

Entrevista:
Tiago Villanueva

**A tendência crescente
para emigração médica
deve ser motivo
de preocupação**

pág. 52

Actualidade
**Reorganização da urgência
metropolitana de Lisboa**

pág. 34



Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 29
N.º 144
Outubro 2013

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:
**António Pereira Coelho, José Ávila
Costa 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:
**Atelier Gráficos à Lapa, Lda.
Lidergraf - Sustainable Printing,
Artes Gráficas, SA**
Rua do Galhano, 15
4480-089 Vila do Conde

Depósito Legal: 7421/85
Preço Avulso: 2 Euros
Periodicidade: Mensal
Tiragem: 44.000 exemplares
(11 números anuais)

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



05 Código Deontológico

informação

- 06 Urgência metropolitana de Lisboa
- 07 Rotura nos serviços de urgência de Setúbal e do Barreiro/Montijo
- 09 Prescrição de Medicamentos utilização de justificações técnicas
- 12 Calendário eleitoral - Triénio 2014/2016
- 13 Atestados médicos
- 14 Cuidados de saúde próximos das populações
- 15 Cartões de desconto em alguns medicamentos
- 16 Trocas nas farmácias, preços e custos dos medicamentos genéricos
- 18 Carta Aberta sobre contratualização de indicadores de desempenho
- 19 Suspensão do funcionamento do CRIM-Sul
- 22 Acesso a dados de saúde de doente falecido por parte de companhia seguradora
- 24 Código de Ética da ULS do Nordeste
- 25 Fornecimento de dados clínicos a seguradoras
- 27 Concursos fechados
- 28 Estatuto de trabalhador-estudante no 1º ano de formação específica do internato
- 29 Segredo profissional e atendimento a jovens

conselho disciplinar

- 30 Ao que os médicos estão sujeitos...

actualidade

- 34 Reorganização da urgência metropolitana de Lisboa
- 44 Ser Espiritual: da Evidência à Ciência
- 48 Cirurgiões portugueses nos séculos XVII e XVIII e o cancro da mama

entrevista

- 52 A tendência crescente para emigração médica deve ser motivo de preocupação

opinião

- 58 Cuidados de Saúde Transfronteiriços
- 60 O Internato de Medicina Geral e Familiar e a situação política portuguesa atual
- 61 Biossimilares de Anticorpos Monoclonais
- 65 XXVIII Jornadas de Cardiologia
- 67 Fui à praça
- 70 As contradições da “cenoura”
- 73 O Museu de Tecnologia Alemã de Berlim - Uma perspectiva pessoal

histórias da...

- 76 O “Espírito dos Hospitais Cívicos de Lisboa”
- 82 cultura

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

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

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

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

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

Urgência metropolitana de Lisboa

Divulgamos em seguida um dos comunicados da OM a propósito da reorganização da urgência metropolitana.

«Porque foram produzidas mais declarações públicas muito pouco acertadas pelos responsáveis da ARS-LVT, a Ordem dos Médicos vem reafirmar o seguinte:

- A ARS-LVT não divulgou as estatísticas que comprovem que há falta de profissionais
- A ARS-LVT não divulgou as estatísticas das urgências para comprovar as suas afirmações
- A ARS-LVT reconhece que a medida visa “um ato de gestão de dinheiros públicos” mas não divulga qualquer estudo que indique se o grau de “poupança”, que será seguramente mínimo, porque é necessário manter urgências internas nos hospitais, equipas de prevenção, manutenção de meios nas duas urgências saltitantes e reforço de meios na urgência “concentrada”, compensa as disfuncionalidades do sistema, as confusões de referenciação, os custos dos transportes entre instituições e o prejuízo dos tempos de atendimento às vítimas, que são inevitáveis.
- A Urgência Metropolitana do Porto serve metade da população que será abrangida pela

Urgência Metropolitana de Lisboa, pelo que deveria haver duas Urgências Metropolitanas de Lisboa.

- A Urgência Metropolitana do Porto tem problemas que nunca houve interesse em auditar. Por exemplo, o facto da Urgência de ORL (S. João) e a urgência de Gastroenterologia (Sto. António) estarem em hospitais separados, o que coloca problemas nos casos de corpos estranhos no esófago.

- A Neurologia e a Cirurgia Vasculiar não foram objecto de concentração na Urgência Metropolitana do Porto, mas serão em Lisboa, sem qualquer estudo e contra o parecer dos Colégios da Especialidade da Ordem dos Médicos.

- Todo o processo foi conduzido secretamente, com o único fito de esconder as suas fragilidades e os problemas potencialmente graves que vão recair sobre as vítimas urgentes e emergentes da Grande Lisboa.

- A Ordem dos Médicos convida o Ministro da Saúde a promover um debate público sobre a Urgência Metropolitana de Lisboa, pois é uma questão de-

masiado importante para ser sigilosamente decidida por quem não sabe o que é uma urgência hospitalar.

Ordem dos Médicos, 23 de Agosto de 2013»

Nota da redacção: Incluímos nesta edição o relatório da visita às urgências da península de Setúbal e uma reportagem alargada sobre esta temática. No *site* nacional poderá encontrar mais informação, nomeadamente todos os pareceres dos Colégios da Especialidade que se pronunciaram sobre a reorganização da urgência metropolitana de Lisboa (podrá localizar a informação com toda a comodidade utilizando a pesquisa que se encontra na *homepage*).



Rotura nos serviços de urgência de Setúbal e do Barreiro/Montijo

O Conselho Distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos tomou conhecimento da situação de rotura ocorrida nos Serviços de Urgência dos Centros Hospitalares de Setúbal e do Barreiro/Montijo, no passado dia 26 de Setembro de 2013, tendo decidido visitar esses Serviços durante o período nocturno do seu funcionamento. Durante a visita efectuada, constatou este Conselho Distrital a ocorrência de múltiplas anomalias no funcionamento dos mesmos, que a seguir se enumeram:

A - Ficou demonstrada a existência de uma completa sobrelocação das estruturas disponíveis para acolher os doentes, quer em ambulatório, quer sobretudo no internamento, sendo esta situação mais premente no Centro Hospitalar Barreiro/Montijo.

B - Foi quebrado o conceito de equipa de urgência. De acordo com os alertas unânimes, ouvidos em ambos os Centros Hospitalares, existe um total desconhecimento das competências profissionais dos elementos enviados para o Serviço de Urgência por empresas do sector privado.

C - Foi particularmente notada a dificuldade de transferência dos

doentes crónicos dos serviços de urgência para os respectivos serviços de acolhimento, sendo de relevar os casos de permanência muito prolongada em Sala de Observações.

D - Constatámos também que as recentes alterações organizativas, no âmbito da chamada Urgência Metropolitana de Lisboa, estão a gerar alguma perturbação no funcionamento de valências presentes no Serviço de Urgência, como é o caso da Neurologia no Centro Hospitalar de Setúbal, em que o especialista aí colocado está apenas disponível para a via verde do AVC ao contrário do que acontecia anteriormente, o que limita a oferta de cuidados especializados nesta área.

E- No momento da visita (depois das 21horas) constatámos a completa ausência, em ambos os Centros Hospitalares, de especialistas de diversas valências médico-cirúrgicas, como por exemplo Urologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Psiquiatria e Cirurgia Plástica e Reconstructiva, o que implica a transferência de todos os doentes com patologia urgente destes foros para Lisboa. No que se refere aos doentes do

foro psiquiátrico, no Centro Hospitalar de Setúbal, os que entram à sexta-feira depois das 20 horas ficam sem qualquer tratamento especializado até às 9 horas de segunda-feira, isto é, 2 dias e três noites.

F- Foi transmitido a este Conselho Distrital uma posição de total discordância e de revolta pelas condições de trabalho existentes, que foram consideradas impróprias para a realização de uma prática médica com o mínimo de qualidade exigível, e desmotivante para os profissionais, médicos e enfermeiros, que cumprem as respectivas escalas de urgência, sendo também muito desgastante pela tensão permanente em que se trabalha.

O conjunto das anomalias constatadas configuram uma situação muito grave, de que resultam consequências nefastas quer para a totalidade dos profissionais envolvidos quer para os utentes dos respectivos Serviços. Em consequência, tirámos as seguintes conclusões, extensíveis ao Hospital Garcia de Orta, de acordo com o testemunho de Membros deste Conselho Distrital:

1 – Ficou demonstrada a insuficiência de recursos humanos para a constituição de equipas de trabalho minimamente suficientes, em particular na Cirurgia Geral, contrariando as orientações dos Colégios de Especialidade e assim da própria Ordem dos Médicos. Esta insuficiência, aliada ao desconhecimento da competência profissional dos elementos enviados pelas empresas de recrutamento avulso de pessoal médico, desvirtua totalmente, tornando impraticável o conceito de Equipa, defendido por se ter mostrado sempre como a forma organizativa mais adequada ao trabalho exercido no Serviço de Urgência.

2 – A sobrelotação e a permanência prolongada dos doentes em Sala de Observação põem em causa a capacidade de prestação de cuidados, quer médicos, quer de enfermagem, e violam os seus mais elementares direitos, nomeadamente, quanto à dignidade no acolhimento e à privacidade, tornando os serviços profundamente desumanizados e aumentando desnecessariamente o sofrimento dos doentes.

3 – A ausência prolongada de muitas especialidades durante a noite, com a necessidade de transferência dos doentes para Lisboa sem que a necessária resposta de ambulância esteja à altura dos pedidos, torna os serviços ainda mais caóticos e com dificuldades acrescidas o que nem doentes nem familiares conseguem entender.

4 – O caso dos doentes do foro psiquiátrico deveria merecer uma queixa formal, pela violação clara de direitos constitucionais e dos direitos dos doentes, garantidos pela legislação existente, valores estes totalmente desprezados e ofendidos por medidas

nunca vistas no nosso país.

5 - Paralelamente ao progressivo empobrecimento em Recursos Humanos, em termos de quantidade e diferenciação, e à consequente dificuldade em organizar escalas de serviço suficientes, verifica-se um grande aumento do afluxo de doentes a determinados Serviços de Urgência como é o caso dos residentes em Sesimbra, hoje drenados, mercê das supracitadas alterações organizativas da Urgência, para o Centro Hospitalar de Setúbal, sem que tenham sido tomadas quaisquer medidas adaptativas ao novo status.

6 – É preocupante para o futuro não só de cada Colega, mas também para a formação de novos internos e do Serviço Nacional de Saúde, a desmotivação dos médicos e a rotura da estrutura das equipas de Urgência, hoje deficientemente constituídas por pessoas cujos currícula não são suficientemente conhecidos pelo staff residente, contratados conforme “ as regras do mercado”, por empresas cuja idoneidade se desconhece, mas às quais não reconhecemos o saber e a capacidade selectiva dos profissionais certos que hão-de desempenhar funções nos lugares certos. **Este saber e esta capacidade têm-nos os Serviços Hospitalares.**

7 – Tornou-se evidente mais uma vez que o doente não está no lugar central do processo, lugar que lhe pertence por inteiro, e que os médicos se tornaram, obrigados pelas gestões que hoje dominam de forma absurda e aberrante os processos de tomada de decisões, não os defensores dos doentes, mas os executores de normas e medidas que estão muito longe de integrarem o compromisso que assumiram no Juramento de Hipócrates perante

si próprios e a sociedade.

8 – A Reforma Organizativa dos Serviços de Urgência parece antes ser uma desorganização estudada e planeada com base em critérios economicistas, privados de racionalidade e de planificação e que mais não são do que cortes nefastos e cegos que implicarão necessariamente custos muito elevados no futuro e que não exprimem o real desejo de “ salvar” ou “sustentar” o SNS, do qual se orgulham todos aqueles que não olham a saúde como uma mercadoria sujeita às regras do mercado, antes como um bem de mérito.

Tendo em conta a gravidade do que foi constatado, em termos de violação das regras de boa prática médica e dos direitos dos doentes, este Conselho Distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos considera necessário dar disso conhecimento ao Ex. Mo. Bastonário, para os devidos efeitos. Setúbal, 15 de Outubro 2013

Prescrição de Medicamentos utilização de justificações técnicas

Publicamos em seguida a resposta da OM a uma carta da ANF (que resumimos no essencial) na qual eram remetidas cópias de duas prescrições médicas para análise. Deverá, naturalmente, haver um especial cuidado na não utilização de justificações desadequadas. A Ordem dos Médicos apela aos colegas para usarem as exceções de acordo com a sua indicação legal, conforme a portaria 137-A/2012, em primeiro lugar em defesa dos doentes mas também para que a imagem pública dos médicos não seja fragilizada e a capacidade de intervenção da OM nesta matéria não seja afectada.

A Associação Nacional de Farmácias (ANF) escreveu à OM para dar conhecimento de duas receitas médicas renováveis prescritas a dois utentes beneficiários do regime especial, nas quais para cada medicamento foram invocadas em simultâneo, a justificação técnica *Excepção b) reacção adversa prévia* e a justificação técnica *Excepção C) continuidade de tratamento superior a 28 dias* para prescrição da marca. As justificações assinaladas impedem o utente de exercer o seu direito de opção e a farmácia de dispensar outros me-

dicamentos. Nessa carta eram mostrados quais os medicamentos prescritos e respectivos preços bem como o preço dos medicamentos mais baixos (relativamente aos quais o utente não teve direito de

opção, por força das justificações técnicas, referia-se, mostrando qual o custo total dos medicamentos dispensados caso o utente pudesse ter optado pelos mais baixos. «Nestas circunstâncias, a diferença, em

cada receita, entre os PVP prescritos e os PVP mais baixos seria de: 18,30€ e 13,14 €». A carta da ANF indicava ainda, atendendo ao regime especial de comparticipação assinalado nas receitas o seguinte potencial de poupança para o utente e terminada: «Conforme facilmente se poderá concluir, o recurso às justificações técnicas retira aos utentes a possibili-

Alíneas das justificações técnicas para a não substituição, de acordo com a Portaria 137-A/2013:

Artº 6º:

3 — Para efeitos do disposto no número anterior, são apenas admissíveis justificações técnicas nos seguintes casos:

a) Prescrição de medicamento com margem ou índice terapêutico estreito, conforme informação prestada pelo INFARMED, I. P.;

b) Fundada suspeita, previamente reportada ao INFARMED, I. P., de intolerância ou reacção adversa a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial;

c) Prescrição de medicamento destinado a assegurar a continuidade de um tratamento com duração estimada superior a 28 dias.

dade de pouparem na aquisição dos seus medicamentos».

Resposta da OM à Associação Nacional das Farmácias

«Agradecemos a Vossa recente comunicação referente ao assunto em epígrafe.

Aliás, consideramos muito importante esta troca de informação. Nesse sentido, enviamos a V. Exas. o último comunicado emitido pela Ordem dos Médicos sobre esta matéria. (seguiu em anexo à carta)

Quanto a este assunto, entendemos fazer, como mais relevantes, as seguintes considerações:

1 - Por razões económicas globais e de modo a evitar a espiral de subida dos preços da medicação inovadora, a Ordem dos Médicos defendia um mecanismo diferente de controlo dos preços dos medicamentos menos recentes. Porém, sempre foi favorável aos genéricos, embora com regras diferentes das actuais.

2 - Foi decisão do Governo optar no ambulatório por um mercado de marcas e não por um mercado de verdadeiros genéricos. Aliás, a ANF nunca defendeu para o ambulatório um mercado de genéricos mas sim um mercado de marcas, por razões que todos sabemos quais são.

3 - Porque temos um mercado de marcas e não um mercado de genéricos, a Ordem dos Médicos está contra as trocas de medicamentos nas farmácias, nomeadamente por razões de estabilidade clínica, particularmente em pessoas mais idosas, pela confusão que se instala frequentemente com o diferente aspecto das caixas e dos comprimidos.

4 - Como se comprova pela evolução da respectiva taxa,

os médicos aderiram generalizadamente aos medicamentos genéricos. A taxa de genéricos tem aumentado pela adesão da prescrição médica e pelo aumento dos medicamentos com genéricos e não por qualquer outra razão.

5 - Para além das situações menos frequentes, como a presentemente enviada, todos sabemos, e o resultado do ACES estudado comprova-o, que, em média, a dispensa na farmácia faz-se por valores mais elevados do que a prescrição, cerca de 22% superior, prejudicando economicamente os doentes.

6 - Se tomarmos como referência o valor PVP do mercado de genéricos em 2012, 388 milhões de euros, e considerarmos o resultado do ACES analisado como o padrão nacional, significa que em 2012, se o preço médio da dispensa tivesse sido, em média, igual ao da prescrição médica, os doentes poderiam ter poupado mais 70 milhões de euros ao balcão das farmácias, considerando apenas o mercado de medicamentos genéricos.

7 - Num país empobrecido, 70 milhões de euros de redução adicional da despesa com medicamentos significa muito dinheiro.

8 - Um recente artigo do semanário Sol demonstrou que são os genéricos mais caros que se vendem e não os mais baratos, o que é essencialmente responsabilidade das farmácias.

9 - A Ordem dos Médicos recorde à ANF que os médicos não têm interesses comerciais no circuito dos medicamentos.

10 - Visto que não há um mercado de genéricos mas sim de marcas, e considerando que o mercado do medicamento é um

mercado regulado, a Ordem dos Médicos sempre preconizou que todas as marcas do mesmo princípio activo tivessem o mesmo preço, o preço mais baixo possível, para evitar que ao seleccionar uma marca, por razões de confiança do médico ou preferência do doente, o doente pudesse ser financeiramente prejudicado. Nunca a ANF defendeu este princípio, para não diminuir o seu negócio.

11 - O uso indevida de excepções deve ser combatido com uma campanha de informação junto dos médicos para a sua correcta utilização. O recurso inadequado à excepção b) pode ser facilmente ultrapassado pela criação de uma base de dados legal no Infarmed de acesso online reservado, que permita a consulta rápida da efectiva notificação prévia de efeitos adversos. A Ordem já apresentou esta proposta ao Infarmed.

12 - A última auditoria feita às farmácias prova definitivamente que a Ordem dos Médicos tem razão e que um número considerável das mesmas não cumpre a Lei da DCI. Não vale a pena continuar a escamotear realidades.

13 - Neste contexto, em benefício dos doentes e em prol da verdade, a Ordem dos Médicos vem desafiar a ANF a participar dos seguintes objetivos:

a) Defender uma auditoria pública ao Centro de Conferência de Facturas para comparar a prescrição médica com a dispensa na farmácia, a fim de se tornarem desnecessárias quaisquer comparações casuísticas e conhecer-se a verdade nacional.

b) Defender uma redução da chocante variação de preço dos medicamentos genéricos, que

prejudica gravemente os doentes e apenas beneficia as farmácias e algumas farmacêuticas. O que a ANF nunca defendeu, para não prejudicar o seu negócio, em detrimento dos interesses dos doentes. Como aceita a ANF que, como no caso da atorvastatina 40 mg, um doente do regime especial possa pagar entre zero e 13,90 euros por aquilo que a própria ANF afirma que é a mesma coisa? Afinal, é igual em tudo, menos no preço?! Este tipo de concorrência desleal não interessa aos doentes, apenas à ANF e a algumas farmacêuticas!

c) Defender uma alteração da legislação, que permita ao doente fazer as suas opções

junto do médico ou junto do farmacêutico, pois, ao contrário do que pretende a Ordem dos Farmacêuticos, o doente deve ter o direito de optar sempre e em qualquer circunstância.

d) Defender uma alteração da legislação para impedir as farmácias de dispensar os medicamentos mais caros quando o médico prescreve por DCI sem marca, pois nessa circunstância o médico e o doente já optaram por prescindir da escolha da marca e o que se pretende é que ao doente seja dispensado o genérico mais barato. O que não acontece actualmente, pois não é assim, em média, que as farmácias procedem, abusando da fragilidade da legislação e da

boa fé do doente.

e) Defender a implementação de um verdadeiro mercado de genéricos em Portugal.

Como se verifica, quando a ANF quiser apurar a verdade e defender efectivamente os interesses dos doentes, há muitas formas concretas de o fazer.

Ficamos à espera da Vossa disponibilidade e desde já manifestamos o nosso interesse integral no diálogo e no debate interprofissional, seja em público, seja em privado, tendo sempre como objectivos finais os legítimos interesses e direitos dos doentes e a Qualidade do exercício da Medicina e da relação médico-doente.»

notícia

Curso “Meta-análises em rede”

O Grupo Cochrane das Doenças do Movimento e o Centro Colaborador Português da Rede Cochrane Iberoamericana da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, irá realizar nos dias 13 e 14 de Dezembro de 2013 o curso “Meta-análises em rede” que pretende abordar as novas metodologias empregues na realização de comparações indiretas e mistas entre intervenções terapêuticas. O curso destina-se a profissionais na área da saúde e/ou do medicamento ou investigadores na área biomédica e ciências da saúde que necessitem conhecer este tipo de metodologia para o desenvolvimento da sua atividade profissional e/ou de investigação. Médicos, farmacêuticos e enfermeiros de instituições públicas ou privadas, alunos de mestrados e/ou doutoramento em áreas relacionadas com a saúde, devendo conhecer os princípios básicos das meta-análises envolvendo comparações diretas. Inscrições até dia 2 de Dezembro, limitadas a 20 alunos. Mais informações podem ser consultadas na página de abertura do site nacional da OM (www.ordemosmedicos.pt) ou solicitadas através do email movementdisord@fm.ul.pt.

Calendário eleitoral - Triénio 2014/2016

2013

- Setembro 1** - Prazo limite para o anúncio da data das eleições (art.º 5, R.E.)
- Setembro 16** - Data limite para afixação dos cadernos eleitorais (art.º 7, R.E.)
- Setembro 25** - Data limite para a aceitação das reclamações aos cadernos eleitorais (art.º 8, nº 1, R.E.)
- Outubro 4** - Decisão das reclamações e afixação definitiva dos cadernos eleitorais (art.º 8, nº 2, R.E.)
- Outubro 18** - Prazo limite para apresentação das candidaturas aos Órgãos Regionais e Órgãos Distritais (art.º 10, nº 1, R.E.)
- Outubro 24** - Prazo limite para a verificação da regularidade das candidaturas e a elegibilidade dos candidatos aos Órgãos Regionais e Órgãos Distritais (art.º 16, nº 1, R.E.)
- Sem data fixa** - O prazo limite para a regularização das candidaturas aos Órgãos Regionais e Órgãos Distritais é de 3 dias úteis a contar da notificação do respectivo mandatário (art.º 16, nº 3, R.E.)
- Sem data fixa** - O sorteio das listas será feito até 3 dias úteis após a aceitação definitiva das candidaturas (art.º 17, RE)
- Outubro 30** - Prazo limite para a apresentação das candidaturas a Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 12, nº 1, R.E.)
- Novembro 5** - Prazo limite para a verificação das condições de elegibilidade das candidaturas a Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 16, nº 1, R.E.)
- Sem data fixa** - O prazo limite para a regularização das candidaturas a Presidente da Ordem dos Médicos é de 3 dias úteis a contar da notificação do respectivo mandatário (art.º 16, nº 3, R.E.)
- Novembro 21** - Prazo limite para o envio dos boletins de voto, carta explicativa sobre o processo eleitoral, exemplar das listas concorrentes (art.º 19, nº 1, R.E.)
- Dezembro 12** - Constituição das Assembleias e Secções de voto e acto eleitoral. (art.º 5 e 29, R.E.)
- Dezembro 17** - Prazo limite para as reuniões das Comissões Eleitorais Regionais e Comissão Eleitoral Nacional para o apuramento final dos resultados (art.º 34, R.E.)
- Sem data fixa** - O prazo limite para a impugnação dos Actos Eleitorais para o Presidente e para os Órgãos Regionais é de 5 dias úteis a contar da data do apuramento final dos resultados eleitorais (art.º 35, nº 1, R.E.)
Prazo limite para anúncio da realização da 2ª volta para Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 32, nº 3, R.E.)
Prazo limite para o envio dos boletins de voto, carta explicativa sobre o processo eleitoral, identificação dos concorrentes, tudo relativo à 2ª volta da eleição do Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 32, nº 5, R.E.)

2014

- Janeiro 27** - Constituição das Assembleias e Secções de voto e acto eleitoral. (art.º 32, nº 3, R.E.)
- Janeiro 30** - Prazo limite para a reunião da Comissão Eleitoral Nacional para o apuramento final dos resultados. (art.º 34, R.E.)
- Sem data fixa** - O prazo limite para a impugnação do Acto Eleitoral para o Presidente é de 5 dias úteis a contar da data do apuramento final dos resultados eleitorais da 2.ª volta. (art.º 35, nº 1)



Atestados médicos

Face a um pedido de informação de um organismo público sobre a legislação relativa a atestados médicos e à entidade que fiscaliza a sua emissão, divulgamos a informação que foi prestada sobre esse assunto.

«Veio o Director de ... solicitar à Ordem dos Médicos o seguinte:

“1. Qual a legislação em vigor que regulamenta a emissão de atestados médicos, designadamente os atestados de doença;

2. A existir quem é a entidade fiscalizadora da respectiva emissão; O presente pedido enquadra-se na necessidade de instruir procedimentos ... no que respeita à verificação de prazos, sempre que os mesmos são dilatados com base em atestados de doença.”

Antes de mais, importa informar que existem largas dezenas de diplomas legais que estabelecem, para as mais diversas situações, a emissão de atestados médicos. Temos, por isso, referência a atestados médicos em leis tão díspares quanto o Código Penal, o Código de Processo Penal, o Código de Processo Civil, o Código do Trabalho, o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, entre muitos outros.

Não é assim possível facultar informação sobre a legislação em vigor que regulamenta a emissão dos atestados médicos,

sem prejuízo do consulente poder consultar, p.e. bases de dados da Procuradoria-Geral da República (www.pgdl.pt).

Para a Ordem dos Médicos e em conformidade com o seu Código Deontológico o normativo a considerar é o seguinte:

“Atestados médicos

Artigo 98.º

(Atestados médicos)

1 - Por solicitação livre, e sem qualquer coacção, do interessado ou seu legal representante, o médico tem o dever de atestar os estados de saúde ou doença que verificou durante a prestação do acto médico e os tenha registado.

2 - Os atestados médicos, certificados, relatórios ou declarações são documentos particulares, assinados pelo seu autor de forma reconhecível e só são emitidos a pedido do interessado, ou do seu representante legal, deles devendo constar a menção desse pedido.

3 - Os atestados de doença, além da correcta identificação do interessado, devem afirmar, sendo verdade, a existência de doença, a data do seu início, os impedimentos resultantes e o tempo provável de incapacidade

que determine; não devem especificar o diagnóstico de que o doente sofre, salvo por solicitação expressa do doente, devendo o médico, nesse caso, fazer constar esse condicionalismo.

4 - Para prorrogação do prazo de incapacidade referido no número anterior, deve proceder-se à emissão de novo atestado médico.

5 - O médico não estando impedido de realizar actos médicos sobre si próprio ou familiares directos, igualmente não está impedido de atestar as suas observações e respectivas consequências.

6 - Dado o carácter pericial que a sociedade indevidamente atribui ao atestado médico, é recomendável evitar a sua emissão em situações em que possa ser alegado conflito de interesses.”

Face à norma acima transcrita é de concluir que:

Relativamente às formalidades de identificação do médico que subscreve um atestado, o mesmo deverá estar identificado pelo seu nome clínico e pelo seu número de cédula profissional. Não obstante, o que substancialmente releva é que se perceba, pelo atestado, qual

1- Código Penal

Artigo 260.º Atestado falso

1 - O médico, dentista, enfermeiro, parteira, dirigente ou empregado de laboratório ou de instituição de investigação que sirva fins médicos, ou pessoa encarregada de fazer autópsias, que passar atestado ou certificado que sabe não corresponder à verdade, sobre o estado do corpo ou da saúde física ou mental, o nascimento ou a morte de uma pessoa, destinado a fazer fé perante autoridade pública ou a prejudicar interesses de outra pessoa, é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.

2 - Na mesma pena incorre o veterinário que passar atestados nos termos e com os fins descritos no número anterior relativamente a animais.

3 - Na mesma pena incorrem as pessoas referidas nos números anteriores que passarem atestado ou certificado ignorando se correspondem à verdade os factos deles constantes.

4 - Na mesma pena incorre quem passar atestado ou certificado referido nos n.ºs 1 e 2 arrogando-se falsamente as qualidades ou funções neles referidas.

5 - Quem fizer uso dos referidos certificados ou atestados falsos, com o fim de enganar autoridade pública ou prejudicar interesses de outra pessoa, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias.

o nome clínico do médico e onde trabalha para que, se subsistirem dúvidas, o mesmo possa ser contactável para os efeitos que se entenderem por convenientes.

Um atestado médico não tem nenhuma estrutura legalmente definida. Trata-se de um documento técnico que decorre da relação médico-doente e que é elaborado a pedido deste último.

Em conformidade com aquilo que o paciente pretender poderá ser relatada, com mais ou menos pormenor, a existência da doença, a data do seu início, os tratamentos realizados, os impedimentos decorrentes, o tempo provável da recuperação e os conditionalismos a que esta pode estar sujeita.

Com os requisitos acima aludidos o atestado será válido e terá eficácia probante sem prejuízo desta última ser sindicável nos termos da lei, em última instância pelos tribunais.

No âmbito da Segurança Social, o estado de doença que possa ser atestado por um médico é susceptível de verificação em conformidade com a lei.

Dito de outro modo, a validade e a veracidade de um atestado médico são susceptíveis de serem apreciadas em instâncias disciplinares como a Ordem dos Médicos ou as próprias entidades patronais para onde o médico preste serviços, desde que as queixas sejam devidamente instruídas.

A veracidade do atestado pode ainda ser apreciada pelos nossos tribunais desde que exista prova bastante para preencher o tipo de ilícito do artigo 260º do Código Penal¹.

O Consultor Jurídico
Paulo Sancho
2013-10-03»

Cuidados de saúde próximos das populações

Divulgamos o comunicado que o CNE emitiu em Outubro sobre Cuidados de Saúde Primários, motivado pelas declarações do Ministério da Saúde sobre a pretensão do Governo de ter os cuidados de saúde próximos das populações e a admissão de que há falta de médicos de Medicina Geral e Familiar.

«Recentemente, o Ministro da Saúde afirmou que é pretensão do Governo ter os cuidados de saúde próximos das populações e admitiu que o país continua a ter uma clara falta de médicos ao nível da Medicina Geral e Familiar. A Ordem dos Médicos está de acordo com esta análise e pretende contribuir activa e construtivamente para procurar soluções que permitam atingir os objetivos apontados.

Por isso mesmo, propomos:

- Respeitar a indicação do memorando da Troika de estímulo à criação de mais USFs modelo B.
 - Suspender a imposição de uma contratualização maximalista, coerciva, tardia, economicista e burocratizante, que pode pôr em risco a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.
 - Criar melhores condições e incentivos para os médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar que trabalham nas UCSP's.
 - Levantar as persistentes dificuldades na passagem de muitos médicos dos CSP das 35 para as 40h, não obstante as afirmações públicas em sentido contrário.
 - Abrir Concursos Externos para contratar para o SNS os médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar que estão disponíveis para reintegrar o SNS e que tanta falta fazem aos doentes.
 - Criar condições e estímulos para aumentar a formação de especialistas em Medicina Geral e Familiar e para evitar que alguns desses especialistas estejam a emigrar.
- CNE da Ordem dos Médicos»



Cartões de desconto em alguns medicamentos

Publicamos nesta edição o parecer do Conselho Nacional de Deontologia e Ética Médica sobre a entrega por médico de cartões de desconto em medicamentos, comportamento que, no entender deste Conselho, viola o Código Deontológico por consubstanciar promoção de fármacos.

«Relativamente ao pedido de parecer motivado pela entrega pelo médico de cartões de desconto em alguns medicamentos, o Conselho Nacional de Deontologia e Ética Médica (CNDEM) entende:

1-Manifestar ao Conselho Nacional Executivo a sua profunda reserva em proceder à emissão de pareceres com base em notícias difundidas pelos órgãos de comunicação social.

2-Que a serem exatas as notícias veiculadas pelo jornal Público se deduz que alguns médicos poderiam ser os veículos da entrega de cartões de descontos a alguns doentes para a obtenção de alguns medicamentos.

3-Que o procedimento em causa, destinado, necessariamente, a alguns médicos, a alguns doentes e a alguns medicamentos, constitui uma prática discriminatória, o que desde logo constitui violação do artigo 6º do Código Deontológico dos Médicos.

4-Que o médico, ao difundir cartões de desconto para determinados medicamentos, está, de facto, a contribuir para a respetiva promoção, ainda que não sob a forma de notícia. Tal comportamento constitui, no nosso entendimento, violação da alínea a) do número 2 do artigo 12º do Código Deontológico dos Médicos (*É especialmente vedado aos médicos promover, fomentar ou autorizar notícias referentes a medicamentos, métodos de diagnóstico ou de terapêutica, a resultados dos cuidados que haja ministrado no exercício da sua profissão, casos clínicos ou outras questões profissionais a si confiadas, ou de que tenha conhecimento, com intuítos propagandísticos próprios ou de estabelecimento em que trabalhe*).

5-Que o facto de o médico fornecer a um doente cartões de descontos para alguns medicamentos, comercializados por alguns laboratórios que poderão ser utilizados em algumas farmácias, constitui violação do número 3 do artigo 147º do Código Deontológico já que este estabelece que “*Sem cercar o direito de esclarecimento, é proibido ao médico, exercer influência sobre os doentes para privilegiar determinadas farmácias, clínicas, hospitais ou outros intervenientes na prestação de cuidados de saúde*”.

6-Considerando a relevância pública da questão, o CNDEM sugere a Vossa Ex.^a a publicação deste parecer na Revista da Ordem dos Médicos

O Coordenador do Conselho Nacional de Deontologia e Ética Médica, Miguel Leão

Porto, 4 de Julho de 2013»

Trocas nas farmácias, preços e custos dos medicamentos genéricos

Publicamos em seguida o comunicado da Ordem dos Médicos de dia 4 de Outubro sobre trocas nas farmácias, preços e custos dos medicamentos genéricos.

«A fazer fé nos dados de prescrição/facturação de um ACES, que aqui divulgamos a título de exemplo, são fortes os indícios que confirmam, numa escala alargada, as afirmações públicas da Ordem dos Médicos.

Não podemos indicar qual o ACES devido à censura impos-

ta pelo inaceitável Despacho n.º 9635/2013, que é uma vergonha para a Democracia portuguesa.

Neste agrupamentos de Centros de Saúde, comparando os dados de prescrição e facturação (certamente correspondente à dispensa nas farmácias), para os medica-

mentos genéricos e não genéricos, como custo médio por embalagem, verifica-se que:

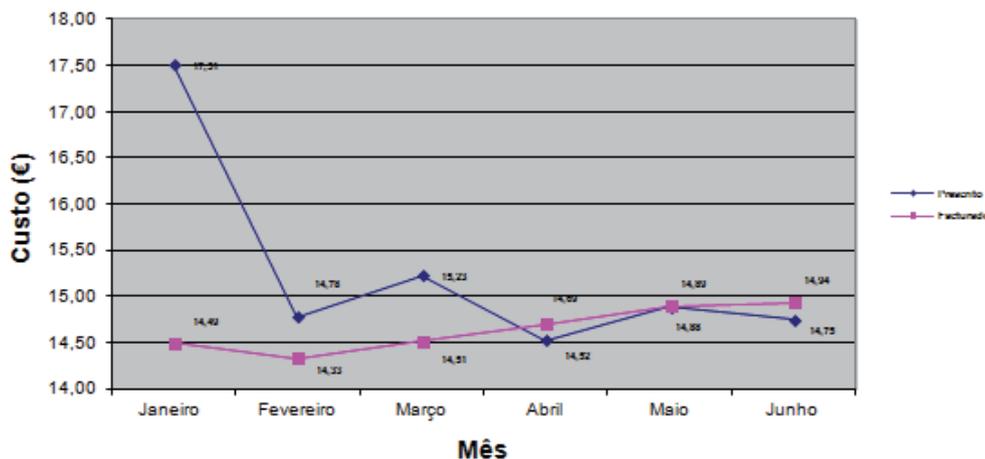
- Nos medicamentos não genéricos, o facto da facturação ser ligeiramente superior à prescrição indicará que, em regra, não há substituições de originais por genéricos ao balcão da farmácia, mesmo considerando que nem todos os originais têm genéricos.

- Nos medicamentos genéricos, a evidência que a facturação é 22% superior à prescrição significará que, neste ACES, existe um padrão de substituição de marcas mais baratas prescritas pelos médicos por marcas mais caras dispensadas ao balcão da farmácia, penalizando financeiramente os doentes numa escala muito significativa.

- É muito interessante o inequívoco perfil de tendência dos médicos para prescreverem genéricos cada vez mais baratos, enquanto a nível da dispensa se constata exactamente o contrário.

Não Genérico PVP (Custo médio/embalagem)						
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho
Prescrito	17,51	14,78	15,23	14,52	14,88	14,75
Facturado	14,49	14,33	14,51	14,69	14,89	14,94

Não Genérico PVP (Custo médio/embalagem)

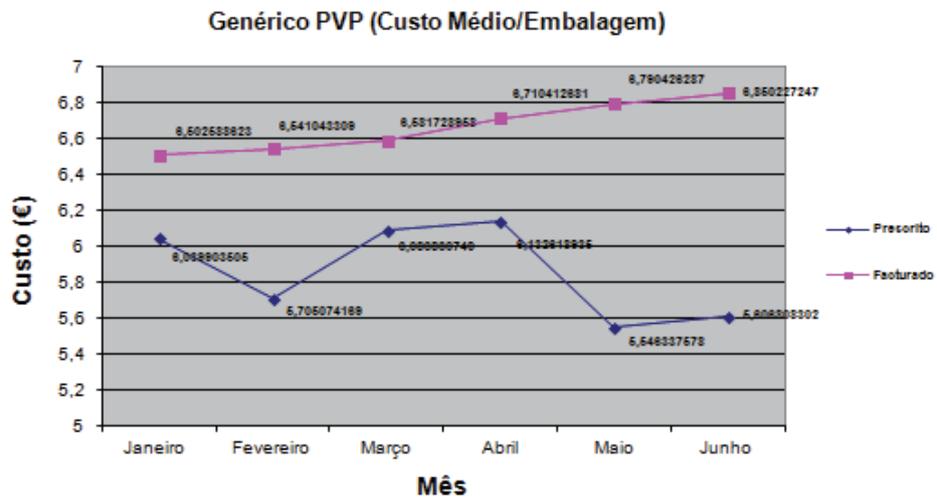


Analise-se a imensa e incrível disparidade de preços dos genéricos da atorvastatina 40 mg, por exemplo (portal do Infarmed).

Com a ilustração dos preços do genérico da atorvastatina, que variam cerca de quatro vezes e permitem que um doente do regime especial possa pagar por uma embalagem deste medicamento entre zero euros e 13,90 euros, pode ter-se facilmente a noção de como a legislação desprotege quase totalmente os Doentes no acto da dispensa.

Como é possível esta chocante disparidade de preços, profundamente penalizadora dos Doentes,

Genérico PVP (Custo médio/embalagem - PVP)						
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Prescrito	6,04	5,71	6,09	6,13	5,55	5,61
Facturado	6,50	6,54	6,58	6,71	6,79	6,85



Medicamento	Dosagem	Forma Farmacêutica	Embalagem N.º Unidades Volume	Titular de AIM	Preço Embalagem (€)	Preço Ref.	Preço RG	Preço RE	5º Preço mais baixo
Atorvastatina A101 Oral 40 mg [21-60] unidades									
Atorvastatina Azevedos	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Laboratórios Azevedos - Indústria Farmacêutica, S.A.	4,54	5,72	2,42	0,00	6,46
Atorvastatina Ciclum	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Ciclum Farma Unipessoal, Lda.	5,70	5,72	3,58	0,27	6,46
Atorvastatina TAD	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	TAD pharma GmbH	5,71	5,72	3,59	0,28	6,46
Atorvastatina Mepha	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Mepha - Investigação, Desenvolvimento e Fabricação Farmacêutica, Lda.	6,20	5,72	4,08	0,77	6,46
Atorvastatina Atorvan	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Alter, S.A.	6,46	5,72	4,34	1,03	6,46
Atorvastatina Alter	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Alter, S.A.	6,46	5,72	4,34	1,03	6,46
Atorvastatina Farnoz	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Farnoz - Sociedade Técnico Medicinal, S.A.	6,47	5,72	4,35	3,50	6,46
Atorvastatina Tolife	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	ToLife - Produtos Farmacêuticos, S.A.	6,47	5,72	4,35	3,50	6,46
Atorvastatina Bluepharma	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Bluepharma Genéricos - Comércio de Medicamentos, S.A.	7,14	5,72	5,02	4,17	6,46
Atorvastatina Teva	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Teva Pharma - Produtos Farmacêuticos, Lda.	7,17	5,72	5,05	4,20	6,46
Atorvastatina Cinfa	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Cinfa Portugal, Lda.	7,55	5,72	5,43	4,58	6,46
Atorvastatina Ocram	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Tecnimed - Sociedade Técnico-Medicinal, S.A.	7,90	5,72	5,78	4,93	6,46
Atorvastatina Actavis	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Actavis Group PTC ehf.	8,48	5,72	6,36	5,51	6,46
Atorvastatina Tetrafarma	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Tetrafarma - Produtos Farmacêuticos, Lda.	8,85	5,72	6,73	5,88	6,46
Atorvastatina GP	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	GP - Genéricos Portugueses, Lda.	9,91	5,72	7,79	6,94	6,46
Atorvastatina Zentiva	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Sanofi - Produtos Farmacêuticos, Lda.	11,00	5,72	8,88	8,03	6,46
Atorvastatina Sandoz	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Nandoza - Produtos Farmacêuticos, Lda.	11,45	5,72	9,33	8,48	6,46
Atorvastatina Generis Phar	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Generis Phar - Promoção de Medicamentos, Unip. Lda.	11,47	5,72	9,35	8,50	6,46
Atorvastatina Krka	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	KRKA d.d., Novo mesto	11,47	5,72	9,35	8,50	6,46
Atorvastatina Generis	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Generis Farmacêutica, S.A.	11,47	5,72	9,35	8,50	6,46
Atorvastatina Ratiopharm	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Ratiopharm - Comércio e Indústria de Produtos Farmacêuticos, Lda.	11,47	5,72	9,35	8,50	6,46
Atorvastatina Labesfal	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Labesfal - Laboratórios Almiro, S.A.	11,57	5,72	9,45	8,60	6,46
Atorvastatina Tavitan	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Baldacci - Portugal, S.A.	12,51	5,72	10,39	9,54	6,46
Atorvastatina Germed	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Germed Farmacêutica, Lda.	13,51	5,72	11,39	10,54	6,46
Atorvastatina Pharmakern	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Pharmakern Portugal - Produtos Farmacêuticos, Sociedade Unipessoal, Lda.	14,00	5,72	11,88	11,03	6,46
Atorvastatina Parke-Davis	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Parke-Davis - Produtos Farmacêuticos, Lda.	15,91	5,72	13,79	12,94	6,46
Atorvastatina Daquimed	40 mg	Comp. revest. p/ película	Blisters - 28 unidade(s)	Daquimed - Comércio de Produtos Farmacêuticos, S.A.	16,87	5,72	14,75	13,90	6,46

em algo que o Ministério da Saúde, o Infarmed e a Ordem dos Farmacêuticos afirmam que é tudo igual?! Afinal, não é tudo igual?! Tratando-se de um mercado regulado, porque é que, não obstante as insistências da Ordem dos Médicos, esta grave situação não é imediatamente resolvida?

A Ordem dos Médicos tem conhecimento que algumas das marcas de genéricos mais baratos afirmam terem dificuldades em colocar as suas marcas nas farmácias.

Considerações:

A Ordem dos Médicos tem inteiro fundamento para as suas afirmações públicas e reafirma-as: há fortes indícios de trocas abusivas e incumprimento da Lei da prescrição por DCI ao balcão das farmácias.

A Ordem dos Médicos tem inteira razão ao insistir na alteração da

Lei da Prescrição por DCI, porque a sua formulação actual permite que os doentes sejam económica e clinicamente prejudicados.

A Ordem dos Médicos tem inteira razão quando assevera que o aumento da taxa de genéricos se faz apenas por aumento da adesão e prescrição médica e por estarem progressivamente disponíveis mais medicamentos genéricos e não por qualquer outro tipo de acção.

A Ordem dos Médicos não aceita que os impostos dos portugueses sejam indevidamente usados para pagar às farmácias para cumprirem a lei, uma lei, recorde-se, que as farmácias apoiaram entusiasticamente!

Os Médicos não têm interesses comerciais nos medicamentos e defenderão sempre os Doentes,

pelo que voltamos a insistir em alterações à Lei, para benefício dos Doentes.

A Ordem dos Médicos propõe que seja realizada uma auditoria nacional no Centro de Conferência de Facturas, comparando os dados da prescrição e da dispensa, para esclarecimento definitivo de toda a verdade.

Finalmente, a Ordem dos Médicos apela ao diálogo entre todos os parceiros do circuito do medicamento para que seja possível construir um consenso que preserve os legítimos interesses e direitos dos Doentes, num país particularmente empobrecido, e sugere que o Senhor Ministro da Saúde seja o vector desse diálogo.

CNE da Ordem dos Médicos»

Carta Aberta sobre contratualização de indicadores de desempenho

Publicamos em seguida o parecer do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar sobre Carta Aberta dos Coordenadores das USF's – Contratualização 2013 na ARSLVT.

A Direção do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF) da Ordem dos Médicos (OM) apreciou atentamente a Carta Aberta subscrita por 45 Coordenadores de Unidades de Saúde Familiar (USF's) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) enviada a várias entidades nacionais sobre a contratualização de indicadores de desempenho, sendo nossa opinião:

- A argumentação apresentada é pertinente e partilhamos igualmente dos subscritores as reservas sobre o procedimento que a ARSLVT optou por acrescentar de forma abusiva e autoritária indicadores não contratualizados em sede de contratualização interna, o que a ser verdade demonstra má fé e desrespeito pelo trabalho magnífico que vem sendo desenvolvido por todos os profissionais de saúde que trabalham nas Unidades de Saúde, e exigindo o seu cumprimento sem a devida fundamentação sólida em evidência científica credível e aceite inter-pares.
- Não compreendendo a motivação que terá levado a ARSLVT a tal atitude, somos tentados a compreendê-la à luz de uma eventual velada estratégia de contenção de implementação de USF's modelo B, complicando, de forma capciosa, a exigência normativa e inviabilizando a sua manutenção ou alargamento a mais Unidades de Saúde. Sem fundamentação com sustentabilidade científica e impossibilitando o cumprimento dos indicadores que procuram dar cumprimento a esse objetivo, o Colégio de MGF da OM não pode aceitar e repudia veemente este tipo de atitudes.
- Não compreendemos, nem aceitamos, porque é um absurdo, a continuada redução dos indicadores económicos (referentes a medicamentos e exames complementares de diagnóstico), pois não vamos pactuar com a má qualidade técnico-científica, equidade e segurança dos cuidados de saúde a prestar às populações, a que este tipo de processo vai levar.
- Para uma qualidade assistencial de excelência às populações, não são precisos muitos indicadores para a monitorização dessa qualidade.

A Direção do Colégio de Medicina Geral e Familiar
Porto, 9 de agosto de 2013



Suspensão do funcionamento do CRIM-Sul

Divulgamos o documento saído da reunião extraordinária do CNIM de 4 de Outubro em que este Conselho, o CRIM-Norte, CRIM-Centro e CRIM-Sul alertam para as consequências negativas potenciais dos impedimentos ao funcionamento da CRIM Sul e apresentam propostas para que se minimizem os prejuízos para os Internos, defendendo, nomeadamente que se deverá manter o funcionamento da actual CRIM-Sul e alertando para a urgência de, nomeadamente, concluir o mapa de idoneidades e capacidades formativas para a formação específica que se deveria iniciar dentro de 60 dias úteis e iniciar o processo administrativo da avaliação final do internato Médico - época de Fevereiro/Abril de 2014. Este documento foi enviado à ACSS com conhecimento de várias entidades, nomeadamente o Ministério da Saúde.

«Suspensão do funcionamento da Comissão Regional do Internato Médico da Zona Sul

O Plenário do Conselho Nacional do Internato Médico, reunido extraordinariamente em Coimbra no dia 4 de Outubro p.p., vem pôr à urgente consideração de V. Ex.a o seguinte:

1. Em Janeiro de 1983 entrou em vigor em Portugal aquele que pode ser considerado o primeiro modelo de organização e funcionamento de um Internato Médico moderno. Uma das características mais vincadas desse modelo era a vincada separação entre planeamento/coordenação/gestão da formação médica pós-graduada e prestação de cuidados médicos, isto é, quem idealizou o modelo compreendeu a importância fulcral de não misturar formação com prestação, como modo de garantir

que a qualidade do treino médico não seria subordinada à necessidade de garantir a cobertura em cuidados de saúde - é preciso formar primeiro bons médicos para que, a seguir, eles possam prestar bons cuidados assistenciais. Na prática, esta separação traduziu-se na independência técnica concedida na lei aos órgãos dos internatos, independência que tinha o seu expoente na representatividade e eleição, pelos pares, dos seus principais dirigentes.

2. Este modelo, cujo sucesso ultrapassou fronteiras e inspirou, nos anos 90, as instâncias europeias que aconselhavam sobre formação médica o Parlamento Europeu foi-se mantendo nos sucessivos aperfeiçoamentos legais e normativos que foram tendo lugar ao longo dos anos e que conduziram ao modelo actualmente em vigor.

2.1. Nas alterações entretanto introduzidas deve realçar-se, por iniciativa do CNIM em 1989, o reforço da presença da Ordem dos Médicos como parceiro essencial à garantia da qualidade da formação médica, funcionando aquela entidade como auditor técnico externo de um processo nacional cuja principal responsabilidade cabe ao Ministério da Saúde. Assim, à Ordem dos Médicos, entidade que congrega as dezenas de milhares de profissionais médicos que exercem no país, é garantida a participação em fases do processo formativo tão importantes como a determinação de critérios de idoneidade dos serviços formadores; a proposta de programas de formação para cada uma das 46 especialidades; a participação no processo de avaliação final que conduz ao grau de especialista; e,

ainda, uma palavra imprescindível em todos os pedidos de equivalência de formação frequentada por médicos nacionais ou estrangeiros no âmbito do internato.

3. Serenamente, mas de modo sustentado e acompanhando as mudanças ocorridas no estado da arte, a formação médica portuguesa tornou-se um edifício sólido, satisfatório para formandos e formadores, gabado pela Ordem dos Médicos e pelos Sindicatos do sector e, como foi dito, certificado como de boa qualidade no exterior do país.

Recorde-se que, sem qualquer sobressalto, os órgãos dos internatos médicos (CNIM, CRIM, Coordenações e Direcções de Internato Médico) colocam, nos últimos anos, no sistema de formação cerca de 3.000 novos médicos/ano (ano comum e formação específica) e que, no mesmo lapso temporal, organizam e supervisionam a exigente e morosa avaliação conducente ao grau de especialista de aproximadamente 1.000 profissionais/ano.

4. Apesar de todos estes indicadores de bom desempenho, nos últimos tempos, sem percepção de uma linha condutora que o justifique ou alterações legislativas que o consagrem, o sistema de formação médica tem sido perturbado por acções e decisões avulsas que abalam a sua consistência e põem em causa o seu funcionamento harmónico. De todos esses fenómenos têm sido dado conhecimento formal à Tutela ou aos responsáveis a que, por delegação, foi cometida a responsabilidade de zelar pelas facetas administrativas e gestionárias da formação médica portuguesa e, desse modo, não cabe voltar aqui a enumerá-los.

5. Cabe sim, e é responsabilidade estatutária do CNIM fazê-lo, chamar mais uma vez a atenção para

o que consideramos um desvirtuamento técnico do processo que, lenta mas inexoravelmente, está a degradar a qualidade da formação médica e sublinhar algumas questões a que ainda não foi dada resposta inequívoca e enquadradora de procedimentos por parte da ACSS:

5.1. É legal e tecnicamente aceitável que, há 3 meses, centenas de processos relacionados com o internato médico estejam pendentes e armazenados no Gabinete Jurídico e do Cidadão de uma Administração Regional de Saúde?

5.2. Desta ausência de encaminhamento e resolução dos documentos referidos no ponto anterior podem resultar graves prejuízos formativos e financeiros para os médicos internos: quem pode vir a ser responsabilizado e vai assumir esses prejuízos?

5.3. Quem será considerado responsável, perante a previsível interposição de recursos hierárquicos e contenciosos, pelos prejuízos causados à formação, designadamente a um prolongamento artificial do tempo de formação provocado pela estagnação dos despachos?

5.4. A CRIM-Sul não foi desactivada ou extinta por nenhum órgão competente para o efeito, mas está incapacitada de exercer os seus deveres estatutários, com prejuízos conhecidos e já contabilizáveis. Quem vai assumir a responsabilidade pela decisão extemporânea tomada pela ARSLVT e por suas consequências?

5.5. Nenhum dos actuais membros da CRIM-Sul foi exonerado pela tutela e para que isto aconteça não parece ser suficiente o desejo ou os ofícios de uma ARS. Quem, para que elas possam entrar em vigor, vai ser o responsável último por estas decisões e baseado em que suporte legal inquestionável?

5.6. Não existe (por falta de fundamentação legal clara ou orientações explícitas da Tutela) uma CRIM-ARSLVT, pelo que não assiste lógica nem eficiência ao facto de a CRIM-Sul reunir nas suas instalações. Que fundamentação legal, face ao Decreto-Lei n.º 45/2009, de 13 de Fevereiro, pode ser invocada para a insistência, por parte da ACSS, para que a CRIM-Sul aí funcione?

5.7. Por decisão (na nossa óptica sensata e tecnicamente justificada) da ARS do Alentejo não foi constituída nenhuma CRIM-Alentejo. Como irão ser conduzidos os assuntos dos internos e serviços formadores desta região se lhe é negada a possibilidade de reunir ao abrigo de uma CRIM? Quem assume uma responsabilidade por tal?

5.8. Tecnicamente, o CNIM subscreeve a proposta do Grupo de Trabalho para a Revisão do Regime do Internato Médico, Grupo constituído por decisão de Secretário de Estado da Saúde, e que aconselhou dever ser bem ponderada a pertinência da existência de mais do que uma CRIM na Zona Sul.

Esta orientação, antecipada pelo CNIM em vários documentos por si produzidos e apresentados, tem como justificação o pequeno número de internos em formação nalgumas das regiões e a vantagem em manter coesão territorial no desenvolvimento do Internato Médico. A actual divisão em três zonas dos órgãos regionais do internato (n.º 3 do Art. 8º do DL n.º 203/2004, de 18-08) coincide também com a divisão territorial da Ordem dos Médicos, parceiro permanente do Ministério da Saúde na formação médica pós-graduada. Do ponto de vista técnico, outro tipo de solução, por muito que possa satisfazer certos anseios regionalistas, prejudicará em termos formativos os médicos inter-

nos das regiões com estruturas formativas mais pequenas e mais isoladas. É necessário assumir tecnicamente este facto ou, em alternativa, justificar cabalmente outro tipo de soluções que, entre outros aspectos negativos já citados, serão mais dispendiosas.

6. Pelo exposto, como forma mais correcta e pragmática de tentar obviar alguns dos prejuízos para os médicos internos e os serviços, o CNIM propõe que:

a) Deverá manter-se o funcionamento da actual CRIM-Sul nas instalações da ACSS enquanto não estiverem legalmente sustentadas condições para que funcionem CRIM em cada uma das ARS da Zona Sul, designadamente para:

- poder dar andamento aos processos que se encontram fechados nas instalações da ARSLVT;

- concluir o mapa de idoneidades e capacidades formativas para a formação específica que se deveria iniciar dentro de escassos 60 dias úteis e - iniciar o processo administrativo da avaliação final do internato Médico - época de Fevereiro/Abril de 2014

b) A conclusão e divulgação ur-

gente pelos interessados do novo Regime Jurídico e do novo Regulamento do Internato Médico, anunciados pela ACSS há mais de um ano na sequência do diagnóstico e dificuldades elencadas pelo CNIM e na sua totalidade ratificadas pelo Grupo de Trabalho criado pelo Secretário de Estado da Saúde e cujo Relatório final foi apresentado em Maio de 2012. Após a publicação destes instrumentos legais (um Decreto-Lei e uma Portaria) poder-se-á então pôr em funcionamento o que for entendido como melhor para a formação médica em Portugal.

7. Finalmente, relembramos que os órgãos dos internatos são constituídos por especialistas considerados, para efeitos de formação médica, dos mais qualificados em cada uma das instituições onde foram recrutados, sejam estas Hospitais, Centros Hospitalares ou Agrupamentos de Centros de Saúde. A sua experiência acumulada é extensa e tem contribuído para o bom desempenho de uma das áreas mais tranquilamente bem sucedidas do Sistema Nacional de Saúde.

Os responsáveis, nomeados e eleitos, do Conselho Nacional do Internato Médico expostos os motivos que os movem e as propostas de solução consensualizadas, deixam à consideração superior a próxima palavra sobre esta matéria, continuando a manifestar a sua total disponibilidade para a análise de medidas para a melhoria do internato médico em Portugal. Não podem, no entanto, excluir no futuro, como forma de honrar o posicionamento profissional e os muitos anos de dedicação desinteressada ao Internato Médico, a adopção de atitudes mais vigorosas.

Presidente do Conselho Nacional do Internato Médico e Comissão Regional do Internato Médico da Zona Norte

Serafim Guimarães

Presidente da Comissão Regional do Internato Médico da Zona Centro

José Marques Neves

Presidente da Comissão Regional do Internato Médico da Zona Sul
Nuno Riso»

Acesso a dados de saúde de doente falecido por parte de companhia seguradora

Divulgamos em seguida o parecer do Departamento Jurídico da Ordem dos Médicos sobre um pedido de levantamento de sigilo profissional feito pela cónjuge de um doente falecido com o objectivo de entregar o relatório da doença do marido a uma seguradora de forma a accionar um seguro de vida, o qual conclui de forma fundamentada pela não permissão de revelação dos dados de saúde e explica as situações diversas.

«Foi remetido a este Departamento Jurídico um pedido de levantamento de sigilo profissional, tendo em conta que a cónjuge de um doente falecido solicitou à médica de família um relatório sobre a doença do marido para que o mesmo seja entregue a uma seguradora a fim de ser accionado um seguro de vida. A familiar solicita à médica que da informação conste a data do início dos sintomas e a evolução do quadro clínico que levou o paciente à morte.

Desde logo, importa delimitar o quadro legal com aplicação no presente caso.

Dado que a seguradora pretende obter certos dados de saúde de um seu segurado **já falecido**, tem lugar a aplicação da Lei da Protecção de Dados Pessoais, consagrada na Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro.

A referida lei tem como objecto, nos termos do artigo 1.º, a *protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pes-*

soais e à livre circulação desses dados. Para efeitos do mencionado diploma, considera-se dado pessoal *qualquer informação, de qualquer natureza, e independentemente do respectivo suporte, incluindo som e imagem, relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“titular dos dados”)*¹, abrangendo a designação “tratamento de dados pessoais”, entre outros, os actos de consulta e de comunicação².

Ora, nos termos da referida Lei é proibido o tratamento de dados relativos à saúde³, sendo necessário existir disposição legal ou autorização da CNPD para ser possível o tratamento dos dados de saúde, ou ainda quando o titular dos dados tiver dado o seu consentimento expresso para esse tratamento⁴.

Importa também, neste contexto, atentar nas disposições do Capítulo XI do CDOM – “Segredo Médico” – nas quais é afirmado que o sigilo médico é condição essencial ao relacionamento mé-

dico-doente⁵, *impondo-se em todas as circunstâncias dado que resulta de um direito inalienável de todos os doentes*⁶, mantendo-se mesmo após a sua morte⁷.

Tendo embora o CDOM estabelecido um conjunto restrito de circunstâncias em que é possível a exclusão do dever de segredo médico⁸, o facto é que nenhuma delas se verifica no caso concreto. Feito o enquadramento legal da questão vejamos o que a Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd), enquanto entidade controladora do cumprimento das disposições legais em matéria da protecção de dados pessoais, tem afirmado sobre o acesso à **informação** de saúde em poder de serviços de saúde.

Na Deliberação n.º 51/2001, confirmada pela Deliberação n.º 72/2006, a CNPD considerou, no que concerne ao direito genérico a dados de saúde, que:

a) O artigo 268.º n.º 2 da Constituição da República dispõe que

os cidadãos têm direito de acesso “aos arquivos e registos administrativos, sem prejuízo do disposto na lei em matérias relativas à ... intimidade das pessoas”;

b) Por sua vez, o artigo 26.º n.º 1 da CRP reconhece o direito à identidade pessoal e à reserva da intimidade da vida privada.

c) O artigo 18.º n.º 2 da Constituição da República Portuguesa (CRP) dispõe que a lei só pode restringir os direitos liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições «limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos».

d) A restrição desses direitos terá que ser feita numa ponderação de interesses conflitantes e através da “avaliação comparativa dos interesses ligados à confidencialidade e à divulgação”.

e) A circulação da informação deverá obedecer a um princípio de «confidência necessária» em que serão determinantes para definir o “âmbito do segredo” o interesse do doente, a natureza da informação e os reflexos que a sua divulgação traz para a sua privacidade.

f) Uma banalização do segredo médico e um acesso generalizado à informação de saúde por parte das seguradoras para além de consubstanciar uma intromissão indevida na esfera privada dos cidadãos gera, necessariamente, uma grande desconfiança em todo o sistema.

g) Assim, só em casos muito excepcionais o direito à reserva deverá ser sacrificado. A doutrina defende que a obrigação de segredo só não deve ser mantida quando razões superiores àquelas que determinaram a sua criação imponham a revelação dos factos conhecidos durante as relações profissionais”.

Quanto ao acesso de dados de saúde pelas companhias de seguros, a CNPD, por via da deliberação 72/2006 foi do entendimento que:

a) O actual contexto jurídico é igual àquele que se verificava quando a CNPD elaborou a Deliberação 51/2001.

b) As normas constitucionais e os diplomas legais em vigor proíbem o acesso das Seguradoras aos dados pessoais de saúde dos titulares segurados já falecidos, sem o consentimento expresso destes para esse efeito.

c) Quanto aos familiares, gozam estes de um certo “direito à curiosidade”, o que lhes permite aceder apenas ao relatório da autópsia ou à causa de morte, mas não lhes abre a faculdade de aceder a mais informação de saúde nem a dados pessoais que se encontram na esfera mais íntima do titulares falecido. Só em casos concretos em que haja direitos e interesses ponderosos, tais como o exercício de direitos por via da responsabilização civil e/ou disciplinar ou penal dos prestadores de cuidados de saúde, e exclusivamente com esta finalidade, podem os familiares aceder aos dados pessoais de saúde dos titulares falecidos.

d) No entanto, “não parece haver qualquer fundamento legal, na Lei 67/98, que permita o fornecimento da documentação clínica aos beneficiários de um seguro de vida para, depois, entregarem essa informação à seguradora”.

e) Em condições de normalidade na execução do contrato de seguro do ramo Vida, os beneficiários das compensações devidas pelos seguros do ramo VIDA, a partir do facto relevante MORTE do segurado, têm, na sua esfera jurídica, um direito subjectivo à compensação. Por sua vez, na esfera jurídica das Seguradoras existe

1- É o disposto na al. a) do artigo 3.º da Lei n.º 67/98.

2- Nos termos da al. b) do artigo 3.º tratamento de dados pessoais é qualquer operação ou conjunto de operações sobre dados pessoais, efectuadas com ou sem meios automatizados, tais como a recolha, o registo, a organização, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a comunicação por transmissão, por difusão ou por qualquer outra forma de colocação à disposição, com comparação ou interconexão, bem como o bloqueio, apagamento ou destruição.

3- Nos termos do n.º 1 do artigo 7.º do diploma em análise é proibido o tratamento de dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem racial ou étnica, bem como o tratamento de dados relativos à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos.

4- É o disposto no n.º 2 do artigo 7.º, nos termos do qual mediante disposição legal ou autorização da CNPD, pode ser permitido o tratamento dos dados referidos no número anterior quando por motivos de interesse público importante esse tratamento for indispensável ao exercício das atribuições legais ou estatutárias do seu responsável, ou quando o titular dos dados tiver dado o seu consentimento expresso para esse tratamento, em ambos os casos com garantias de não discriminação e com medidas de segurança previstas no artigo 15.º

5- Nos termos do disposto no artigo 85.º o segredo médico é condição essencial ao relacionamento médico-doente, assenta no interesse moral, social, profissional e ético, que pressupõe e permite uma base de verdade e de mútua confiança.

6- É o disposto no artigo 86.º n.º 1 do CDOM.

7- Corresponde ao n.º 4 do referido artigo 86.º do CDOM.

8- O artigo 88.º do CDOM estabelece que: Excluem o dever de segredo médico:

a) O consentimento do doente ou, em caso de impedimento, do seu representante legal, quando a revelação não prejudique terceiros pessoas com interesse na manutenção do segredo médico;

b) O que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do médico ou do doente, não podendo em qualquer destes casos o médico revelar mais do que o necessário, nem o podendo fazer sem prévia autorização do Presidente da Ordem;

c) O que revele um nascimento ou um óbito;

d) As doenças de declaração obrigatória.

uma obrigação de pagar a compensação.

f) A posição processual mais onerada de qualquer das partes, seja a das Seguradoras, não pode ser aliviada à custa dos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos.

g) A contracção dos direitos fundamentais à privacidade e à protecção dos dados pessoais dos titulares falecidos não se apresenta como necessária ao não desaparecimento ou inviabilidade da actividade económica das Companhias de Seguros na contratação do ramo Vida.

h) Não havendo lei com regime habilitante ao acesso aos dados pessoais dos segurados falecidos, as Companhias de Seguros e os familiares destes titulares, para efeitos de pagamento/recebimento de indemnização decorrente da morte do segurado em virtude de contrato de seguro do ramo Vida, só podem aceder aos dados pessoais de saúde dos titulares **se estes tiverem dado o seu consentimento informado, livre, especí-**

fico e expesso para esse acesso, conforme atrás se explicitou.

i) O consentimento para o tratamento – acesso – dos dados pessoais deve ser autónomo das restantes cláusulas contratuais, mormente quando estas são pré-definidas pelas Companhias de Seguros.

j) Os dados pessoais necessários e suficientes para essa finalidade são os que respeitam exclusivamente à origem, causas e evolução da doença que provocou a morte dos titulares segurados.

Em conclusão:

Para que seja facultada a informação solicitada é necessário que a família demonstre que a autorização de acesso aos elementos clínicos do doente foi por este dada de forma expressa e autónoma.

Perante essa informação e a confirmação da dita autorização o clínico deverá remeter o relatório clínico ao médico da própria seguradora.

Não havendo o consentimento

expesso do titular da informação autorizando o acesso à mesma depois da sua morte, e não existindo na Lei de Protecção de Dados Pessoais ou noutra diploma qualquer preceito que autorize a companhia de seguros, nestas circunstâncias, a aceder à informação clínica em poder dos hospitais ou centros de saúde, **não é permitida a revelação dos dados de saúde**, sob pena de violação das disposições legais sobre confidencialidade e reserva da intimidade da vida privada acima enunciadas, as quais em conjugação com as referidas disposições do CDOM sobre segredo médico **impõem, necessariamente, a proibição quanto ao acesso à informação.**

Face ao que fica dito não releva a apreciação da escusa de segredo por parte do Sr. Presidente da Ordem dos Médicos.

O Consultor Jurídico
Paulo Sancho
2013-10-03»

Código de Ética da ULS do Nordeste

Divulgamos em seguida o parecer do Conselho Nacional de Deontologia e Ética Médica (CNDEM) da Ordem dos Médicos sobre o Código de Ética da ULS do Nordeste que foi aprovado em CNE.

«1 - O referido Código de Ética, nos termos do seu artigo 1º, pretender instituir, princípios, valores e regras fundamentais dos seus colaboradores. Ora os colaboradores da ULS do Nordeste são médicos e não médicos.

2 - Quanto aos não médicos este Conselho não tem competência para se pronunciar sobre eventuais códigos de ética que possam envolver outros profissionais de saúde.

3 - Quanto aos médicos, o único código que estes estão obrigados a cumprir, de acordo com o Estatuto da Ordem dos Médicos e o Estatuto Disciplinar dos Médicos, é o Código Deontológico dos Médicos, publicado em Diário da Republica, sob a forma do Regulamento nº 14/2009, em 13 de Janeiro de 2009, sendo que é reconhecida à Ordem dos Médicos a competência disciplinar exclusiva no que se refere à responsabilidade emergente de infrações à Deontologia Médica.»



Fornecimento de dados clínicos a seguradoras

Divulgamos o parecer do Conselho Nacional de Deontologia e Ética Médica sobre o potencial fornecimento de dados clínicos de doentes a companhias de seguros, devidamente aprovado em CNE.

«Relativamente ao pedido de parecer referente ao fornecimento de dados clínicos de doentes a companhias de seguros, o Conselho Nacional de Deontologia e Ética Médica (CNDEM) da Ordem dos Médicos entende que:

1-No plano jurídico deverão ser aduzidos como argumentos as disposições do Código Penal sobre segredo profissional. Assim, e porque o veículo do fornecimento de informação clínica de doentes a companhia de seguros será sempre alguém com responsabilidades institucionais nas unidades hospitalares, será defensável que os doentes atingidos possam desencadear as ações penais adequadas contra quem autoriza formalmente o fornecimento de dados clínicos sem a respetiva autorização.

2-A proteção da confidencialidade de dados clínicos de doentes resulta da legislação em vigor, designadamente do articulado da Lei 12/2005 de 26 de Janeiro que prevê:

Artigo 3.º

Propriedade da informação de saúde
1 — A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da

informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei.

Artigo 4.º

Tratamento da informação de saúde

1 — Os responsáveis pelo tratamento da informação de saúde devem tomar as providências adequadas à proteção da sua confidencialidade, garantindo a segurança das instalações e equipamentos, o controlo no acesso à informação, bem como o reforço do dever de sigilo e da educação deontológica de todos os profissionais.

2 — As unidades do sistema de saúde devem impedir o acesso indevido de terceiros aos processos clínicos e aos sistemas informáticos que contenham informação de saúde, incluindo as respetivas cópias de segurança, assegurando os níveis de segurança apropriados e cumprindo as exigências estabelecidas pela legislação que regula a proteção de dados pessoais, nomeadamente para evitar a sua destruição, acidental ou ilícita, a alteração, difusão ou acesso não autorizado ou qualquer outra forma de tratamento ilícito da informação.

3 — A informação de saúde só pode ser utilizada pelo sistema de saúde nas condições expressas em autorização escrita do seu titular ou de quem o represente. Sublinha-se assim a especial responsabilidade das unidades do sis-

tema de saúde e dos seus responsáveis na proteção da confidencialidade da informação de saúde, tendo em conta que a informação de saúde é propriedade da pessoa só podendo ser utilizada pelo sistema de saúde em condições expressas mediante autorização escrita. Mais ainda: a responsabilidade das unidades de saúde é uma responsabilidade ativa destinada a impedir o acesso indevido de terceiros aos processos clínicos, conforme decorre do articulado atrás citado. 3-A mesma lei prevê, ainda e com especial ênfase, a proteção de qualquer tipo de informação genética quanto à sua revelação a companhias de seguros, (artigo 12º da Lei 12/2005):

Testes genéticos e seguros

1 — As companhias de seguros não podem pedir nem utilizar qualquer tipo de informação genética para recusar um seguro de vida ou estabelecer prémios mais elevados.

2 — As companhias de seguros não podem pedir a realização de testes genéticos aos seus potenciais segurados para efeitos de seguros de vida ou de saúde ou para outros efeitos.

3 — As companhias de seguros não podem utilizar a informação genética obtida de testes genéticos previamente realizados nos seus clientes atuais ou

potenciais para efeitos de seguros de vida e de saúde ou para outros efeitos.

4 — As seguradoras não podem exigir nem podem utilizar a informação genética resultante da colheita e registo dos antecedentes familiares para recusar um seguro ou estabelecer prémios aumentados ou para outros efeitos.

Ora, atendendo ao conceito de informação genética, definido no número 2 do artigo 6º da Lei 12/2005, segundo o qual “a informação genética pode ser resultado da realização de testes genéticos por meios de biologia molecular, mas também de testes citogenéticos, bioquímicos, fisiológicos ou imagiológicos, ou da simples recolha de informação familiar, registada sob a forma de uma árvore familiar ou outra, cada um dos quais pode, por si só, enunciar o estatuto genético de uma pessoa e seus familiares”, o simples fornecimento, a uma companhia de seguros, de uma história familiar onde conste o mero e aparentemente anódino registo de colesterol elevado em várias gerações de uma família, constitui revelação de provável hipercolesterolemia familiar, o que é, como se viu, expressamente proibido. Caberá, neste ponto, equacionar a questão de quem pode atestar, de acordo com as *leges artis*, o que é, e o que não é, informação genética.

4-No plano deontológico, a revelação de dados clínicos a companhias de seguros, (revistam ou não a forma de informação genética), sem a autorização do doente (afinal o proprietário da informação de saúde) constitui violação dos artigos 86º e 87º do Código Deontológico, que a seguir se transcrevem:

Artigo 86.º

(Âmbito do segredo médico)

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

2 — O segredo abrange todos os factos que tenham chegado ao conhecimento

do médico no exercício da sua profissão ou por causa dela e compreende especialmente:

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

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

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

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

3 — A obrigação de segredo médico existe, quer o serviço solicitado tenha ou não sido prestado e quer seja ou não remunerado.

4 — O segredo médico mantém-se após a morte do doente.

Artigo 87.º

(Segredo médico em unidades de saúde públicas, sociais, cooperativas ou privadas)

1 — Os médicos que trabalhem em unidades de saúde estão obrigados, singular e coletivamente, a guardar segredo médico quanto às informações que constem do processo individual do doente.

2 — Compete aos médicos referidos no número anterior a identificação dos elementos dos respetivos processos clínicos que, não estando abrangidos pelo segredo médico, podem ser comunicados a entidades, mesmo hierárquicas, que os hajam solicitado.

3 — O médico é responsável por vedar às administrações das unidades de saúde, públicas ou privadas, bem como a quaisquer superiores hierárquicos não médicos, o conhecimento de elementos clínicos que se integrem no âmbito do segredo médico.

4 — Qualquer litígio suscitado entre médicos e as entidades não-médicas referidas nos dois números anteriores, em que seja invocado segredo médico, é

decidido, no plano ético, pelo Presidente da Ordem.

5 — A guarda, o arquivo e a superintendência nos processos clínicos dos doentes, organizados pelas unidades de saúde, competem sempre aos médicos referidos nos dois primeiros números, quando se encontrem nos competentes serviços ou, fora deste caso, ao médico ou médicos que exercem funções de direção clínica.

Sublinham-se, a propósito, os números 1,2 e 5 do artigo 87º do Código Deontológico e muito especialmente as responsabilidades cometidas aos diretores clínicos das unidades de saúde, na salvaguarda do segredo médico e da especial gravidade de comportamentos que possam constituir violação daquele segredo.

5-No entanto, a questão da revelação de dados clínicos por hospitais a companhias de seguros não deve ser apenas equacionada na avaliação da responsabilidade de quem faculta esses dados. A questão deve ser também apreciada relativamente à responsabilidade de quem os solicita. E aqui duas alternativas se colocam.

Ou o pedido de informações clínicas é realizado por terceiros não abrangidos por segredo médico e os médicos solicitados à revelação tem o direito (e o dever) de não prestar tais informações, ou o pedido de informações clínicas é realizado por médicos, ligados às entidades seguradoras, mas também vinculados a segredo profissional médico.

No primeiro caso a capacidade de intervenção da Ordem dos Médicos é seguramente limitada por não possuir poderes de fiscalização ou tutela sobre não médicos.

No segundo, a situação é exatamente a contrária. Neste cenário também se colocam duas alternativas: ou a informação clínica solicitada por médico ligado à entidade se-

guradora, tem como fim, expresso e único, obter informações clínicas, sem que as mesmas influenciem, de forma direta ou indireta, a relação contratual entre o segurado e a seguradora ou aquela informação clínica, obtida por médico, se destina a ser revelada a terceiros não médicos, podendo, por isso, ser utilizada para outros fins que não de natureza estritamente clínica.

No caso do médico da entidade seguradora funcionar como veículo de informação entre o médico assistente do doente e a entidade seguradora, estaremos perante

uma clara violação do número 3 do artigo 87º do Código Deontológico (atrás citado) que, nesta matéria, impõe ao médico um dever, não se limitando ao reconhecimento de um direito.

6-Em conclusão, é entendimento do CNDEM:

A) Que os médicos de qualquer unidade de saúde, e muito particularmente os respetivos diretores clínicos, que permitam o acesso de dados clínicos de doentes a entidades seguradoras sem consentimento expresso e escrito daqueles, cometem infração legal e deontoló-

gica pelo que a Ordem dos Médicos deve acionar os procedimentos disciplinares aplicáveis.

B) Que, do mesmo modo, os médicos ligados a entidades seguradoras, e muito particularmente os respetivos diretores clínicos, que permitam o acesso a não médicos de informações clínicas, sem o consentimento expresso e escritos dos respetivos titulares, cometem infração deontológica pelo que a Ordem dos Médicos deve acionar os procedimentos disciplinares aplicáveis.»

Concursos fechados

Publicamos em seguida a posição do Colégio de Doenças Infecciosas sobre o procedimento simplificado de recrutamento, nomeadamente no que se refere a médicos que adquiriram o grau de especialista na 1.ª Época de 2013. Foram recebidas várias cartas na OM sobre o procedimento Simplificado de Recrutamento - Identificação dos Serviços e Estabelecimentos de Saúde Carentes de Pessoal Médico relativamente a Médicos que Adquiriram o Grau de Especialista na 1.ª Época de 2013 (Despacho n.º 10231-A/2013, de 1 de Agosto), com ênfase para a área da Infeciologia, nas quais se pedia a reposição da legalidade bem como a intervenção do Colégio de Especialidade de Doenças Infecciosas de forma a equilibrar as necessidades da especialidade e pugnar por um trabalho digno dos nossos especialistas.

[Estão divulgados no site nacional \(www.ordemdosmedicos.pt\)](http://www.ordemdosmedicos.pt) o comunicado da OM sobre os concursos fechados, o parecer do departamento jurídico da OM e o parecer da Provedoria da Justiça, bem como várias cartas de colegas a que se faz aqui referência. Em seguida divulgamos a tomada de posição do Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas.

Posição Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas
«O Colégio da Especialidade de Doenças infecciosas vem por este meio manifestar a sua surpresa pela abertura de seis vagas para especialistas de Doenças infecciosas nos hospitais de Évora, Faro, Beja e Santiago de Cacém. Sem pôr em causa a necessidade de especialistas em hospitais mais periféricos e a utilidade e mais valia da sua colocação nos mesmos, lamenta que não se tivesse em conta a carência actual

de recursos humanos na maioria dos hospitais de referência, a qual será agravada pela actual decisão. Surpreende-nos igualmente que para decisões deste teor, o Colégio não seja previamente ouvido. Pelo Colégio de Doenças infecciosas, Fernando Maltez»

Recordamos que para localizar a informação no site nacional basta usar a própria pesquisa colocando palavras chave como 'provedoria de justiça' ou 'concursos fechados', por exemplo.



Estatuto de trabalhador-estudante no 1º ano de formação específica do internato

Publicamos em seguida o parecer do Departamento Jurídico relativo à possibilidade de um médico interno, no 1º ano de formação específica, poder requerer o estatuto de trabalhador-estudante, de modo a frequentar um curso de especialização.

«Foi solicitado a este Departamento Jurídico, por parte do Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Faro, um esclarecimento relativo à possibilidade de um médico interno, no 1º ano de formação específica de Medicina Física e Reabilitação naquele hospital, poder requerer àquele Conselho de Administração o estatuto de trabalhador-estudante, de modo a frequentar um curso de especialização promovido pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

Ora, estipula o artigo do 49.º, nº 1 Regulamento do Internato Médico – R.I.M. (Portaria n.º 251/2011, de 24 de Junho) que os *“internos do internato médico são colocados nos locais de formação, mediante a celebração de contrato de trabalho em funções públicas na modalidade de contrato a termo resolutivo incerto ou em regime de comissão de serviço caso o médico interno seja titular de uma relação jurídica de emprego público por termo indeterminado constituída previamente”* (sublinhado nosso).

Desta forma, celebrando o médico que frequenta o internato um contrato de trabalho em funções públicas, teremos de considerar o disposto no Regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas, aprovado pela Lei nº59/2008, de 11 de Setembro.

Assim, de acordo com artº 8º-B, o qual foi aditado pelo artº 5º da Lei nº 66/2012, de 31 de Dezembro, “sem prejuízo do disposto em lei especial, é aplicável aos trabalhadores *que exercem funções públicas, nas modalidades de nomeação e de contrato, o regime do trabalhador-estudante estabelecido no Código do Trabalho*”, pelo que, quanto a esta matéria, teremos de recorrer ao referido Código.

Note-se que o R.I.M. apenas faz referência, no seu art.º 49.º, nº 7, à possibilidade, de frequência, por parte do interno, de mestrados em investigação médica, bem como, no artº 54.º, à realização formação externa a qual só pode ser concedida quando as acções de formação:

“a) Se enquadrem no programa de formação e não ultrapassem a duração fixada no programa para esse estágio ou estágios; ou

b) Sejam relevantes para a formação médica que se encontre a decorrer e sejam de curta duração ou de carácter avulso, as quais não devem exceder o limite de 15 dias por ano nem prejudicar o tempo de formação de cada estágio”.

Contudo, e apesar de ser possível considerar-se que o curso a frequentar (de Especialização em Acupunctura e Moxibustão) pelo médico interno do 1º ano de formação específica de Medicina Física e Reabilitação pode ser enquadrável no programa de formação do internato, parece-nos mais prudente enquadrá-lo como um curso de pós-graduação, tal como o mesmo é previsto nos artºs 89º e seguintes do Código do Trabalho, visto que tal possibilidade não é excluída pelo R.I.M.

Assim, de acordo com os artºs 89º do Código do Trabalho con-

sidera-se “trabalhador-estudante o trabalhador que frequenta qualquer nível de educação escolar, bem como curso de pós-graduação, mestrado ou doutoramento em instituição de ensino (...)”, requisito que nos parece estar preenchido na situação em apreço, pelo que não vemos qualquer impedimento para a concessão do estatuto de trabalhador-estudante.

Ora, em resumo, após a concessão do referido estatuto, o trabalhador em causa, entre outras vantagens, poderá ver o seu horário de trabalho ajustado, de modo a permitir a frequência das

aulas e a deslocação para o estabelecimento de ensino (de acordo com o artº 90º, nº 2 do C.T.), poderá faltar para prestação de provas de avaliação (artº 92º) e marcar férias e licenças de acordo com as suas necessidades escolares (artº 92º).

Contudo, e independentemente da viabilidade da concessão do estatuto de trabalhador-estudante a um interno do 1º ano da formação específica, consideramos que este deverá ter sempre em conta as exigências e especificidades da formação no âmbito do internato médico, pelo que será

importante estar consciente que determinadas faltas ao trabalho poderão ter repercussão no seu aproveitamento (veja-se os artºs 70º e 74º do R.I.M.), tal como, por outro lado, a manutenção do estatuto de trabalhador-estudante depende de aproveitamento escolar, no curso de especialização em causa, no ano lectivo anterior (artº 89º nº 2 do C.T.).

A Consultora Jurídica

Diana Ferreira de Almeida
27-06-2013»

Segredo profissional e atendimento a jovens

Divulgamos em seguida o parecer jurídico sobre consultas de planeamento familiar e atendimento a jovens na sequência de uma consulta se, à mãe de uma menor de 14 anos, com base na Portaria 52/85, pode ser vedado, ou não, o direito de acompanhar a filha a uma consulta de planeamento familiar.

«A consulente é mãe de uma menor de 14 anos e questiona-nos se, com base na Portaria 52/85, de 26.01, lhe pode ser vedado, ou não, o direito de acompanhar a sua filha a uma consulta de planeamento familiar.

Vejam, sinteticamente, o que importa dizer sobre esta matéria.

Como se sabe, a maioridade atinge-se aos 18 anos de idade. Contudo e no que diz respeito à matéria dos direitos de personalidade e direito de família, os menores a partir dos 16 anos e em algumas situações mesmo a partir dos 14 e dos 12 anos são titulares de capacidade de gozo e de exercício de direitos¹.

No que respeita à saúde sexual e reprodutiva a autonomia do menor é legalmente reconhecida a partir da idade fértil².

Por via das normas legais portuguesas já citadas e inclusive de normas constantes em convenções

internacionais podemos dizer que a lei vem oferecendo alguma autonomia aos “menores maduros”, não só para darem o seu co-consentimento ou exercerem um direito de veto em determinadas situações que respeitem à sua saúde, como também para exercerem o direito a serem consultados sobre a saúde reprodutiva e planeamento familiar com respeito pela reserva da intimidade da sua vida privada, ou seja, com a garantia de que os factos relatados no âmbito de tal consulta estão sujeitos a segredo médico.

De resto, o artigo 15º da Lei 3/84, de 24.03, e o artigo 10º da Portaria 52/85, de 26.01, referem exactamente que os profissionais dos centros de consulta sobre planeamento familiar e atendimento para jovens ficam sujeitos a segredo profissional sobre o objecto, o conteúdo e resultado das consultas e acções

em que tiverem intervenção e, em geral, sobre os actos ou factos de que tenham tido conhecimento no exercício das suas funções ou por causa delas.

Em conclusão e respondendo directamente à questão formulada pela consulente, entendemos que o médico, no âmbito de uma consulta de planeamento familiar, pode entender dever ouvir o(a) menor sem a presença dos pais.

O Consultor Jurídico

Paulo Sancho

2013-08-29»

1- É o caso do direito à autodeterminação religiosa (artigo 1886º do Código Civil), o direito a casar (artigo 1601º, al. a) do Código Civil) e o direito a perfiñar (artigo 1850º do Código Civil).

2- É o caso do preceituado no artigo 5º da Lei 3/84, de 24.03, e no artigo 5º da Portaria 52/85, de 26.01.



Maria Helena de Oliveira Morgado Canada

Membro do Conselho Disciplinar Regional do Sul da OM

Ao que os médicos estão sujeitos...

Como outros membros deste CDRSul já tiveram oportunidade de salientar em artigos anteriores, e contrariamente ao pensamento de muitas pessoas e também de alguns médicos, os Conselhos Disciplinares da Ordem dos Médicos não existem para defender os médicos tout court, mas sim para defender a ética e a deontologia médica, os direitos e os deveres dos médicos mas também dos doentes, os códigos e estatutos da Ordem dos Médicos, sendo essa a melhor forma de defender o bom nome e a dignidade da generalidade dos médicos.

Com efeito, se há médicos que prevaricam, devem ser responsabilizados, incorrendo eles em responsabilidade disciplinar e, eventualmente, em responsabilidade civil ou até mesmo criminal. No entanto, existem algumas queixas que, para além de terem um fundamento muito duvidoso e questionável, podem até ser ofensivas para os médicos participados, podendo estes recorrer nesses casos, justificadamente e de "motu próprio", às instâncias judiciais competentes, visto os Conselhos Disciplinares nada poderem fazer contra quem se queixa em termos ofensivos, excepto se o participante for ele próprio um médico sujeito às regras do Código Deontológico sobre correcção e solidariedade médica.

Existem também casos em que pessoas malévolas ou desequilibradas, por vezes com mani-

festas perturbações psíquicas, se queixam dos médicos mesmo não tendo qualquer base para o fazerem, havendo até situações em que as queixas são particularmente injustas, visto os médicos visados tudo terem feito para zelar pela saúde e bem estar dos doentes.

Foi precisamente isto que aconteceu no Processo cujo relatório final vamos seguidamente transcrever, no qual o participante se queixa dos médicos que estiveram na origem do seu internamento compulsivo, sendo de realçar que um desses médicos foi precisamente a própria irmã do queixoso, a qual narra com muita sensibilidade e de modo muito convincente e claro todos os factos e condutas do participante que justificaram tal internamento.

Por essa razão, concluiu este Conselho Disciplinar que a conduta dos médicos não era pas-

sível de qualquer censura, mais não tendo visado do que assegurar o necessário tratamento urgente do doente, numa altura em que este se tinha tornado um perigo, não só para si próprio como também para terceiros, inclusive familiares e amigos.

Processo de Averiguação
Sumária
Nº .../12

PROPOSTA DE ARQUIVAMENTO

1. Neste processo o Senhor queixa-se dos médicos Dr.^a A e Dr. B, sendo a primeira irmã do próprio participante.

2. Na sua participação, o queixoso diz o seguinte – e passamos a transcrever:

"Na sequência de intoxicação com salmão contaminado meio cru num

restaurante do Pingo Doce em ..., e diagnóstico de pseudotumor cerebri, e sintomas de acromegalia, prosseguia para exames e tratamentos médicos em Barcelona Espanha, no dia 24 de Setembro de 2011 pelas 15.00 locais, quando fui interceptado à porta de minha casa pela Guarda Nacional Republicana com mandato de captura emitido pelo juiz de instrução criminal, para o meu internamento psiquiátrico compulsivo, por ser considerado uma ameaça pública.

Os três agentes da Guarda Nacional Republicana violentamente agarraram-me e algemaram-me tendo danificado a minha viatura, e sem direito a advogado, seguidamente fui levado para a porta das urgências do Hospital X onde permaneci uma hora, e daí para o hospital psiquiátrico à entrada de Faro. Posteriormente levado para sala onde médicas injectaram com valeo nas coxas, tendo-me colocado em camisa-de-forças, e atado a uma cama durante a noite. No dia seguinte estava drogado; Permaneci durante 15 dias detido nesta unidade sobre fortemente medicação. No dia da alta o medico psiquiatra Dr. B, disse-me que tinha sido detido com base em 8 queixas compulsivas formuladas nos 2 dias subsequentes a minha detenção, das quais foram revelados os nomes dos autores: o Sr. C funcionário do ministério público e companheiro da minha ex esposa; a minha irmã, Dr^a A e o Professor de trabalhos manuais, Eng. D.

Foi referido pelo psiquiatra Dr. B que ficava vinculado a semanalmente fazer o tratamento voluntário, na unidade de psiquiatria do Hospital X.

Acção acima descrita não só veio a atrasar os exames marcado para tratamento do pseudotumor e acromegalia em Barcelona, como tiveram que ser cancelados por moti-

vos de aproximação o Natal para o ano seguinte. Como resultado, as alterações devidas aos sintomas de pseudotumor e de acromegalia desfigurando a minha cara, provocando perdas de visão por duas vezes, e fortes palpitações no coração.

A acromegalia provoca fortes pressões intercranias, e alterações faciais tendo como maior problema o crescimento dos órgãos levar a deficiências cardíacas por obstruções das artérias de ligação ao coração. O não diagnóstico e tratamento antecipado pode levar a morte prematura.

No caso em questão a acromegalia foi provocado por fungos aspergillios colocado salmão que colonizou a zona no sinus, entre os seios, que por acções respiratórias transporta micotoxinas para os pulmões e traço sanguíneo para o cérebro. Como consequências, as micotoxinas alteraram sistema nervoso, levando a demência, perda de visão e Parkinson em estado mais avançado, promovem o envelhecimento precoce. Nos pulmões quando bolas fungais aparecem carecem de intervenção cirúrgica.

O impedimento do tratamento da acromegalia pela prisão psiquiátrica, em um acto que pode ter a moldura de tentativa de homicídio qualificado, dada a gravidade da doença e consequências resultantes do não tratamento atempado.

Todos os médicos em urgências com quem tratei posteriormente, fui considerado como psiquiátrica-mente Impar.

O que foi extensível a minha vida profissional no estrangeiro, com rejeições por parte de empregadores.

Pelo referido acima apresento queixa contra:

Dr^a A, (tinha conhecimento do meu quadro clínico) e Dr. B do Hospital psiquiátrico de X" (estivemos a transcrever ipsis

verbis a participação)

3. Para instrução do presente processo, foram solicitados esclarecimentos aos médicos participados.

4. Em resposta ao solicitado, o médico Dr. B veio declarar o seguinte – e passamos a transcrever:

“Venho levar ao conhecimento do Exmo. Colega os seguintes esclarecimentos sobre a exposição enviada à Ordem dos Médicos pelo Sr.....:

1. A 02.12.11 o exponente / reclamante foi internado compulsivamente neste DPSM, através do Serviço de Urgência de Psiquiatria do Hospital de X, pelo Dr. E, na sequência de mandado de condução ao abrigo da Lei 36/98, de 24/7;

2.O internamento em regime compulsivo teve confirmação Judicial e manteve-se até dia 14.12.11;

3.O diagnóstico de admissão (e de saída) foi de Psicose Paranóide, para o qual não tinha discernimento nem capacidade para dar o consentimento;

4.Teve alta a 15.12.11, com orientação para a Consulta Externa, comprometendo-se efetuar os tratamentos prescritos e comparecer às consultas agendadas, o que não veio a cumprir;

5.As acusações que refere acerca dos cuidados médicos e de enfermagem recebidos, assim como a queixa contra a irmã (e nossa colega, Dra. A), são destituídas de sentido, devendo ser enquadradas na descompensação do seu quadro delirante (crónico).”

(estivemos a transcrever a resposta do médico participado)

5. Por sua vez, a médica participada Dr.^a A veio declarar o seguinte – e passamos a transcrever:

“O queixoso é meu irmão. Revela desde há cerca de 19 anos uma per-

turbação da personalidade, que se tomou mais evidente após a morte do nosso pai (Dezembro de 1995), e que tem tido ao longo destes anos agravamento progressivo. Desde há 4 anos, na sequência do seu processo de divórcio (Fevereiro de 1999), este quadro começou a caracterizar-se por ideias persecutórias, que envolviam inicialmente colegas de trabalho, políticos e por último familiares próximos.

A crescer a este quadro clínico de conspiração, há ainda referência a escutas nos telemóveis, “tráfico de informação através da internet”, “perseguição por parte do ministério público e tribunais”, sic.

Face a este difícil processo, sem qualquer tipo de aceitação pelo próprio, solicitei ajuda de uma colega de medicina interna no Hospital de X, para que o observasse de forma a puder ajudá-lo em Dezembro 2010 (Processo do Hospital de X, nº). Nesse Hospital realizou vários exames complementares de diagnóstico, entre eles análises de sangue e urina e Tomografia Computorizada ao sistema nervoso central (6 de Janeiro de 2011), sem qualquer achado patológico de relevo.

Como mantinha a ideiação de que havia sido “vítima de envenenamento e existência de toxinas no cérebro”, sic, continuou a ser observado em clínica privada, em consultas de Alergologia, Dermatologia (por distorção da auto imagem e interpretação dos seus próprios sintomas, apoiado pela internet) e ORL, que não conduziram a qualquer diagnóstico clínico efectivo.

Consultou ainda um colega de neurologia que colocou a hipótese de diagnóstico de se tratar de um quadro de patologia psiquiátrica. Nessa sequência em Dezembro de 2010 foi de facto consultado por uma colega da especialidade de psi-

quiatria e foi colocada a hipótese de diagnóstico de Psicose/ esquizofrenia. O meu irmão foi alertado para a necessidade de tomar a medicação e de ter conseqüente acompanhamento. Facto que negou veemente, e nessa altura não aceitou qualquer tipo de ajuda ou intervenção da minha parte, alegando que eu não o estaria a ajudar a chegar ao diagnóstico que ele cria ser o verdadeiro, o de intoxicação/ envenenamento.

Segundo o próprio, todos os médicos em questão não conseguiam fazer-lhe o diagnóstico e muito menos foram capazes de tratá-lo (segundo a sua própria descrição). Foi prescrita medicação que o mesmo nunca tomou, em perfeita negação da sua evidente patologia.

Este quadro tem tomado dimensões de difícil controlo, uma vez que se trata de um adulto que reside sozinho e se nega a qualquer apoio. Tem qualificações superiores (exercia Engenharia Civil, mas não tem qualquer trabalho nesta área há cerca de 15 anos, tendo apenas trabalhado na drogaria como sócio gerente, até ao fecho desta), recorre a informação médica retirada da internet e submetida à sua interpretação, não sujeita a qualquer censura.

De forma autónoma ele recorreu aos Estados Unidos, na Florida, onde alegadamente terão sugerido a realização de uma ressonância magnética ao SNC. Exame que realizou de imediato em Portugal em Novembro de 2011, não revelou qualquer patologia. Tem recorrido a outros países como a Alemanha e Espanha, sem que essas consultas tenham culminado com qualquer tipo de diagnóstico ou tratamento. Apenas com acréscimo de custos para o mesmo.

A evolução da doença leva-o a uma trama de histórias, conspirações, nas quais ele fielmente acredita,

de difícil, se não mesmo impossível desmontagem por minha parte.

Lamentavelmente esta trama de perseguições finalmente chegou a mim, considerando assim, que em última instância, eu enquanto médica teria a obrigação de ter “acertado no médico e na especialidade”, com o diagnóstico que encaixe na perfeição da sua doentia imaginação. Em Novembro de 2011, dirigiu-se a minha casa, com o intuito de me agredir, nesse dia eu não estava em casa, mas o meu marido foi vítima de agressão por parte do meu irmão. Como a nossa residência é uma casa relativamente isolada, no campo, este facto transformou-se numa ameaça consistente e passível de algum acontecimento grave.

Assim falei com a Delegada de Saúde de X e fui aconselhada a iniciar o processo de internamento compulsivo (anexo processo de Requerimento efectuado ao Departamento de Saúde Mental do). O meu irmão foi internado no Serviço de Psiquiatria do Hospital de X de 2 de Dezembro de 2011 a 15 de Dezembro de 2011 (anexo relatório hospitalar).

Nessa altura esteve medicado e melhorou do seu quadro psicótico. O diagnóstico foi de psicose delirante. Em Janeiro de 2011 abandonou as consultas e a medicação, facto que mantém até ao momento.

Actualmente disse-me que residia em Barcelona, mantém um discurso semelhante com o mesmo delírio. Esta é a informação verídica deste drama familiar onde estou envolvida, sem que possa recorrer a outros familiares para o poder partilhar.

Se V. Ex.^a considerarem necessária mais informação, encontro-me totalmente disponível. Estou igualmente receptiva a qualquer sugestão que me possam veicular relativo a este assunto”.

(estivemos a transcrever a res-

posta da médica participada)

6. Em anexo à sua resposta, a médica participada juntou cópia do requerimento que efectuou junto do Departamento de Saúde Mental do .. para o internamento compulsivo do participante, no qual consta a descrição de diversos comportamentos, ameaças e agressões perpetradas pelo agora queixoso e onde se pode ler, entre muitas outras coisas que, *por diversas vezes, o agora queixoso se deslocou à residência da médica participada, com a desculpa de que necessitava de falar, por sentir-se perseguido por tudo e todos, descrevendo situações como: ter sido envenenado no restaurante do Pingo Doce com um produto tóxico, o qual lhe está a danificar o cérebro e que lhe causou um tumor, diagnosticado pelo próprio em pesquisas da Internet, e, segundo o qual, diagnosticado por médicos que já consultou internacionalmente; Os seus telemóveis e computadores encontrarem-se sob escuta e vigiados; entrarem-lhe espiões por diversas vezes em casa; O Presidente da Câmara Municipal de . e toda a classe política do Partido . estaria a conspirar contra o mesmo, assim como toda a orgânica do Ministério Público e todos aqueles que lhe são (ou antes, eram) mais próximos: Refere ainda frequentemente que contra si são urdidas conspirações pela sua ex-mulher, um primo seu e um amigo de infância que sempre o tentou acompanhar e ajudar.*

7. Tomando posição, a Relatora do presente processo considera razoáveis e convincentes as explicações dadas pelos médicos participados - um dos quais a própria irmã do participante - carecendo em absoluto a queixa de fundamento, visto os parti-

cipados terem-se limitado a zelar pela saúde mental do queixoso e pela integridade física das pessoas com quem este se relaciona.

8. Atendendo ao exposto, propomos ao Conselho Disciplinar Regional do Sul o arquivamento do presente processo de averiguação sumária.

Lisboa, 11 de Junho de 2013

Agradece-se ao consultor jurídico do CDRS, Dr. Diogo Bártolo, a colaboração prestada



Reorganização da urgência metropolitana de Lisboa

Perante a concentração das urgências noturnas de Lisboa, sem que tenha sido publicado nenhum estudo a fundamentar tal concentração, sem que se conheça a avaliação das consequências para os doentes e sem que a Ordem dos Médicos tenha sido devidamente envolvida no processo, uma delegação da OM foi junto dos colegas dos Hospitais de São José e Santa Maria, conhecer em que condições está a processar-se essa concentração e qual a percepção dos profissionais relativamente à eficácia e aplicabilidade dessa mudança organizacional. Uma conclusão essencial desta visita foi que este tipo de reorganização só é possível com os médicos e restantes profissionais de saúde e não contra eles...

Tal como já referiu em diversos comunicados, a Ordem dos Médicos é favorável à reorganização das urgências desde que feita com base em argumentos técnicos e desde que essa mudança seja discutida e analisada com os médicos, com as associações de doentes e até com as próprias autarquias. No entanto, sem que nada disso tivesse acontecido, as mudanças nas urgências da Grande Lisboa já começaram, com o objectivo de criar uma mega urgência polivalente que funcionará alternadamente nos hospitais de Santa Maria e São José, com uma rotatividade mensal. Essa nova urgência concentra todas as especialidades durante o período nocturno, sendo que já foram concentradas Psiquia-

tria, Oftalmologia, Urologia e Cirurgia Vasculiar. Ainda até ao final de 2013, a Administração Regional de Saúde pretende reorganizar as urgências das especialidades de Cirurgia Plástica, Maxilo-Facial, Neurologia, Gastrenterologia, Cardiologia de Intervenção e Cirurgia Cardíaca. A concentração implicou a 'despromoção' de serviços que eram urgências polivalentes (que recebiam politraumatizados), como, por exemplo, as do Hospital São Francisco Xavier e do Garcia de Orta que passaram a funcionar como médico-cirúrgicas (com menos valências) durante o período nocturno.

Dado esse avanço da concentração das urgências de Lisboa, o que foi feito ignorando todas as

tentativas de crítica construtiva, a OM não podia deixar de encarar a situação com preocupação, pelo que José Manuel Silva, bastonário da OM, Pereira Coelho, presidente do Conselho Regional do Sul, e representantes de diversos Colégios da Especialidade, efectuaram em Outubro visitas aos hospitais de São José e de Santa Maria para, tão fundamentalmente quanto possível, perceber qual a resposta que está a ser dada, no terreno, a questões como a capacidade das instituições que estão a receber a urgência concentrada, o espaço físico disponível e a sua adequação, existência (ou não) de recursos técnicos e humanos em consonância com as novas necessidades decorrentes desta 'reorgani-

zação' e quais as consequências para os doentes visto que o presidente da ARSLVT, Luís Cunha Ribeiro, já firmou diversas vezes que, além da questão económica, a concentração de várias especialidades numa só urgência, rotativa entre Santa Maria e São José, tem como objectivo garantir uma resposta melhor do que a que existia...

OM, «têm-se corrigido pormenores» pois «vamos constatando a necessidade de adaptações». Referindo-se especificamente ao encerramento da urgência do Curry Cabral, o director clínico afirmou: «absorvemos toda a urgência que estava nesse hospital, nomeadamente a psiquiatria». Relativamente a uma queixa sobre o transporte de uma mala

e citando estatísticas: «apesar de termos estado com recursos mínimos em otorrinolaringologia e oftalmologia, não mandámos nenhum doente embora, aliás pedimos às equipas que vissem todos os doentes». Psiquiatria terá tido algum acréscimo em termos de afluência, mas foi a oftalmologia que foi referida como tendo aumentado «na ordem dos



Nuno Diogo, Pereira Coelho e José Manuel Silva, em reunião com o CA de São José

São José, uma urgência entreaberta (?)

A visita começou por uma reunião com o Conselho de Administração, com a presença de Teresa Maria da Silva Sustelo, presidente do Conselho de Administração, na qual Pereira Coelho deu conta das muitas queixas que foram chegando à OM, desde que se iniciou o seu mandato, tendo explicado que Psiquiatria foi uma das especialidades em que os colegas reportaram mais problemas. Eduardo Gomes da Silva, director clínico do Centro Hospitalar Lisboa Central, explicou que tem sido feito um esforço de adaptação e que perante auditorias, nomeadamente da

pesada, Conceição Botas, directora de urgência e cuidados intensivos, explicou que se trata da referência à «mala de reanimação que acompanha as equipas de urgência interna que estão perfeitamente identificadas em cada hospital», o que dá cumprimento a uma orientação da própria DGS. O director clínico explicou que «além destas chamadas equipas de urgência interna, há os médicos da própria urgência interna, não havendo, portanto, uma importação de recursos da urgência para fazer frente a estas situações». Interpelado pelo Bastonário da Ordem dos Médicos especificamente sobre a reorganização da urgência metropolitana, Eduardo Gomes da Silva referiu que a administração está a monitorizar a evolução e explicou o funcionamento actual com alguns exemplos concretos

30 ou 40% em relação ao ano passado». Já no caso da urologia, a afluência «baixou, mas notamos melhores critérios na referência»; também a cirurgia vascular foi referida como tendo aumentado, sendo os números apresentados de 8 ou 9 doentes por noite. Maria João Carnot, que pertence ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), e que esteve na reunião em representação do Colégio da Especialidade de psiquiatria, referiu que o ligeiro acréscimo que se sentiu nesta especialidade é pouco significativo e que se deverá a má referência, lamentando que os colegas não façam um telefonema prévio. «Estamos a internar muitos doentes de fora da área e um doente que chegue aqui, mal referenciado, na sexta à noite, ficará aqui até segunda-feira... Entretanto o SO enche e o doen-

te é enviado para o CHPL...» O director clínico lembrou não ser aconselhável um doente estar mais do que 24 horas na urgência e contextualizou referindo que o SO de psiquiatria, que se situa 3 andares acima da urgência, é partilhado com o espaço de neurologia mas foram feitas obras de adaptação «de acordo com o que os especialistas consideraram adequado» e dispõem de 8 camas dedicadas a essa especialidade. «O conceito desta urgência é equilibrar os doentes e depois enviá-los para os serviços». Já Luís Campos Pinheiro, da direcção do Colégio da Especialidade de Urologia, referiu estar satisfeito com o programa e que os colegas já começaram a efectuar alguns contactos prévios o que, conjugado com a aplicação de critérios adequados, tem evitado referências erradas. Acrescentando que só depois das 20h é que se está a receber doentes urgentes de Almada, o urologista reiterou a sua satisfação com a aplicação das medidas no terreno.

Maria Emília Ferreira, chefe de serviço, especialista de cirurgia vascular (do Hospital de Santa Marta), explicou o enquadramento da sua especialidade: «no nosso caso, aumentou a urgência, mas isso deve-se ao facto

de, na nossa área de intervenção geográfica, os doentes serem mais velhos, cerca de 12 anos em média». Foi ainda referido que o telefonema entre colegas é de facto essencial mas que não está

a ser tão eficaz como era suposto na diminuição da má referência. «É impossível ter 3 ou 4 cirurgiões vasculares espalhados pela urgência; Se está devidamente dimensionada? Sim. Todos os médicos estão a fazer urgência, nomeadamente um colega de 61 anos», concluiu...

Em representação do Colégio da Especialidade de Otorrinolaringologia, estiveram presentes os especialistas Sara Viana Baptista e Ilídio Gama. «Globalmente a reorganização está a funcionar bem. Fomos pioneiros e há cerca de 3 anos começámos só com os colegas de Santa Maria. Agora já temos a colaboração de várias unidades e conseguimos assegurar, por um lado com os assistentes com menos de 50 anos, mas também com os voluntários com mais de 50 anos. Aqui em São José, com a ajuda da administração criámos um circuito pediátrico que é certamente o melhor do país», referiu Sara Baptista e frisou igualmente a importância do contacto telefónico entre colegas, referindo que apesar de ainda não ter terminado a fase de transição, os colegas das várias instituições estão a



Eduardo Gomes da Silva e Luís Campos Pinheiro



Ricardo Jorge Matos, cirurgião geral, responsável da urgência polivalente de São José



Ilídio Gama e Sara Viana Baptista, representantes do Colégio de Otorrinolaringologia

adaptar-se bem.

Nesta reunião com o conselho de administração, foi afirmado, tomando como exemplo a especialidade de oftalmologia, que no hospital de São José os doentes são todos vistos. «Não fechamos a porta a ninguém... Recebemos os doentes, observamos e tratamos», embora isso crie desigualdades quer entre hospitais quer entre especialidades porque nem todos estão a actuar da mesma forma. Há, inclusivamente, «hospitais que ainda desconhecem a mudança organizacional» e «tem-se gerado alguma confusão e descontentamento». Mesmo hospitais que deixaram de pertencer à área de intervenção de São José, ainda fazem referência a essa unidade hospitalar. O bastonário da Ordem dos Médicos definiu esta forma de actuar como 'urgência entreaberta'. Recusando essa expressão, Eduardo Gomes da Silva, explicou, ainda por referência a oftalmologia: «é uma especialidade muito 'castigada'... No Algarve, por exemplo, não há recursos nessa área e está 'consciencializado' que São José responde... Tal como em Coimbra, com certeza, passar-se-á o mesmo com os HUC. Queremos manter a capacidade de resposta às necessidades dos doentes pois podemos, num caso de trauma, por exemplo, precisar de recorrer a diversas especialidades e temos que responder de forma adequada. (...) Tal como a própria ARS definiu, um hospital em off não deixa de estar de prevenção». «Estamos a falar de equipas muito pequenas, em que não há margem de redução, para assegurarmos que temos a capacidade de reserva para o que o hospital precisa» pois «estamos numa zona 'delicada' da cidade com muita vida nocturna e mui-

to trauma em que, por exemplo, maxilo-facial é uma especialidade muito solicitada e em que, muitas vezes, também são chamadas o oftalmologia e a otorrinolaringologia. Há, portanto, um movimento expectável que está relacionado com a vida da cidade e para a qual temos que estar de prevenção». A dificuldade nesta situação, tal como foi referido pelo director clínico, é a não existência de médicos suficientes com menos de 50 anos para assegurar a urgência, pelo que fica dependente de quem se voluntaria para ajudar a preencher as potenciais lacunas das escalas de urgência, nomeadamente, a nocturna...

O especialista em ortopedia, Nuno Diogo, membro do Conselho Regional do Sul da OM, realçou a «capacidade de análise e o bom senso» de quem, tendo funções de administrar, optar por «manter a porta aberta», salvaguardando os doentes, mantendo equipas que permitam ultrapassar a «definição de urgência metropolitana». Ricardo Gorjão, em representação do Colégio da Especialidade de Gastrenterologia, questionou o conselho de administração do Centro Hospitalar Lisboa Central sobre a razão pela qual a reorganização da urgência, no que se refere a essa especialidade, ainda não ter começado, à data desta visita (9 de Outubro). «Sendo uma área em que não existem muitas falsas urgências, parecer-nos-ia adequado que tivesse sido das primeiras», referiu. Apesar dessa característica específica de gastrenterologia, este membro da

direção do Colégio, alertou para a potencial dificuldade organizacional pois «não há muitos especialistas com menos de 50 anos». Foi explicado que o centro hospitalar estaria preparado para «arrancar com o processo em todas as especialidades», mas que não foi essa a opção da tutela.

Pelos corredores da urgência

Quem conhece o hospital de São José há décadas não consegue evitar a comparação: na urgência os corredores já não estão peçados de macas, com doentes à espera, vários dias, de espaço nas enfermarias, a confusão associada já não se verifica e o ambiente é bem mais tranquilo. Segundo o director clínico, «o novo modelo de organização, associado à forma como os profissionais



Acesso à sala de enfermagem da urgência de psiquiatria



Nuno Diogo, do CRS da OM, e Menezes da Silva, representante do Colégio de Cirurgia Geral



Conceição Botas, Teresa Sustelo e o médico internista e intensivista Luís Reis



Maria João Carnot da direcção do Colégio de Psiquiatria, durante a reunião com o CA

o incorporaram, são a garantia de que não haverá retrocesso ao tempo em que os doentes tinham que ficar no corredor». No entanto, as condições de trabalho estão longe de ser perfeitas... Na urgência de psiquiatria o calor fa-

zia-se sentir, agravado pela falta de ventilação. Os gabinetes são completamente fechados e não possuem porta de fuga. Questionados sobre as situações de perigosidade, é referido o 'botão de pânico' – que foi instalado a

pedido dos profissionais - mas é igualmente referido um exemplo em que o agente de autoridade, que se encontra na sala de espera, do lado de lá de uma porta que está fechada e que isola as duas salas de observação e a de enfermagem do restante serviço, demorou meia hora a acorrer ao gabinete de psiquiatra. Talvez fosse uma avaria do botão... A sala de enfermagem está próxima dos gabinetes mas para lhe aceder é necessário subir vários degraus. Noutras especialidades repete-se a falta de luz natural nos gabinetes.

Em cirurgia também há dificuldades porque o bloco é dividido e, com a transferência do Curry Cabral para São José, são inevitáveis atrasos no tratamento dos doentes e aumentos das listas de espera. Além disso, alguns actos simples têm que ser agendados com muito tempo de antecedência para assegurar que não haverá faltas de material essencial. «Há bons profissionais mas faltam blocos», ouvimos, em referência às limitações do espaço. O «prestígio e dimensão da instituição» é sublinhado pelos colegas mas... «também há constrangimentos» e «é necessário equilíbrio e bom senso».

A visita passou pelas várias urgências, pelo SO de psiquiatria, pela unidade de urgência médica, etc. A formação foi outro dos temas abordados, nomeadamente pelo director clínico que realçou a qualidade da formação mas salientou que o hospital está no limite das vagas para internatos e referiu especificamente as especialidades cirúrgicas onde «é preciso fazer mão» e é necessário assegurar um número mínimo de actos por interno, caso se pretenda continuar a formar profissionais com qualidade.



Ricardo Gorjão
do Colégio
de Gastrenterologia

Vivemos tempos do poder e não do querer, ou seja: fazemos o que podemos...

A visita ao Hospital de Santa Maria decorreu no dia 10 de Outubro e começou com uma reunião com o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte, na qual estiveram presentes, à semelhança da anterior visita, representantes de vários Colégios da Especialidade, além dos presidentes da OM e do Conselho Regional do Sul.

Carlos Martins, presidente do CA, começou por referir que os resultados começam agora a aparecer e que esta administração está preocupada em devolver o edifício à prestação de cuidados, recordando que nos últimos anos, vários serviços de gestão foram sendo 'temporariamente' instalados em Santa Maria. «Queremos uma instituição ao serviço do ensino, formação, in-

vestigação e da prestação de cuidados». Só no primeiro semestre de 2013, «fizemos tantos ensaios clínicos do quem em 2012 e tivemos mais facturação», referiu, explicando que o objectivo é, «em 2015, ser o 1º centro de ensaios clínicos do país e um dos de referência a nível europeu». Para atingir os objectivos da instituição são necessárias «uma logística de grande rigor e uma atenção permanente nomeadamente em termos orçamentais». Com com 300 pessoas/dia a levantar medicamentos (os quais, conforme nos foi explicado, são dispensados de 31 a 181 dias, «com rigor e salvaguardando os doentes no que se refere à vigilância médica da prescrição») não terá, em 2013, acontecido nenhuma ruptura de stock. Referindo bons resultados em termos da recuperação financeira da instituição, Carlos Martins explicou: «a abertura de novos hospitais e a agressividade dos prestadores privados originaram perda de clientes mas conseguimos adequar melhor a nossa oferta clínica à procura». O subfinanciamento é uma questão igualmente preocupante mas «vivemos tempos do poder e não do querer, ou seja: fazemos o que podemos...»

Especificamente sobre a reorganização da urgência metropolitana, Carlos Martins considera que permite «potenciar os recursos humanos, modelando equipas e fazendo uma gestão custo-benefício melhor a médio e longo prazo; dentro de algum tempo poderemos ter uma urgência metropolitana que faz mais e melhor com menos recursos», afirmou optimista. Ao contrário do que sucede em São José, foi-nos afirmado que em Santa Maria não houve «nenhum registo de referência errada». Foi igualmente reafirmada a posição deste conselho de

administração de que em Lisboa faz sentido manter dois pólos em funcionamento, pois, tal como a Ordem dos Médicos já realçou por diversas vezes, a grande Lisboa tem o dobro dos habitantes do grande Porto, pelo que as soluções têm que ser adequadas à demografia de cada região. Apesar do Hospital de São João concentrar, há quatro anos, as urgências noturnas, a verdade é que se têm verificado problemas e que essa urgência não concentra as especialidades de neurologia e cirurgia vascular, ao contrário do que se pretende fazer em Lisboa e que é apenas um dos exemplos pode gerar problemas futuros.

Maria do Céu Machado, diretora clínica, também defendeu que é um desperdício de recursos manter 12 hospitais na região de Lisboa e Vale do Tejo com urgência aberta. Defensora da divisão da urgência entre dois pólos, Maria do Céu Machado considera que «pior do que a decisão de ter um pólo único é a a decisão de ter dois pólos em rotatividade mensal porque origina referência errada» provavelmente nos primeiros dias de todos os meses... Um sistema que considera que não interessa nem aos profissionais nem à população, tendo o Hospital de Santa Maria acabado por «aceitar um sistema com o qual discorda», numa espécie de mal menor. Numa análise aos primeiros números disponíveis, a directora clínica explicou que em oftalmologia foram vistos mais 71 doentes, em otorrinolaringologia menos 32 e em psiquiatria foram vistos mais 218 doentes à noite, tendo-se congratulado com o facto de, nesta especialidade, se terem mantido os dois pólos em funcionamento pois é «uma especialidade cuja afluência cresce depois das 20h, ao contrário das restantes».

Santa Maria, um hospital universitário com dificuldades de recrutamento

Um dos problemas que assola esta instituição é a dificuldade de recrutamento de recursos humanos. «Em 2013 reformam-se cerca de 90 médicos e saem 56 internos, num total de 146 médicos que se vão embora. Para fazer frente a estas saídas pedimos a abertura de 30 vagas, recebemos indicação de que iam abrir 10 e só foram publicadas 6! Neste momento, por exemplo, só para termos um ponto de comparação, dispomos de 9 ortopedistas, enquanto que no CHLC há 56 ortopedistas... E, enquanto não nos deixam abrir vagas, vemos sair internos excepcionais que são colocados, por exemplo, no Barreiro, onde não vão usar os conhecimentos diferenciados que adquiriram no seu internato no nosso hospital». Com estas saídas de recursos humanos «cada vez é mais difícil manter o funcionamento dos serviços de urgência». Esta ideia foi reforçada pelo próprio presidente do Conselho de Administração que explicou que «quando os internos são bons, investimos ainda mais na sua formação suplementar mas seria bom para o hospital depois podermos ficar com eles. Somos um hospital universitário e temos que ter recursos humanos que nos permitam garantir uma produção de excelência. 1400 médicos de várias especialidades não são 1400 operários. (...) Queremos poder premiar a excelência e estimular a concorrência. Assim torna-se desmotivante para os internos saberem que Santa Maria não terá vagas», nem para os melhores...



Luís Correia, Palma dos Reis, Pereira Coelho, José Manuel Silva, Fernandes e Fernandes, Menezes da Silva e Assunção O'Neill



Maria do Céu Machado, Carlos Martins e Catarina Batuca, CA de Santa Maria



José Manuel Silva, Carlos Martins e Margarida Lucas

José Manuel Silva saudou a forma esclarecida como este conselho de administração se posiciona e analisa os problemas da área da saúde e acrescentou: «não se entende que se faça uma reforma espartilhada da restante reorganização hospi-

talar. Era preciso analisar todos os recursos e, em conjunto com os profissionais que estão dispostos a colaborar, estudar a reorganização da rede». O bastonário da OM realçou que a instituição concorda com a visão apresentada pelo CA

de Santa Maria, com excepção que considera que a Península de Setúbal devia ter uma organização hospitalar mais integrada mas com recursos polivalentes, «nomeadamente porque não estamos livres de uma catástrofe natural que possa afectar a travessia das pontes; é preciso prevenir riscos desnecessários». Relativamente aos internos, José Manuel Silva referiu que têm sucedido diversos erros na sua colocação, tendo-se chegado mesmo ao cúmulo de colocar internos de especialidades cirúrgicas em hospitais sem especialistas dessas áreas, já para não falar «do completo absurdo dos concursos fechados», numa alusão às «decisões autocráticas e arbitrarias» de quem aparente desconhecer as especificidades da saúde. Carlos Martins concordou com a necessidade de colocar os jovens em instituições onde possam desenvolver as suas capacidades pela aprendizagem com os mais experientes, exempli-

terem condições para um exercício clínico de qualidade», referiu.

Os Colégios da Especialidade acompanharam estas reuniões com especial interesse: representantes de Otorrinolaringologia (Assunção O'Neill), Gastrenterologia (Luís Correia), Cirurgia Geral (Menezes da Silva), Angiologia e Cirurgia Vasculosa (Fernandes e Fernandes) e Urologia (Palma dos Reis) estiveram presentes na visita a Santa Maria.

Além de ser possível ler nesta edição as posições institucionais de alguns Colégios da Especialidade (ver em 'informação'), representantes de Otorrinolaringologia (Assunção O'Neill), Gastrenterologia (Luís Correia), Cirurgia Geral (Menezes da Silva), Angiologia e Cirurgia Vasculosa (Fernandes e Fernandes) e Urologia (Palma dos Reis) acompanharam a visita a Santa Maria. Assunção O'Neill alertou para a necessidade de se exigir o respeito e cumprimento

do o CA que, através da directora clínica, negou de imediato que tal estivesse sequer a ser equacionado. Ainda sobre as questões da intervenção dos Colégios e na garantia da qualidade da formação, Palma dos Reis foi preceptivo: «se excederem as capacidades formativas, retiramos a idoneidade aos respectivos serviços».

Pelo que nos foi referido pelo CA, durante a visita ao hospital, em Santa Maria não há médicos contratados através de empresas de recrutamento e os únicos prestadores de serviços que há são 'unipessoais'. A área dedicada a Psiquiatria é composta por gabinetes comunicantes mas as obras de melhoramento a decorrer tornavam, naturalmente, o ambiente ruidoso. Margarida Lucas, directora do Serviço de Urgência Central, que também acompanhou a visita, explicou que desde o fecho do atendimento no Curry Cabral, a afluência em psiquiatria aumentou muito. A terminar a visita Carlos Martins reforçou a ideia de que foi aceite assinar um processo com o qual não concordavam totalmente porque houve garantias de que seria um processo evolutivo, ou seja, sujeito a melhoramentos e mudanças... Assim o espera este CA, e ainda mais, a Ordem dos Médicos...



Visita às instalações da urgência de Santa Maria

ficando com nefrologia: «de que serviria num hospital sem nefrologistas colocar um recém-especialista?» «Deve haver a coragem de, em algumas instituições, fechar algumas especialidades por não

pelos determinações dos Colégios no que se refere a idoneidades e capacidades formativas. Havendo um rumor de que se estaria a pensar em fechar a urgência interna desta especialidade, foi questiona-

Qual o melhor caminho para a urgência nocturna de Lisboa?

Poderia ser a pergunta de um doente, mas é a pergunta que muitos profissionais colocam perante uma reorganização que, por não ter sido estudada com



Durante a visita, cruzámo-nos com alguns alunos em formação

os médicos, tornou menos claro para estes o caminho que se irá seguir. Apesar da Ordem dos Médicos ter encontrado nos dois hospitais visitados, ainda que com maior incidência em São José, um aparente clima de satisfação com esta mudança por parte de alguns profissionais com quem contactámos, parecem espreitar num horizonte não muito longínquo alguns problemas que, a não serem devidamente acautelados, poder-se-ão avolumar rapidamente... É que, mesmo que escolhamos não pensar se as instalações são ou não adequadas, quando se reflecte que é necessário manter urgências internas nos hospitais, equipas de prevenção, meios – técnicos e humanos - suficientes e adequados nas duas urgências que alternam mensalmente e reforço de meios na urgência ‘concentrada’, é impossível não ficarmos apreensivos com as potenciais disfuncionalidades do sistema, instabilidade e confusões quer de referênciação, quer da própria população, custos dos transportes entre instituições ou no prejuízo dos tempos de atendimento aos doentes urgentes, que parecem ser inevitáveis. E nem todos os colegas consideram que

a reorganização esteja a ser concretizada de forma adequada ou, sequer, eficaz...

Em conversa com vários médicos, quer dos hospitais visitados, quer de outros hospitais da zona de Lisboa, são-nos referidos os constrangimentos provocados pela deslocação dos profissionais entre hospitais e a multiplicação de locais de trabalho a que alguns estão a ser sujeitos, resultado da concentração de urgências por especialidade. Os médicos têm sido obrigados a fazer noites em unidades hospitalares em regime rotativo, por não haver médicos em número suficiente para garantir as escalas da urgência e consultas ao mesmo tempo. A verdade é que, como já referimos atrás, para não faltarem médicos, em alguns hospitais e em algumas especialidades, até os colegas que têm mais de 50 anos, estão a fazer urgência nocturna, mas recorre-se também a internos e médicos de outras instituições para conseguir complementar as escalas, as quais, por vezes, não cumprem os requisitos técnicos que os Colégios, para garantir a segurança dos doentes e a qualidade da prestação de cuidados, definiram para cada Especialidade. Tome-

mos como exemplo a especialidade de Urologia. O Colégio considerou como requisitos mínimos a existência de 3 elementos, dois especialistas e um interno. No entanto, estão a tentar elaborar-se escalas com apenas 2 elementos (o que pode significar uma escala de urgência assegurada por um especialista e um interno). O quadro de recursos humanos em alguns serviços é manifestamente insuficiente para a prestação de serviço de urgência único em rotatividade mensal, especialmente se tivermos em conta que, mesmo que os médicos sejam voluntários e que, portanto, não se coloquem questões de pressões indevidas ou abusivas por parte das chefias, os médicos que forem, por exemplo, prestar serviço de urgência nocturna em São José, no dia a seguir não irão efectuar a sua prestação normal no seu serviço, por exemplo, em Santa Maria... Sucede que algumas instituições estão a assegurar as escaladas de urgência à custa de médicos de outras unidades, salvaguardando os seus profissionais de forma a não haver perturbações no funcionamento dos seus serviços. Conclusão? Se o hospital X inclui na sua escala de urgência uma esmagadora maioria de médicos dos hospitais Y e Z, serão os serviços destes hospitais que irão ser afectados. Porque, depois de serem escalados para fazer uma urgência nocturna no hospital X, os médicos irão necessariamente descansar, não podendo estar na manhã seguinte, por exemplo, a dar consulta nos seus próprios serviços nos hospitais Y e Z, ausências essas que irão, necessariamente, causar perturbações graves nos serviços e maiores tempos de espera para os doentes. Ou seja: para resolver o problema potencial que se gera com as esca-

las poder-se-á estar a criar outros problemas em vários serviços. Os colegas referem ainda a falta de motivação e o 'assalto aos vencimentos' como elementos perturbadores de todo este processo.

A legalidade, ou ilegalidade, de uma potencial mobilidade forçada, poderá ser uma questão sindical, mas é impossível não ficar apreensivo com o potencial impacto negativo que essa deslocação terá nos hospitais de origem dos especialistas, desregulando a organização frágil de que dispõem e colidindo com a actividade normal do serviço. Com certeza que a Ordem dos Médicos estará atenta às flutuações na qualidade assistencial que daí possam decorrer.

Acabamos estas visitas a equacionar se as equipas estarão realmente adaptadas às novas reali-

dades e necessidades de uma urgência nocturna única rotativa, ou se haverá apenas boa vontade dos profissionais em tentar minimizar os efeitos negativos destas alterações, nomeadamente tentando dar resposta aos doentes que ocorrem durante a noite à instituição 'errada', e se terão sido estudadas previamente as dificuldades organizacionais e de orientação de doentes decorrentes desta reorganização ou se, como acontece com muitas reformas, só agora, já no terreno e correndo o risco de se desestruturar serviços que funcionavam bem e que davam uma resposta adequada à população, se estarão a «monitorizar» efeitos que, na opinião de alguns, irão custar muito mais dinheiro – e tempo – a resolver do que aquele que se pretende poupar...

No site nacional ([\[mdosmedicos.pt\]\(http://mdosmedicos.pt\)\) podem ser consultados os comunicados oficiais da Ordem dos Médicos a este propósito, bem como as posições institucionais de alguns Colégios da Especialidade.](http://www.orde-</p></div><div data-bbox=)



Para reflexão...

Sem necessidade de comentários adicionais, reproduzimos a carta recebida na OM relativa à morte de uma Colega, a qual lamentamos, tal como lamentamos a forma como foi sucessivamente transferida entre instituições:

«Más práticas em saúde

A Dr^a. Natália Carreiro faleceu a 24 de Setembro de 2013 em Lisboa. Nascida em Macequece (Moçambique) em 1931, fez o curso universitário na Faculdade de Medicina em Coimbra, tendo seguido para Lisboa, onde se especializou em Pediatria.

Exerceu clínica no Hospital de D. Estefânia e em Sintra. Entre 1966 e 1975 foi responsável pela Pediatria do Hospital da cidade da Beira, em Moçambique, e ainda Delegada de Saúde em Vila Pery. Discreta na sua aparência, nos seus sentimentos, na sua acção. Pormenorizada nos cuidados com os outros e consigo própria, resistiu durante vinte e três anos após cirurgia cardíaca feita em Coimbra. Na noite de cinco para seis de Agosto deste ano de 2013, encontrando-se pelas duas horas desperta e levantada, sofreu perda de consciência de que resultou grave traumatismo craniano. Transportada de ambulância, deu entrada no Hospital de S. Francisco Xavier, onde esteve cerca de onze dias, findos os quais foi transferida para o Hospital Egas Moniz e, ao fim de três semanas, levada para um lar. O agravamento do seu estado levou ao seu transporte para o Hospital de S. Francisco Xavier, onde não foi internada, mas transportada para o Hospital de S. José, onde também não foi internada, mas transportada para o Hospital de Santa Maria que a acolheu durante três dias.

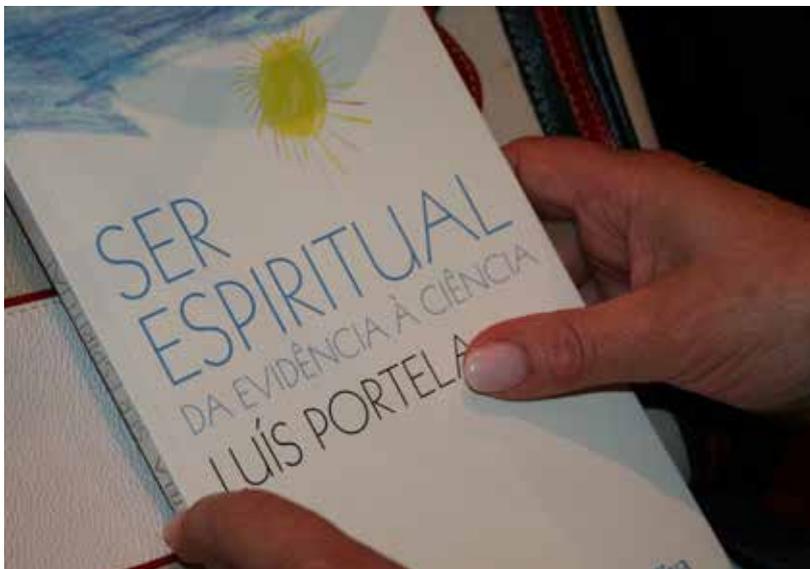
Deste modo, na sequência do traumatismo craniano sofrido, fez nos seus últimos cinquenta dias de vida, seis viagens de ambulância, entrou em seis estabelecimentos de saúde e foi recebida em quatro.

Finalmente descansou.

Maria de Lourdes de Carvalho Santos, Pedopsiquiatra Coimbra, Setembro de 2013»

Ser Espiritual: da Evidência à Ciência

Dando continuidade à série de debates mensais sobre grandes temas da actualidade, a Ordem dos Médicos promoveu um encontro a propósito da edição do livro de Luís Portela, intitulado 'Ser Espiritual: da Evidência à Ciência'. O debate, moderado pela jornalista Ana Sousa Dias, teve lugar no passado dia 24 de Setembro e contou com as intervenções de Rita Bernardino, Carlos Fiolhais, Mário Simões, e do próprio Luís Portela.



O debate iniciou-se com a intervenção de Luís Portela, autor do livro 'Ser Espiritual: da Evidência à Ciência' e *chairman* da companhia farmacêutica Bial, que explicou que este livro revela, pela primeira vez, de forma aprofundada um dos interesses que sempre esteve presente na sua vida: a compreensão da dimensão espi-

ritual do Homem enquanto parte de uma visão não compartimentada do ser humano, em que aspectos físicos e aspectos espirituais têm igual importância. Mais do que o resultado de um ano e meio de escrita, este livro é o resultado de uma reflexão profunda feita ao longo de mais de 40 anos, décadas em que a Fun-

dação Bial apoiou 460 projetos, envolvendo 1.500 investigadores, de 27 países, com bolsas atribuídas de forma independente por um conselho científico composto por 30 elementos, várias delas na área da parapsicologia e psicofisiologia.

Luís Portela referiu como a ciência tem deixado de lado a humanidade e insistiu no papel essencial da ciência e na necessidade desta se debruçar e aprofundar muito mais o conhecimento, desdramatizando o que é fantasia do que é uma fenomenologia real e que poderá permitir ao homem ter uma vida mais equilibrada. No seu livro afirma ter procurado uma postura de distanciamento em que não quer vender nada a ninguém mas apenas partilhar a sua verdade. «Para sermos completos é preciso explorar tudo», explica, referindo que «há demasiado apego ao ter, esquecendo o ser e a essência das coisas» e

deixando um desafio à ciência no sentido de «levantar o véu da ignorância e procurar a verdade» deste «mundo-escola». «A nossa capacidade de realização será maior se nos perspectivarmos como partícula do universal, sendo que cada partícula espelha o todo», explicou defendendo que cada um deve procurar «ser útil aos outros, crescendo em nós próprios». É precisamente esta a reflexão espelhada no seu mais recente livro, em que cruza diversas fontes com os resultados

Tendo começado por referir que o livro «trata de fenómenos extraordinários» que não se conseguem reproduzir só porque queremos, como se faz nos ensaios e experiências científicas. Explicou ainda como a obra fala de indícios, e não de provas, e apela à razão, deixando a análise para quem lê. «Em alguns capítulos só pelo uso da razão não será possível aderir às propostas de Luís Portela», explicou, fazendo referência à existência de outras dimensões humanas com

de provas, usando estas quatro instâncias, posso encontrar a minha verdade». O psiquiatra não hesitou em alertar que «se vamos apenas pela razão e pelo conhecimento científico, perdemos muita coisa». Relembrando que quem tem certezas nada descobre, Mário Simões falou da «sabedoria da incerteza»: «vou usar o que sei, sabendo que não sei tudo». Sobre os «fenómenos extraordinários» lembrou que mesmo «podendo ser comprovados em laboratório», «não po-

Mário Simões e Ana Sousa Dias



Luís Portela e Rita Bernardino



da mais recente investigação científica e em que fala do indivíduo no seu todo, questionando o seu papel num caminho que, embora seja de assinalável progresso tecnológico, está cada vez mais alheado do desenvolvimento da dimensão espiritual. Temas como a harmonia, a consciência, as vidas passadas, a sensibilidade, o sexto sentido, a intuição, o livre-arbítrio, os valores universais ou a reencarnação, são-nos trazidos na narrativa de Luís Portela, o qual apela ao leitor que se despoje de preconceitos e mantenha a abertura para perspetivas diferentes do conhecimento.

O psiquiatra Mário Simões, que tem entre as suas áreas de interesse a psicopatologia da consciência, a hipnose e a meditação, foi o segundo orador da noite.



igual valor ao da razão, explicando que «também a sensação deve ser tida em conta» e dando como exemplo o que é «agradável ou desagradável aos nossos sentidos». «A emoção é outra instância à qual posso recorrer para obter saber, ou a intuição», explicou, numa alusão às quatro dimensões de que falava Jung e que «podem ajudar a encontrar a minha verdade» pois, «à falta

dem ser reproduzidos como nas ciências exactas» mas que «já se conhecem muitas variáveis facilitadoras da ocorrência de certos fenómenos» e alertou que «o experimenterador tem muita influência no resultado», terminando com uma citação de Luís Vaz de Camões: «Melhor é experimentá-lo que julgá-lo; mas julgue-o quem não puder experimentar». Rita Bernardino, psicóloga clí-



nica, iniciou a sua intervenção realçando o quanto se tem a ganhar ao estabelecer pontos de ligação entre vários saberes e se mantivermos em aberto a possibilidade de que «pode existir muito mais do que aquilo que sabemos». Defendendo uma abordagem holística do ser humano, esta oradora relembrou os presentes que «a física quântica já consegue medir aquilo a que se chama corpos sombreados» e que «existe um corpo energético para além do corpo físico», tendo exemplificado com as experiências reais de pessoas amputadas que continuam a ter sensações nos membros amputados. Considerando importante uma aproximação ao 'ser interior', a psicóloga clínica fez a apologia da meditação como facilitadora de uma espécie de travagem na velocidade dos sentidos para que não se caia em «procuras demasiado activas da verdade». Realçou ainda que o último livro

de Luís Portela poderá ser um meio de estabelecer uma ponte da ciência e a busca da verdade nos campos da espiritualidade. O físico Carlos Filhoais foi outro dos intervenientes no debate tendo começado por referir que considerou a obra aqui em discussão um «livro no mínimo estimulante» onde se «encontram pistas para o significado da palavra verdade», tendo exemplificado com algumas frases da obra: «a verdade é o que é e não precisa nem deve ser imposta; a verdade é simples, corajosa e persistente, serena e tolerante», etc. e sublinhou, enaltecendo essa versatilidade que «Galileu e Jesus Cristo surgem à distância de um parágrafo», como se se tratasse da própria metáfora para a relação entre ciência e espiritualidade. «Como é que Galileu e Cristo podem dialogar?» questionava, para pouco depois afirmar que «fé e ciência podem coexistir na mesma pessoa porque são duas dimensões do humano», e disso é exemplo o próprio Galileu que não perdeu a fé embora tenha sido condenado pelo Santo Ofício e tenha demorado quatro séculos a ser reabilitado. Ou o próprio Isaac Newton que, como referiu Carlos Filhoais, «era religioso e foi um estudioso secreto do antigo testamento»; entre outros exemplos referiu ainda a «religiosidade peculiar com que Espinosa via uma harmonia universal» ou como «Einstein usava a palavra deus no sentido de harmonia universal» representando o facto do mundo ser um todo coerente e de tudo estar, de algum modo, bem ordenado. Citando Einstein, o físico português referiu: «o que há de mais incompreensível no mundo é ele poder ser compreendido» e citando Luís Portela, «a reli-

giosidade do sábio consiste em espantar-se perante a harmonia da natureza»... Confessando maravilhar-se permanentemente com o mundo, Carlos Filhoais referiu a sua «relação mágica com o mundo» e que é essa postura relacional «o princípio de toda a ciência», num caminho difícil de descoberta progressiva do mundo, porque, como dizia Einstein, «deus é subtil, mas não é malicioso», ou seja, o mundo é harmonioso mas não é fácil o caminho da sua compreensão... É neste caminho que nasce aquilo a que o orador chamou de «desejo da descoberta do amanhã» porque, nomeadamente para a ciência, «amanhã será melhor porque vamos saber mais». «Hoje a ciência não tem a arrogância de tudo querer explicar» e, segundo este físico, de nada lhe serviria tal arrogância porque «aquilo a que se chama crença, graça, além, etc. poderá ser procurado pela ciência mas escapará sempre». Embora seja este o seu entendimento, não deixou de confessar que talvez esteja a pôr limites à ciência e que isso é algo que não se deve fazer... «Vamos esperar pelo dia de amanhã», instou, lembrando que a ciência moderna «ensina-nos que para além do visível, simples, está o invisível, complexo». Carlos Filhoais terminou a sua alocução com algumas citações, entre elas a de Teilhard de Chardin ao afirmar que, na escala cósmica, «só o fantástico tem probabilidade de ser verdadeiro» e o Padre Alfredo Diniz, que faleceu recentemente, mas deixou-nos reflexões sobre o seu percurso pessoal: «enquanto filósofo da ciência, procurei compreender o mundo e estranhamente sempre me pareceu que o mundo tinha algo de incompreensível. O mundo, se ca-

lhar, não existe apenas para ser compreendido, existe para ser amado»...

Já na fase de debate que se seguiu, foi abordada a potencialidade de existência de vidas passadas, que Luís Portela também refere no seu livro, relatando estudos de índole científica sobre esse tema, tendo Mário Simões referido os estudos de Brian Weiss e as suas próprias experiências com os seus doentes em momentos de regressão que traduzem indícios, não provas, mas o que chamou de evidências. «Se é ou não verdade? Isso não tem muita importância no processo terapêutico. O que me interessa é que essas regressões se traduzem em material que é usado para o enriquecimento da sessão terapêutica», explica o psiquiatra Mário Simões. Quando

questionado pela moderadora Ana Sousa Dias, sobre a sua definição de espiritualidade, Luís Portela explicitou que «o Homem é uma alma revestida de um corpo e não um corpo animado por uma alma». E prosseguiu, «cada um de nós é uma minúscula partícula de Deus, com uma imensa capacidade de realização». Enquanto este orador falava de estar ao «serviço do todo como estadio final da evolução», Mário Simões preferiu manter um discurso em que

o apelo ao altruísmo pode ser encarado de forma faseada consoante as capacidades de cada um e exemplificou: «eu arrisco a vida pelo outro, mas só daria a vida por alguns; se o altruísmo não for possível, que seja a soli-

si, é preciso falar do instrumento que o mede». Mas «querer ser hipnotizado é próprio do cientista», confessou, concluindo que «o fim último de toda a ciência é honrar o espírito humano. (...) Vale a pena continuar a conhecer o mundo».

José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, encerrou o debate salientando a importância da reflexão, nomeadamente sobre práticas que não consideramos científicas, mas que aqui foram trazidas por «um médico que escreve sobre mediunidade e que nos faz pensar sobre como devemos olhar para os outros e para nós próprios». E, citando o livro 'Ser Espiritual: da Evidência à Ciência', «aquele que quer mudar o rumo da sua vida, deverá começar por mudar as ideias que tem sobre si e sobre o que

lhe acontece. Positivando os seus pensamentos e responsabilizando-se pelo percurso, cria condições para descobrir todas as suas capacidades e para se realizar. Deixa de esperar que as coisas aconteçam, mas também deixa de as procurar; fá-las acontecer.' Podemos fazer coisas acontecer», concluiu.



cidade apenas; em última análise que se faça o bem sem esperar nada em troca». Sobre a possibilidade do recurso à ciência para percorrer estes caminhos o físico Carlos Filhoais, não querendo cercar a iniciativa dos outros, explicou que, no seu caso, por muita curiosidade que os indícios despertem no cientista, «é difícil extrair regularidade» que permita avançar no estudo de certos fenómenos. «O fenómeno não existe sem a sua percepção e não basta falar do fenómeno em

António Aires Gonçalves e Maria do Sameiro Barroso apresentaram Fortuna de Campos



Cirurgiões portugueses nos séculos XVII e XVIII e o cancro da mama

Realizou-se no dia 9 de Julho mais uma sessão do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos em que o convidado foi Fortuna de Campos. O fundador da associação «Ame e Viva a Vida», falou-nos sobre os cirurgiões portugueses nos séculos XVII e XVIII e o cancro da mama.

Após apresentação dum breve resumo biográfico e da sua atividade como cirurgião, foi mencionado o empenho de Fortuna Campos na luta contra o Cancro da mama como membro fundador da Associação de Mulheres Mastectomizadas «Ame e Viva a Vida». O tema escolhido resulta precisamente do conceito de que «a história da cirurgia não é só ciência, mas é sobretudo um agente cultural» e do seu desejo de prestar homenagem aos seus antepassados num futuro livro sobre o Portugal cirúrgico e o cancro da mama.

Em cada século o orador abordou o enquadramento internacional mas deu especial enfoque à referência aos cirurgiões portugueses, nomeadamente no que se refere ao legado que deixaram relativamente á abordagem do cancro da mama.

Citando nomes como Vesálio, Leonardo da Vinci ou Paré, Fortuna de Campos referiu que

«o pensamento médico, a partir do século XVI evolui para uma crescente racionalidade – é precisamente neste século que começa a evolução desta disciplina devido à introdução da cátedra de cirurgia em muitas universidades francesas e espanholas - e no século XVII mantém-se o entusiasmo pelas ciências naturais, mantendo-se a evolução» o que ajudou a criar condições para o «nascer de um novo Homem, mais humanista». «Na medicina o progresso também é notável - todos recordam quem foram: Bartholin, Glisson, Pequet, Riolan, Malpighi etc... mas muito particularmente Harvey que com a descoberta da circulação do sangue e com os progressos da fisiologia veio pôr termo à doutrina humoral de Galeno». Mas, tal como foi explicado, e apesar desta evolução, «a prática de sangria e utilização de purgantes, emolientes, vomitórios etc.... e o charlatanismo

continuavam». No séc. XVII circulavam, na sociedade, mensagens pouco abonatórias para o cirurgião: «só se chamava o cirurgião para tratar os doentes quando não havia alternativa pois dizia-se que os cirurgiões provocavam mais dor e sofrimento» e que os doentes iriam morrer às suas mãos pois a taxa de sobrevivência era de facto baixa. Contratavam-se cirurgiões e barbeiros, indiferentemente, faltava higiene, os instrumentos não eram lavados e o estancar de hemorragias era muito difícil e fazia-se por recurso ao cautério. «Em resumo: a cirurgia era uma arte arriscada em que se lutava contra três obstáculos: dor, hemorragia e infecção». A abordagem à dor era feita por recurso ao «ópio ou esponjas embebidas com álcool». «No século XVII, circulava na Europa o manual de Richard Wiseman, ‘Severall chirurgicall treatises’ mais popularmente

conhecido como 'livro dos mártires de Wiseman'»...

O desenvolvimento da anatomia e da fisiologia no séc. XVII «proporciona o aparecimento de uma nova cirurgia» que terá repercussões no século seguinte. A medicina tem avanços técnicos mas são progressos que só aconteciam fora das Universidades «pois estas instituições continuavam a ensinar por livros medievais e eram centros de ensino mas não de investigação» Mas, embora a medicina evolua, a cirurgia evolui mais devagar e só na parte final do século XVII é que os cirurgiões se tornam «mais respeitáveis». «Em relação à mama- houve avanços com a publicação de livros e melhoria nas técnicas cirúrgicas e com novos conceitos acerca do cancro da mama», explicou Fortuna Campos, referindo vários nomes, entre os quais Govard Bidloo, um holandês que publicou em 1698 «The anatomy of human bodies» e que desenvolveu instrumentos para a prática da cirurgia mamária. No que se refere ao nosso país, o prelector referiu, entre outros, Amato Lusitano com as Centúrias das Curas Mediciniais («o nosso globttrotter que relata casos de cancro da mama na 1ª, 3ª e 7ª centúrias»). A escola médica portuguesa, «que tinha evoluído com o reforço de médicos e cirurgiões estrangeiros mandados vir pelos reis» afastase do progresso que se verifica no mundo «e entra em decadência» com «abandono ou desinteresse pelos cursos de medicina nas Universidades» e «disseminação da aprendizagem das artes de cirurgião e de barbeiro por todo o país». No reinado do cardeal D. Henrique o ensino da cirurgia e da anatomia é

suspensão. «A sangria dominava completamente a terapêutica, e os médicos e cirurgiões portugueses afamados, continuavam a considerar a flebotomia como uma técnica de cura eficiente e indispensável para todas as doenças». O pensamento cirúrgico defendia que a boa cirurgia era a mais rápida.

Procurando ganhar prestígio para os cirurgiões começa a ser exigido saber latim, e, ao tornarem-se mais cultos, começam a ser mais respeitados mas a luta entre cirurgiões e médicos continua com estes a acusar aqueles de matar os doentes. «O ensino hospitalar da cirurgia que tinha sido iniciado no século anterior no HRTS é incentivado pela criação da estrutura do Banco no

Hospital». Durante o reinado filipino, os cirurgiões são nomeados como peritos e começam a ter funções médico-legais. «Em Portugal durante esses 60 anos de domínio dos Reis Filipes, foram emitidas pelas Chancelarias reais 752 cartas de cirurgião e nos reinados seguintes do século cerca de 1000 em igual período». E o ensino? «Enquanto os cirurgiões tinham uma formação essencialmente prática, atuando como aprendizes ou tendo lições sobre a arte cirúrgica no Hospital Real de Todos os Santos, os alunos de medicina da Universidade de Coimbra tinham pouco ou nenhum acesso aos fundamentos cirúrgicos e anatómicos». Fortuna de Campos referiu alguns escritos da



Fortuna de Campos



A sessão contou com uma vasta assistência



época e falou-nos dos primeiros cirurgiões (João Bravo Chamiço, por exemplo, lente de Coimbra e que depois foi Cirurgião-mor ou António Cruz que foi o nosso 1º cirurgião didático, ou ainda António Ferreira igualmente Cirurgião-mor e que escreveu o livro «Luz verdadeira e recopilado exame de toda a cirurgia» e que foi considerado o cirurgião do século e que, no seu livro, referia como questões relevantes como a importância da nutrição para a cura ou a aplicação de cuida-

dos paliativos nas doentes inoperáveis; o seu livro foi usado nas aulas de cirurgia até ao final do século XVII) e da sua preocupação com a deontologia como forma de combater o charlatanismo. «O cargo de cirurgião mor, que tinha sido criado em 1448, exigia no regulamento que os praticantes de Cirurgia tinham de saber ler e escrever e no final eram avaliados e só depois de aprovados lhes era mandado passar a carta de cirurgião». «O cancro da mama era considera-

do como doença constitucional causada pelos fluidos corporais; outros acreditavam que o ar tinha um efeito estimulante do cancro ou então diziam que o trauma com aparecimento de hematoma era a possível causa do cancro. (...) Em Portugal os cirurgiões mais conhecidos e que deixaram livros de estudo, muito pouco escreveram sobre a cirurgia do cancro da mama e as mastectomias só eram aconselhadas depois da aplicação dos tópicos ou quando o tumor já estava ulcerado».

O século XVIII é «um século de transformações culturais, influ-

enciado por lutas políticas e pelas guerras entre as nações» em que «todas as ideias podem ser experimentadas. «Construir uma nova Medicina / Cirurgia foi uma preocupação deste século, baseada na Anatomia e na Fisiologia que eram apenas descritivas e passaram a ser patológicas mostrando as alterações dos órgãos e tecidos devido às doenças.» Fortuna de Campos explicou que este é o século em que medicina e cirurgia passam a ter o mesmo valor e em que

se «escrevem inúmeros livros de cirurgia e inventam-se instrumentos». «Adquire-se precisão e eficácia - nasce o espírito científico, a experiência torna-se mais estreita, há mais controlo». Releu o papel de alguns anatomistas famosos como Morgagni, Scarpa ou Haller. Mas os avanços em Portugal não foram ao mesmo ritmo: «no início do século, o quadro do cirurgião português era pouco abonatório na qualidade e formação; (...) ain-

da assim como os médicos não tocavam nos doentes com as mãos – não sabiam abrir um abscesso, nem retirar um tumor ou colocar uma ligadura, necessitavam dos cirurgiões. No Hospital Real de Todos os Santos existiam 2 sangradores para executarem as sangrias que fossem necessárias para a cura dos doentes. Só em meados do século os cirurgiões se separaram dos barbeiros, mas a atividade destes perdura até ao século XIX». É D. João V que ao ver a decadência das ciências

começa por fundar bibliotecas nas Universidades para promover o ensino. Neste século o estudo da cirurgia passa a ser efetuado dentro do Hospital. Depois de incentivar o ensino prático e de convidar cirurgiões estrangeiros será o mesmo rei que irá deixar «confusão e ruína nas ciências, nomeadamente na medicina», referiu Fortuna de Campos, explicando que, por exemplo, é D. João V que «intima o Hospital de Todos os Santos a suspender as disseções de cadáveres.

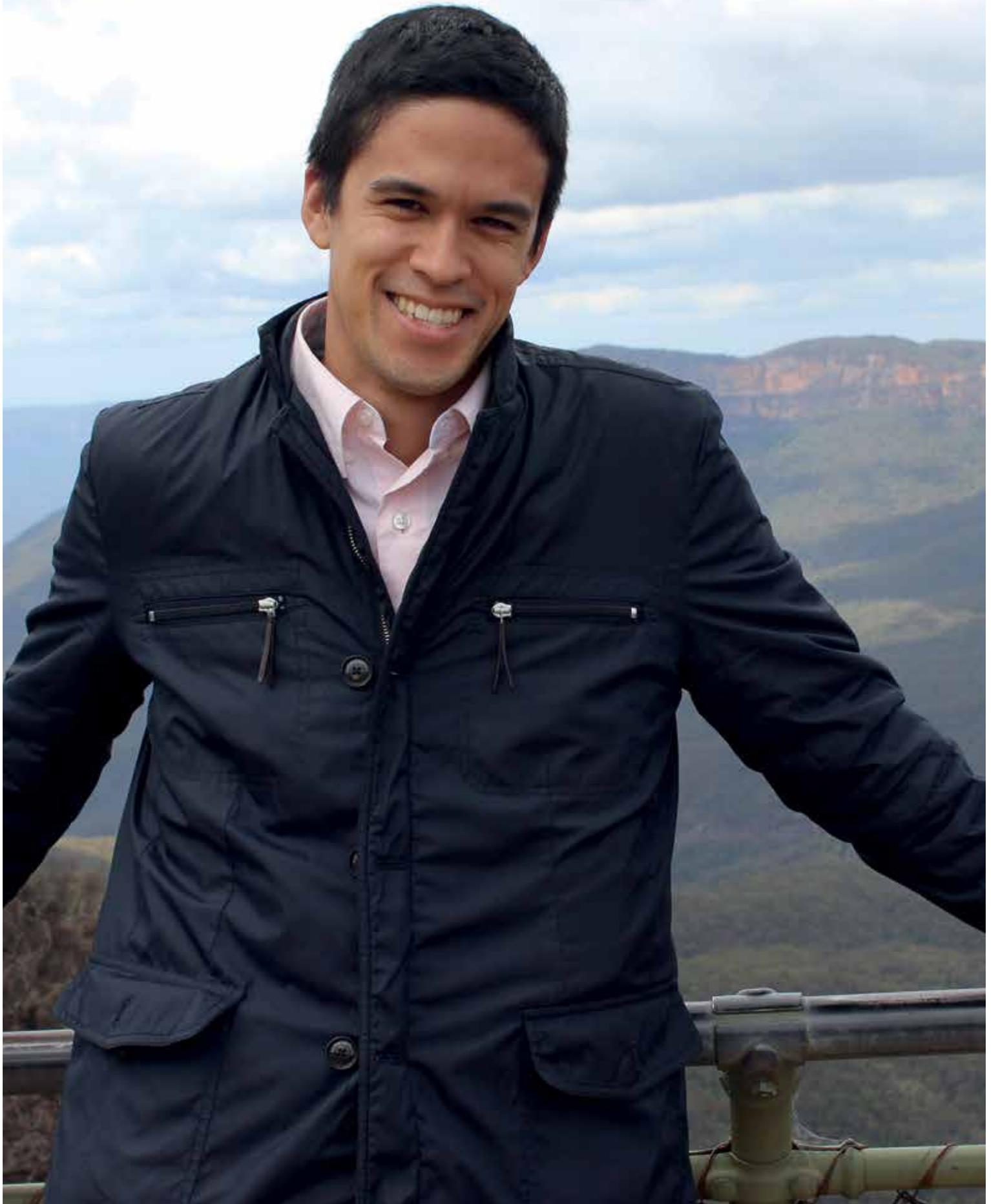
O orador explicou ainda o período áureo da Universidade e da Faculdade de Medicina que se seguiu à reforma pombalina com o estabelecimento de «estatutos que ordenavam que se ensinasse anatomia e cirurgia e se fizessem demonstrações, sendo a prática da medicina feita no Hospital». Uma referência especial a Ribeiro Sanches e à reforma do ensino universitário por si proposta e que mudou o ensino da medicina. O orador fez referência a várias obras de sua autoria, nomeadamente um 'Tratado da conservação da



saúde dos povos', o livro 'Método para aprender e estudar Medicina' e ainda um 'Projeto de instruções para um professor de Cirurgia'.

«O cancro da mama pode ser considerada a doença mais velha da história, mas durante muitos séculos quase nada se escreveu sobre ela. Hipócrates reconhecia que o cancro da mama tinha mau prognóstico e dizia que por isso os doentes não beneficiavam com a cirurgia. Para a sobrevivência era invocada a Ajuda de Deus. A teoria humoral de Galeno predominou durante vários séculos, mas teve sempre uma abordagem pela cirurgia, principalmente para os tumores pequenos. A Mastectomia apareceu como técnica aconselhada no século XVI. Em Portugal a cirurgia teve sempre lugar preponderante, fundamentalmente no século XVIII. Ainda hoje a arte de curar pelas mãos ocupa o 1º lugar na proposta de tratamento apesar dos inúmeros avanços da ciência», conclui Fortuna de Campos referindo que esta doença continua a ter uma carga psicológica

grande e que «todos temos que nos envolver para ajudar a mulher na luta contra esta doença». Foi feita uma biografia de muitos outros cirurgiões portugueses destes dois séculos. O resumo alargado da apresentação pode ser encontrado no site nacional na área de história da medicina



Tiago Villanueva, editorial registrar do BMJ

Tiago Villanueva é licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa (1998), e realizou o internato de Medicina Geral e Familiar na USF Tornada (Caldas da Rainha) e USF Alpha Mouro (Rio de Mouro), que concluiu em 2011. Trabalhou até 2013 no ACES Lisboa Norte e no ACES Amadora, e actualmente trabalha na equipa editorial do BMJ como editorial registrar, em Londres, tendo sido previamente BMJ Clegg Scholar (2004) e editor da revista BMJ student (2005).

A tendência crescente para emigração médica deve ser motivo de preocupação

Ao entrevistar a um jovem médico português que optou por emigrar, os problemas da formação e os próprios fluxos migratórios tornam-se assuntos incontornáveis: Tiago Villanueva não aceita visões pessimistas mas vê potenciais problemas no futuro, especialmente se a capacidade formativa pré graduada for muito superior à capacidade formativa pós graduada. Perante um cenário hipotético de excesso de licenciados em medicina sem perspectivas de obter uma vaga para ingressar no internato, Tiago Villanueva refere mesmo que a emigração será uma das soluções, com vista à concretização da formação. Outra solução será a transição para a realização de actividades não clínicas. Uma actividade não clínica foi precisamente o que este jovem médico abraçou ao emigrar para o Reino Unido onde assumiu funções de editorial registrar do BMJ. Quanto às razões da emigração médica em geral, algumas das quais aplicáveis ao caso particular do entrevistado, aponta como factores principais a perspectiva de melhores condições de trabalho e de desenvolvimento profissional e perspectivas de carreira. Apesar de não concordar que estejamos a viver uma situação de brain drain de médicos e de considerar que há profissões mais afectadas, não deixa de alertar que uma «tendência crescente para a saída de médicos do país deve constituir motivo de preocupação».

Revista da Ordem dos Médicos
- **A mobilidade cria culturas comuns, mas não diminui as características próprias. Nesse sentido, considera que a medicina portuguesa sai reforçada com o ingresso de profissionais estrangeiros?**

Tiago Villanueva - Países como os Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, etc, têm acolhido médicos de todo o mundo

ao longo das últimas décadas, em parte porque são encarados como países com boa formação médica e boas perspectivas de desenvolvimento de carreira, e com sistemas de saúde que prestam cuidados de excelência. Além disso, são países que naturalmente têm tido alguma falta de médicos. O elevado ingresso de profissionais estrangeiros nesses países cons-

titui um indicador indirecto da reputação e da boa percepção relativa à medicina desses países no exterior. Muitos dos profissionais estrangeiros que emigram são os melhores e mais ambiciosos nos seus países de origem, e acabam muitas vezes por enriquecer o sistema de saúde do país de acolhimento pois trazem consigo outros conhecimentos, experiências e

costumes. Para responder à sua pergunta, seria importante perceber quais são as motivações que têm levado centenas de profissionais estrangeiros a fixarem-se em Portugal nos últimos anos. Pessoalmente, tenho conhecido em Portugal vários profissionais excelentes formados noutros países.

ROM - Ainda nesse contexto, que análise faz das reacções dos médicos brasileiros na recepção aos colegas cubanos?

TV - O recrutamento de médicos cubanos insere-se no âmbito do programa “Mais Médicos”, que visa ampliar a cobertura a nível dos cuidados de Saúde primários em zonas em que o número de médicos é muito reduzido ou inexistente. Os médicos cubanos foram recrutados através de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil mediado pela Organização Pan Americana de Saúde, e não através de candidaturas individuais como todos os outros médicos até agora recrutados para o programa. Como não conheço a realidade brasileira e a questão do recrutamento dos médicos cubanos é uma questão política sensível no Brasil, prefiro não comentar as reacções dos médicos.

ROM - Pode a crise económica mundial fazer com que os médicos se esqueçam de quais os seus deveres éticos e deontológicos?

TV - Os efeitos da crise económica nos sistemas de Saúde tem obrigado os médicos a fazer cada vez mais com cada vez menos recursos. Mesmo em situações limite, como actualmente na Síria (que deve ser dos piores senão o pior país no

mundo para ser médico neste momento) há médicos que se estão a recusar a abandonar o país (apesar do risco elevadíssimo para a sua integridade física) por uma questão de dever deontológico.

ROM - Pelos padrões europeus, Portugal continua a ser um dos países com menor percentagem de licenciados na sua população. É fundamental que asseguremos uma educação superior de qualidade, capaz de responder aos anseios dos estudantes e de contribuir para o desenvolvimento do país. Dar uma licenciatura em medicina, financiada pelo Estado, a quem já possuía um curso superior faz algum sentido?

TV - Claro que sim. Muitas pessoas podem só descobrir que têm vocação para ser médicos numa fase mais adiantada da vida, e não vejo porque não podem ter a oportunidade de estudar medicina se concorrerem em igualdade de circunstâncias para as vagas disponíveis. Além disso, os indivíduos que estudam medicina mais tarde trazem muitas vezes outro tipo de maturidade e experiência de vida que são muito importantes na profissão médica. De notar que em muitos países, como os Estados Unidos, Canadá e Reino Unido (em algumas Universidades) e obrigatório ter um curso superior prévio para se poder candidatar à faculdade de medicina.

ROM - Concorda que em Portugal há uma tendência geral para uma certa resistência à mudança, nomeadamente à mobilidade?

TV - Não sei... Portugal sempre foi um país de emigração. Nos

anos 90, após a adesão à CEE, começámos a ser também um país de imigração, mas agora parece que somos novamente um país predominantemente de emigração. A grande diferença é que grande parte da emigração neste momento compreende profissionais altamente qualificados, incluindo médicos.

ROM - A crise económica acentuou uma tendência para a emigração que vem esvaziando o país de recursos humanos jovens e qualificados...

TV - Claro que sim, mas a classe médica não tem sido a mais afectada. Mas a crise tem-se reflectido no sistema de Saúde, e indirectamente nas perspectivas de formação pré e pós graduada, bem como de carreira e desenvolvimento profissional.

ROM - Concorda que a promoção de estágios de intercâmbio tem facilitado a decisão de emigrar dos jovens médicos portugueses?

TV - Eu diria estágios em geral, pois os estágios de intercâmbio em geral têm uma duração curta e fugaz, mas permitem a interacção com colegas de vários países, o que é algo muito positivo. Os estágios de longa duração (pelo menos 3, 6 meses) possibilitam um contacto mais próximo e aprofundado com o sistema de Saúde e de formação médica do país de acolhimento, até porque muitas vezes requerem a inscrição no regulador médico desse país, o que permite ter um papel mais activo. Já os estágios de intercâmbio são na maioria dos casos, observacionais. E muitas vezes só este contacto mais prolongado é que permite aos tutores do país de acolhimento aferir efectivamente

te a competência do médico português. E o que em alguns casos acaba por acontecer são situações do tipo ser-se encorajado/ convidado para ficar, após o estágio, ou por outro lado, o jovem médico português decidir ficar por se ter apercebido de que no país de acolhimento dispõe de melhores condições formativas, condições de trabalho e melhores condições de desenvolvimento profissional e perspectivas de carreira.

ROM - Na área médica, esta emigração ainda está muito ligada precisamente à formação profissional e a perspectivas de carreira...

TV - Sim, os médicos portugueses em geral não precisam de emigrar por uma questão de necessidade económica. A emigração que se está a começar a observar tem a ver com a busca de melhores perspectivas de carreira e melhores oportunidades de formação e desenvolvimento profissional. O que acontece também é que nos actuais países de acolhimento, para além das condições de trabalho e de formação, as condições remuneratórias também podem ser geralmente mais apelativas do que em Portugal. Se um médico puder ganhar o mesmo noutro país, trabalhando apenas num local, que ganha trabalhando em três locais em Portugal, poderá ter mais satisfação e realização profissional, menos *burnout*, e, portanto, mais qualidade de vida.

ROM - Que tipo de competências se podem obter e/ou desenvolver através dessa exposição internacional?

TV - Essencialmente de dois tipos: por um lado as competên-



cias de índole mais técnica (*hard skills*), como as competências clínicas, linguísticas, gestão, liderança, etc.; por outro, as competências denominadas *soft skills*, como flexibilidade, independência, capacidade de resolução de problemas, capacidade de adaptação, diplomacia, etc.

ROM - Mas quando o nosso sistema começar a não absorver os médicos que se estão a formar e já não existirem vagas de internato suficientes, a situação vai sofrer alterações preocupantes... Que futuro antevê para uma hipotética plêiade de

médicos indiferenciados?

TV - De acordo com as regras actuais, duvido que tenhamos uma 'plêiade' de 'médicos indiferenciados' a trabalhar no SNS, pois um médico que acaba de sair da faculdade não tem autonomia clínica e tem necessariamente de ingressar no internato médico para a adquirir. Por isso, perante um cenário hipotético de termos muitos médicos recém-formados sem perspectivas de ingressarem no internato por falta de capacidade do sistema de os absorver, a solução passará ou pela emigração para outros países



com vista à realização do internato ou pela transição para a realização de actividades não clínicas (investigação, etc.).

ROM - Em termos de planeamento do *numerus clausus* em medicina não deveria ser tida em conta a perspectiva de empregabilidade na tomada de decisão?

TV - Quando se olha para os *numerus clausus*, é preciso ter a noção que os médicos recém-formados só por si têm uma empregabilidade muito limitada senão entrarem no sistema de formação pós graduada, pois não têm autonomia clínica e têm de entrar nesse sistema para a adquirir. Não parece fazer sentido, por exemplo, formar 1000 médicos por ano se depois só há lugar para 500 no internato médico. O planeamento dos *numerus clausus* tem necessariamente que ter em conta a capacidade formativa pós graduada existente. Se a capacidade formativa pré graduada for muito superior à capacidade formativa pós graduada então temos um problema.

ROM - Concorde que é igualmente mau para o sistema de saúde quer a falta de médicos quer o excesso de profissionais, em termos da qualidade da medicina praticada?

TV - As consequências da falta de médicos são claramente visíveis, por exemplo, nos países em desenvolvimento. Já o excesso de profissionais é um problema menos bem estudado, digamos. Em Portugal, como já expliquei, quem não ingressar no internato médico não pode obter autonomia clínica nem exercer, e por isso ou teria de procurar a formação pós graduada noutra país ou trabalhar noutra área sem ser a medicina clínica. Nesta linha de raciocínio, a menos que as regras do jogo mudem, não parece haver o risco de vermos cortes de médicos supostamente menos qualificados a ingressar nas fileiras do SNS.

ROM - Devemos considerar que a emigração médica um factor de diferenciação e reconhecimento da qualidade dos nossos médicos ou um drenar de cérebros que irá ter reflexos negativos na medicina que se praticará dentro de alguns anos em Portugal?

TV - É difícil responder a essa questão sem termos dados objectivos. A 'emigração médica' em Portugal sempre existiu, e sempre houve médicos que realizaram parte do seu internato, ou mesmo todo, fora na perspectiva de regressarem a Portugal e contribuírem para o desenvolvimento da medicina nacional. Todavia, hoje em dia é possível que muitos dos jovens médicos que estão a ir para outros países e que aí encontram boas perspectivas de carreira e

desenvolvimento profissional não queiram regressar a Portugal. É esse padrão de mobilidade definitiva que pode ser prejudicial a um país, pois dificulta a importação de competências e conhecimentos adquiridos no exterior, e portanto cria obstáculos ao desenvolvimento da medicina em Portugal.

ROM - É inevitável que sejamos um profissional global num mercado de trabalho igualmente global?

TV - A profissão médica tem sido até agora, pela sua própria natureza, mais preservada pelas forças da globalização que muitas outras, pois os médicos normalmente trabalham sobretudo num âmbito local, regional ou nacional. Por outro lado, a profissão médica é das mais reguladas, senão a mais regulada, e isso dificulta a mobilidade. Mas isso está a mudar. Há hospitais nos Estados Unidos que fazem *outsourcing* a radiologistas indianos sediados na Índia para relatar exames radiológicos durante o período nocturno nos Estados Unidos. Hoje em dia é possível estar-se a viver num país da Europa e ir até ao Reino Unido durante o fim de semana fazer turnos no serviço de urgência em hospitais. Muitos médicos em Portugal poderão não estar interessados em desenvolver uma carreira de âmbito global, mas perante um cenário de grande incerteza a nível interno, uma das questões que temos que colocar daqui para a frente é se isso é inevitável. Hoje em dia há uma elevada probabilidade de um arquitecto formado em Portugal ter de sair do país para desenvolver a sua carreira por falta de perspectivas de empre-

gabilidade e desenvolvimento de carreira. Temos de antecipar e preparar-nos para um cenário em que isso comece a acontecer em Portugal com os médicos. Eu diria que estarmos preparados para uma nova era de grande mobilidade só aumenta o nosso leque de oportunidades e pode proteger-nos de imprevistos, mesmo que acabemos por passar o resto da nossa carreira a trabalhar junto do local onde crescemos.

ROM - Se os mais qualificados emigrarem que tipo de formação médica teremos no futuro?

TV - Mais uma vez, é difícil responder a essa questão sem dados objectivos. São as gerações mais jovens de médicos que estão predominantemente a sair, e não tanto as gerações que actualmente têm mais responsabilidades a nível da formação pré e pós graduada. E, apesar de parecer que o número de médicos que está a sair do país está a aumentar (e novamente, friso que necessitamos de dados objectivos bem como de um sistema fiável de monitorização dos padrões de mobilidade), não me parece que isso se reflecta, para já, no futuro da formação médica. Para que tal suceda, é preciso que se verifique uma saída de profissionais em números muito superiores à que se verifica agora, e de forma sustentada. Acho que ainda não chegámos ao ponto de termos um *brain drain* de médicos, mas a tendência crescente para a saída de médicos do país deve constituir motivo de preocupação.



Miguel Guimarães

presidente do Conselho Regional do Norte da OM

Cuidados de Saúde Transfronteiriços

A Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, obrigará Portugal a colocar em vigor as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para lhe dar cumprimento até 25 de Outubro de 2013.

A Directiva tem como objectivo estabelecer regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde entre os Estados-Membros, no pleno respeito das competências nacionais em matéria de organização e prestação de cuidados de saúde. Mais ainda, clarifica os direitos dos doentes em matéria de utilização de cuidados de saúde noutro Estado-Membro, incluindo as restrições que os Estados-Membros podem impôr a esses cuidados no estrangeiro, e o nível de cobertura financeira concedida para os cuidados de saúde transfronteiriços, com base no princípio de que os doentes têm direito a um reembolso equivalente ao

reembolso que seria pago se recebessem o mesmo tratamento no seu país de origem.

Na minha opinião, neste momento nem as Unidades de Saúde Públicas nem as Privadas estão em boas condições para concorrerem a nível internacional, ao abrigo da nova Directiva sobre cuidados transfronteiriços. De facto, num país em que a liberdade de escolha e concorrência não existe ao nível do sector público, não existe entre o sector público e o sector privado e está condicionada ao nível do sector privado pela capacidade financeira dos potenciais utilizadores e pela oferta e experiência acumulada dos cuidados de saúde existentes, não é fácil ser competitivo ao abrigo da nova Directiva. De resto, apesar da elevada qualidade dos cuidados de saúde prestados pelo sector público, o sector privado poderá estar em melhor posição para enfrentar esta nova realidade, pese embora os limites presentes relacionados com a experiência e divulgação dos resultados clínicos. É que as limitações actualmente existentes dentro do próprio sector público no que respeita à liberdade de escolha e concorrência associam-se ao papel absoluta-

mente essencial e constitucional que o SNS tem no sentido de prestar cuidados de saúde de qualidade à população portuguesa, e que deve a todo custo ser preservado. Nestas circunstâncias, dificilmente o sector público conseguirá competir ao nível dos cuidados transfronteiriços sem objectivamente prejudicar os doentes portugueses.

De uma forma geral, os nossos hospitais públicos e privados estão devidamente equipados e uma parte muito significativa tem condições físicas perfeitamente aceitáveis para poderem concorrer ao abrigo da nova Directiva. Em termos dos recursos humanos, e particularmente no que se refere aos médicos, os nossos hospitais estão muito bem servidos. A qualidade técnica da medicina portuguesa e dos correspondentes cuidados de saúde é reconhecida a nível internacional, como tem sido atestado ao longo dos últimos anos por instituições como a OCDE e a OMS. A questão é, no entanto, mais complexa. Para que os doentes estrangeiros escolham Portugal como destino para tratarem as suas doenças, têm que em primeiro lugar ter conhecimento das áreas de excelência que os nossos hospi-

tais podem oferecer e têm que ter acesso público à actividade desenvolvida, quer ao nível da experiência acumulada (números), quer ao nível dos resultados dos vários tratamentos realizados, traduzidos nas respectivas taxas de eficácia e complicações clínicas. E estes dados têm que estar disponíveis e serem conhecidos de todos, e têm que ser regularmente auditados

para que todo o processo subjacente respire transparência e ofereça confiança e segurança. Em segundo lugar, os custos dos vários tratamentos disponíveis têm que ser competitivos (e podem estar associados a outras áreas como por exemplo o turismo) para que os doentes estrangeiros possam ser adicionalmente estimulados a procurar o nosso país. Todo este

conjunto é essencial para que os nossos hospitais, públicos ou privados, sejam na prática acreditados e competitivos a nível internacional.





José Silva Henriques

Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

O Internato de Medicina Geral e Familiar e a situação política portuguesa atual

No XX Encontro do Internato de MGF da Zona Norte, para o qual fui convidado a participar na Mesa de Abertura, organizado pela Coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar (MGF) da Zona Norte, que decorreu em Braga em 17 e 18 de outubro, achei por bem proferir algumas palavras relacionadas com o Internato de MGF e os perigos do ambiente político vivido em Portugal, que para este artigo fiz alguns acrescentos.

Há uma expressão popular referente à bela Cidade de Braga, muito conhecida, que diz: “ver Braga por um canudo”. Este aforismo popular deriva do monóculo que existe no monte do Bom Jesus, o qual, metendo-se-lhe uma moeda, permite ver pormenores da cidade lá ao longe, a meia dúzia de quilómetros. O problema é que, algumas vezes, o nevoeiro ou simplesmente uma ligeira bruma, não deixa ver grande coisa, pelo que “ver Braga por um canudo” é um desejo que fica sem concretização e com uma moeda a menos. Com este mote introdutório quero dizer que nevoeiro, bruma e com dinheiro a menos é o que nos está a proporcionar o atual Governo de Portugal, mas espero e acredito no

entanto, que este logro a que nos estão a sujeitar (Orçamentos de Estado cada vez mais recessivos, perda significativa dos rendimentos, agravamento da carga fiscal, mais injustiça social, um crescimento económico praticamente inexistente) não atinja de forma igualmente contundente a qualidade da formação do Internato de MGF. A Ordem dos Médicos e o seu Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar estão atentos e o Colégio em colaboração estreita com as Coordenações do Internato, tudo farão para que isso não venha a acontecer.

“Defender, hoje, a Saúde de Amanhã”, lema muito oportuno e pertinente deste Encontro, vai no sentido daquilo que Portugal efetivamente precisa hoje e no futuro: ter Médicos de Família de alta qualidade técnico-científica para prestar os melhores cuidados de saúde, senão mesmo de excelência, às populações, que bem o merecem. Para isso, os governantes e os responsáveis pela política da saúde (CNIM, CRIM’s, ACSS, ARS’s) terão de continuar a apostar e defender um Internato de MGF de qualidade e exigente (Internato que em Portugal proporciona, presentemente, das melhores formações

específicas em Medicina Geral e Familiar da Europa e mesmo mundial), para que tenhamos internos motivados, satisfeitos e com uma sólida formação e, claro, orientadores de formação motivados, reconhecidos e prestigiados. Apostar num internato, em que cada ano são exigidas cada vez mais capacidades formativas para a MGF, sem acautelar as condições para uma formação com qualidade, tentando ir contra as indicações do Colégio, não passa de uma política populista, demagógica, sem qualquer preocupação com a qualidade formativa, em que denota não haver um planeamento a médio e longo prazo das necessidades em Especialistas de MGF. Um internato feito nestas condições passa a ser o “salve-se quem puder”, o desenrasca, a depender das boas vontades dos serviços que acolhem os internos, que levará à sua desmotivação, à má qualidade da formação e certamente a um panorama futuro de pouca qualidade, que, em vez dos atuais indicadores de saúde – que são dos melhores do mundo – continuarem a melhorar, teremos indubitavelmente indicadores cada vez piores.

Porto, 21 de outubro de 2013

**Rui Mesquita**

Médico com a Competência em Medicina Farmacêutica;
Medical Affairs Manager na MSD

Biossimilares de Anticorpos Monoclonais - Novas oportunidades e desafios no tratamento dos doentes

Este artigo tem como objetivo divulgar, junto dos médicos, informação sobre a complexidade do desenvolvimento e produção de medicamentos biossimilares de anticorpos monoclonais, justificando o racional subjacente às exigências das autoridades regulamentares para aprovação destes medicamentos. Dado que a autoridade regulamentar europeia determina que parte do processo seja decidido a nível nacional (ex: a possibilidade de interpermutabilidade), é indispensável um conhecimento adequado da temática pelos vários intervenientes no processo de cuidados dos doentes, nomeadamente do médico prescriptor.

Enquadramento

Os **medicamentos biotecnológicos** (também conhecidos como biofármacos ou medicamentos biológicos) contêm proteínas ou polissacarídeos como substância ativa e, são produzidos com recurso a micro-organismos, células, ou ratinhos transgênicos. São exemplos a eritropoetina, insulina, hormonas de crescimento, citocinas e mais recentemente, os anticorpos monoclonais^{1,2}. Estes medicamentos têm contribuído desde há 20 anos, de forma decisiva para o tratamento de doenças como o cancro, diabetes, hepatite, esclerose múltipla, anemia, artrite reumatóide, colite ulcerosa, doença de Crohn e psoríase, entre outras. Para alguns dos medicamentos biotecnológicos a patente já expirou, sendo que, até 2015, 32

outras patentes irão expirar³. Com o fim da proteção de patente, as empresas detentoras da autorização de introdução no mercado (AIM) dos medicamentos biotecnológicos originais perdem a exclusividade de mercado e outras empresas podem desenvolver e comercializar o que se designam por biossimilares.

Os **biossimilares** são medicamentos biotecnológicos que resultam de uma tentativa de cópia do processo que levou à produção dos medicamentos inovadores de referência⁴. Tal como o próprio nome indica, estes medicamentos são similares, mas não idênticos aos medicamentos de referência. Ao contrário dos medicamentos genéricos, que resultam de uma cópia de um medicamento de síntese química, a produção

de uma cópia idêntica de um medicamento biotecnológico é quase impossível, tendo em conta a sua estrutura muito mais complexa e heterogênea, assim como o desconhecimento do processo de produção do medicamento original por parte da empresa produtora do biossimilar³.

Até Setembro de 2013, apenas obtiveram aprovação das principais autoridades regulamentares biossimilares de medicamentos biotecnológicos mais pequenos e menos complexos, de que são exemplos a somatropina, a epoetina alfa e a filgastrina⁵. Em Setembro de 2013, obteve aprovação pela EMA o biossimilar do infliximab⁶ – 1º biossimilar de anticorpos monoclonais.

Os **anticorpos monoclonais** fa-

zem parte do grupo de medicamentos biotecnológicos mais complexos, podendo ter vários domínios funcionais numa mesma molécula – região de ligação ao antigénio (Fab), região de ligação ao complemento e região constante (Fc) que interatua com recetores Fc⁷. É importante considerar que a região Fc é glicosilada e que, quer o tipo, quer a extensão da glicosilação têm impacto na sua função efectora e na *clearance* do anticorpo. Adicionalmente, não são desprezíveis alterações na glicosilação da região Fab⁸. O padrão de glicosilação é um dos aspetos mais críticos do desenvolvimento de biossimilares de anticorpos monoclonais, uma vez que alterações nesse padrão introduzidas pelo processo de produção podem afetar a ligação, imunogenicidade e atividade do anticorpo monoclonal⁹. Tendo em conta este grau de complexidade, o desenvolvimento de biossimilares de anticorpos monoclonais é muito mais moroso e complexo do que o desenvolvimento de biossimilares de medicamentos biotecnológicos mais simples¹⁰.

Desafios na Avaliação Regular

A Agência Europeia do Medicamento (EMA) tem emitido desde 2005 várias *guidelines* com o objetivo de estabelecer o processo de aprovação dos biossimilares, sendo a mais recente, específica para biossimilares de anticorpos monoclonais¹¹. Em geral, a EMA recomenda um programa de desenvolvimento em que o tipo e extensão de estudos clínicos e não-clínicos são decididos passo-a-passo e dependem do nível de evidência obtido nos estudos anteriores (*stepwise approach*)⁷.

O princípio orientador do desenvolvimento e da avaliação regulamentar de um biossimilar é a demonstração de um perfil de eficácia e segurança semelhantes comparativamente ao medicamento de referência, e não a demonstração de benefício para o doente, considerando que o mesmo foi estabelecido para o medicamento de referência⁷.

A *guideline* da EMA sugere a realização de ensaios clínicos de equivalência na população de doentes e os parâmetros de avaliação clínicos mais sensíveis à deteção de possíveis diferenças relacionadas com o medicamento biossimilar. Esta escolha tem como objetivo a redução dos fatores relacionados com o doente ou com a doença, aumentando a precisão do exercício de comparabilidade e simplificando a interpretação dos resultados⁷.

A avaliação do perfil de segurança clínico é baseada nos dados dos estudos iniciais de farmacocinética e farmacodinâmica, e no ensaio clínico de equivalência. Deve ser realizada com detalhe a análise de comparabilidade do tipo, gravidade e frequência de acontecimentos adversos com o biossimilar e o anticorpo de referência⁷.

Informação adicional de segurança deve ser recolhida no período de comercialização pós-aprovação. Ainda no âmbito da avaliação de segurança, a EMA preconiza que sejam propostas atividades de farmacovigilância e planos de gestão de risco a desenvolver durante a fase de pós-aprovação, usualmente semelhantes aos do medicamento de referência. Onde existir possibilidade os dados devem ser capturados em registos previa-

mente em utilização⁷.

Imunogenicidade

Tal como com outros medicamentos biotecnológicos, a principal preocupação de segurança dos biossimilares é a imunogenicidade^{2,7}, devido às suas consequências clínicas como perda de eficácia e ainda não-resposta a tratamento futuro com o medicamento de referência⁶. A imunogenicidade é a capacidade que um medicamento biotecnológico tem de desencadear o desenvolvimento de anticorpos, nomeadamente anticorpos antifármaco¹². Anticorpos anti-infliximab têm estado associados a reações à perfusão em doentes com doença de Crohn¹³, e anticorpos anti-adalimumab parecem aumentar o risco de eventos tromboembólicos raros em doentes com artrite reumatóide e artrite psoriática¹⁴. Segundo a *guideline* da EMA⁷, a comparabilidade do ponto de vista da imunogenicidade entre o biossimilar e o medicamento de referência deve ser feita no ensaio clínico de eficácia e segurança. Dados adicionais de imunogenicidade podem ser necessários no período pós-aprovação e a sua necessidade deve ser discutida no plano de gestão de risco. Se necessário, podem ser realizados estudos de segurança pós-aprovação.

Substituição automática

A substituição automática permite ao farmacêutico hospitalar dispensar um biossimilar em vez do medicamento original, sem o consentimento prévio do médico prescriptor¹⁵. A interoperabilidade refere-se à mesma prática mas, com a autorização do médico prescriptor.

A EMA não se pronunciou so-

bre a possibilidade de ocorrer interpermutabilidade ou substituição automática, deixando essa decisão ao cuidado dos estados membros⁷.

Quer a interpermutabilidade, quer a substituição automática, podem dificultar os procedimentos de farmacovigilância, uma vez que a troca repetida entre medicamento biotecnológico original e biossimilar pode dificultar a capacidade de atribuir um determinado acontecimento adverso ao medicamento apropriado¹⁴. As medidas de farmacovigilância pós-comercialização devem permitir distinguir, na prática clínica quotidiana, potenciais sinais de segurança de medicamento inovador e do biossimilar. Qualquer sistema de substituição deve basear-se nos princípios da precaução e da rastreabilidade, almejando minimizar riscos desnecessários para o doente. No caso de ocorrer substituição automática, é imperativo que se faça a distinção entre o medicamento original e o biossimilar, mesmo que a DCI seja igual para ambos¹⁶. Adicionalmente, tem sido manifestada preocupação pelos clínicos, relativamente a possíveis reações imunogénicas resultantes desta prática, especialmente em doentes que tenham a sua doença controlada com o medicamento original¹⁶.

Extrapolação de indicações terapêuticas

A extrapolação refere-se à aplicação dos dados sobre eficácia e segurança clínicas às indicações não especificamente estudadas durante o desenvolvimento clínico do biossimilar, mas aprovadas para o medicamento de referência.

De acordo com a EMA⁷, a aprovação de extrapolação é possível mas depende dos dados globais dos estudos de comparabilidade e da adequabilidade da justificação da mesma, com base nos antigénios/recetores envolvidos e mecanismo (s) de ação. As populações de doentes com diferentes indicações poderão apresentar diferentes comorbilidades e receber tratamento com diferentes medicações concomitantes que poderão, nomeadamente influenciar a imunogenicidade¹⁷. Adicionalmente, a grande dificuldade na extrapolação dos dados de eficácia é quando os *endpoints* utilizados nos estudos clínicos são específicos de uma determinada doença e não são transponíveis para outras.

O biossimilar do infliximab, recentemente aprovado pela EMA, obteve todas as indicações do medicamento de referência, embora apenas sejam domínio público estudos clínicos de eficácia e segurança na artrite reumatóide e espondilite anquilosante⁶.

Oportunidades e Desafios na Prática Clínica

A grande oportunidade que justifica o aparecimento dos biossimilares é a disponibilização de medicamentos a preços mais reduzidos permitindo, numa época de recursos escassos ao nível dos sistemas de saúde, o acesso de mais doentes à terapêutica adequada, e não apenas uma redução líquida da despesa.

No entanto, as Sociedades Científicas têm manifestado posições desfavoráveis relativamente ao processo regulamen-

tar abreviado que possibilita em alguns casos a aprovação do medicamento biossimilar em patologias não testadas em ensaios clínicos específicos^{16,17}. Segundo a EMA⁷, a aprovação da extrapolação, caso aconteça, será sempre feita com base numa avaliação global de todos os dados apresentados. O desafio que neste caso se coloca à EMA, será a publicação de informação mínima, acessível aos prescritores, sobre os dados que suportarão tal decisão. O mesmo parece adequado que aconteça, mesmo para os dados dos ensaios clínicos da indicação estudada, ao invés de serem publicados no resumo das características do medicamento os dados do medicamento de referência.

A experiência clínica com os medicamentos biossimilares e a obtenção de dados de *real-life*, serão, não apenas provavelmente solicitados pela EMA no âmbito dos compromissos de farmacovigilância e de gestão de risco, como importantes para alargar a coleção de dados clínicos dos medicamentos biossimilares. Para este efeito é fundamental que sejam criados os mecanismos necessários para a identificação do medicamento efetivamente administrado ao doente. Um exemplo poderá ser a garantia de registo do nome do medicamento, fabricante e lote no processo clínico do doente. O mesmo deverá ser assegurado no registo nacional de doentes em tratamento com medicamentos biológicos (ex: Reuma.pt). Adicionalmente, é importante que todos os médicos contribuam de forma adequada para o sistema nacional de farmacovigilância, reportando de forma mais frequente aquilo

que se designa por informação relevante de segurança, onde se inclui a falta de eficácia de qualquer medicamento, assim como acontecimentos adversos graves e não-graves, constem

ou não do resumo das características do medicamento.

A informação adequada e não enviesada de todas as partes envolvidas é fundamental para

que a disponibilização dos medicamentos biossimilares se constitua numa oportunidade de tratamento mais adequado dos doentes.

Notas:

- 1- Paintaud G. et al. Monoclonal Antibodies for Therapeutic Use: Specific Characteristics of Clinical Development, Evaluation by the Agencies, and Long-Term Monitoring of Safety. *Thérapie* 2012; 67(4): 329-337.
- 2- Roger D. Biosimilars: current status and future directions. *Expert Opin. Biol. Ther* 2010; 10(7): 1011-1018
- 3- Braido F. et al. From "blockbusters" to "biosimilars": na opportunity for patients, medical specialist and health care providers. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics* 2012; 25: 483-486.
- 4- Nowicki M. Basic Facts about Biosimilars. *Kidney Blood Press Res* 2007; 30:267-272
- 5- http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2013/02/WC500139241.pdf, accessed on March 4, 2013
- 6- European Medicines Agency recommends approval of first two monoclonal antibody biosimilars. http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002778/WC500151489.pdf, accessed on 21st October 2013
- 7- Guideline on similar biological medicinal products containing monoclonal antibodies – non clinical and clinical issues. EMA/CHMP/BMWP/403543/2010., accessed on 15 Feb 2013.
- 8- Jefferis R. Isotype and glycoform selection for antibody therapeutics. *Arch Biochem Biophys* 2012; 526:159-66.
- 9- Calvo B e Zuñiga L. Therapeutic Monoclonal Antibodies: Strategies and Challenges for Biosimilars Development. *Curr Medicinal Chemistry* 2012; 19:4445-4450.
- 10- What do you need to know about biosimilar medicinal products. http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/biosimilars_report_en.pdf, accessed on 1st July 2013
- 11- Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). Guideline on similar biological medicinal products containing monoclonal antibodies - non-clinical and clinical issues. EMA/CHMP/BMWP/403543/2010. Available from URL: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2012/06/WC500128686.pdf (Accessed March,4, 2013).
- 12- Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). Guideline on immunogenicity assessment of monoclonal antibodies intended for in vivo clinical use. EMA/CHMP/BMWP/86289/2010. Available from URL: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2012/06/WC500128688.pdf (Accessed March 4, 2013)
- 13- Baert F, Noman M, Vermeire S, et al. Influence of immunogenicity on the long-term efficacy of infliximab in Crohn's disease. *N Engl J Med* 2003;348:601-8.
- 14- Korswagen LA, Bartelds GM, Krieckaert CL, et al. Venous and arterial thromboembolic events in adalimumab-treated patients with antiadalimumab antibodies: a case series and cohort study. *Arthritis Rheum* 2011;63:877-83
- 15- Dorner, T et al. The role of biosimilars in the treatment of rheumatic diseases. *Ann RheumDis* published online Dec 19, 2012 (accessed March 4, 2013)
- 16- Argüelles-Arias, F et al. Posición conjunta de la Sociedad Española de Patología Digestiva y de la Sociedad Española de Farmacología sobre el tratamiento con biosimilares en la enfermedad inflamatoria intestinal. *REV ESP ENFERM DIG* (Madrid) 2013,105(1): 37-43.
- 17- ACR Position Statement, <http://www.rheumatology.org/>, accessed on March 5th



Pedro Coito

Presidente do Conselho Distrital do Oeste

XXVIII Jornadas de Cardiologia

As XXVIII Jornadas de Cardiologia dos Hospitais Distritais da Zona Sul e Regiões Autónomas tiveram lugar no passado dia 4 de Outubro de 2013 nas Caldas da Rainha. Pedro Coito, presidente do Conselho Distrital do Oeste, representou a Ordem dos Médicos neste encontro. Reproduzimos em seguida o discurso proferido pelo presidente do Distrito Médico do Oeste.

«Começo por lembrar que um dos principais objectivos da OM é “a valorização do conhecimento e exercício da Medicina de forma a atingir os padrões mais elevados para benefício da saúde da população...”.

Realizações como esta, principalmente nos tempos difíceis que vivemos, consubstanciam plenamente o objectivo atrás enunciado. Endereço pois uma palavra de apreço e respeito pelo interesse e esforço colocados na sua concretização, e que permitiu juntar muitos cardiologistas, especialistas em Medicina Geral e Familiar e Internos de todo o sul do país e regiões autónomas. A OM, após a tomada de posse do actual Bastonário tem tido uma actuação mais presente e interventiva, recuperando influência e prestígio, conciliando dimensão política e objectivos, assumindo um papel de maior proximidade, mais actuante e consequente.

A OM representa, defende e promove os seus membros, a qualidade da Medicina, a Ética e a

Deontologia, exigindo as condições indispensáveis a um exercício profissional digno e responsável, defendendo o direito ao acesso universal e socialmente justo de todos os cidadãos aos cuidados de saúde mais modernos e sem qualquer tipo de discriminação.

Isto só se consegue alicerçado nas Carreiras Médicas, em programas de educação médica contínua e em avaliações de desempenho segundo critérios exclusivamente definidos pela “leges artis” e feita inter pares. Devemos defender a qualidade da formação médica pré e pós graduada e o acompanhamento sistemático da forma e condições concretas em que esta se desenvolve.

Portugal tem um dos melhores sistemas de saúde do mundo, com extraordinários indicadores, com custos *per capita* dos mais baixos da Europa, média de internamento de 5,9 dias e mortalidade infantil de 2,5 mortes/1000.

Vemos com muita apreensão a degradação das condições de trabalho no SNS, sentimos a insa-

tisfação e dificuldades de muitos colegas, lamentamos o manifesto agravamento do estado de saúde do país. Os caminhos que propomos são muitas vezes diferentes das soluções que vemos consagradas, e que no caso concreto da nossa região, dos nossos hospitais, vieram degradar o compromisso entre a eficiência e a excelência da qualidade dos nossos cuidados de saúde.

O insuficiente financiamento dos hospitais, a fusão de hospitais falidos no pressuposto de uma falaciosa recuperação económica e diminuição da dívida, a reestruturação desajustada e desequilibrada de serviços hospitalares distantes e díspares em diferenciação e objectivos, a remuneração tipo ‘a dias’ de profissionais competentes e dedicados, uma sangria crescente dos médicos mais experientes, são exemplos mais que suficientes que demonstram que não basta inventar ou criar novos conceitos.

É essencial assegurar a manutenção dos equipamentos e a regular existência de consumíveis. Não é

aceitável o racionamento em saúde, de consequências negativas e imprevisíveis.

Sem a livre e participativa aceitação e contributo da classe médica, qualquer sonho revestindo muitas vezes aspectos obsessivos e singulares, está votado ao fracasso ou será dificilmente concretizável. Reafirmamo-lo convictamente.

Prosseguiremos e revitalizaremos cada vez mais a presença

e actividade da OM, pugnando pela transparência, respeito e o maior rigor no cumprimento dos regulamentos e legislação em vigor. Realizaremos visitas e auditorias aos serviços e às Instituições sempre que ocorram atropelos ou limitações ao seu regular funcionamento, com potenciais consequências nefastas para médicos e doentes.

Uma palavra final para a situação do Hospital Termal. É de cortar o

coração. Só é pena que este corte, não possa beneficiar da mão hábil do cirurgião, da inteligência do cardiologista, da garra dos políticos, da presença majestática da sua venerável fundadora, a Rainha D. Leonor, que aqui bem perto poderá estar a ouvir-nos e a apontar responsáveis.»

Colégio de Medicina Geral e Familiar Fórum dos Médicos Internos de MGF | 2013

O Internato Médico

Lisboa, 7 de Dezembro de 2013

Ordem dos Médicos

Programa

14.30 Abertura

14.45 Internato Médico | apresentação pelo Colégio

Programa de formação

Elaboração de um curriculum vitae

Avaliação final de internato

15.00 Debate

16.30 Intervalo

17.00 Debate

19.00 Encerramento



Organização | Colégio de Medicina Geral e Familiar
Ordem dos Médicos | Av. Almirante Gago Coutinho, 151 | Lisboa
colegios@omcne.pt | 218 427 100 | www.ordemdosmedicos.pt



Jorge Manuel De Castro

Interno de ano Comum do Hpp Hospital de Cascais

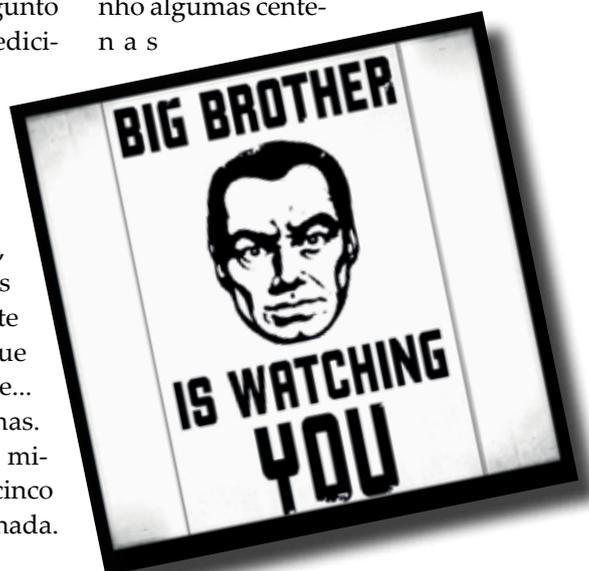
Fui à praça

S.O., 11:47, sem doentes para ver. Temos 8 macas mas nenhuma é da medicina. E na minha cabeça de príncipezinho lunático apenas soa *sur le fil* do filme *Amélie*... Caminho uma vez mais sobre esse fio de navalha no circo da minha vida. Não sei porquê mas não consigo esquecer aquela ida à praça há cerca de uma semana. Entrei num delírio tal a olhar para as frutas e os legumes, para as pessoas e para as rugas, para o peixe nas caixas, as balanças, os cheiros, as flores à cabeça, as gentes, que senti um ritmo de *pace* no meu coraçãozinho, como uma desfibrilhação que me dizia: olha à tua volta e escolhe a tua especialidade. *What?* Na altura achei mesmo que estava a delirar, mas a passado este tempo todo em frente ao piano da minha vida, esta *sonata delirium* mantém-se indelével, como aliás é típico nas coisas do coração. É hora de finalmente olhar para as partituras e escolher a minha especialidade. Vá Jorginho (como sou conhecido aqui no Hpp Cascais, graças ao Prof. Lopes Martins), concentra-te no teu S.O. se faz favor...
 - Oh menina, desaperte-me os braços, eu dou-lhe uma oferta minha querida. Agarro-me aos protocolos de

medicina interna enquanto a Marta procura voos para a Malásia. As perguntas assombram-me a casa. Parece que existem momentos propícios a isto, que me activam o 5º andar quando eu menos espero. E o raio da praça não vai para outra freguesia... (agora entraram as visitas, isto vai ser bonito)

- O Marco? Foi para a 648B.
 - A Beatriz está a zero?
 - A menina dê-me uma pingui-nha de água que estou toda seca. Parem!!! Preciso de paz na minha cabeça que tenho uma especialidade para decidir e o tempo está a voar, ¿vale? («não há paciência...» diriam as dondocas) Há alturas que sinto uma ignorância tal que me pergunto como é que vim parar a medicina. Todo o conhecimento acumulado e tanta pestaninha queimada para agora me sentir um inútil no S.O. Para onde foi tudo isto? Para onde vou eu? E, no entanto, existem outros pensamentos, normalmente problema (hoje a praça) que por mais que a gente tente... Surgem, como fantasmas.
 - Olhe, eu queria saber da minha mãe, entrei com ela às cinco da manhã e ainda não sei nada.

- É doente da cirurgia, não é connosco minha senhora.- diz alguém.
 - Ah, é que me disseram que o Dr. está a operar. Daqui a pouco vai entrar um AVC. Devia estar a rever os protocolos, mas gosto tanto de escrever... A verdade é que me sinto uma fruta verde. Ou melhor, tenho de escolher um bem da praça, mas há tanta gente a pregar e praguejar que não consigo ver nada e tudo me parece igual, ora podre, ora verde. Tudo me ofusca. E, por vezes, quando finalmente vejo uma alface jeitosa, alguém lança um membro superior e agarra-a antes de mim. Foi isso que aconteceu no exame? Tenho algumas centenas





de membros a roubarem-me fruta. Pfff, alguns de nós ainda nem sabem que fruta querem ser... - Oh menina, está a rir-se de eu estar assim doente? Ai oh filha, eu nem sou capaz de comer assim deitada! A senhora do Alzheimer lá continua com o seu fado. Vou chamar-lhe Helga Schmidt. Já tenho fama de louco que também ninguém se vai importar se no meu delírio eu secretamente chamar a senhora assim. Como disse também um dia um louco: "louco,

sim, louco porque quis grandeza/ qual a sorte a não dá/...sem a loucura que é o homem/ Mais que a besta sadia/ Cadáver adiado que procria?". Voltando à minha praça, caminho um bocadinho e alguém me diz: ah menino, tem uma cara tão linda, leve-me aqui este feijão verde para eu poder ir apanhar a carreira... Irónico, quem tem que apanhar uma carreira sou eu, minha senhora! E tenho pouco tempo para decidir uma vida. Uma vida! Essa que é a minha. A escolha não é muita,

mas também já cheguei tarde à praça... Mas o feijão de facto parece ter bom aspecto e a senhora já o põe na balança. Devia ter prestado mais atenção aos ensinamentos da mãe na cozinha. - Ai eu vou morrer aqui senhor! Por amor de Deus não me tenha mais tempo amarrada! Oh senhor corte-me isto! Aqui no S.O. nem vejo a luz do dia. Não vejo o meu sol. Não me sinto *Le Roi soleil*. Só vejo monitores, só oiço *bips bips*, matraquear de teclados e telefones que

nunca são para mim quando me identifico como interno de ano comum. Trabalhos independentes, enfermeiros, auxiliares, médicos, técnicos, todos com um objectivo comum. E eu com uma especialidade para escolher. Sinto-me um alienado por estar a ter esta visão de fora em vez de estar dentro da engrenagem e encarnar o meu lugar de formiga neste ecossistema. Mas gosto tanto de escrever... Sou um dissidente? Sinto-me um Winston Smith num 1984 de George Orwell. *Big brother is watching me?*

- Oh menina, "desmárre-me" a que horas?

- Às quatro.

- Às quatro? Eu morro antes disso, "desmárre-me!" Eu dou-lhe dez contos! Ainda hoje fui elegantemente humilhado por um especialista, e com razão, por pedir um parecer à especialidade. "Eu discuto doentes, não discuto troponinas..." E eu lá tenho culpa que alguém me tenha passado um doente internado por erisipela que por obra e graça do espírito santo aparece com uma troponina pedida? Não interessa, já falei com o parassimpático que me fez o favor de se instalar depois de uma maçã roída à pressa na porta da urgência. A minha especialidade? Pergunto-me pela milionésima vez. Eu sei bem qual é. E tenho nota para ela... Tenho nota para ela? Já falaste com os internos? Já visitaste os serviços? "Vou comprar limões à praça e depois caso com ela"? E o professor que disse que contasse com mínimo de 80h semanais de dedicação? Mas afinal eu sou o quê? O meu trabalho são as vidas dos outros, bem sei, mas eu sou humano! (sou?) Onde ponho a minha família? Os meus amigos? Os livros que adoro ler e

que ultimamente se acumulam, porque não os leio, mas ainda assim a minha POC obriga-me a continuar a comprar? E a paixão? E os jantares que cá em casa combinámos sobre o Joelho? E o meu piano imaginário, onde compo-nho os *nocturnes* de Louco? Estou condenado a apaixonar-me pelo *abocath* e pelo *ligasure*? E eu gosto tanto do mar e das pessoas. De amar e de um dia ser pai, como qualquer ser humano. Odeio ir à praça. Odeio ter de escolher. A filha da Dona Helga Schmidt chegou:

- A minha mãe está amarrada, ela já deve ter feito alguma...

- Tirou os acessos todos. E olhe que até nos quis subornar!

- Ai que horror! Ela já quando estava lúcida era muito manipuladora! Oh mãe, tem de se deixar estar amarrada porque a dormir pode arrancar algum fio.

- É tudo mentira! É tudo mentira filha, foi vingança deles! Mas apesar de tudo sou médico, e tenho um amor maior e mais altruísta. Uma paixão que sempre me moveu. É tão duro ter de pôr esse peso do outro lado da balança, e de repente ver o pratinho da família, amor, amigos, a subir. Como um mercúrio a 220mmHg nas mãos da justiça, que até usa uma fita nos olhos mas que dizem que não é cega. Há um livro que já há muitos anos faz parte da minha mesa de cabeceira, que já li diversas vezes, mas que como um *crohn* se exacerba cada vez mais com a idade e por isso cada vez mais o uso como livro de consulta. Porque no fim de tudo, também eu me sinto o príncipezinho, neste caso do meu descampado, a saltar de planeta em planeta, à espera de encontrar uma raposa que me abra os olhos. E acreditem, também eu

quero sentir-me eternamente responsável por aquilo que cativo! Mas como disse a raposa: "o essencial é invisível aos olhos". Finalmente saí daquele S.O. sugador de vida. Bancos a uma sexta-feira dá nisto. Quando dou por mim já estou em Santa Apolónia. Agora que me lembro, prometi ir ao Porto este fim-de-semana matar saudades de amigos que estão longe. Vinha em modo automático que nem dei por mim chegar aqui. Vejo várias linhas de comboio e eu cheio de malas. Gaita para as ironias, parece que todo o universo conspira contra mim forçando-me (ou enforcando-me?) a ver cruzamentos, estradas a escolher, carreiras a apanhar, praças. Afinal, no meio desta praça, para onde pende a balança? Onde e quando se fará justiça? Imagino-me com a balança e a espada na mão. Tenho as mãos ocupadas, não consigo levantar a venda...





M. M. Camilo Sequeira

Chefe de Serviço de Medicina Interna

As contradições da “cenoura”

O ser humano é, julgamos nós, o único animal beneficiado pela capacidade de pensar. Sendo em função desta vantagem que se terão construído civilizações sobre civilizações de cujos escombros saiu o mundo onde hoje existimos. . .

Esta diferença em relação aos outros bichos (estou a reconhecer a ignorância que tenho sobre o que no futuro ainda aprenderemos sobre as “civilizações” das abelhas, dos ratos, das formigas, *quicá* desse mundo virtual que hoje designamos da anti-matéria) deveria ser tão respeitada, tão apreciada e valorizada por todos nós, que nunca a deveríamos deixar de utilizar.

Bizarramente o uso permanente desta vantagem não é o padrão habitual do nosso comportamento como julgo ser suficientemente demonstrado pela facilidade como nos deixamos iludir pelas “cenouras” que o Poder, inteligentemente manipulador, nos oferece quase todo o tempo que vivemos nestas sociedades organizadas e controladas que dizemos notáveis por dependerem da exactidão científica que os valores tecnológicos “inventaram”.

Tudo isto é moda. Tudo isto é falso. Porque nem a tecnologia é perfeita nem a sua crítica o tem de ser. A perfeição é um objectivo a que nos propomos exactamente porque pensamos. E porque pen-

samos devemos caminhar para lá mesmo sem conhecermos o caminho que a ela nos conduzirá.

Mas que, digo eu, não deve ser a estruturação da vida colectiva com base na ou nas “cenouras” e na promoção de hábitos de controlo de cada indivíduo pelo seu par, estimulando o conflito, sem qualquer respeito pelo direito de se ser diferente. Desvalorizando o que a diferença pode oferecer como alternativa a uniformidades instituídas que, por se pensar pouco, se acabam por identificar com a normalidade.

Tudo isto vem a propósito de situações do tempo actual, de hoje, do dia em que escrevo, que envolvem Médicos cujas atitudes só podem ser interpretadas como “de pessoas que não pensam”. Este texto referirá apenas três exemplos deixando ao leitor a sugestão para olhar para o lado e, por si, encontrar muitos mais.

1º exemplo:

A minha geração lutou durante anos, em defesa dos direitos dos doentes e por os entender defendidos dessa forma, para que o esforço e a fadiga do serviço de

urgência fosse retirado do horário de trabalho dos Médicos, depois dos 55 anos em absoluto e, as noites, depois dos 50. Acreditávamos que a idade oferecendo experiência também oferecia fadiga com risco acrescido de má prática.

Este valor acabou por ser reconhecido pelo poder político e transformado em Lei. E nós vimos nisso uma vitória profissional e mais um passo na boa prestação de cuidados que deram ao Serviço Nacional de Saúde a qualificação que mesmo os seus detractores não conseguem, no silêncio dos gabinetes, deixar de reconhecer. Entretanto roda o tempo e é inventada a crise.

E os Médicos esquecem-se de pensar.

Procurando libertar-se do serviço público que estava condenado (primeira “cenoura”) na expectativa de “agarrarem” a árvore das patacas que o privado lhes iria oferecer (segunda “cenoura”).

Equivocaram-se. Pelo que tiveram de procurar alternativas.

Uma delas, esquecendo o que tinham defendido e adquirido com grandes dificuldades, foi o aceita-

rem contractos para trabalharem em diversos serviços de urgência (alguns pagos ao preço da “uva mijona”) em horas e com idades em absoluta contradição com o que antes consideravam um direito adquirido.

E sem cuidarem que com essa decisão não só estavam a negar o que tinham afirmado ser um valor qualificador da prestação assistencial, o que tenho como extremamente grave e merecedor de toda a censura, como (terceira “cenoura”) estavam a dar ao poder político a prova provada que afinal esse tal direito exigido e associado à boa prática médica era, de facto e como os próprios o demonstravam, uma mentira.

Esta incoerência será paga pela geração que a defendeu em termos de perda de prestígio. E pelas gerações futuras como evidente demonstração de que os Médicos dizem uma “coisa” num tempo e outra em tempo diferente.

Segundo padrões de interesse exclusivamente pessoal, e corporativo no mau sentido, e não de interesse colectivo ou, como dizem (diziam), de defesa dos direitos dos doentes que associam à boa prática assistencial.

E a pergunta que “fica no ar” é esta: poderemos condená-los por assim pensarem?

Não fomos nós que criámos a razão que julgam ter?

2º exemplo:

A carreira médica de Medicina Familiar vive momentos conturbados. Os nossos colegas são pressionados para criarem USFs tendo sido inventada como agente pressor a inquietação sobre a incerteza de se continuar no mesmo Centro de Saúde (primeira “cenoura”) se não aderirem àquele modelo.

E os que já aderiram ao sistema e não precisam dessa pressão são

sujeitos a outra: dizem-lhes para alcançarem determinados objectivos, definidos por órgãos de gestão financeira, porque assim poderão ter o salário muito melhorado (segunda “cenoura”).

E os Médicos esquecem-se de pensar.

E pagam por isso. Porque, tenham ou não interesse no modelo e acreditem ou não na sua qualificação como boa prática, cedem à pressão por interesse pessoal, por medo, e não por reconhecimento do mérito da medida.

E nem lhes passa pela cabeça afrontar o poder porque o consideram injustificado. Porque estão condicionados psicologicamente e partem derrotados para qualquer combate com a gestão.

Perdendo eles e fragilizando os mais combativos.

E os que decidem cumprir os objectivos propostos-impostos pela gestão “põem de lado” os normativos com que se comprometeram de bem fazer e organizam a sua actividade em função de propósitos que, por definição (repito, por definição), são construídos em função de vantagens estritamente económicas.

Sem qualquer preocupação nem com os doentes nem com as consequências da má prática “que será sempre responsabilidade dos Médicos que aceitaram essas regras” e nunca dos gestores que as inventaram.

E se hoje quase todos afirmam que o tempo dos cuidadores é pouco para cuidar então para cuidar bem decerto que ainda é menor. Pelo que a imagem profissional dos Médicos ficará profundamente manchada com os custos desta atitude. Acrítica.

Que também é acrítica porque comporta outra “cenoura”.

Confrontados com a “boa” resposta às suas orientações “objec-

tivos” os gestores naturalmente que considerarão que as exigências que construíram podem ser bem maiores. Pelo que no tempo seguinte dirão que afinal os objectivos necessários para melhorar salários são outros. Diferentes dos até então defendidos.

E como os Médicos não pensam ei-los a afastarem-se ainda mais dos doentes, a viverem cada vez mais em função do que o computador lhes exige, a “tratarem” muito mais os pedidos de resposta dos indicadores do que os daqueles “chatos” (refiro-me aos doentes que os procuram na expectativa de apoio nas suas diferentes expressões de sofrimento) que os desviam desse propósito.

E, claro, os que teimam em considerar que mais importantes que indicadores são os bons cuidados são olhados como obstrutores, como retrógrados, como resistentes à mudança que se entende como progresso.

Mas não é!

3º exemplo:

Está na ordem do dia a avaliação do desempenho dos Médicos. E estes são envolvidos em acções de formação onde uns “senhores formadores” ocupam o nosso tempo dedicável aos doentes ensinando-nos o que deve ser feito para, por exemplo, se ter uma boa avaliação (a “cenoura”) ou direito a uma renovação de contrato (outra “cenoura”).

E que nos informam que devemos definir objectivos, critérios mensuráveis que os avaliem e sistemas de controlo de eventuais desvios (oficialmente podem não dizer exactamente isto mas é o mesmo).

E os Médicos esquecem-se de pensar.

E fazem exercícios onde se propõem aumentar as primeiras consultas, melhorar a sua prestação



fazendo isto e aquilo, enfim, respondendo ao que lhes é proposto com perfeitos disparates. Porque o que fazem é dizer, pura e simplesmente, que até agora não cumpriam as suas obrigações e só o vão passar a fazer porque a isso são obrigados pelo sistema de avaliação do desempenho.

Parece-me óbvio que quando afirmam tão naturalmente que podem aumentar as consultas estão a afirmar que o actual atraso destas é de sua responsabilidade.

E nos serviços aonde não há consultas em atraso estão a afirmar outro disparate: que se dispõem a ir buscar os doentes aonde eles estiverem. Como o objectivo é aumentar o número de consultas e o mensurável de avaliação é somá-las parece que este propósito só poderá ser satisfeito indo buscar os doentes a algum lado.

Terá isto sentido? Será este tipo de resposta merecedora de crédito? Será que está de acordo com o que tantos de nós julgamos ser

boa prática médica?

Ou será que, por se não pensar, se quer a todo o custo correr atrás da “cenoura” que o equívoco da avaliação poderá ser?

É minha convicção profunda que a maioria dos Médicos faz o melhor que sabe no seu diário trabalho assistencial. E não duvido que algumas alterações funcionais ou de organização permitam melhorar o que hoje julgamos bom.

E, nesse sentido, defender o sistema de avaliação como mecanismo catalisador da mudança possível para melhor parece algo defensável seja em que contexto for.

Mas pressupor que a mudança se faz através da aceitação passiva de medidas que, em termos pelo menos teóricos, não se podem reconhecer como orientadas para a qualidade é absurdo.

Aceitar a “cenoura” da qualificação (e ver nela potenciais benefícios pessoais) definida por agentes exteriores ao trabalho assistencial é ignorar o labor de mui-

tos Médicos ao longo dos anos e reconhecer que o que se faz, o que se tem feito, não tem merecimento.

Por isso me interrogo: não será mais inteligente, mais adequado às necessidades dos doentes, mais esclarecedor e gerador de reflexão, afirmar sem rodeios que o objectivo de qualquer Médico é manter o nível da sua actual prestação?

E ao mesmo tempo assumir que a avaliação do desempenho pode ser um factor de discussão laboral potencialmente útil para se construírem, após treino adequado, normativos mensuráveis, ou talvez não, orientados para o doente e não para o número.

Conclusão

Com o devido respeito por todos que perderem tempo a ler este texto pergunto-me se terá deixado de ser verdade que se penso, existo.



José Esteves

Consultor de Cirurgia Geral

O Museu de Tecnologia Alemã de Berlim Uma perspectiva pessoal

A meio da travessia da ponte sobre o Landwehrkanal já se avista o Dakota baptizado Tempelhof. Foi com aviões deste tipo que se iniciou a ponte aérea que haveria de quebrar o Bloqueio a Berlim (24 de Junho de 1948 a 11 de Maio de 1949). Bloqueio ultrapassado por, até, 200 mil voos por ano e, até, 4700 toneladas de abastecimentos por dia¹ e, "Dois milhões de habitantes de Berlim Ocidental foram assim alimentados e o bloqueio soviético, que se manteve em vigor durante 15 meses, ficou como símbolo ostensivo da divisão Leste-Oeste"². Observar a réplica de uma caravela e um marco portugueses, este trazido da Namíbia, não deixa de nos fazer pensar que houve um tempo em que as elites de Portugal estavam unidas num propósito e trabalharam para ter os meios necessários para o conseguir. E conseguiram!

No andar superior a aviação, a tecnologia, uma secção dum Lancaster abatido numa das muitas missões de bombardeamento e, lá adiante um pequeno Heinkel He 162 Salamander³. Um avião que voou pela primeira vez em

6 de Dezembro de 1944, 38 dias após os planos detalhados serem entregues na fábrica.

É o fascínio da tecnologia e da estratégia que tem alimentado o meu entusiasmo pelos temas da II Guerra Mundial, mas não me faz esquecer o programa da eutanásia começado na instituição psiquiátrica Gorden com o assassinato de crianças consideradas débeis mentais (4), das experiências em seres humanos absolutamente impensáveis (5) e que haveriam de levar à industrialização da morte. Médicos a que nunca, mas nunca, consideraria como Colegas.

Seria injusto não invocar os que resistiram a este regime mas "Modern conceptions of democracy are rarely found in the resistance movement, and among those who emigrated, only then after a long process of learning and experience" (6). Tivemos, também, algo desta situação!

Para explicar o meu fascínio tenho de recorrer ao saber de Sir John Keegan. Sobre a estratégia, a "blitzkrieg" ou "guerra relâmpago" escreveu: "a tática alemã consistia em concentrar os carros

de combate das divisões *panzer* numa falange ofensiva, apoiada por esquadrões de caças-bombardeiros funcionando como "artilharia aérea", que, quando lançados contra uma linha defendida num ponto vulnerável - sendo que qualquer ponto era, por definição, fraco quando atingido por uma força tão preponderante - a rompiam e prosseguiam, espalhando a confusão enquanto perseguiram os seus adversários. Tratava-se da mesma técnica que havia sido utilizada por Epaminondas em Leuctra, por Alexandre contra Dário em Gaugamela e empregada por Napoleão em Marengo, Austerlitz e Wagram. A *blitzkrieg*, porém, alcançou resultados que haviam sido negados a anteriores comandantes, cuja capacidade de explorar o sucesso no ponto de assalto era limitada pela velocidade e resistência do cavalo, quer como instrumento de força, quer como meio de transportar mensagens e relatórios. O carro de combate não só ultrapassava facilmente a infantaria, como podia manter um ritmo de progressão de cinquenta ou mesmo de oitenta qui-

lómetros em vinte e quatro horas contanto que fossem abastecidos de combustível e peças, enquanto os seus aparelhos de rádio permitissem aos quartéis-generais receber informações e transmitir ordens à velocidade exigida pelo desenrolar das operações, um desenvolvimento que ficaria conhecido durante a guerra por *tempo real*"⁷.

O desenvolvimento tecnológico resulta, fundamentalmente, do pensamento do Ditador: "Hitler deverá ficar para a história como o mais perigoso comandante de guerra que alguma vez afligiu a civilização, visto que a sua perspectiva combinava três convicções barbaramente complementares, que é comum encontrarmos isoladamente mas que nunca antes se haviam combinado numa única mente. Era um homem obcecado com a tec-

nologia de guerra, orgulhoso do conhecimento que tinha das suas minudências, e que se mantinha infalivelmente fiel à ideia de que a superioridade no armamento podia proporcionar a chave para a vitória"⁸.

Relativamente aos indivíduos, incluindo os médicos, que foram instrumento do crime não posso deixar de citar o comentário de Hannah Arendt após últimas palavras de Eichmann antes do cumprir a sentença a que havia sido condenado: "Comme si, en ces dernières minutes, il résumait la leçon que nous a apprise cette longue étude sur la méchanceté humaine - la leçon de la terrible, de l'indicible, de l'impensable *banalité du mal*"⁹.

"E se é verdade que, nos estágios finais do totalitarismo, surge um mal absoluto (absoluto, porque já não pode ser atribuído a motivos

humanamente compreensíveis), também é verdade que, sem ele, poderíamos nunca ter conhecido a natureza realmente radical do mal"¹⁰.

Conhecendo o mal que foi feito no século passado e vendo as imagens do 11 de Setembro até às do atentado de Nairobi é imperioso recordar mais uma vez a Prof. Annah Arendt: "O terror, como o conhecemos hoje, ataca sem provocação preliminar e as suas vítimas são inocentes, até mesmo do ponto de vista do perseguidor. Este foi o caso da Alemanha nazi quando a campanha de terror foi dirigida contra os judeus, isto é, contra pessoas cujas características comuns eram aleatórias e independentes da conduta individual específica"¹¹.

Notas

¹ Wikipédia

² Sir Martin Gilbert - História do Século XX, pág. 315 Publicações D. Quixote-1ª edição-Outubro de 2010;

³ Crosby, Francis - Imperial War Museum Duxford - Fighter aircraft, pág. 88, Hermes House 2002;

⁴ Sir Martin Gilbert - A Segunda Guerra Mundial, pág. 146, Publicações D. Quixote, 2ª edição - Setembro de 2009;

⁵ Bernadec, Christian - Os Médicos Malditos, 2ª edição Modo de Ler / Editorial Inova-Porto;

⁶ Keruzec, Claire - Institut für Zeitgeschichte - München-Berlin, Dokumentation Ober-salzberg;

⁷ Sir John Keegan-Uma História da Guerra, pág. 483 Edições Tinta da China, Lisboa 2006;

⁸ Idem, pág. 486;

⁹ Arendt, Hannah - Eichmann à Jerusalem, pág. 440, Collection folio/histoire - Gallimard 2002;

¹⁰ Arendt, Hannah - As Origens do Totalitarismo, pág.XI, Publicações D. Quixote, 3ª edição - Lisboa 2004;

¹¹ Idem, pág.7.



Heinkel He 162 Salamander

Quer ser revisor AMP?

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

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

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

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



**Manuel Mendes Silva**

Médico urologista

O “Espírito dos Hospitais Civis de Lisboa”

O “Espírito dos Hospitais Civis de Lisboa” é o título de um magnífico livro, recentemente publicado, coordenado por Luiz Damas Mora, em que se relatam episódios da vida médica daquela vetusta instituição, há pouco desaparecida enquanto tal. Para além de testemunhos de muitos médicos dos Hospitais Civis de Lisboa (HCL), existem numerosas fotografias e textos interessantíssimos relativos a momentos marcantes na vida da instituição e dos seus médicos, como as tomadas de posse, os concursos hospitalares, as despedidas, as operações, as reuniões científicas, o Banco do Hospital de S. José, os passeios, almoços, jantares e grupos, as relações dos médicos dos HCL com o poder político e a guerra, etc.

Segundo a definição de Luiz Damas Mora o “Espírito dos Hospitais Civis de Lisboa” era “um conjunto de virtudes, aqui e ali salpicadas por erros e defeitos, que fizeram dos Hospitais Civis de Lisboa uma verdadeira escola, não só para a profissão, mas também para a vida. Esse espírito assentava, entre outros factores, numa relação humana muito rica, numa enorme capacidade de improvisação face às carências, num relacionamento desburocratizado com os doentes, num ensino prático legado com gosto de geração em geração, numa salutar competitividade e numa dura carreira hospitalar, subida a pulso, que tinha como corolário um quadro fortemente hierarquizado em que a autoridade emanava naturalmente da competência profissional.” E para Barros Veloso: “... Neste ambiente, nesta escola, neste “es-

pírito”, simultaneamente aberto, acolhedor e exigente, iam-se criando cumplicidades e uma forma de estar que caracterizava o “médico dos HCL”, formatado na atitude clínica, no espírito de equipa e no respeito pela hierarquia técnica.” Trabalhei quinze anos nos Hospitais Civis de Lisboa, de Janeiro de 1973 a 1988, fora os três ou quatro anos de voluntariado no Banco do Hospital de S. José iniciados ainda estudante de Medicina. Nos HCL fiz a minha carreira hospitalar passando por todos os degraus e concursos, que depois da revolução de Abril de 74 se perderam mas que readquiriram dignidade em 78/79/80, embora sem as dificuldades e a exigência de outrora, exactamente nos anos em que fiz exame para a Ordem dos Médicos e concurso para Assistente Hospitalar, Especialista, (como se denominava na altura), até à graduação

em Chefe de Serviço de Urologia, em 87/88. Depois, já intuindo para breve o fim dos HCL com as suas características tradicionais, continuei a carreira no Hospital Militar Principal (HMP), todavia muito ligado aos HCL, onde co-fundei o Serviço de Urologia, fiz o concurso de provimento para o lugar de Chefe de Serviço Hospitalar de Urologia e permaneci até à minha aposentação em 2009. Tive pois uma vivência muito forte nos HCL do tal “espírito”, e, para além de ter activamente participado na “revolução” do Serviço de Urologia do Hospital do Desterro, a “cova funda do Desterro” como alguns lhe chamavam, em meados-finais dos anos 70 e início dos anos 80, testemunhei vários episódios que penso serem reveladores do tal “espírito dos HCL”. O meu querido amigo Luiz Damas Mora chegou a abordar-me infor-

malmente para a contribuição com um testemunho, o que todavia nunca chegou a concretizar-se, provavelmente pelas razões explicitadas pelo coordenador da obra com a pletora de depoimentos recebidos. Penso todavia que seria interessante continuar com os depoimentos, os testemunhos, o relato das experiências e as pequenas histórias (as estórias, como se diz agora) do “Espírito dos

dos Médicos outros testemunhos e experiências.

Tal como em outras instituições fortemente hierarquizadas mas humanamente ricas, como a instituição Militar, a Igreja, os Tribunais, ou as Universidades, nos HCL existiam rituais e cerimoniais e um relacionamento interpares pautado por um trato de respeito pelas hierarquias baseado na experiência e na competência, por

nuinamente pelo que considerávamos ser o seu bem, embora por vezes de forma algo paternalista como era apanágio na época em que lá iniciei carreira.

Exemplificando essa forma de estar, já várias vezes foi descrita, nessas “grandes famílias” que constituíam as equipas do Banco do Hospital de S. José, a “subida” progressiva de lugares na mesa de jantar, cada vez mais perto do Ci-



Hospitais Cívicos de Lisboa”, que poderão contribuir para melhor se entender a História dos HCL, e que poderão dar origem a um 2º volume da obra agora iniciada por Luiz Damas Mora. Por isso publico este texto, que poderá ser seguido por outros, e convido e incentivo outros colegas (e são tantos...) que viveram o tal “espírito” a publicar nesta revista da Ordem

todos naturalmente aceite. Para além do relacionamento estritamente profissional, também eram marcantes as relações de camaradagem e convivialidade com os colegas e os outros profissionais, com educação, esmero, por vezes até com elegância (com raras excepções...), e de relacionamento com os doentes, ao serviço de quem estávamos pugnando ge-

rurgião à medida que evoluíamos na carreira. Um outro cerimonial acompanhava a primeira grande cirurgia efectuada no Banco, normalmente uma apendicectomia. Depois da experiência de instrumentação e de ajuda operatória, e da prática de muita pequena cirurgia, quando o Cirurgião nos considerava aptos, era-nos distribuído um doente para operar. Um pouco

nervosos, revíamos mentalmente a técnica, por vezes com alguns apontamentos escritos, pedíamos ajuda a alguém mais velho com quem tínhamos um relacionamento mais estreito, e quando o doente estava anestesiado, os campos cirúrgicos feitos e tudo pronto para se iniciar a cirurgia, mandávamos chamar o Cirurgião a quem nos dirigíamos respeitosamente de canivete no ar pedindo licença para começar, a qual era dada de forma

episódio, logo no início do meu Internato, em que a Dra. Ester Veiga, anestesista principal da nossa equipa de Banco do Dr. Botelho de Sousa, veio ter comigo no fim do almoço dizendo: "o Cirurgião pede-lhe o favor de, quando acabar de almoçar, pôr uma mesa para ele operar uma apendicite" (foram estas as palavras, bem as recordo!), ao que eu, sensibilizado e orgulhoso, respondi: "é uma honra e um prazer". Engoli

na semana seguinte o Cirurgião deu-me um envelope dizendo: "é pela operação em que me ajudaste na semana passada". Estupefacto, olhei-o, interrogativamente, e ele, percebendo, acrescentou: "o doente era particular, dos quartos particulares". Agradei e quando abri o envelope vi que ele continha um cartão pessoal e quinhentos escudos, que muito ajudaram o meu orçamento familiar da altura. Foi nessa altura que eu soube que no



solene permitindo a incisão operatória. No jantar seguinte da equipa era comemorado o "nascimento de um novo cirurgião" o que pressupunha o posterior oferecimento a toda a equipa de um almoço comemorativo (no meu caso foi no restaurante "Solmar"). Como exemplo deste relacionamento de respeito mas elegante, recordo um

rapidamente as últimas garfadas daquele meu almoço tardio e logo me dirigi a uma das salas de operações do Banco onde acabara de entrar o doente para operar. "Pus uma mesa", então, para apendicectomia, esperando pela chegada do Cirurgião e restante equipa. A intervenção correu bem e eu, ao que parece, cumpri, pois

Banco também existiam operações de doentes particulares, embora já soubesse da existência de quartos particulares no Hospital de S. José. Mas só mais tarde vim a saber que, nisto de operações privadas, no Hospital ou nas Clínicas, havia os cirurgiões (ou outros especialistas cirúrgicos) que pagavam, e os que não pagavam... Mas o Dr. Botelho

de Sousa era dos que pagavam. E a horas...

Esse respeito com simultânea camaradagem permanecia mesmo fora das paredes dos Hospitais Cívicos. Os colegas que saíam dos HCL para trabalhar em outros hospitais ficavam sempre com o referencial dos "Cívicos", e, na clínica, quando era preciso referenciar, habitualmente apelávamos a algum dos nossos mestres ou colegas com quem tínhamos trabalhado ou que conhecíamos pelo seu gabarito. E o diálogo estabelecido, a disponibilidade, a entreajuda eram a regra. Éramos todos do mesmo "clubinho"... Quando trabalhei na Urgência do Hospital de Cascais em meados dos anos 70, pude viver essa realidade, exemplificada com o episódio que abaixo descrevo.

Nessa época as equipas do Banco do Hospital de S. José faziam serviço em determinado dia de semana, sempre o mesmo, com início às 13 horas de um dia e fim às 13 horas do dia seguinte, havendo contudo períodos de folga a que se seguiam dias de serviço de fim-de-semana. Cada dia de semana "tinha" dois cirurgiões, pois enquanto um fazia o dia respectivo, o outro folgava ou fazia os dias de fim-de-semana. Eu trabalhava na equipa do Dr. Botelho de Sousa, às 6as feiras. Na Urgência do Hospital de Cascais, onde trabalhei de 1974 a 1977, tínhamos um dia fixo por semana, no meu caso às 2as feiras, com entrada às 14h e saída às 8h do dia seguinte, e periodicamente fazíamos fim-de-semana, com entrada às 8h e saída às 8h do dia seguinte. Muito raramente, mas uma ou outra vez acontecia, a mim ou aos meus colegas que trabalhavam nos HCL, haver coincidência de datas e nesses casos fazíamos substituir ou então, com conhecimento dos nossos chefes, saíamos de serviço de um local um pouco

mais cedo para entrarmos no outro, por forma a que não houvesse prejuízo para os doentes e para as instituições. Certo fim-de-semana em que estava de serviço no "Banco de S. José", com saída prevista para as 13h, estava também escalado no Hospital de Cascais, com entrada às 8h da manhã, e, por não arranjar substituição, pedi ao Cirurgião para me deixar sair mais cedo para estar em Cascais às 8h. Quando, a essa hora, cheguei ao S.O. da Urgência do Hospital de Cascais deparei-me, entre outros doentes, com uma jovem mulher pálida, mais do que isso, "branca como cal", que imediatamente me chamou a atenção. Fui vê-la, estava em anemia aguda, e quando lhe pus a mão na barriga estava com um abdómen "de gelatina", indiciando hemoperitoneu, tendo como causa mais provável, visto que não havia traumatismos ou evidência de outras causas, uma rotura de gravidez extra-uterina. A doente tinha entrado duas ou três horas antes, mas o colega da noite não tinha suficientemente valorizado a situação e a doente permanecia em S.O.. Imediatamente pedi sangue e tentei contactar o cirurgião de chamada, que todavia não estava disponível e não havia também no Hospital sangue em reserva do grupo sanguíneo da doente para transfusão imediata. Não estive com mais demoras... Ordenei à ambulância do Hospital de Cascais para transportar a doente, com soro, expansor plasmático, em curso, o mais rápido possível para o Banco do Hospital de S. José, e telefonei para o "meu" Cirurgião, o Dr. Botelho de Sousa, que estava de serviço, relatando-lhe a situação, dizendo-lhe o meu diagnóstico e o grupo sanguíneo da doente e pedindo-lhe ajuda. Ele imediatamente deu as suas instruções e, vim a saber depois, quando

a doente chegou à entrada do Banco, já tinha os maqueiros prontos para a levarem "directa" para o Bloco, com sangue preparado para transfundir, a anestesista pronta para anestésiar, a equipa cirúrgica com tudo preparado para imediatamente actuar. Era uma rotura de gravidez ectópica, a operação correu bem e a doente salvou-se. Fiquei realizado mas a vida continuou. Um ou dois meses depois, já eu havia esquecido o episódio, certa manhã estava a fazer consulta de Urologia em mulheres no Hospital do Desterro, naqueles anexos conventuais com as características que outros já descreveram, com duas mesas juntas, eu e o Joshua Ruah do lado dos médicos e duas doentes do lado das consultantes, "tetralogando", uma enfermeira à entrada do cubículo de observação que simultaneamente chamava doentes e "fazia a ponte" com a sala de espera e o exterior. A certa altura diz-me a enfermeira: "Dr. Mendes Silva, está aqui uma senhora que quer falar consigo, diz que é de fora de Lisboa e que tem urgência..." Não estava à espera de ninguém, mas, curioso, disse à enfermeira: "diga lá então à senhora para entrar, se faz favor!" E eis que aparece à porta daquele gabinete de consulta, velho, bolorento, rotineiro, cheio de manchas e de moléstias, uma "aparição": uma jovem giríssima, belíssima, esbelta, muito bem arranjada, um verdadeiro "borracho", sorridente, dirigindo-se para mim. O Ruah olhou-me logo com olhar malandrecinho... a enfermeira e as doentes ficaram suspensas, curiosas... E eu fiquei estático, sem saber por que tinha tido tamanha e ditosa sorte! "Venho agradecer-lhe, Senhor Doutor, o que fez por mim no Hospital de Cascais. Soube de todos os pormenores. Graças a si os meus dois filhos conti-

nuam com mãe e o meu marido com mulher. Muito obrigada por mim e por eles.” E, aproximando-se de mim, deu-me um beijinho! Lembrei-me então daquela jovem doente acamada, branca, sofredora, quase moribunda, e, confesso, não reconheci a beldade que agora se apresentava daquela maneira como sendo a mesma pessoa. E, para além da emoção do reconhecimento, confesso que senti também alguma “outra” emoção, embora puramente platónica. Claro que tivemos de explicar a situação aos presentes e todos acabámos emocionados com aquele final feliz. Dos muitos exemplos de reconhecimento que tive pela vida fora, este foi, pelas circunstâncias, dos mais originais e marcantes, embora dos mais simples. Um beijinho...

Alguns outros episódios exemplificando, tipificando, testemunhando o “Espírito dos Hospitais Cívicos de Lisboa” poderia relatar. Ficará talvez para outra ocasião. Mas não quero terminar sem contar algo do que se passou no Serviço de Urologia do Hospital do Desterro em meados e finais dos anos 70, que originou “a revolução da Urologia do Desterro” que começaria a dar os seus frutos nos finais de 70, e sobretudo no início dos anos 80.

O Serviço de Urologia do Hospital do Desterro era, em meados dos anos 70, talvez o maior serviço de Urologia da península ibérica, com 100 camas, 80 de homens e 20 de mulheres, em enormes salas conventuais de altos tectos, com “boxes” de oito ou dez camas cada, e arcaicos gabinetes de enfermagem e salas de trabalho, com grandes janelas dando para a Rua da Palma e Avenida Almirante Reis (ex-D. Amélia), mas com o sector de mulheres dando para o átrio conventual. As casas de banho que, no sector dos homens, nem espe-

lhos tinha, eram já confrangedoras para a época. As condições das enfermarias e de trabalho dos enfermeiros e dos médicos eram, para os padrões actuais, totalmente obsoletas, e já na época desadequadas ao que se fazia noutros serviços cirúrgicos. O Bloco Operatório, no extremo do serviço, com duas pequenas salas operatórias e um cubículo para tratamento do material e esterilização e outro para desinfecção, e umas traseiras para arrumos, não lhes ficava atrás. Havia uma sala de endoscopia e radiologia urológica, anexa ao Serviço de Radiologia, uma “terra” de ambos os serviços, conforme as disponibilidades. Como os médicos viam os doentes, operavam, faziam consulta e endoscopia e radiologia apenas no curto período da manhã, o Serviço, nomeadamente a enfermaria, dependia muito da enfermagem, que até é muito importante em Urologia. Embora houvesse enfermeiros competentes, alguns eram gananciosos e déspotas para os doentes, exigindo-lhes pagamentos por pensos, tratamentos e manipulações, e fazendo esses actos em condições que já para a altura eram incríveis em termos de assepsia e de cuidados para evitar sofrimento. A desinfecção das mãos e do material era frequentemente feita com solutos pluriutilizados ou passando rapidamente as mãos e os instrumentos pelo “bico de Bunsen”, chama em terminal a gás permanentemente aberta. Os instrumentos para pensos ou manipulações, particularmente da uretra, eram utilizados em vários doentes, uns a seguir aos outros, apenas com a tal desinfecção atrás descrita. O sofrimento fazia parte dos tratamentos e os gritos e os urros dos doentes eram frequentes. Estas práticas de certa enfermagem no Serviço eram efectuadas algumas com a

ignorância mas talvez a maioria com a complacência, o não querer saber e a abstenção de acção dos médicos do Serviço, com um “tapar de olhos” e um “laissez faire, laissez passer” e, em alguns casos, a noção de impotência em mudar o “statu quo”. No Bloco Operatório, com as condições físicas atrás descritas, com frequência iniciávamos as operações com raqui-anestesia feita por nós próprios, enquanto o anestesista não chegava. E, como no Banco do Hospital de S. José, os que estavam a operar estavam “fardados para a função”, mas entrava-se e saía-se da sala de operações de bata e sem outra protecção que não fosse a palma da mão tapando a boca... Apesar de muito menos do que o previsível dadas as condições existentes, as hemorragias e as infecções eram frequentes, sobretudo na cirurgia prostática, o grosso da prática do serviço. As patologias urológicas prevalentes da altura eram bastante diferentes das de hoje, com domínio do “adenoma” da próstata tratado quase exclusivamente por via aberta, (muito pouca cirurgia endoscópica se fazia nesse tempo de iluminação convencional e arcaicos aparelhos, em que o treino era difícil e apenas alguns a praticavam), a litíase urinária, a tuberculose, a pionefose, o tumor vesical, o tumor renal, os apertos da uretra, uma ou outra patologia congénita ou incontinência urinária feminina... Muita cirurgia de exérese e de drenagem, alguma, pouca, cirurgia conservadora e reconstitutiva...

Em 1975 eu entrei para o Serviço (embora já o frequentasse em 1973-74) e logo a seguir o Vilhena Ayres (que saiu em 77 para o IPO) e pouco depois o Joshua Ruah, o Tomás Azevedo e o Lino Santos, a que se seguiram algum tempo depois o José Duarte e o Victor

Hugo Vaz Santos. Quando iniciei a frequência do Serviço os Assistentes da altura (Chefes de Serviço hoje) eram os Drs. Henrique Bastos (director interino, nunca chegando a Director de Serviço) e Pires Pereira, sendo Graduados os Drs. Lavoura, Silva Correia, Fernando Xavier, Figueiredo e Silva, e interno do Dr. Pires Pereira o colega Martins Justo. Quando iniciei o Internato de Urologia, já o Director era o Dr. Costa Alemão, que tinha vindo do Hospital de S. José, cujo Serviço entretanto encerrara (foi na altura em que o Dr. Matos Ferreira foi criar a Unidade de Urologia do Hospital Curry Cabral), tendo como Assistente o Dr. Homem Cristo e interno o colega Belchior (creio não ter esquecido ninguém). A tira do Director Costa Alemão funcionava bastante independente das outras tiras dos Drs. Henrique Bastos e Pires Pereira, que se sentiam originais do Desterro, enquanto a outra era a “forasteira” do Hospital de S. José. Eu entrei para a tira do Dr. Henrique Bastos, o Vilhena Ayres para a do Dr. Costa Alemão, o Ruah e o Lino também para a do Dr. Henrique Bastos, o Tomás Azevedo para a do Dr. Pires Pereira. Entretanto o Belchior saía para o Algarve. Algum tempo depois, ainda durante o meu Internato, morreu subitamente o Dr. Henrique Bastos, que, embora não sendo o Director do Serviço era uma referência, deixando em todos nós um sentimento de orfandade.

Mas ainda em vida do Dr. Henrique Bastos a nossa jovem geração (eu, Ruah, Tomás, Lino), com a abertura de “novas vistas” proporcionadas pelos “Cursos de Urologia” de Barcelona, Madrid e Paris, e com o idealismo e a força da juventude irrequieta, decidi encetar acções no sentido de, dentro das nossas possibilidades, mudar

as práticas do Serviço, nomeadamente as relativas à “ditadura” da enfermagem para com os doentes e até para com alguns de nós. A Urologia do Hospital do Desterro tinha de mudar, de ser actualizada e descomprometida com práticas arcaicas e corruptas, às vezes até “mafiosas”. O “Desterro” tinha de deixar de ser a “cova funda”...

Para isso, para discutir esta situação e propor medidas concretas, sensibilizando e eventualmente até “forçando” os superiores hierárquicos, decidimos convidar todos os médicos do Serviço para um “célebre” almoço no restaurante “Celta”, a que se seguiu uma reunião com “digestivos” em casa do Joshua Ruah. Recordo-me do Dr. Henrique Bastos, muito frontalmente, nos ter perguntado: “você não querem ter clínica privada?...”, ao que o Ruah respondeu, com o nosso entusiástico apoio: “mas quanto melhor funcionar o Serviço, quanto melhores as condições de assistência, mais clínica privada teremos. Um serviço prestigiado pela sua qualidade dar-nos-á, para além de melhor realização profissional, mais e melhor clínica privada!”. Depois de muita conversa e descrição de factos que, alguns deles, até nem seriam do conhecimento dos assistentes e graduados, os internos, os jovens (nós!), conseguiram sensibilizar os mais velhos para que algumas medidas fossem tomadas, nomeadamente com a transferência de alguns enfermeiros, para os hábitos começarem a mudar e as condições de assistência se modificarem. Os Drs. Silva Correia, Fernando Xavier e Figueiredo e Silva tiveram um papel importante, mas, o “grande salto” foi dado quando, em 1980, houve concurso para Chefe de Serviço, entrando os Drs. Fernando Xavier e Calais da Silva (vindo do Hospital Curry

Cabral), e para Especialista Hospitalar, entrando eu, ficando na tira do Calais e o Ruah, que ficou na tira do Xavier. Esta remodelação do Serviço, ultrapassada a morte do Dr. Henrique Bastos, a saída dos Drs. Homem Cristo e Costa Alemão a seguir, com a entrada de novos internos, a dinâmica das novas equipas, a direcção, curta, do Dr. Pires Pereira e depois do Dr. Xavier, deram novos rumos ao Serviço de Urologia do Hospital do Desterro, cujo prestígio iria culminar com a direcção do Calais da Silva, já depois do “meu tempo do Desterro”. Os tempos da “cova funda da urologia do Desterro” já vão longe, mas a mudança, a “revolução” começou com esse almoço no “Celta” e os “digestivos” em casa do Ruah, em que nós, jovens, começámos a abanar aquela estrutura anquilosada e aqueles hábitos quase medievais...

Bibliografia:

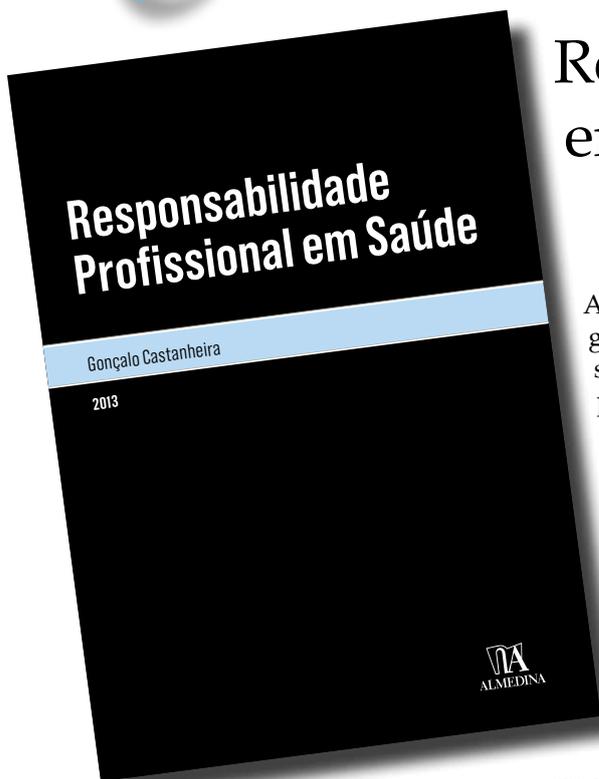
O “Espírito dos Hospitais Cívicos de Lisboa”, Luiz Damas Mora, By the Book, 2013

Fotografias:

1- Sala de Operações do Banco do Hospital de S. José, Lisboa, 1911.

2 - Enfermaria do Hospital de S. José, Lisboa, 1911.

Fotografias de Jorge Marçal da Silva, Cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa, avô paterno de Manuel Mendes Silva



Responsabilidade profissional em saúde

A responsabilidade profissional em saúde reporta-se aos deveres e obrigações que os seus profissionais assumem no exercício da sua profissão, sendo o médico técnica e deontologicamente independente, mas responsável pelos seus actos. Até há poucas décadas atrás pouco se discutia sobre esta responsabilidade. O médico era uma figura mítica, um benfeitor que intervinha sempre para o bem do doente. Actualmente a Medicina concentra-se estritamente nos avanços da tecnologia e da ciência, exagerando os seus benefícios e ignorando ou minorando os seus perigos, começando os prestadores de cuidados de saúde a serem avassalados por processos disciplinares e judiciais. No âmbito da atuação do Conselho Médico Legal do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, foram selecionados os processos referentes a unidades de saúde do concelho de Coimbra para análise e caracterização da situação neste concelho para uma publicação em livro, da autoria de Gonçalo Castanheira, médico especialista em medicina legal no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Fo-

renses, cujo título é precisamente 'Responsabilidade profissional em saúde'. A obra foi editada na colecção 'Monografias' da Almedina.



www.ordemdosmedicos.pt
O portal oficial da OM

