em Coimbra.

A sessão decorreu na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) e contou, para além da entrega de medalhas evocativas daquele curso médico, com uma atuação do Coro da Ordem dos Médicos.

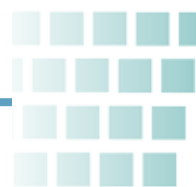
“Foi uma honra para mim estar presente na Comemoração dos 60 anos do Curso Médico 1948-1955 (facto inédito na Ordem). Uma honra e uma emoção muito grande de estar entre colegas que atravessaram mais de meio século ao serviço da Medicina e dos Doentes”, escreveu Carlos Cortes na sua página pessoal da rede social Facebook.

Na cerimónia de entrega de medalhas, que decorreu na Sala Miguel Torga da SRCOM, Car-

los Cortes asseverou: “É com enorme gosto que estou aqui a representar a Ordem dos Médicos perante vós. É com emoção, até. Esta sessão acaba por representar aquilo que é a Medicina para nós. A Medicina é feita da troca de saberes entre gerações, do que é a grande tradição hipocrática. A transmissão

do saber: os menos novos que vão transmitir aos mais novos”. Prosseguindo a sua intervenção, o patologista clínico que é o principal ‘rosto’ da Ordem dos Médicos na região Centro, voltou a colocar o acento tónico nos afetos. “Emociona-me estar aqui com colegas que deram tanto da sua vida à Medicina.





E dar à Medicina não é só dar à Ciência, é dar aos outros, às pessoas, é sacrificar o tempo da sua vida para tornar melhor a vida dos outros”.

“Não estou aqui apenas como presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Quero também dar o meu contributo à medicina, que é ainda muito pequeno ao lado do vosso”.

Ao destacar o facto inédito da celebração dos 60 anos do curso, Carlos Cortes não deixou de sublinhar que este encontro “mostra a vitalidade” de quem valorizou sempre “o lado humano da Medicina”, por contraponto ao que se passa na atualidade em que os médicos “são pressionados, todos os dias, não para tratar pessoas mas para produzir mais e para tratar doenças. Somos acusados todos os dias do que sofre o Serviço Nacional de Saúde...”. Neste momento inédito – e para surpresa de todos – juntou-se a esta cerimónia o presidente do Núcleo de Estudantes de Medicina da Associação Académica de Coimbra, João Cardoso. Nesta ‘ponte geracional’, o estudante, apesar de estar na véspera de mais um exame, não

deixou de estar presente. “É fantástico que 60 anos depois ainda queiram estar juntos. É maravilhoso e um enorme orgulho estar aqui. Pela vossa dedicação, eu, enquanto futuro médico, digo ‘muito obrigado’ pela vossa experiência e dedicação”.

Um dos elementos deste grupo, Neves da Costa, de 88 anos, dirigindo-se a João Cardoso brincou: “Depois destas palavras, sinto-me com a capa aos ombros, toda rota, porque a traça a foi comendo. Neste momento parece uma renda de bilros. Meu querido colega - foram estas palavras que o meu professor de Medicina Legal me tratou antes de eu estar formado – antes de ir para o exame pergunto-lhe qual é a diferença que existe entre nós”. Depois de uma curta pausa, Neves da Costa prosseguiu: “Se não souber eu digo: se eu deixasse crescer a minha barba, era branca. A sua era preta”. As palmas e os sorrisos encheram a sala Miguel Torga.

Antes da entrega das medalhas evocativas, Neves da Costa, dirigindo-se diretamente a Carlos Cortes, deixou uma mensagem clara do tempo em que ele e os

seus colegas do curso médico de 1948/1955 exerciam a Medicina: “O Dr. Carlos Cortes tocou em pontos sensíveis da vida de um médico. Não se pode ser médico sem ser humanista. Na minha vida de médico nunca soube o que era um utente. Nós conhecíamos os doentes. Utentes não havia, isto é de meditar. No Serviço de Anestesia que eu fiz, tive a coragem de dizer aos meus médicos (e por lá passaram centenas de estudantes), que tínhamos a senhora Maria ou o senhor Manuel para anestesiar. Não eram doentes. É importante que passem esta mensagem”.

Manuel Diaz Gonçalves, outros dos excecionais elementos deste grupo, para além de agradecer a Carlos Cortes o carinho com que tem tratado este curso médico, lembrou ainda os amigos e colegas que já faleceram. Entretanto, Neves da Costa – que organizou em Coimbra o I Congresso Internacional sobre a Dor - ofereceu ao presidente da SRCOM um livro que escreveu quando completou 80 anos.

Depois desta cerimónia formal e da entrega das medalhas, foi a vez de todos confraternizarem num animado e succulento lanche no Clube Médico.

Por fim, este peculiar grupo de médicos foi apresentado com uma atuação do

Coro da Ordem dos Médicos. No Clube Médico, o coro interpretou “Se do Mal que me Quereis” (Cancioneiro de Elvas), “Tourdion” (recolha de Pierre Attaignant), “Olhos Azuis” (arranjo de Jacques Chailley), “Ó Rama, ó que linda rama” (arranjo de Adelino Martins), “O Boiadeiro” de Armando Cavalcanti e “Canticorum iubilo” de G.F. Haendel.





Centro de Saúde de Eiras



Extensão de Saúde da Gafanha da Nazaré



Centro de Saúde Norton de Matos



Dia Mundial Médico de Família

Visita ao Centro de Saúde de Eiras marca início da homenagem aos médicos de família

Assinalando o Dia Mundial do Médico de Família, que se comemorou dia 19 de maio e para marcar a importância dos médicos de família na eficácia e sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, a Ordem dos Médicos do Centro promoveu um périplo por várias unidades de cuidados de saúde primários.

Logo de manhã, Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos (CRCOM), com Inês Rosendo, também membro do CRCOM, e Marília Pereira (coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Trevim Sol / Lousã) visitou o **Centro de Saúde de Eiras**, onde funcionam atualmente a Unidade de Saúde Familiar Topázio e a Unidade de Saúde Coimbra Norte. "Um oásis" consideram os representantes da Ordem dos Médicos

do Centro, uma vez que, ali, todos os utentes têm médico de família. No fim da visita, Carlos Cortes, em declarações à SIC, alertou, porém, para o facto de faltar médico de família para 400 mil utentes na região Centro. Contas feitas com base nos mais recentes indicadores do Censos - relação habitante/médico de família - que não deixam dúvidas ao presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Aos microfones da SIC, Carlos Cortes disse que "praticamente um terço dos utentes da Região Centro" não tem médico de família. Nos centros de saúde faltam profissionais e condições para evitar as idas às urgências hospitalares: "Aquilo que é anunciado publicamente [pelo Ministério da Saúde], infelizmente, não tem nenhuma consequência no terreno". Em Eiras,

uma das áreas de maior expansão populacional na última década da cidade de Coimbra, o cenário é, pois, uma exceção.

Visita à Extensão de Saúde da Gafanha da Nazaré e Centro de Saúde Norton de Matos

Depois de visitar as unidades de saúde familiar (USF) Topázio e Coimbra Norte (no Centro de Saúde em Eiras, Coimbra), foi a vez de conhecer outra realidade bem diferente.

Carlos Cortes, Marília Pereira e Inês Rosendo (representantes da Ordem dos Médicos Centro), também se deslocaram ao distrito de Aveiro para assinalar o Dia Mundial do Médico de Família. Na extensão de Saúde da Gafanha da Nazaré, foram alertados



para as desigualdades existentes entre a USF Atlântico Norte (7027 utentes) e USF Beira Ria (com 12073 utentes) que funcionam no mesmo edifício. Carlos Cortes voltou a criticar estes exemplos tão díspares que coabitam nos mesmos edifícios e que se replicam por outras zonas da região Centro. Isso mesmo reportou aos jornalistas no final da visita, voltando a frisar que é necessário equidade no tratamento dos utentes e nas condições de trabalho para os profissionais de saúde. "O Ministério da Saúde não está a

portar-se bem com os Médicos de Família", sublinhou, uma vez que "O Governo não tem sido capaz de resolver os problemas, nem tem conseguido captar os médicos de família" para as regiões mais desguarnecidas.

O imóvel na Gafanha da Nazaré possui graves deficiências de concepção e construção, está a ser sujeito a obras de requalificação. "Curiosamente, começaram uma semana antes desta visita", apontou o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

Visita ao centro de saúde Norton de Matos (Coimbra) inclui conferência de imprensa conjunta SRCOM e APMGF

A culminar este périplo, foi a vez do Centro de A visita ao Centro de Saúde Norton de Matos, em Coimbra, acolheu os membros da Ordem dos Médicos a quem se associou, para uma conferência de imprensa, o presidente da Associação Portuguesa de Médicos de Família, Rui Nogueira. Apesar

continua na próxima página

Médicos da Região Centro organizam Sarau no Teatro Académico de Gil Vicente



Terminou de forma emotiva o Dia Mundial do Médico de Família: A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) e a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) organizaram um sarau que culminou a evocação deste dia em se que enaltece o papel preponderante do médico de família. No Teatro Académico de Gil Vicente, com apresentação da cantora Inês Santos (que também interpretou três canções), o sarau contou, desde logo, com as intervenções de Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, e de Rui Nogueira, presidente da APMGF. Destacaram ambos os desafios da profissão e os princípios que norteiam o imprescindível desempenho dos médicos de família na sociedade portuguesa.

Ainda antes do início do espetáculo musical, o médico Carlos Maia Teixeira - de forma intensa e intimista - prestou tributo aos médicos Fernando Valle e Adolfo Correia da Rocha (o escritor Miguel Torga), enquanto olhava para as fotografias de Fernando Valle e Adolfo Rocha, ambas com assinatura do fotógrafo Eduardo Gageiro, colocadas numa das paredes do TAGV. A fotografia de Adolfo Rocha, do espólio pessoal de Carlos Maia Teixeira, foi oferecida pelo médico do centro de Saúde de Arganil. O espetáculo - que contou com a atuação do Coro da Ordem dos Médicos, do Coro dos Antigos Orfeonistas da Universidade de Coimbra, do Quarteto Opus Quatro, da Tuna Feminina de Medicina da Universidade de Coimbra e da Tuna de Medicina da Universidade de Coimbra - teve ainda momentos hilariantes, com a interpretação de dois atores sobre cenas do quotidiano dos médicos de família. Marta Félix e Ricardo Vaz Trindade, da Companhia de Teatro Toi Toi (Coimbra), proporcionaram hilariantes momentos às centenas de espectadores, uma vez que, de forma humorística, interpretaram algumas das vicissitudes que os médicos de família enfrentam no dia-a-dia.

O espetáculo ficou na memória de todos.

de uma estrutura funcional e de resposta aos utentes “com ganhos em saúde” dos utentes, tal como destacou Conceição Milheiro, médica responsável por esta Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), há ali, no entanto, algumas deficiências: há ali um desfibrilador cujas pás não são validadas há cinco anos. Considerada pela DECO (Associação Portuguesa de Defesa do Consumidor), em 2007, como “a melhor unidade de cuidados de saúde primários do País” e de integrar a unidade

curricular de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Carlos Cortes enunciou, nesta conferência de imprensa, diversas dificuldades e desconformidades. A título de exemplo, “a desadequação entre os recursos humanos para o número de utentes”, bem como a degradação acelerada do edifício. Na UCSP Norton de Matos, que serve 30 mil utentes, dos quais 14 mil não têm médico de família. A UCSP que integra o Agrupamento de Centros de Saúde

de do Baixo Mondego tem certificação ISO 9001. Mas, por exemplo, faltam neste momento: insulina, analgésicos, pensos, medidores de glicemia. Também Rui Nogueira se referiu às “assimetrias” existentes no País, quer na distribuição de profissionais quer na falta de condições para o exercício da profissão por forma a dar resposta aos utentes de forma cabal. “Até as aplicações informáticas [ineficientes] são fonte de stress”, aludiu o presidente da APMGF.



Carlos Cortes visita Serviço de Infecção onde não há “lista de espera” para consulta

Os desafios da infecciologia, a otimização dos regimes terapêuticos, as polémicas com as escalas de urgência que colidem com a formação pós-graduada dos médicos internos, o encerramento do serviço de infecciosas no antigo Hospital Geral de Coimbra (vulgo, Hospital dos Covões) – eis alguns dos temas abordados na reunião com toda a equipa do Serviço de Infecção e o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM).

Precedendo essa reunião, Carlos Cortes, presidente da SRCOM, visitou todo o Serviço de Infecção – Polo HUC atualmente inte-

grado na UGI Médica 2 (dirigida pelo Prof. Doutor Meliço Silvestre). Esta visita teve como cicero o Prof. Doutor José Saraiva da Cunha (diretor deste serviço). Muita coisa mudou desde a criação do Hospital de Dia do Departamento de Doenças Infecciosas, inaugurado em 2 de outubro de 1998 quando Odete Ferreira presidia à Comissão Nacional de Luta Contra a Sida. Esta é, aliás, uma das três áreas do serviço. Esta estrutura, de acordo com o Prof. Doutor Saraiva da Cunha, é atualmente utilizada para ensaios clínicos. As outras duas áreas do Serviço de Infecção são para

ambulatório e internamento. Com uma capacidade de 29 camas (cinco dos quais de isolamento), ao longo dos anos, o serviço foi-se modelando às alterações das prioridades das políticas de Saúde onde se inclui, também, a mudança mais recente em resultado da fusão dos dois hospitais da cidade de Coimbra. A sala de cuidados intermédios, por exemplo, é atualmente uma enfermaria geral. Na reunião, Carlos Cortes conheceu os números desta equipa composta por 14 médicos especialistas (que inclui 2 assistentes graduados sénior, 8 assistentes graduados e 4 assistentes), 1 interno especialista,



13 médicos internos, 22 enfermeiros, 4 assistentes técnicos, 9 assistentes operacionais, 1 psicóloga. Ao fazer a caracterização do serviço, Saraiva da Cunha destacou ainda o facto deste ter a função de médico residente entre as 9.00 e as 24.00 horas, que é assegurada por um especialista do serviço. Destaque que para além da consulta externa, imunodeficiência, tem ainda a Medicina do Viajante.

“Temos idoneidade completa para formação dos internos de infecciologia, temos elevada procura por internos de outras especialidades para a realização de estágios de infecciosas o que nos leva mesmo a ter de recusar quem quer vir fazer formação, pólo de atração em toda a região Centro”, acrescentou o diretor de serviço. De acordo com o Prof. Doutor Saraiva da Cunha, os dados de produção em relação a 2014 - após a fusão - foram efetuadas “perto de 2800 consultas das quais 2000 são primeiras consultas; 1500 sessões de Hospital de Dia e 600 doentes internados no nosso setor de internamento”. Destacou: “Não temos lista de espera, o nosso tempo de resposta de primeira consulta é de duas a três semanas”. Antes da fusão dos serviços dos dois hospitais de Coimbra, recorda o diretor, “a taxa de ocupação rondava os 75 por cento”, depois da fusão sobe “mas,

na grande maioria do ano, as 29 camas existentes são suficientes”. Neste processo de criação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, a infecciologia perdeu 15 camas (as que existiam no Hospital Geral). Após esta caracterização, o Prof. Doutor Saraiva da Cunha dá conta das particularidades e aspetos funcionais da especialidade: “elevada exigência na atualização, ausência de técnicas específicas, elevada procura para integrar as Comissões Técnicas dos Hospitais, ausência de saídas profissionais no SNS, a desatualização/inoperacionalidade das redes de referência hospitalar que é uma rede caduca, exagerado número de internos em formação para as necessidades atuais do Serviço Nacional de Saúde (neste serviço estão atualmente 13)”. Este último item é, aliás, uma das grades incógnitas para o futuro. “O quadro de infecciologia do Serviço Nacional de Saúde está praticamente esgotado. Não há vagas para todos os internos que estão a terminar a especialidade. Há necessidades em vários hospitais mas nos sítios onde são precisos não abrem vagas”, denuncia o atual diretor de serviço, sublinhando até que esse “é o maior problema da especialidade”. Remata o atual diretor do Serviço de Infecciologia: “É preciso alterar a formação, a infecção

VIH está no caminho de tornar-se uma doença crónica, e temos de encontrar novas áreas de influência. O papel catalisador de tudo isto é a Ordem dos Médicos.

Carlos Cortes, por fim, voltou a explicar o motivo destas visitas por parte dos responsáveis da Ordem dos Médicos— quer às unidades de cuidados de saúde primários quer aos serviços hospitalares. “Tenho visitado diversos serviços e a perspetiva que tenho é diferente da que tinha há uns meses”.

Num serviço cujo responsável admitiu existir uma “pirâmide perigosa”, uma vez que “num espaço de quatro a cinco anos o serviço pode ser completamente decapitado de seniores”, os médicos internos enfrentam alguns problemas que foram reportados pelos jovens médicos ao presidente da SRCOM. Carlos Cortes assumiu, aliás, que é inadmissível os internos de infecciologia dos CHUC serem discriminados em relação aos outros serviços do País, já que lhes é vedada a participação na escala interna do serviço. Ao invés, são obrigados a fazer urgência integrados noutras especialidades médicas prejudicando a sua formação em infecciologia e a sua atividade assistencial no respetivo serviço.



Presidente do CRS na sessão de entrega de medalhas de 50 anos de registo

Humanismo está a ser esmagado pelo dinheiro

O presidente do Conselho Regional do Sul (CRS) contesta os tempos que se vivem particularmente na área da Saúde que enfrenta “uma realidade que esmaga o humanismo com unidades de conta, com euros, com dólares e com outras moedas emergentes”. Foi no dia 3 de Junho, na cerimónia de entrega de medalhas aos médicos que perfizeram 50 anos de registo na Ordem.

Jaime Teixeira Mendes, na sua intervenção na sessão de entrega de medalhas, começou por destacar que a cerimónia visava homenagear “um conjunto de médicos que representam uma geração que tem uma importância transcendente para a Medicina portuguesa e para a saúde dos portugueses”.

E continuou, sublinhando aspectos particulares da geração de médicos em presença:

“A nossa profissão, a nossa arte, a história do Serviço Nacional de Saúde e até o desenvolvimento social das últimas décadas têm uma ligação a que os médicos não são alheios.

Esta geração de médicos que aqui representam encetou um projecto que transformou a Medicina no nosso país. Na verdade, os colegas que aqui estão hoje e os que com eles partiram dos bancos das faculdades prepararam toda uma outra geração de novos médicos que se lhes seguiram e lançaram os alicerces mais profundos do Serviço Nacional de Saúde.

Muitos foram também, enquanto estudantes, activos participantes ou simplesmente simpatizantes das causas que conduziram à Crise Académica de 1962, episódio que marcou o despertar da consciência política de uma geração de estudantes que viria a ser um dos sectores mais importantes na contestação ao Estado Novo e na luta pela liberdade.

Esta é também a homenagem ao vasto conjunto de colegas que, com o seu empenho e competência, desenvolveram o projecto das Carreiras Médicas e tornaram possível a Medicina de qualidade e a formação ímpar que temos hoje e que estão a pretender destruir.”

Primado financeiro e tecnológico

Na sua intervenção, o presidente do CRS caracterizou a Medicina dos nossos dias:

“A Medicina está sempre em mudança, mas os que estão aqui hoje deixaram-nos o legado da medi-

na holística, trilhada por caminhos difíceis, muitas vezes mesmo no verdadeiro sentido do termo.

Agora tudo é diferente, enfrentamos os tempos do primado da tecnologia ao serviço não só do diagnóstico mas também ao serviço da burocratização administrativa, e enfrentamos barreiras intransponíveis entre os médicos e os seus doentes.

Enfrentamos também os tempos do primado financeiro sobre o do humanismo. Aprendemos todos com base nesse humanismo e na prioridade dos princípios que atendem os doentes, mas agora assistimos a uma realidade que esmaga o humanismo com unidades de conta, com euros, com dólares e com outras moedas emergentes.

De acordo com os princípios, todos somos médicos, todos agimos basicamente da mesma maneira, integrados em equipas com meios tecnológicos poderosos, ou sozinhos, na solidão das nossas consultas com os doentes, na cidade ou nos cenários rurais.”

Apelo à luta pela qualidade da formação

Jaime Teixeira Mendes advertiu os colegas presentes que a profissão médica precisa de todos e pediu “empenho na contestação e na firmeza com que temos que enfrentar os ataques”, que elencou e vão “desde as ameaças de alterar o nosso modelo de formação até aos riscos que corre o SNS que ajudaram a construir e com o qual o país deu um salto qualitativo invejável no seu desenvolvimento social”.

O presidente do CRS prosseguiu: “Os mais novos que se seguiram à vossa geração precisaram da vossa competência e do vosso saber, da vossa prática e das vossas referências para se formarem e se consolidarem como médicos. Agora há outros, ainda mais novos, que precisam que estejamos ao lado deles, para lhes garantir a qualidade da formação e para que a Medicina possa continuar a ser o bastião mais forte da defesa dos doentes e o grande pilar do Serviço Nacional de Saúde”.

Participação nas actividades da Ordem

Jaime Teixeira Mendes abordou também a importância da participação dos médicos nas actividades da Ordem:

“Estamos muitos e em boa companhia e quero aproveitar esta oportunidade para vos falar também da Ordem dos Médicos e da importância que pode ter o vosso empenho em contribuir para o trabalho que temos que desenvolver.

Somos os dirigentes que vocês próprios elegeram e que têm obrigação de vos prestar contas. E assim faremos. Os órgãos sociais da Secção Regional do Sul foram eleitos com um programa de que não abdicaremos e nesse programa defendemos

sempre uma grande abertura ao contacto com os médicos, desde os seus dirigentes, dispersos pela região, até a cada um individualmente. Repito o que tenho dito sempre: nenhum médico ficará à porta da Ordem quando dela precisar por alguma razão.

Neste momento de crise financeira, social e política, repito a importância dos vossos contributos para as lutas que o futuro próximo nos reserva. Temos que estar unidos para defender os direitos dos doentes e os nossos princípios.

Devemos estar juntos para contestar e acabar com os processos de contratação de médicos por empresas, uma forma indigna que menoriza a profissão e deixa nas mãos de empresários os meios que devem ser nossos. Este é um problema delicado, que a Ordem tem acompanhado, e em que devemos intervir com a determinação e o apoio de todos, cumprindo os seus desígnios de exigência de qualidade na prática médica e de segurança para os doentes.

Para garantirmos o que defendemos precisamos de uma Ordem forte. E só os médicos podem definir o rumo da sua Ordem e dar-lhe o ânimo de que a instituição precisa para se bater de igual para igual com os poderes.”

O presidente do Conselho Regional do Sul terminou “assinalando que vivemos num país cujos dirigentes valorizam pouco ou mesmo nada aqueles que o servem, que contribuíram ou contribuem no seu dia-a-dia para o desenvolvimento social, como é o caso dos médicos”, considerando por isso que as medalhas que iria entregar pouco depois “têm também essa importância, a de vos fazer um pouco da justiça que vos é devida”.

Confraternização do Curso Médico de 1972 do Porto

Os médicos licenciados em 1972 na Faculdade de Medicina do Porto promovem uma reunião anual. Este ano a confraternização decorreu em Lisboa, na sede da Secção Regional do Sul, e os participantes deixaram um agradecimento ao Conselho Regional do Sul pela recepção e visita às instalações (ver imagem em baixo).

Todos os anos, e sobretudo a partir das comemorações dos 25 anos de curso, estes médicos organizam um encontro numa região do País sempre diferente e previamente determinada, com um dos colegas a tomar conta da organização.

Desta vez o local escolhido foi Lisboa e a Victor Bezerra, que foi já presidente do Conselho Distrital de Santarém (actualmente designado como Ribatejo), foi atribuída a organização.

Entre 29 de Maio e 1 de Junho os médicos visitaram a Fundação Champalimaud, houve também um passeio de barco no Tejo, uma visita ao Castelo de S. Jorge e a Belém.

A 30 de Maio decorreu um jantar no Restaurante da Ordem dos Médicos.



Carta do Conselho Regional do Sul às direcções dos Colégios de Especialidade

Caros Colegas,

Os colégios da especialidade são a razão de ser da Ordem dos Médicos. Efectivamente são eles através das suas direcções eleitas que definem os programas de formação pós graduada e que verificam periodicamente a idoneidade dos serviços, pugnando pela Qualidade da Medicina praticada.

A aprovação dos estatutos da Ordem dos Médicos está neste momento em apreciação na Assembleia da República, tudo indica que os novos estatutos serão aprovados antes do fim desta legislatura. Estes, segundo exigência do Governo terão de ter designados nos estatutos todos os colégios de especialidade aprovados e as subespecialidades passaram a ser secções dos respetivos colégios.

Após a publicação em Diário da República teremos 180 dias para aprovar os vários regulamentos, entre os quais os dos Colégios de Especialidade.

Para que não suceda como aconteceu na aprovação da proposta, pelo anterior CNE, dos estatutos enviados à tutela, cumprindo a Lei 6/2008 das Associações Profissionais, devemos desde já começar a discussão das várias propostas de regulamento dos colégios num ambiente de maior democracia e transparência.

A proposta do CRS vai no sentido de abrir os colégios à participação de todas as proposições e sensibilidades existentes dentro de uma especialidade, numa tentativa de evitar a exclusão de alguns dos seus membros e inverter a tendência de um afastamento cada vez maior na participação eleitoral.

A nossa proposta já foi enviada ao CNE e a todos os presidentes dos Colégios de especialidade e ela respeita as nossas promessas na campanha eleitoral.

- **As direcções dos colégios de especialidade deverão ser verdadeiros *boards* proactivos com legitimidade científica e técnica a nível nacional.**

Devem estar habilitadas a dar de forma célere o seu parecer técnico e/ou científico junto dos responsáveis do Ministério e da Direcção-Geral da Saúde e outros organismos que intervenham na área da saúde.

- **A criação de novos colégios de especialidade deve ser criteriosa, e com o conhecimento do plenário dos colégios, não cedendo a influência de *lobbies*, mas tendo apenas em vista os ganhos em Saúde para o País.**

- **As direcções dos colégios deverão ser ouvidas nas aberturas de novas vagas.**

- **O método eleitoral para as direcções dos colégios deverá ser revisto, para permitir a participação de elementos das listas minoritárias.** (Actualmente estes colegas são automaticamente excluídos de todas as decisões, mesmo que tenham tido uma percentagem de votos significativa)

- **As reuniões intercolégios poderão realizar-se, sempre que necessário, sem ter de pedir autorização ao CNE, não obstante que um dos seus membros esteja presente.**

- **Os colégios deverão ter condições de trabalho condignas: apoio de secretariado e arquivo e cedência de um espaço físico dentro da Ordem.**



A maior modificação refere-se ao acto eleitoral.

As direcções dos Colégios são compostas por membros eleitos em listas cuja composição é obtida de acordo com o sistema de representação proporcional obtido através do método de Hondt aplicado regionalmente, ou seja, os eleitos por cada Secção Regional, que integram a lista, são eleitos apenas membros da respectiva região. (norma proposta)

3- Assegurada a representatividade das 3 Secções Regionais na lista supra enunciada, os membros das Direcções dos Colégios são indigitados pelo Conselho Nacional Executivo, nos termos do artigo 88.º do Estatuto da Ordem dos Médicos. (norma proposta)

Caros Colegas,

Estamos abertos a todas as sugestões da vossa parte.

Setúbal acolheu reunião a 25 de Maio

CRS reúne-se trimestralmente com os Conselhos Distritais

O Conselho Regional do Sul, dando continuidade a um programa iniciado em Março de 2014, promoveu, no dia 25 de Maio, desta vez na sede do Conselho Distrital de Setúbal, uma reunião com os Conselhos Distritais. Trata-se de uma iniciativa inédita lançada no programa de candidatura da actual direcção regional da Ordem, que se tem realizado trimestralmente com bom acolhimento das direcções distritais e resultados animadores.

Nesta reunião, o Conselho Regional do Sul apresentou novos projectos e prestou informações sobre visitas realizadas a várias unidades hospitalares, partilhando também a agenda de eventos. Foi igualmente apresentado o Regulamento de Atribuição de Prémios Artísticos ou Científicos pelos Órgãos da Secção Regional do Sul e esclarecidas dúvidas sobre este documento (ver publicação na página 70).

Matéria que tem sido vista com preocupação é a das quotas por liquidar. Graciela Simões, tesoureira do CRS, fez uma apresentação com recurso a gráficos explicativos, e deu informações

sobre os montantes em dívida e as principais razões apresentadas. O Conselho Regional do Sul e a tesouraria da Secção têm feito um enorme esforço, particularmente durante o ano de 2014, para a recuperação de verbas, mas o valor em dívida é ainda elevado.

Os presidentes dos Conselhos Distritais presentes apresentaram ao presidente do Conselho Regional do Sul, Jaime Teixeira Mendes, diversas preocupações, nomeadamente referindo alguma demora na obtenção de pareceres solicitados ao Departamento Jurídico.

Outra situação que mereceu críticas foi a emissão de pareceres prévios do Conselho Nacional da Pós Graduação que acaba por condicionar a obtenção de patrocínios das realizações propostas.

O Conselho Regional do Sul foi incentivado a intervir ainda mais na denúncia de situações graves que ocorrem nas unidades hospitalares e que possam ter como consequência prejuízos para as condições de exercício dos médicos e para o tratamento dos doentes, mas também quanto à notória ineficácia dos cen-

tros hospitalares que vão sendo criados.

Uma notícia publicada em diversos órgãos de comunicação social sobre um método que promete a cura do cancro nos serviços da Fundação Champalimaud mereceu críticas e foi deliberado comunicar o caso ao Colégio da Especialidade de Oncologia e ao Conselho Disciplinar para que seja devidamente acompanhado.

O funcionamento da Urgência do Hospital de Setúbal, tanto quanto à resposta aos doentes como à chamada para serviço de médicos internos que não estão de escala, foi também abordado e merece acompanhamento.

A Presidente do Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira, Henriqueta Reynolds, informou sobre a preparação das I Jornadas Médicas das Ilhas da Macaronésia, um evento que decorrerá em Outubro no Funchal, organizado por este Conselho Médico e pelo Conselho Regional. Os restantes dirigentes presentes solicitaram o acompanhamento da informação sobre o programa e as datas da iniciativa.

Atribuição de Prémios Artísticos ou Científicos pelos órgãos da SRS

O Conselho Regional do Sul aprovou a minuta de regulamento de todos os concursos que se realizarem na sua área de intervenção. Para que os médicos tenham conhecimento deste documento, cujas normas passam agora a estar em vigor, aqui segue publicado na íntegra.

Regulamento de Atribuição de Prémios Artísticos ou Científicos pelos órgãos da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos

(Preâmbulo)

No uso da competência estabelecida na alínea e) do artigo 44.º do Estatuto da Ordem dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 272/77, de 5 de Julho, o Conselho Regional do Sul aprovou a presente norma que se destina a regulamentar a atribuição de prémios em concursos patrocinados pelos órgãos da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos.

Artigo 1º

(Autorização)

1 – O Conselho Regional do Sul e os Conselhos Distritais da Secção Regional do Sul da OM podem promover concursos de índole artística, nomeadamente de fotografia, e de carácter científico, na área da Medicina, desde que, previamente, autorizados pelo Conselho Regional do Sul.

2 – Só podem ser autorizados os concursos que cumpram com o estipulado neste Regulamento e que tenham as finalidades conexas com as estabelecidas nos artigos 6.º e 7.º do Estatuto da Ordem dos Médicos.

3 – No planeamento das atividades

para o ano seguinte a efectuar pelos Órgãos da Secção Regional do Sul devem ser programados todos os concursos a realizar no âmbito do presente Regulamento.

4- Os órgãos promotores dos concursos devem enviar, obrigatoriamente, no último trimestre do ano, as propostas de concursos a realizar para o ano seguinte.

5 – Caso não o façam, o concurso só poderá ser efectuado, a título excepcional, por decisão proferida pelo Conselho Regional Sul da Ordem dos Médicos, devendo o órgão promotor enviar a sua proposta por escrito e devidamente fundamentada explicando o não cumprimento da norma consagrada no número 4) do presente Artigo.

6- As normas consagradas no número 4 e 5 não têm aplicação para os concursos que foram lançados em data anterior à aprovação deste Regulamento,

Artigo 2º

(Divulgação)

1- Os concursos e os respectivos regulamentos são obrigatoriamente divulgados no portal e na revista

da Secção Regional do Sul da OM.

2- Em alternativa ou simultaneamente à divulgação na revista podem ser publicitados em jornal local ou nacional devendo os custos dessa publicação ser suportados pelo órgão promotor.

Artigo 3º

(Direitos de autor)

Em caso algum os Direitos de Autor e/ou os artigos levados a concurso se transmitem a favor da OM.

Artigo 4º

(Concorrentes)

1 – Podem ser concorrentes aos concursos promovidos pelo Conselho Regional do Sul todos os médicos inscritos na respectiva área geográfica.

2 - Nos concursos promovidos por um Conselho Distrital da Secção Regional do Sul da OM, o regulamento do concurso pode restringir os participantes aos médicos com residência nesse Distrito.

3 – Só podem concorrer médicos que tenham as suas quotas regulamentadas, ou seja, é vedada a inscrição a médicos que à data do con-



curso tenham em dívida quotas do ano transacto e desse mesmo ano.

Artigo 5º

(Atribuição de Prémio)

1 - Por cada concurso não podem ser atribuídos mais de três prémios.
2 - O prémio pode ser em dinheiro ou em espécie.

3 - O valor global dos prémios científicos não pode exceder 1.500 euros.

4 - O valor global dos prémios artísticos não pode exceder os 500 euros.

5- São admitidos patrocinadores para os prémios.

Artigo 6º

(Imposto de Selo)

1- A atribuição de prémios está sujeita a Imposto do Selo à taxa de 35% para os atribuídos em dinheiro ou à taxa de 45% para os atribuídos em espécie (verbas 11.2 e 11.2.2 da Tabela Geral do Imposto do Selo), cabendo à OM a sua liquidação e pagamento.

2- O prémio anunciado deve ser o valor líquido, ou seja, depois de pago o respectivo imposto.

Artigo 7º

(Limitação)

Cada Conselho Distrital não pode realizar mais de dois concursos por ano, sendo que, só um pode ser de natureza artística.

Artigo 8º

(Regulamento do Concurso)

1 - Aquando da apresentação do concurso para aprovação pelo Conselho Regional do Sul é obrigatório o envio do Regulamento do concurso e o modelo da ficha de inscrição.

2- O Regulamento do concurso contempla, obrigatoriamente, os seguintes pontos:

- Âmbito do concurso;
- Definição dos concorrentes;
- Modo de apresentação de candidaturas;
- Definição do(s) prémio(s) a atribuir;
- Seleção do júri;
- CrITÉrios de avaliação dos concorrentes;
- A divulgação dos resultados e a entrega dos prémios.

3 - O Regulamento deve referir expressamente que *"Os interessados ao concorrer declaram que leram o presente Regulamento e que aceitam integralmente o disposto no mesmo."*

4 - Caberá ao Conselho Regional do Sul a apreciação do Regulamento do Concurso podendo, caso seja necessário, introduzir as modificações necessárias à sua conformidade com o presente Regulamento e, depois de ouvido o órgão interessado, as alterações que visem outros elementos que se pretendam mais uniformes.

5- Só após deliberação do Regulamento do Concurso, pelo Conselho Regional do Sul da OM, poderão ser divulgados os concursos, pelos respectivos órgãos promotores, nos termos previstos no presente Regulamento de Atribuição de Prémios.

Artigo 9º

(Impedimentos)

É vedado a qualquer membro do órgão organizador ou membro do júri participar no concurso.

Artigo 10º

(Júri)

Sendo designado um médico para membro do júri só poderá ser nomeado como tal se tiver todas as suas quotas regularizadas para com a OM.

Artigo 11º

(Entrada em vigor)

Este regulamento entra em vigor no dia útil seguinte à sua aprovação.

Artigo 12º

(norma transitória)

Todos os concursos que já estejam em curso e nos quais ainda seja possível fazê-lo devem adequar os seus regulamentos às normas insertas neste Regulamento.

Lisboa, 7 Maio de 2015

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2015

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

8 de Julho, quarta-feira às 18h30m

"História da reanimação" - Figueiredo Lima

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

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

*História da
Medicina*



João Fernandes

Interno de 3º ano da Formação Específica de Medicina Geral e Familiar

Depois da tempestade...

Sou Interno de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar. Durante a última época de gripe frequentava o 2º ano de internato, portanto já com algum grau de autonomia nas consultas.

Não posso deixar de me espantar, com a afluência de doentes à consulta de urgência da minha unidade de saúde. Não se trata de perceber se a afluência foi maior ou menor que nos outros anos, ou se o sistema organizativo estava melhor ou pior estruturado. O que me fez reflectir, foram os motivos de muitas das idas à consulta de recurso.

É verdade que não tenho muitos anos de prática clínica para ter um bom termo comparativo – no ano anterior estava em estágios hospitalares e não “a tempo inteiro” na USF – mas este ano, apercebi-me que numa grande parte dos doentes a insegurança face ao seu estado de saúde era se calhar o maior factor que os fazia vir ao médico. Os sintomas eram na sua maioria comuns e banais na sua intensidade – tosse, alguma febre – cujo início teria sido no dia anterior ou por vezes no próprio dia.

Na televisão falava-se de falta de recursos humanos e físicos, e, de uma outra perspectiva, falava-se

de um uso desadequado do sistema e dos recursos de saúde por parte dos utentes.

Mas, e se quem recorria a consulta de urgência com “princípios de gripe” sentisse mesmo essa necessidade?

Ou seja, será que há actualmente nos nossos doentes uma insegurança tal, que os faça procurar alguém que lhes assegure que “está tudo bem”? Questiono-me se não será efeito também da conjuntura da crise económica?

O facto é que na maioria das vezes nem foi necessário o tratamento sintomático. A escuta terapêutica foi o medicamento utilizado, e deixou o doente tranquilo.

Mas, no final das contas, foram casos de utentes que poderiam – e se calhar noutra situação te-lo-iam feito – ter gerido os sintomas em casa, poupando recursos e libertando os mesmos para outras situações que se justificassem. Urge cultivar na nossa sociedade um sentimento de confiança e de responsabilidade pela própria saúde.

Lembro-me de ter visto numa rede social, uma imagem de um placard informativo num autocarro inglês, em que e se

informava a população dos recursos existentes e da melhor atitude a tomar face aos sintomas (cuidados em casa, ligar para o centro de apoio – em Portugal, a Saúde24 – recorrer ao farmacêutico, recorrer ao Médico de Família, e por último, recorrer a uma unidade hospitalar).

Se calhar, com as devidas adaptações à realidade portuguesa, seria uma boa maneira de apostar na educação para a saúde.

Unwell? Choose Well Choose well.

Your pharmacist, GP or NHS 111 can help you get treatment quickly

A&E is for life threatening emergencies only

For illnesses like coughs and colds - see your pharmacist

For illnesses like headaches, sore throats and stomach aches - Self-care

For illnesses that won't go away - see your GP

For illnesses that are life threatening - call 111

Help your NHS save lives

www.choosewellcambs.nhs.uk



Mónica Bagueixa

Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde de Santa Maria - Unidade Local de Saúde do Nordeste

No virar dos tempos, o tempo tudo levou...

Nascida no seio de um meio bucólico embrenhado por altivas e majestosas serras ladeadas por terrenos agrícolas que ostentavam orgulhosamente a força lutadora das suas gentes, num sentimento recíproco de retribuição, com uma franja populacional que açambarcava a criança e o velho, modelei meus sentimentos e personalidade na ânsia de melhor servir.

Agora adulta, consegui escolher uma das mais nobres profissões que me permite concretizar a genuinidade do muito que me vai na alma em prol do sofrimento físico ou não, numa sociedade feita de retalhos. Neste contexto salienta-se um país de idosos construído, pois em 1970 era o país menos envelhecido da Europa, enquanto que em 2011 era dos mais velhos do Mundo.

Mas no virar dos tempos, o tempo tudo levou... As crianças de ontem são os velhos de hoje a viverem numa sociedade que os esquece e numa família que os tolera, restando-lhes apenas esperar que a terra os receba nas suas entranhas.

E agora o que é o meu país? Talvez o somatório de lugares e lugares, de valores esquecidos, de idosos apáticos no entardecer da vida, de jovens que levaram a força do seu trabalho para sítios longínquos, de famílias que se destruíram ou não se construíram, de políticas mal sucedidas

e de tantas pequenas e grandes coisas que vagueiam no coração de cada português.

Neste contexto, o médico de família é uma peça chave pelo conhecimento do meio e das famílias em que se encontra inserido o idoso, conseguindo muitas vezes reverter as situações não pelo efeito terapêutico dos medicamentos mas pelo resultado terapêutico da própria palavra, escutando e respeitando o próximo numa atitude de reverência pelo ser humano. É fundamental o acolhimento do idoso na sua dimensão biopsicosocial, como um todo que açambarca a heterogeneidade das suas vivências culturais, história de vida, educação, sexo, raça, bem como o seu estado físico e mental e respetiva adaptação ao processo de envelhecimento que pode ser enfrentado como um ciclo vital ou como um período de declínio.

A relação médico/utente idoso pode-se tornar mutuamente gra-

tificante e compensadora desde que se evitem atitudes depreciativas, se aumente o interesse e o tempo despendido com o utente e não se trivialize os problemas em função do processo natural do envelhecimento.

Qualquer ato médico é muitas vezes relativizado não só pela falta de meios, mas também pelos escassos minutos que são dedicados a cada consulta, que restringe a escuta ativa, a necessidade de uma comunicação verbal particularmente cuidada com perguntas abertas e fechadas, a comunicação não verbal que permita a recolha de informações pertinentes, compreensão e valorização do utente idoso como um ser possuidor de vontade e desejos próprios. Ainda é possível referir muitas outras etapas numa consulta que se deseja capaz de resolver ou minimizar o sofrimento mas que se interliga simultaneamente com uma visão economicista podendo pôr em causa a essên-



cia da Especialidade de Medicina Geral e Familiar.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, o profissional de saúde tem que ver o idoso como o seu espelho de amanhã, exigindo-se ao médico atributos de empatia, reconhecimento das suas limitações humanas e profissionais, estabelecimento de uma comunicação em termos compreensíveis com o utente, bom ouvinte, eficiente, responsável pela

humanização da medicina, entre outros. Será exequível na prática assumir esta panóplia de atributos? Penso que se está a atingir o limite do impossível quando no presente momento ainda nos defrontamos com a hipótese de adesão a uma lista de 2500 utentes em vez da colocação atempada de recém-licenciados, pondo-se cobro às atuais esperas de largos meses.

Auguro que o meu país consiga pôr em prática os meios necessários que impeçam que a vida humana se esvaneça na terra de ninguém ou só de alguns!



Silvino Bacelar

ContrEtualizações & plásticas numéricas

Como demonstrei em anterior escrito, se gestores há no nosso país que possam escapar à recomendação recente do FMI de que vão todos para a requalificação, são evidentemente os que ganham a vida no Ministério da (Gestão em) Saúde. Exigência, obstinação e criatividade sem limites!

Os mais séniores entre eles viveram nos seus anos formativos ideais muito em voga no post-25 de Abril, tendo como faróis ideológicos a URSS e Cuba, China e Albânia. O que não os impediu - pouco depois, quando precisaram de fazer dinheiro - de sucumbir resolutamente ao charme pouco discreto do capitalismo, de que se tornaram ávidos aprendizes. Chegaram entretanto ao poder, e vimos como esta dualidade de formação resultou, a nível da Saúde, num sistema híbrido que, embora bizarro, é reconhecidamente criativo.

É sobre Medicina Criativa que hoje me proponho escrever.

Todos sabemos como em política o que vale é a imagem e não a realidade dos factos. Com a Saúde entregue aos políticos, é inevitável vermos a propaganda a insuflar o desempenho do sector.

Mas, não querendo assumir o ilícito da manipulação, os “governadores” transferem para os médicos essa incumbência - a pretexto de em tempos termos jurado cumprir com lealdade as funções (estas?) que nos foram confiadas... E apesar de saberem - sobretudo aqueles que são médicos “requalificados” em gestores - que toda a nossa aprendizagem e prática se baseia no rigor científico, sem lugar para subterfúgios.

E assim, cai-nos o queixo de espanto perante superiores sugestões de artimanhas, como o registo de colonoscopias intercalares fictícias... É que se o PON (Plano Oncológico Nacional) e a boa prática recomendam um intervalo de 5 anos após uma colonoscopia normal, já o PIN (Produção de Indicadores Nescios) não permite mais do que 3 anos...

A aplicação informática não faz

o cálculo do risco cárdio-vascular se a tensão arterial sistólica é inferior a 120? Aumenta-se a TA!

Outro exemplo paradigmático desta medicina do “faz de conta” é o controlo dos hipocoagulados. Escudados num parecer do presidente do Colégio de Medicina Geral e Familiar (MGF) de que temos “competência para fazer hipocoagulação”, tratam de sobrecarregar os já exaustos clínicos com mais esta atribuição.

Que eu de bom grado aceitaria se ainda me encontrasse a trabalhar no Couto de Ervededo, onde o laboratório mais próximo ficava a uma boa dezena de quilómetros de distância. Mas, no Porto, onde há quase tantos laboratórios como paragens de autocarros?! Por 2.49 euros para o Estado, e mais 80 centimos para o utente (se não for isento), o laboratório faz-lhe o controlo e - não sendo

sua obrigação, mas se lhe for solicitado - estabelece-lhe a posologia subsequente.

Ainda que frequentemente trabalhe por menos que as taxas moderadoras, o meu tempo, acrescido do dos outros funcionários envolvidos, e do material a adquirir pelo Centro de Saúde, vale mais do que isso.

Quem manda concorda certamente, pois o que na prática agora se nos pede é que pressionemos os utentes a trazerem-nos anualmente pelo menos seis resultados do INR. Inseridos na informática, e desde que receitemos o hipocoagulante duas vezes por ano, tudo devidamente repartido pelos dois semestres, o utente aparece como hipocoagulado no Centro de Saúde! A bem dos indicadores...

Os indicadores são, para os burocratas, a razão de ser dos serviços de saúde. A prática clínica deve acomodar-se a estes, e não o contrário. Adiar uns dias a consulta dos 12 meses da criança, porque o médico ou a família estão de férias? Ou umas semanas, porque o bebé nasceu prematuro, e a avaliação do desenvolvimento pelos 12 meses convém ser correspondentemente retardada? Não pode! A consulta tem de ser efectuada até ao 364º dia de vida, sob pena de esta criança fazer descer o indicador das que são adequadamente acompanhadas no Centro de Saúde durante o primeiro ano de vida... Tudo pelos indicadores, nada contra os indicadores...

Todos sabemos como se mimetizam consultas, duplicando as que são feitas na privada; como se inserem dados, quando não fictícios, “pescados” noutras instituições (nos dias em que a PDS – Plataforma de Dados da Saúde – funciona...). E, havendo incentivos, há enfermeiras que se prestam a telefonar para saber do

peso e comprimento dos bebés seguidos na privada...

Entendo que para alguns Colegas das USF's, particularmente do modelo B, o alindamento da estatística tenha de prevalecer sobre a verdade dos factos – têm aí a possibilidade de corrigir a degradação actual dos salários.

Mas, em contacto com Colegas hospitalares, ouço os MGF's a ser alvo de anedotas sobre como, quando procurados por aqueles ou familiares, o motivo de consulta é posto de lado. E esta se transforma na recolha de uns tantos dados para preenchimento de indicadores (“O menino tem Pediatra, não tem? É seguida por Ginecologia, não é verdade? Então, diga-me por favor...”)

Burocracia sempre a houve no M(G)S, e não é recente o zelo dos burocratas em ostentar quem ali manda realmente. Há umas duas décadas atrás, quando tudo era manual, compraziam-se em nos exigir esporadicamente o preenchimento dos códigos numéricos de cada análise ou outro exame que requisitássemos nos modelos verdes (os “P1's”).

Nunca cheguei a fazê-lo, pois descobri a existência de duas diferentes tabelas de códigos e, tendo inquirido a administração sobre se os deveria somar ou subtrair, não obtive resposta.

Mas noutras sub-regiões de saúde eram mais rigorosos, e recordei visitar no local de trabalho um Colega que estoicamente preenchia os espaços com sequências ininterruptas e repetidas de 0 a 9... Imagino que os laboratórios tivessem que corrigir as cifras, mas nunca ninguém lhe levantou objecções.

Entretanto, deu-se a informati-

zação da maioria dos registos e procedimentos, e isso aumentou exponencialmente as oportunidades de interferência da burocracia. No M(G)S são agora legiões os gestores, governadores, reguladores e afins, que não sabem mais de saúde do que o utente médio. Tropeçamos neles – ainda há dias me cruzei com um jovem afilhado meu que tinha novidades para contar: interessado num emprego confortável enquanto prepara a sua tese de doutoramento, concorreu e já está instalado na pirâmide invertida que nos tutela...

É bem sabido que nas últimas décadas se fizeram grandes progressos nos indicadores de Saúde que realmente importam. Ora isso foi fruto do trabalho desenvolvido quando os profissionais de Saúde ainda eram a maioria no Ministério. É bem possível que alguns desses indicadores venham a deteriorar-se, e, mais do que à crise, isso dever-se-á à forma como os recursos são desviados dos utentes e de quem realmente trabalha para quem se limita a parasitar o sistema.

São estes – livres de stress, sem preocupações de produtividade – que se permitem engendrar um arremedo de avaliação, em que os resultados estão pré-definidos: 5% dos médicos do SNS serão “excelentes”, e haverá mais 20% ainda “relevantes”... Uma afronta a uma classe profissional para quem a excelência é um imperativo de ordem ética – embora impossível de atingir no SNS, dadas as imposições degradantes da mesma tutela que agora nos insulta. E que, para continuar a reinar, tenta assim dividir mais os médicos...

Já tínhamos os sindicalizados e os outros, os que ganham pela tabela e os de contrato individual, os com exclusividade e os sem, os

que ficaram congelados na base e os do topo, os que se safaram com a reforma e os que tiveram de ficar, os que já estavam e os que entram de novo... Passamos agora a ter os avaliadores e os avaliados, os relevantes e os irrelevantes (75%!)- por obra duma caricatura de avaliação, de um simplismo ridículo, incompatível com a complexidade e responsabilidade de uma profissão como a nossa.

Assim classificados - e a manter-se a docilidade, quando não conivência, dos sindicatos e de estruturas como a APMCG - não nos poderemos queixar quando formos substituídos por alguma forma rudimentar de inteligência artificial... A nível dos cuidados

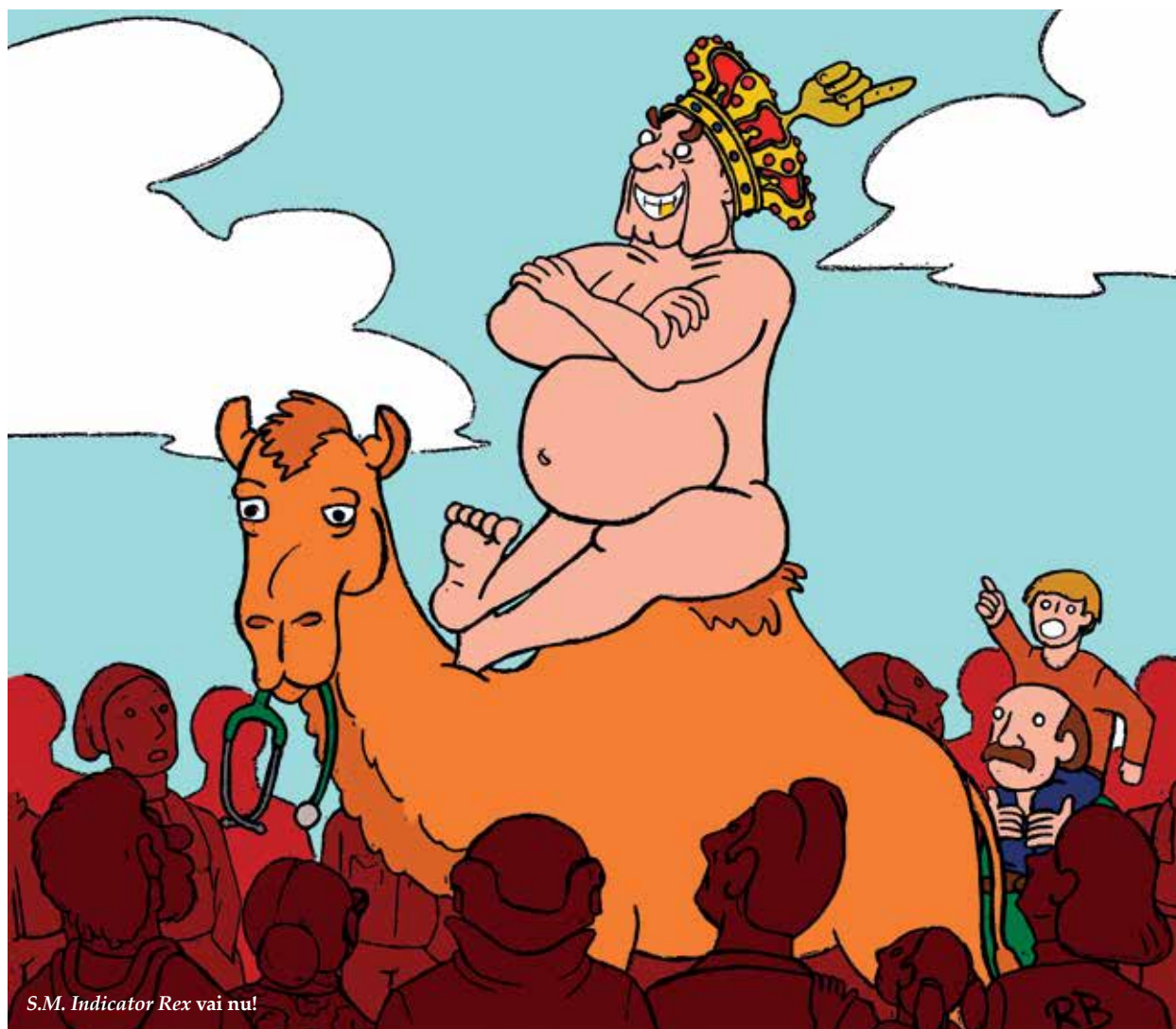
de saúde primários, por robots de aspecto humanoíde, ou simplesmente "quiosques médicos" - capazes de emitir receitas, passar baixas, requisitar "análises anuais" (que podem ser transcrições encapotadas), e fazer de sineleiros para outras especialidades. E de tudo isto extrair os códigos respectivos, a matéria-prima dos indicadores.

Li há muitos anos "O Jogo das Contas de Vidro", a obra de Hermann Hesse que lhe valeu o Nobel da Literatura. Em Castália, reino idealizado, há uma elite sem preocupações de ordem material que se cultiva dedicando-se a um jogo puramente abstracto e muito sofisticado, o qual esta-

belece relações complexas entre ramos do conhecimento e tópicos aparentemente distantes.

Os burocratas do M(G)S parecem convencidos que inventaram algo assim, e querem que lhes aparemos o jogo... Mas entre o sublime e o grotesco, o passo é curto. Na verdade, o que nos exigem assemelha-se muito mais à tarefa imposta tempos atrás a uns tantos agentes da polícia lisboeta, desviados das suas funções para ajudarem a preparar uma megabandeira nacional destinada a bater um record Guinness.

Quais contas de vidro? Nós como eles: "O Jogo das Tampinhas de Plástico"...



S.M. Indicator Rex vai nu!



Miguel Leão

Em memória de um Amigo irrepetível: Fernando Costa e Sousa

Devia ter escrito este texto há mais tempo. Não o fiz por ocupações diversas, alguma preguiça, pouca inspiração e, sobretudo, temor de revisitar recordações bem gratas. As minhas desculpas a sua Mulher, Maria Helena.

A prosa é parcial, porque somos sempre parciais quando falamos dos amigos. Não o tratarei pela fórmula Dr. Costa e Sousa, (que era a que eu usava com ele) mas por Fernando Costa e Sousa. Não vou biografá-lo, mas somente transmitir uma impressão, uma saudosa impressão.

Estamos em 1988. Fui-lhe conhecendo a fama sobretudo através de dois outros amigos (Bernardo Teixeira Coelho e António Silva Leal), quando se ia concretizando uma lista candidata à Secção Regional do Norte liderada pelo primeiro e que haveria de ser eleita em Dezembro de 1989.

Uma velha raposa, o eterno líder da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, uma inteligência superior, um maquiavélico. Pelo meio, o curriculum de ter servido o País, como Secretário de Estado da Saúde, no Ministério dos Assuntos Sociais dirigido por João Morais Leitão, no primeiro governo da Aliança Democrática, liderado por Francisco Sá Carneiro. Aquele Governo de que se guarda memória.

No ano de 1989, rebenta o escândalo Costa Freire, Secretário de Estado de Leonor Beleza. Esta, com o absoluto patrocínio político do então Primeiro-Ministro Cavaco Silva (como este reconhece nas suas memórias), tinha desencadeado uma verdadeira ofensiva contra os médicos, ao que parece para obter ganhos eleitorais. Conheceu-se, na altura, a fibra de Fernando Costa e Sousa, em defesa dos médicos contra a desbragada campanha.

É neste contexto que, em Dezembro de 1989, ocorrem eleições para a Ordem dos Médicos. A norte, com a vitória da lista de Bernardo Teixeira Coelho, assumo as funções de Secretário do Conselho Regional e de membro do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos. Em Janeiro de 1990, logo após as eleições da Ordem, Leonor Beleza sai do Governo, apesar das movimentações de vários médicos do PPD/PSD, sobretudo do Norte, sucedendo-lhe Arlindo de Carvalho. O combate dos médicos em geral e de Fernando Costa e Sousa em particular tinha valido a pena.

É neste início de 1990 que o conheço pessoalmente, como Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos. Ao fim de meia dúzia de reuniões do CNE/OM (era eu um simples interno complementar) recebo um telefonema da “celebridade” Fernando Costa e Sousa, para ir a Lisboa falar com ele, “só para nos conhecermos melhor”.

Porque é meu hábito ser leal, dei conta da iniciativa, para mim algo insólita, ao meu Presidente do Conselho Regional (Bernardo Teixeira Coelho) e lá fui, acompanhado de avisos e caldos de galinha. Almoçamos algures, por ali perto do Hospital Particular de Lisboa, em local que já não recordo. E assim tudo começou. Centenas de horas de conversas, muitos e muitos almoços e jantares (no Chagão, no Hospital Particular, no Hotel Real Parque) transformaram-me, sem imodéstia, num dos seus (raros) amigos.

Era muito difícil ser amigo do Fernando Costa e Sousa. Insuportavelmente coerente e arguto,

determinado, capaz de exercícios intermináveis de dialéctica. Irritantemente teimoso. Quando não convencia, vencia por exaustão.

Apaixonado em relação aos combates. Contra o Belezismo ou a favor da medicina liberal (por ele entendida, e bem, como a exercida por médicos patrões de si próprios).

Liberal, ateu e conservador. Tendo a convicção que a sua estadia profissional em Londres, nos anos sessenta, reforçou o espírito liberal (à inglesa), eliminando (não sem desilusão) alguns laivos anteriores de esquerdismo intelectual.

Não sendo próximo do Partido Socialista foi capaz de agradecer a Mário Soares o seu apoio aos médicos aquando dos conflitos com Beleza, na tomada de posse de Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, em Abril de 1991. Coincidia a posse com a concretização do seu sonho de inaugurar as novas instalações da Ordem, na Avenida Gago Coutinho, em Lisboa.

Profissionalmente apaixonado pela sua Ordem dos Médicos e pelo seu Hospital Particular (que fundou em 1967 e dirigiu durante dezenas de anos), em proporções relativas que nunca consegui quantificar.

“Bon Vivant”. Dos seus Sintras (que abandonaria a custo), da gastronomia (bem portuguesa), do seu Vodka, do seu cão, dos seus livros (de história e de costumes), do seu velho Lótus.

Amante dos prazeres da vida à exaustão, sabia enquadrá-los como um homem de cultura, entendida esta como tudo aquilo que se sabe depois de se ter esquecido o resto.

Era completamente alheio aos formalismos e execrava igualmente o exibicionismo social.

Um humor cáustico e arrasador,

sobre o qual são conhecidas muitas histórias, algumas incontáveis.

Uma oferta de uma lata de Pedigree Pal (um alimento para cães então na moda) a um certo dirigente médico em plena reunião do CNE/OM. A recuperação de uma certa pasta perdida, em sítio impróprio, por determinada personalidade com responsabilidades conhecidas na área da saúde. A compra de um casaco, no decorrer de uma viagem à Alemanha, pago, na altura, por um médico mais novo, quase insinuando ser homossexual, característica que, notoriamente, não tinha. A cadela que nomeou de “Beleza” e que corria pelos jardins

da Ordem, no edifício da Avenida Gago Coutinho. O chiste que dirigia, a um médico ex-atleta, referindo que sendo bom rapaz, pensava com os músculos. A entrevista radiodifundida em que perguntado sobre se queria a cabeça da Ministra Leonor Beleza se limita a responder que se contenta com a “posta do meio”. A referência ácida a um ginecologista, que considerava intelectualmente pouco sério e com quem estava forçado a reunir-se: “ele chega e cheira-me logo a aborto”. A forma como se dirigia a um político da área da saúde, recordando-lhe, em discurso directo que lhe fazia sempre lembrar o “Rigoletto”, estabelecendo assim uma analogia entre a evolução ideológica deste e a célebre ária “La Donna è mobile”. Como conseguiu beber um “Barca Velha”, à custa de um grupo de médicos do Norte, alegando o seu desconhecimento sobre



o vinho em causa. As manifestações entusiásticas que dirigiu a alguém acompanhado por quem se sabia não ser a respectiva mulher, convidando o par para partilhar a mesa do restaurante que ocupávamos e referindo insistentemente que a senhora nem parecia a mesma que ele tinha conhecido anos atrás.

Adorava o poder e desafiá-lo, mas detestava os poderes, nomeadamente os ocultos. Poderia ter sido Bastonário da Ordem dos Médicos, em 1999, e não o quis ser, contribuindo decisivamente para a eleição de Germano de Sousa.

Verdadeiramente livre, dizia sobre as organizações partidárias, ou outras: “lá em casa, coleira, só o cão”. Pode ser livre, graças ao seu esforço pessoal e ao apoio da sua família, e, em particular, da sua mulher, Maria Helena.

Tinha um enorme desprezo pela estupidez e abominava traidores.

Sofreu com vários que, infelizmente, conheci.

Ao mesmo tempo cultivava um grande respeito por adversários de mérito. Lembro, a título de exemplo, a admiração que nutria pelo Mário Jorge Neves (um extraordinário dirigente sindical da FNAM) com quem travou múltiplos combates, em lados opostos da barricada.

Exerceu sobre mim uma verdadeira sedução e com ele aprendi muito. Sobre tudo sobre o que é a espécie humana e o que é ser livre. Formatei, graças a ele, uma determinada ideia de Ordem dos Médicos e de exercício da Medicina. Ainda acredita na medicina sem qualquer tipo de patrão, quando, em 1991, afirmava: *“O objectivo é manter esta profissão liberal, de gente livre, independente, quer de patrões, quer do Estado. Ela deve estar apenas ligada à sua relação com os doentes, ou então torna-se uma profissão de proletários”*.

E, como seria normal, lá estive-mos, sobretudo os dois, no apoio à reeleição de Manuel Eugénio Machado Macedo. Assistimos, em directo, às mais despidoradas vilanias, personificadas por quem repetia “Nunca me candidatarei contra si”. Perdemos todos, mas manteve-se a honra. Anos depois eu iria experimentar algo semelhante.

Apesar de afastados da Ordem dos Médicos, em 1992, mantivemos um contacto continuado e foi com enorme alegria que recebeu a notícia da minha eleição para Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, em Dezembro de 1998. O Fernando Costa e Sousa tinha feito uma promessa a si próprio de que não reentraria nas instalações da Ordem. Quebrou-a com a sua vinda ao Porto, na minha posse, no início do ano de 1999.

Prestou-me sempre a sua ajuda e o seu conselho, ainda que fossemos divergindo na questão do Serviço Nacional de Saúde. O Fernando Costa e Sousa ainda ia nutrindo ilusões sobre a sobrevivência da medicina privada não assalariada mas, a contra-gosto, lá se foi convencendo. A venda do seu Hospital Particular, já no nosso século, significou um revés psicológico e de, facto, uma derrota ideológica. Tinha passado o tempo em que, empenhado e pertinaz, sublinhava: *“O que norteia a minha actividade é procurar que a profissão médica seja uma profissão livre, independente, personalizada”*.

Confessou-o, de algum modo, premonitório e com mágoa, quando antevia, em 2002, a propósito do plafonamento e limites etários de cobertura dos seguros de saúde *“...o eufemismo de seguro de saúde encobrindo a crueza de seguro de doença, deixa de o ser e passa a ser real. De facto, uma vez que uma doença séria numa idade mais jovem não está coberta, o seguro só será interessante para pessoas relativamente saudáveis. Isto para já não falar de uma doença crónica e incapacitante. No fundo anuncia-se “Civet de Lièvre” e é fornecida “fast food”, ou, de uma forma portuguesa, gato por lebre”*.

Depois de um conjunto de considerandos a propósito da relação de entidades seguradoras com hospitais privados acrescentava: *“É facilmente previsível que os hospitais privados, para com maior à vontade poderem exercer as finalidades acima apontadas, sejam tentados a avançar ou salarizar os médicos. Até com a esperança acrescida de se apropriarem de parte substantiva da mais-valia do seu trabalho”* e, por isso, concluía, *“Em súmula, assistir-se-á à transposição para o campo privado dos piores vícios estruturais do sistema público, ainda por cima fora do quadro normativo do funcionalismo”*.

Sobre a independência dos médicos, valor por que se sempre se bateu, afirmava: *“Não será por acaso que a independência do médico constitui o alvo primordial dos gestores, o que prova a sua eficácia como travão dos seus arroubos economicistas”* relembrando adiante que *“...o quadro que se pretende impor não pode deixar de recordar os acordos que existiram entre a hospitalização privada e os serviços médico-sociais cuja qualidade de situava bem abaixo dos medíocres”*. Com evidente clarividência aduzia *“Mas desde há muito tempo que um belga, experiente no assunto, me ensinou que, em saúde, quando se fala de “rationalization” se deve ler “rationalnement”*.

Como se prova, sabia do falava e do que estava para vir.

Foi dos primeiros a saber da minha candidatura a Bastonário da Ordem dos Médicos e fez por ela tudo e muito mais. Avisou-me quanto a vilanias previsíveis e, mais uma vez antes do tempo, teve razão. Não quis aparecer em manifestações públicas porque achava que me poderia prejudicar eleitoralmente. Testemunhei o seu sofrimento com a minha derrota. Acompanhado pela sua mulher Maria Helena, deu-me a honra de estar presente no casamento da minha filha Mariana em 28 de Julho de 2012.

Foi a última vez que o vi, conversando e rindo com as suas histórias, partilhadas com o Alfredo Loureiro e o Bernardo Teixeira Coelho, também presentes.

Estava verdadeiramente feliz, irreverente, cáustico, seguro da sua razão. Estava como sempre o conheci.

E é assim que o recorde e que um dia o irei reencontrar.

Por causa dele a minha vida foi diferente e muito melhor.

Obrigado POR TUDO, Fernando Costa e Sousa

João M Videira Amaral

A propósito do artigo "A montanha pariu um rato"

Li com todo o interesse o artigo de opinião da autoria do colega pediatra Dr. David Lito ... "A montanha pariu um rato - a propósito do exame de saída em Pediatria", publicado na edição de Março último da Revista da Ordem dos Médicos - páginas 60-61. O autor referindo-se, muito benevolmente à minha pessoa, incorpora uma referência bibliográfica dum artigo que em tempos publiquei sobre "avaliação da competência clínica nos concursos da carreira hospitalar" (Acta Pediatr Port 2005; 36:91-3). Sobre o artigo de David Lito, cumpre-me expressar que considero muito louvável a intervenção pela escrita. Tal intervenção, em princípio, suscita o debate de ideias; tratando-se das novas gerações de médicos, como é o caso, haverá a maior probabilidade de serem abordadas questões que têm a ver com inovação. Nesta perspectiva, entendi que devia intervir, não porque o autor foi amável comigo, mas porque me tenho interessado ao longo da carreira por questões relacionadas com a educação médica e um dos aspectos abordados é polémico.

A propósito da ideia-chave "avaliação do desempenho clínico",

concordo com quase tudo o que afirma.

Mas não concordo quando diz ... "parece moderno e inteligente permitir ao candidato consultar *internet, smartphones, tablets*, etc, etc. Claro que na prática clínica corrente é lógico usufruirmos das novas tecnologias, mas há que acautelar o embotamento do raciocínio. Haverá que estudar muito, "usar a cabeça para pensar", não prescindir dela ... antes de consultar os meios técnicos que servem de orientação em prol do doente e sem menosprezar a empatia que deve presidir a todo o acto médico.

Note-se que digo que não concordo com o uso das tecnologias que mencionou em contexto de exame. Um exame "a sério", feito com "transparência como hoje muito se diz" para avaliar a competência clínica do candidato constitui de facto uma prova de sobrecarga, semelhante "às provas laboratoriais", permitam-me a metáfora. Há que garantir ao máximo as competências, sem facilidades nem facilitismos. E a alternativa, em coerência com a ideia de abolição do relatório escrito é, nem mais nem menos, ao estilo dos velhos e rigorosos concursos dos velhos Hospitais

Civis de Lisboa, a prova clínica dita na gíria "de caras" ou de exposição oral em que existe (existia!!!). Tratava-se de "um frente a frente" entre candidato e todos os elementos do júri. Doentes em geral escolhidos aleatoriamente da consulta externa (para o júri e para o candidato), tempo máximo de 2 horas para 2 casos; o candidato não escrevia, (para além de ser permitido tirar pequenas notas); só expunha oralmente, só falava, não lia – anamnese e exame objectivo "ao vivo", resumo, hipóteses de diagnóstico, requisição de exames complementares, discussão e diagnóstico definitivo. Tudo de seguida, com os membros do júri a observar o candidato, como interrogava o doente ou familiar (no caso da pediatria), como auscultava, como palpava o abdómen, como fazia o exame neurológico, como defendia o diagnóstico colocado, como justificava a terapêutica, etc. Portanto, uma prova não escrita, com exposição oral perante o público que assistia na parte final, imprescindível para avaliar a competência clínica, prova que ainda protagonizei como candidato e como membro do júri. Em suma, prova que implicava treino prévio para se

ter êxito, para o júri avaliar com rigor o candidato. Era também um "desafio para o júri" implicando grande competência por parte dos respectivos membros. Em suma, caro colega David Lito, uma prova não escrita que poderia ser uma alternativa à prova escrita, à luz da ideia que exprime. Acresce que nos velhos concursos, um dos modelos in-

cluía a prova escrita e a prova de exposição oral. Violento? Sim, claro! Torna-se evidente que um futuro candidato, sabendo que iria ser submetido a esta tipo de prova estava mais motivado para o treino clínico no dia a dia. Idem para os formadores. E é a perícia clínica adquirida que constitui um instrumento fundamental para rendibilizar a liderança no

sentido global. Para os leitores que ainda não leram "Um certo conceito de Medicina", da autoria de Jaime Celestino da Costa (Lisboa: Gradiva, 2001) acho que vale bem a pena fazê-lo. Perfeitamente actual.

Desejo-lhe os maiores êxitos na sua carreira, felicitando-o pela sua postura pro-activa.

Um abraço

informação

Competência em Codificação Clínica só é atribuída pela Ordem dos Médicos

A ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública e a ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde promovem ciclicamente cursos de Codificação Clínica, na sequência dos quais essas entidades terão prestado informações erróneas de que tais cursos atribuiriam a Competência em Codificação Clínica. Informa-se todos os médicos interessados que essa afirmação não é verdadeira: nem a ENSP nem a ACSS têm competência para a atribuição de quaisquer competências médicas. Os cursos em causa são formações que fornecem habilitações para o exercício da Codificação Clínica mas não "conferem a competência", como ambigualmente surge referido nos panfletos promocionais. A Competência de Codificação Clínica foi criada em 6 de Dezembro de 2010 pela Ordem dos Médicos e a atribuição dessa competência implica requisitos mínimos que se encontram disponíveis no site nacional da OM (os cursos referidos são uma formação específica que representa um requisito mas que não são o único requisito exigido). O reconhecimento ou atribuição do título de Competência em Codificação Clínica compete às Comissões Técnicas de Competência que fazem a apreciação curricular das candidaturas visando a obtenção desse mesmo título de Competência.