

Presente e Futuro nos 35 Anos do SNS

pág. 60

Estudar no estrangeiro

pág. 49

Jovens Médicos "fogem" de Leiria

pág. 64

Juramento de Hipócrates 2014 - **pág. 36**

2014 / 2015

Suplementos e Separatas AMP

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

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

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



ACTA MÉDICA
PORTUGUESA



PubMed



Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 30
N.º 155
Novembro - Dezembro 2014

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

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

Impressão:
Multiponto, SA
Rua D. João IV, 691
4000-299 Porto

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

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



Sumário

editorial

- 05 Vagas de especialidade
para todos?!

informação

- 08 Relatório de Atividades 2011-2013

- 09 Entrevista profissional de selecção

- 11 Sistema Nacional de Avaliação
de Tecnologias de Saúde

- 15 A contratualização nas USF
e nos CSP para 2015

- 19 Ébola: melhor prevenção
para o futuro

cultura

- 22 Parecer sobre Estado Vegetativo
e Reanimação

- 24 Falta de Medicamentos
e atrasos em cirurgias

- 25 Licenciamento e certificação
de clínicas, consultórios e hospitais

- 26 Seguro de responsabilidade civil:
obrigatoriedade de ter e informar?

actualidade

- Congresso Nacional de Medicina:**
28 Medalhas de mérito

- 32 Requalificar o SNS e ter um país
para viver

- 33 Nenhum país apresenta tão bons
indicadores com custos tão baixos

- 35 Eleições - Colégios da Especialidade

- 36 Juramento de Hipócrates 2014

- 38 Juramento de Hipócrates SR Sul

- 40 Juramento de Hipócrates SR Centro

- 42 Juramento de Hipócrates SR Norte

- 45 Plenário dos Conselhos Regionais

- 47 Qualidade e estratégia
na comunicação científica

- 49 Estudar no estrangeiro

- 60 Conferência-Debate Presente
e Futuro nos 35 Anos do SNS

- 64 Jovens Médicos com tendência
a 'fugir' do Distrito de Leiria



entrevista

- 71 A Saúde Pública
é essencial e indispensável

opinião

- 77 O enredo das contratações
e das contrataçõeszinhas

- 78 Homenagem à memória
do Dr. Orlando Leitão

- 79 A linha de água

- 80 Cuba e Portugal
Os direitos humanos
são negociáveis?

- 82 Francisco George e o Ébola

- 84 Prevenção da prevenção

- 86 Descapacitar o interno... à deriva
da maré governamental...

- 87 Dúvida persistente

- 73 Especialistas de adultos
e pediátricos
- Respeitar as competências
específicas!

- 92 Concurso de fotografia digital
da OM

conto

- 94 A esperança renascida

histórias da história

- 94 Intercepção de uma trajetória
de renovação - Internato Geral
SNS
Do sentido cómico e trágico da
vida...

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

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

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

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

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

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



Vagas de especialidade para todos?!

Claro que não. É impossível. Nem este ano isso aconteceu, não obstante a ACSS afirmar que abriram 1548 vagas para 1548 candidatos. É fácil explicar. Basta visualizar os números que a seguir se apresentam.

Internos colocados no Ano Comum (informação disponibilizada no site da ACSS):

Janeiro 2012: 1558

Janeiro 2013: 1635

Janeiro 2014: 1785

Janeiro 2015: 1950

Vagas para a formação específica:

- Novembro 2012: 1403 vagas no

concurso A; 1496 c/ concurso B;

- Dezembro 2013: 1490 vagas no

concurso A; 1547 c/ concurso B;

- Dezembro 2014: 1548 vagas no

concurso A.

(Nota: a lista de candidatos para o

concurso de formação específica é apurada tendo por base de partida a lista de colocados no Ano Comum, à qual se vão expurgando as rescisões de contrato e não comparências no serviço).

A primeira grande conclusão a retirar é que a Ordem dos Médicos tem feito um enorme esforço de colaboração no sentido de acomodar o crescente número de candidatos e de responder às necessidades dos portugueses em especialistas médicos.

Regoziamo-nos igualmente por terem sido criados nos anos mais

recentes os Internatos de Medicina Desportiva, Medicina do Trabalho e Farmacologia Clínica e pela abertura, que se espera regular, de um concurso nacional para a Medicina Intensiva.

Como a Ordem sempre afirmou, o máximo de capacidades formativas para as diferentes especialidades rondará as 1500 vagas anuais.

Este ano foi possível aumentar um pouco mais porque o Colégio de MGF flexibilizou o seu programa de formação de modo a poder acomodar mais algumas dezenas de internos, pois tinha

sido atingido o limite de capacidades formativas nos estágios hospitalares. E, mesmo assim, estes estágios já tendem a ser mais observacionais do que de prática efectiva, pelo excessivo número de internos presentes em simultâneo em cada estágio, o que tem efeitos menos positivos. Esta modificação terá de ser monitorizada nas suas implicações práticas.

A segunda grande conclusão é a de que tendo as especialidades uma duração média de cinco anos mais o Ano Comum, isso significa que iremos ter permanentemente em formação no SNS cerca de 9500 internos! É um número impressionante e que permite perceber com facilidade como o SNS está saturado de Internos, situação agravada pelo encerramento e fusão de serviços hospitalares, pela reforma antecipada e saída para o sector privado dos formadores mais experientes do SNS, pelos inúmeros serviços que têm especialistas apenas em meio tempo, ou menos, com contratos que não preveem horas para formação, e pela perda de recursos do SNS com entrega de serviços completos em *outsourcing* e utilização da telemedicina comercial, sem especialistas presenciais.

A terceira grande conclusão é que, voltando às vagas deste ano, se verifica imediatamente que as afirmações da Ordem dos Médicos de que não haveria vagas para todos os candidatos que se aguardavam e de que faltariam cerca de 200 vagas correspondia exactamente à verdade. Esses candidatos só não ficaram sem vagas para a especialidade porque privilegiaram outras opções para o seu percurso de vida.

Entretanto, a ACSS foi informando de um número crescente de desistências, mas ainda em Outubro falava em cerca de 1700 candidatos potenciais. *To make a long story short*, finalmente, como já descrito, foi possível incrementar um pouco o número de vagas, sendo possível chegar ao equilíbrio final de 1548 vagas para o concurso A, número que, segundo a ACSS, corresponderá exactamente aos candidatos restantes. Possivelmente acabarão por sobrar algumas vagas menos apelativas. Estas desistências devem-se a uma crescente emigração de jovens colegas, muitos dos quais nem chegam a completar o Ano Comum em Portugal, pela ausência de boas perspectivas de futuro para a medicina portuguesa e para o país, bem como a colegas que preferem desvincular-se para poderem repetir a candidatura ao concurso A. Poucos, ou nenhuns, terão feito outra escolha profissional, porque ficariam sem autonomia, nomeadamente para emitir uma simples prescrição médica. E para o próximo ano?

Bem, basta olhar para os números para se perceber que o desequilíbrio se agravará de forma progressivamente crescente e absolutamente irremediável. Para o ano também será impossível conseguir vagas para todos os potenciais e, certamente, também para os efectivos candidatos, mesmo que se assistam a muitas desistências pelo percurso. Os jovens que agora iniciam o Ano Comum já contarão com essa realidade, não poderão depois dizer que não sabiam.

A questão formal será resolvida com a publicação do novo Decreto-Lei do Internato médico,

que se prevê para breve, passando os jovens a ter autonomia no fim do Ano Comum. Mesmo assim, manter-se-á em Portugal uma Qualidade de formação prática superior à restante Europa, o que se saúda.

Existem alguns milhares de médicos a exercer em Portugal sem deterem qualquer especialidade e não queremos que esse número aumente, bem pelo contrário.

Recordamos as afirmações de vários Conselhos de Administração que nos referem que têm listas de nomes de alguns médicos que já recusam aceitar nos seus hospitais através de empresas, pelas evidências de falta de qualidade (com ou sem especialidade). Urge diminuir drasticamente a imposição pela tutela das empresas fornecedoras de mão de obra médica e instituir a recertificação dos médicos, projecto em que a Ordem está a trabalhar activamente.

No sentido de não aumentar este contingente de médicos sem especialidade, a Ordem reforça a exigência de redução do absurdo *numerus clausus* nas Faculdades de Medicina, que está a prejudicar a qualidade da formação e que tem como única consequência o aumento da emigração médica. Qual é afinal o objectivo?

É certo que sucessivos Governos pensaram em criar uma bolsa de desemprego médico desqualificado para poderem utilizá-la em função dos seus interesses e agravando a proletarização médica. Podem esquecer esses objectivos, pois os médicos emigrarão para onde são mais respeitados, ganham muito melhor, trabalham menos e têm superiores perspectivas de realização profissional, pessoal e familiar.

As únicas duas consequências do exagerado *numerus clausus* em Portugal são a perda de qualidade da formação médica pré-graduada e especializada e o elevadíssimo desperdício financeiro com a formação de médicos que irão emigrar a custo zero.

Quem mais aprecia a política de recursos humanos médicos em Portugal são os países mais desenvolvidos da Europa, que contratam médicos portugueses de qualidade, muitos já especialistas, sem qualquer custo na sua formação! Podemos afirmar que o Governo português está a ser muito amigo da Europa...

Para fixar os médicos em Portugal, particularmente no interior, o Ministério da Saúde deve voltar a respeitar os médicos portugueses nas palavras e nos actos... A grande questão que se levanta é se o Ministério não terá a estratégia de esvaziamento do SNS promovendo a saída de médicos para o sector privado e para o estrangeiro, assegurando a difícil sobrevivência do sector público através da mão de obra particularmente barata dos internos... Até os concursos para especialistas são artificial e ilegalmente arrastados no tempo, mantendo muitos jovens especialistas a ganharem como internos...

De modo totalmente independente, a Ordem dos Médicos continuará a pugnar à *outrance* pela preservação da Qualidade da formação médica em Portugal.

Para tal contamos com o imenso, exigente e complexo trabalho dos Colégios, que aqui quero reconhecer e agradecer em nome do CNE, alguns dos quais são compelidos a procurar descobrir o difícil equilíbrio

entre a Quantidade e a Qualidade da formação para responder aos naturais anseios e legítimos direitos dos portugueses em terem uma normal acessibilidade a especialistas nacionais.

Mas é evidente, repito, que compete ao Ministério da Saúde, se o quiser fazer (...) criar condições de um nível mínimo de respeito e consideração pelas especificidades do trabalho médico para poder fixar médicos suficientes no SNS.

A continuar com a política actual, o Ministério da Saúde está a alimentar o paradoxo de formarmos médicos a mais e continuarmos com falta de médicos a exercer em Portugal, pelas várias razões já elencadas, particularmente no interior do país, apesar das estatísticas da OCDE revelarem que somos o 5º país da OCDE com mais médicos.

A Sociedade devia reflectir sobre esta problemática, para que sejam tomadas medidas concretas que mitiguem a crescente emigração médica, requalificando o trabalho médico em Portugal, permitindo assim responder convenientemente às necessidades dos nossos concidadãos.



JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Emigração

A medicina é muito exigente e complexa e ao mínimo erro os médicos são levados a tribunal.

O Ministro da Saúde (MS) afirma que os médicos têm pleno emprego em Portugal, mas omite a emigração e a precariedade no sector privado e esconde que no sector público os médicos são contratados a 8 euros limpos/hora, menos do que o preço por hora de um mecânico!

O MS fala em benefícios para os médicos de correntes do acordo de 2012, mas omite que houve um acréscimo de 5 h de trabalho/semana, de 6 h

Médicos são contratados a 8 euros limpos/hora, menos do que o preço por hora de um mecânico

de urgência/semana e de mais 400 utentes por lista de médico de família, com ganhos para os doentes, tudo sem aumento global da despesa para o Estado, pois o MS impôs o princípio da neutralidade orçamental. O MS desbloqueou as carreiras médicas, mas omite que isso aconteceu apenas porque a progressão foi feita sem melhoria remuneratória! O prémio foi um certificado e uma medalha de cortiça! Por estas razões, pela degradação do SNS e devido à indiferença do MS, os médicos portugueses estão a emigrar cada vez mais, apesar de fazerem falta a Portugal e aos doentes.

Conselho Nacional de Disciplina Relatório de Atividades 2011-2013

1. Introdução

O Conselho Nacional de Disciplina (CND) é o órgão disciplinar nacional e está previsto no Decreto-Lei nº 282/77 de 5 de Julho que aprovou o Estatuto da Ordem dos Médicos. É constituído por dois elementos de cada Conselho Disciplinar Regional e pelo Presidente da Ordem, que preside ao Conselho. A sua actividade é regulamentada pelo Estatuto Disciplinar dos Médicos (EDM) aprovado através do Decreto-Lei nº 217/94 de 20 de Agosto.

1.1. Competência

O Conselho Nacional de Disciplina desempenha um papel fundamental na Ordem dos Médicos, tendo em conta a especificidade das suas competências.

Assim, é a este órgão que cabe exercer a competência disciplinar em relação ao presidente e a antigos presidentes da Ordem dos Médicos; aos membros, antigos ou actuais, dos conselhos com competência genérica da Ordem dos Médicos bem como aos seus próprios membros.

Cabe-lhe ainda a função de apreciar, por via de recurso, as deliberações disciplinares tomadas pelos Conselhos Disciplinares Regionais.

2. Constituição

No Triénio de 2011-2013 o Conse-

lho Nacional de Disciplina foi composto pelos seguintes elementos:

- Presidente
Prof. Doutor José Manuel Silva
- Vogais Relatores
 - o Membros do Conselho Disciplinar Regional do Norte (CDRN)
Dr. Manuel Rodrigues e Rodrigues
Dra. Damieta Isabel Figueiredo
 - o Membros do Conselho Disciplinar Regional do Centro (CDRC):
Dra. Almerinda da Purificação Freitas Rodrigues Marques
Dra. Maria Zaida Monteiro Pereira Fernandes
 - o Membros do Conselho Disciplinar Regional do Sul (CDRS):
Dr. Manuel Marçal Fontes Mendes Silva
Dr. Amândio Santana (2011 e 2012-parcialmente)
Dr. Rui Costa (em substituição definitiva do Dr. Amândio Santana em 2013)

3. Actividade

3.1. Trabalho desenvolvido

O Conselho Nacional de Disciplina realizou reuniões trimestrais, que contaram também com a presença dos consultores jurídicos de cada Conselho Disciplinar para melhor enquadramento das questões legais suscitadas pelos processos “sub judice”. Em cada reunião os senhores vogais relatores apresentaram para decisão pareceres rela-

tivos a processos disciplinares que lhes tinham sido distribuídos pelo Presidente do Conselho.

Nessa sequência, o CND emitiu, em termos quantitativos, 139 acórdãos, mais 57 em relação ao triénio anterior.

3.2. Abertura de Processos Disciplinares

No triénio 2011-2013 deram entrada no CND 249 processos disciplinares, mais 122 relativamente ao triénio anterior.

3.3. Acórdãos emitidos

A maioria dos acórdãos teve origem em decisões dos Conselhos Disciplinares Regionais que foram objecto de recurso ao abrigo da alínea d) do artigo 5º do Estatuto Disciplinar dos Médicos, reflectindo a origem dos processos existentes nesta sede.

Com efeito dos 249 processos abertos neste triénio apenas 19 subiram automaticamente ao CND, sem pronúncia prévia dos Conselhos Disciplinares, por estarem abrangidos pelas alíneas a), b) e c) do artigo 5º¹ do Estatuto Disciplinar dos Médicos.

No ano de 2013, dos 51 recursos apenas 6 foram deferidos, resultando numa alteração da decisão tomada em primeira instância pelo Conselho Disciplinar Regional nos seguintes termos:

- o pena de advertência para decisão de arquivamento por prescrição;
- o pena de advertência para decisão de arquivamento;
- o pena de suspensão de 60 dias para pena de censura;
- o pena de suspensão de 3 para 6 meses e de 3 para 9, respectivamente a cada arguido (no mesmo processo);
- o pena de advertência para pena de arquivamento;
- o pena de suspensão de 5 anos com publicidade da pena para pena de expulsão.

Verificou-se um agravamento da pena aplicada pelo Conselho Dis-

ciplinar em dois casos, de violação grave ao Código Deontológico, tendo o CND decidido expulsar um dos médicos visados.

3.4. Condenações e penas aplicadas

Em termos qualitativos o CND proferiu 104 decisões de arquivamento e proferiu decisões condenatórias em 35 processos.

Assim, foram as seguintes as penas disciplinares aplicadas pelo CND no triénio 2011-2013:

- penas de advertência: 21
- penas de censura: 10
- penas de suspensão: 6
- pena de expulsão: 1

1 - Artigo 5.º

Competência do Conselho Nacional de Disciplina

Compete ao Conselho Nacional de Disciplina:

- a) Exercer a competência disciplinar em relação ao presidente e a antigos presidentes da Ordem dos Médicos;
- b) Exercer a competência disciplinar em relação aos membros, antigos ou actuais, dos conselhos com competência genérica da Ordem dos Médicos;
- c) Exercer a competência disciplinar em relação aos seus próprios membros;
- d) Conhecer, por via de recurso, das deliberações disciplinares tomadas pelos CDR.

Entrevista profissional de selecção

A Ordem dos Médicos tem sido confrontada com várias situações relativas à entrevista profissional de selecção legalmente prevista nos concursos para a carreira médica. Sendo certo que o regime legal do internato médico não regulamenta estas entrevistas e dado que os avisos de abertura também nada referem sobre este assunto, entendemos ser de divulgar o que dispõe a lei sobre este acto, ainda que a norma em causa pertença ao regime geral das carreiras da função pública. A analogia das situações permite, no entendimento do departamento jurídico da Ordem, que se aplique a referida norma aos concursos da carreira médica.

Assim, a entrevista de selecção prevista no n.º 5 do artigo 12.º-A do Regime Legal do Internato Médico deverá obedecer ao disposto no artigo 13.º da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de Janeiro, cuja redacção é a seguinte:

1 - A entrevista profissional de selecção visa avaliar, de forma objectiva e sistemática, a experiência profissional e aspectos comportamentais evidenciados durante a interacção estabelecida entre o entrevistador e o entrevistado, nomeadamente os relacionados com a capacidade de comunicação e de relacionamento interpessoal.

2 - Por cada entrevista profissional de selecção é elaborada uma ficha individual contendo o resumo dos temas abordados, os parâmetros de avaliação e a classificação obtida em cada um deles, devidamente fundamentada.

3 - A entrevista profissional de selecção é realizada pelo júri, na presença de todos os seus elementos, ou por, pelo menos, dois técnicos devidamente credenciados de uma entidade especializada pública ou, quando fundamentadamente se torne inviável, privada.

4 - A entrevista profissional de selecção é pública, podendo a ela assistir todos os interessados, sendo o local, data e hora da sua realização atempadamente afixados em local visível e público das instalações da entidade empregadora pública e disponibilizados na sua página electrónica.

Destaques do site

Publicámos no site nacional da OM (www.ordemdosmedicos.pt) o Regulamento do Prémio Miller Guerra (a Ordem dos Médicos e a Fundação Merck Sharp Dohme promovem, pelo segundo ano, o Prémio Miller Guerra, que desta vez distingue um médico de Carreira Hospitalar, ao qual será atribuído um prémio de 50mil euros. O período de candidaturas decorre até 27 de março de 2015) e o regulamento dos Pémios SERPIS da SOPEAM (para fotografia, escultura e literatura). Na área de Colégios destacamos a publicação do Programa de Formação em Medicina Hiperbárica e Subaquática e do Programa de Formação em Oncologia Pediátrica (os médicos que preencham os requisitos previstos no programa de formação respectivo, podem apresentar a sua candidatura à prova de avaliação final, entre os dias 1 e 31 do mês de janeiro de cada ano, de acordo com o estabelecido no Regulamento Geral dos Colégios). Publicámos igualmente informação sobre estágios opcionais em Anestesiologia. Destacamos ainda a legislação diariamente actualizada e a bolsa de emprego, com novas ofertas de trabalho para médicos portugueses, nomeadamente no estrangeiro.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2015

14 de Janeiro, quarta-feira, 21h - Lisboa



História da Urologia: visão panorâmica

Uma viagem fascinante e por vezes muito curiosa...
Manuel Mendes Silva



14 de Janeiro - quarta-feira, 21h
na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos
Av. Almirante Gago Coutinho, 151 - Lisboa

21 de Fevereiro, sábado, 15h - Coimbra

"Médicos Portugueses e I Guerra Mundial"

Pedro Victorino (1882-1944) e a I Guerra Mundial - Romero Bandeira (ICBAS-UP e CEIS20-UC)

Egas Moniz (1874-1955) e a I Guerra Mundial - José Morgado Pereira (CEIS20-UC)

Reynaldo dos Santos (1880-1970) e a I Guerra Mundial - Ana Mafalda Reis (ICBAS-UP e CEIS20-UC)

Organização:

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos
e Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia
do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra
CEIS20 (coordenadores: Ana Leonor Pereira e João Rui Pita)

na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos
Av. Afonso Henriques, nº 39 - Coimbra



História da
Medicina

Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde

Divulgamos o parecer da Ordem dos Médicos sobre o Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SINATS).

Foi disponibilizado à Ordem dos Médicos, pelo Secretário de Estado da Saúde, o Projeto de Decreto-Lei para o Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (doravante designado por SINATS), para, em dez dias, emitir parecer. Antes de tudo o mais, a Ordem dos Médicos manifesta a sua total concordância com a introdução em Portugal do SINATS, que espera que seja utilizado do ponto de vista técnico-científico, em defesa da Qualidade e dos Doentes, patamar em que é inteiramente válido e contará com a colaboração dos Médicos, e não com objectivos essencialmente economicistas e racionalizadores, caso em que será alvo da oposição fundamentada da Ordem dos Médicos.

Para evitar este risco, a Ordem dos Médicos considera que devem ser incluídos limites temporais e técnicos para a decisão do INFARMED, no sentido de evitar atrasos injustificados e artificiais na aprovação e introdução de inovação em Portugal. O INFARMED raramente cumpre os prazos a que está obri-

gado, sem que isso tenha qualquer consequência, a não ser mais perdas para os doentes.

Aliás, o INFARMED tem sido utilizado e instrumentalizado pela tutela para atrasar artificialmente a aprovação de alguma verdadeira inovação terapêutica, protegendo o Ministério do ónus político dessas decisões.

Assim, a Ordem dos Médicos propõe que quando alguma forma de inovação terapêutica esteja comparticipada em pelo menos seis países europeus, a aprovação da comparticipação em Portugal seja automática, de acordo com o PVP mais barato entretanto aprovado. Não é admissível que Portugal possa bloquear internamente Tecnologias em Saúde já reconhecidas e aprovadas na Europa. Os portugueses não são cidadãos de segunda.

O presente parecer, por questões de manifesta limitação temporal, fundamenta-se exclusivamente na análise da versão do diploma em apreço. A Ordem dos Médicos, além das recomendações de um grupo de trabalho, não teve acesso a pareceres e/ou estudos prévios

que tenham sido produzidos no âmbito do procedimento legislativo ora proposto.

Sublinha-se ainda que seria desejável o aprofundamento de alguns aspetos da análise da proposta ora dada a conhecer, nomeadamente os que exigiam uma consulta aprofundada face à entidade fiscalizadora INFARMED, I.P., mais precisamente sobre a sua competência material para tramitação dos processos contraordenacionais previstos no diploma ora apresentado.

A avaliação económica dos medicamentos para comparticipação iniciou-se em 1998 («sempre que necessário» pelo DL nº 305/98, de 7 outubro; e «obrigatório, sempre que exigido» pelo Despacho nº 22651/2000, de 28 de setembro) tendo sido no mesmo ano, desenvolvidas as Orientações Metodológicas para Estudos de Avaliação Económica (aprovadas pelo Despacho nº 19064/99, de 9 de setembro).

Em 2000 passou a ser obrigatória a avaliação económica na reavaliação sistemática dos medicamentos

comparticipados (DL nº 205/2000, de 1 de setembro).

Face à constante necessidade de sustentabilidade do SNS, a Lei nº 14/2000, de 8 de agosto, veio reconhecer a avaliação económica dos medicamentos como uma das formas de garantir a racionalização da política do medicamento.

Com a introdução do DL 195/2006, de 3 de agosto, os hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), começaram a utilizar a avaliação económica no âmbito da avaliação prévia de medicamentos reservados exclusivamente a tratamentos em meio hospitalar e outros medicamentos sujeitos a receita médica restrita. Assim, os critérios atualmente usados para a avaliação farmacoeconómica de medicamentos são ainda os estabelecidos em 1998 para os medicamentos comparticipados e os em 2006 para os medicamentos para uso exclusivo em meio hospitalar. Atualmente estão em vigor os critérios do Anexo I ao Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, resultante do diploma de 1998 para o Regime Geral das Comparticipações do Estado no Preço dos Medicamentos, e o Decreto-Lei n.º 195/2006, de 3 de outubro, atualizado e republicado no DL nº 48-A/2010, de 13 de maio.

Apesar de algumas diferenças entre estes dois regimes (como por exemplo os medicamentos abrangidos e os destinatários da decisão), ambos estabelecem que os novos medicamentos para serem comparticipados pelo Estado têm de demonstrar, pelo menos, serem tão eficazes/efetivos como as alternativas terapêuticas existentes assim como também menos onerosos.

São definidos também os instrumentos de controlo das comparticipações. Eles concretizam-se na reavaliação e eventual decisão de terminar o financiamento do medi-

camento pelo Estado, assim como na possibilidade de celebração de acordos entre o INFARMED I.P. e a indústria de forma a garantir uma utilização mais efetiva dos recursos do Estado.

A avaliação económica dos medicamentos para decisão do seu financiamento pelo SNS constitui-se como uma competência estratégica do INFARMED, I.P., com grande impacto no desempenho da despesa do SNS e da própria sustentabilidade do SNS.

Com a presente proposta de Decreto-Lei pretende-se igualmente avaliar a viabilidade económica de novas tecnologias de saúde, como é o caso de dispositivos médicos, introduzindo medidas de aferição dos medicamentos e dispositivos a adquirir, com o intuito de se obter ganhos em saúde que justifiquem o financiamento público.

Todavia, sente-se que perpassa por todo o diploma uma preocupação essencialmente economicista, o que é extremamente inquietante. A Ordem considera que os factores económicos, presentes também no Código Deontológico da Ordem dos Médicos, devem ser tidos em conta nas decisões em Saúde, mas sem prevalecerem sobre todos os outros critérios e sobre as necessidades e expectativas constitucionais dos Doentes. A Ordem dos Médicos não aceita que os cânones económicos de um país mal gerido se sobreponham aos cânones médicos e científicos e à ética do tratamento dos doentes de acordo com o Estado da Arte Médica. Por conseguinte, este economicismo deve ser revisto e aligeirado.

A Ordem recorda que a escolha de dispositivos médicos pelo menor preço, pelas administrações da saúde, já implicou muita morbilidade para os doentes e muito desperdício de material, que acaba por ir para o lixo pela sua pungente falta de qualidade.

Em face disto, a Ordem dos Médicos sugere fortemente que seja retirada a

obrigatoriedade sistemática da limitação económica na aprovação de novas tecnologias e inovação terapêutica.

Sublinha-se com preocupação a ausência de qualquer referência aos medicamentos órfãos, que devem ser considerados e respeitados nas suas especificidades únicas neste diploma.

A criação do SiNATS prevê profundas alterações à legislação, dotando o INFARMED, I.P. de novas competências, no âmbito das suas atribuições, não sendo líquido que esta entidade esteja previamente munida das ferramentas necessárias para tão importante tarefa.

A Ordem dos Médicos concorda que o SiNATS seja sediado no INFARMED, assim evitando a criação de mais instituições/institutos com poderes e competências sobreponíveis e, quantas vezes, conflitantes.

Porém, não podemos deixar de manifestar alguma preocupação, que deve ser acautelada, no sentido de impedir que o INFARMED adquira um poder desmedido e discricionário nas suas decisões, não havendo instância de recurso, e que até se possa tornar numa instituição bloqueada nas suas decisões, funcionando como um verdadeiro e estreito gargalo no fluxo de decisão quanto às novas tecnologias.

A Ordem dos Médicos propõe que só acima de um valor mínimo razoável por unidade o INFARMED tenha de se pronunciar previamente à introdução de um novo dispositivo no mercado, permitindo alguma liberdade responsável de decisão às administrações hospitalares e dos cuidados de saúde primários.

Indo mais além, a Ordem dos Médicos propõe que o Conselho Consultivo do Infarmed, até aqui pouco mais do que uma figura essencialmente decorativa, possa receber competência jurídica para funcionar como órgão de recurso das decisões do Conselho Directivo.

Efectivamente, é particularmente

chocante que o INFARMED detenha em simultâneo a capacidade de exigir dos proponentes tudo o que entender e dentro dos prazos que entender, que ele próprio nunca cumpre, aplicar coimas e cobrá-las, sem qualquer instância de recurso e sem qualquer penalização para o próprio INFARMED.

Começa a ser preocupante e mesmo perigoso que, além de fixar os preços, o INFARMED possa, a qualquer momento e unilateralmente, impor descidas de preços “para equilibrar o mercado”, o que pode levar à retirada de laboratórios de Portugal por o mercado nacional se tornar desinteressante, privando assim os doentes de acessos a novas tecnologias.

A proposta de Decreto-Lei ora em análise vem responder, e bem, à necessidade de Avaliação de Tecnologias de Saúde (Health Technology Assessment) no caso dos dispositivos médicos.

Com efeito, o nível de conhecimento do real comportamento de um dispositivo médico no mercado é diminuto. A sua eficácia depende em muito do nível de formação e competência dos seus utilizadores, das condições de transporte e manutenção, entre outros aspetos. Esta percepção reforça a necessidade de dispor de um sistema que permita monitorizar o benefício real para os doentes proveniente da utilização de determinado dispositivo médico (medição de efetividade, com recurso a metodologias de estudo próprias e adaptadas às tecnologias em apreciação).

Acresce também que nem sempre a inovação tecnológica se traduz em ganhos reais de saúde. Por isso, naturalmente, importa assegurar que, tanto quanto possível, o SNS invista o melhor possível os seus recursos, maximizando o retorno em saúde desses investimentos.

O novo sistema de avaliação ora

proposto procura igualmente adequar os preços de aquisição ao longo do ciclo de vida dos produtos, permitindo uma maior equidade e transparência nos preços praticados, o que é positivo.

Contudo, a Ordem discorda completamente da revisão anual das participações, uma tarefa que, além de ser gigantesca e impraticável, criaria uma imensa instabilidade, completamente desnecessária, o que pode limitar mesmo o interesse da indústria de disponibilizar as tecnologias de saúde ao país.

Nesse sentido, propomos que a avaliação da eficiência/custo/participação das tecnologias de saúde (medicamentos ou dispositivos) seja avaliada apenas de três em três anos, duração que deve ser contractualizada com o detentor da patente.

Analisando o corpo normativo proposto, verificamos como objetivos fulcrais teóricos do SINATS a maximização dos ganhos em saúde e a qualidade de vida dos cidadãos. A questão é se será mesmo assim e se o SiNATS não irá ser usado pura e simplesmente para bloquear o acesso à inovação. Esperemos que não. A Ordem dos Médicos estará atenta.

Todavia, é alarmante que não haja qualquer referência aos resultados desta mesma análise noutros países da Europa. Irá Portugal regressar à antiga filosofia do “orgulhosamente sós”, tornando-se possível que a inovação seja aprovada e participada em toda a Europa, ou quase, menos em Portugal, como actualmente acontece com a Hepatite C? Teoricamente, o objetivo da presente proposta é aumentar a sustentabilidade do SNS (um conceito discutível no seu real significado e nas consequências para os doentes), mantendo a garantia de uma utilização eficiente dos recursos públicos em saúde; Monitorização da utilização e efetividade das tecno-

logias utilizadas; Redução de desperdícios e ineficiências; Promoção do desenvolvimento de inovação relevante e a Promoção do acesso equitativo às tecnologias.

Atualmente, o DL 195/2006, de 3 de agosto, define as regras a que obedece a avaliação prévia, para efeitos da sua aquisição pelos hospitais do SNS, de medicamentos que devam ser reservados exclusivamente a tratamentos em meio hospitalar, bem como de outros medicamentos sujeitos a receita médica restrita, quando apenas comercializados ao nível hospitalar.

Assim, são avaliados apenas os medicamentos antes da sua introdução no mercado (avaliação *ex-ante*) com base na sua efetividade relativa (Valor Terapêutico Acrescentado) e do custo-efetividade (Valor Económico do Medicamento).

Em resultado da avaliação operada, a decisão incide unicamente sobre o preço estabelecido, pelo seu financiamento/participação e pelo controlo e limitação de encargos inerentes.

Com este projeto de Decreto-Lei, ora apresentado, alega-se que se procura a garantia da manutenção do SNS e a eficiente utilização dos recursos públicos em saúde, alargando-se o objeto de avaliação aos dispositivos médicos, avaliação essa que assenta no valor acrescentado dos produtos avaliados assim como na relação custo-efetividade (valor económico). São afirmações com as quais, genericamente e em abstracto, todos concordam. O problema é que já há experiências anteriores, como o referido *case study* da Hepatite C, em que sob a capa destes “nobres” objectivos se esconde a intenção de um verdadeiro racionamento que prejudica os mais desfavorecidos e que cimenta uma saúde a duas velocidades, uma para ricos e outra para pobres. A decisão sobre a introdução no sis-

tema de um medicamento ou dispositivo médico passará a depender de cinco variáveis, conjugadas entre si: a) Preço; b) Financiamento/complicação (Contrato como forma preferencial); c) Controlo e limitação de encargos; d) Partilha de risco; e) Monitorização adicional da utilização.

Com esta mudança, pretende-se que a avaliação do custo-benefício passe a ser aferida ao longo do tempo de utilização desse dispositivo, com reflexos sobre o seu preço e em função do seu efetivo desempenho, e não apenas com base na sua avaliação aquando a sua entrada no mercado, o que está correcto.

Porém, são particularmente preocupantes as alíneas a) e c), que permitirão que, apenas por razões exclusivamente economicistas, seja negada a entrada em Portugal de verdadeira inovação terapêutica, prejudicando gravemente os doentes e contribuindo para que Portugal se torne um país menos saudável, com todos os inevitáveis custos directos e indirectos.

Por isso mesmo, a Ordem dos Médicos rejeita completamente a letra do artº 14º do diploma agora proposto e exige a sua revisão, pois faz depender de critérios económicos a aprovação de inovação terapêutica e a complicação de medicamentos, ultrapassando assim os benefícios técnico-científicos e os ganhos em Saúde.

O artº 15º fala de exclusão de complicação por ausência de eficácia ou efectividade, matéria que tem o acordo da Ordem dos Médicos, mas ainda recentemente a Ordem questionou o INFARMED

sobre a razão da complicação de alguns medicamentos sem indicação terapêutica aprovada e ainda não obteve qualquer resposta! Estranho. O que tolhe o INFARMED? O que se disse relativamente ao artº 14º aplica-se ao artº 24º, pois faz depender a complicação de dispositivos médicos de critérios obrigatoriamente economicistas.

Quanto aos similares de medicamentos biológicos, matéria particularmente sensível sob o ponto de vista científico e clínico, a Ordem dos Médicos recorda que já tomou posição e a enviou ao INFARMED, publicando-a também na ROM, dando-a aqui como reproduzida.

Relativamente ao Conselho Geral do SiNATS, acontece o mesmo que ao Conselho Consultivo do INFARMED, que pouco mais é do que um órgão cosmético. Na verdade, o Conselho Geral do SiNATS nada de relevante pode fazer no âmbito do SiNATS.

A Ordem dos Médicos propõe que este Conselho Geral, com cuja composição concorda genericamente, seja dotado de verdadeira capacidade de intervenção e que reúna pelos menos seis vezes por ano, sendo-lhe acrescentada a responsabilidade de funcionar como órgão de recurso das decisões tomadas pelo INFARMED no âmbito do SiNATS.

Mais ainda, em nome da transparência que o Ministério da Saúde afirma defender, mas que pouco pratica, a Ordem dos Médicos exige que os relatórios efectuados no âmbito do SiNATS e que sirvam de fundamento às decisões no âmbito do mesmo, independentemente do seu sentido, sejam disponibilizados ao Conselho Geral e

de acesso público. Quem não deve e decide criteriosamente, não teme o escrutínio dos doentes e dos técnicos.

Finalmente, neste diploma prevê-se a entrada de Portugal num sistema integrado e europeu de avaliação de tecnologias de saúde através do European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA), que constitui uma rede europeia voluntária de entidades que efetuam avaliação de tecnologias de saúde, como é o caso em Portugal, do INFARMED I.P., o que a Ordem dos Médicos considera como muito positivo.

O desenvolvimento do Sistema de Avaliação de Tecnologias de Saúde deverá, para além de reorganizar a estrutura actual, ser dotado de uma estrutura legislativa e funcional flexível, a fim de acomodar com agilidade as adaptações que terão de ser introduzidas de forma faseada. A reflexão sobre um Sistema Nacional de Tecnologias de Saúde não deverá assim ser um processo fechado, devendo ser acompanhado na sua dinâmica tendo em conta os seus determinantes nacionais e europeus, bem como os resultados de uma necessária discussão pública sobre as escolhas com que nos defrontamos como sociedade em constante mutação.

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos
Lisboa, 13 de Novembro de 2014



A contratualização nas USF e nos CSP para 2015

As organizações signatárias deste manifesto (OM, APMGF, USF-AN e FNAM), consideram da maior importância assumir publicamente a defesa dos princípios fundamentais da contratualização em saúde, contribuindo para que os mesmos sejam respeitados, orientados e aplicados numa lógica de melhoria contínua da qualidade dos serviços, mediante a criação de um ambiente favorável às melhores práticas por parte dos seus profissionais. Consequentemente estaremos a promover mais e melhor saúde para o cidadão, bem como a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

1. A contratualização tem de focar-se no cidadão e nos ganhos em saúde, constituindo-se assim num compromisso social transparente. Para o garantir deverão ser encontrados os meios e as formas de envolver o cidadão, para além da administração e dos profissionais de saúde, a começar pelo acesso público à carta de compromisso anual.

A contratualização deve ser globalmente orientada pelo **Plano Nacional de Saúde**, pelos **Planos Locais de Saúde** e, ao nível das unidades funcionais (UF), pelos respetivos **Planos de Ação**.

A contratualização deve incluir a **negociação dos indicadores e metas em saúde**, bem como todos os compromissos indispensáveis à sua realização, designadamente os recursos humanos, as instalações, os equipamentos e o siste-

ma de informação e monitorização, apoio financeiro (incluindo fundo de manuseio), alargamento ou redução de horário, carteiras adicionais (compensação financeira global), aplicação de incentivos institucionais, manual de articulação e outros considerados pertinentes.

A contratualização é uma negociação entre duas partes com partilha de responsabilidades e deverá traduzir-se num consenso que, para além de uma conjugação de interesses entre a administração e os profissionais de saúde, esteja orientada para resultados em saúde e satisfação do cidadão.

A escolha dos indicadores a contratar deve ter em conta a prevalência dos problemas, a sua importância (gravidade), o impacto nos custos (eficiência), na saúde, na qualidade de vida e na

satisfação dos cidadãos.

2. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) aconteceu no contexto do SNS, principalmente como resposta às insuficiências estruturais, organizativas e de recursos, aos constrangimentos e derivas burocráticas e centralizadoras duma administração incapaz de reconhecer o mérito, à crescente desmotivação dos profissionais de saúde, à diminuição do acesso e à dificuldade dos Centros de Saúde (CS) responderem às necessidades de saúde dos cidadãos.

As USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e secretários clínicos, devendo ter uma estrutura leve, flexível, apoiada e focada no cidadão.

As UF têm **autonomia organizativa e técnica** (DL n.º 28/2008 alterado e republicado através do DL n.º 253/2012). As USF têm, além disso, **autonomia funcional** (DL n.º 298/2007). O seus patamares de **responsabilidade** decorrem da qualidade da contratualização e do nível de cumprimento por cada um dos parceiros - unidade funcional e administração.

Devem ter por *missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos*.

Um processo de contratualização competente implica obrigatoriamente a que daí resultem **consequências** segundo o princípio da discriminação positiva.

3. Os CSP, e as USF em especial, evoluíram nos últimos anos, através da orientação por objetivos e metas fixados nos planos de ação e por processos com impacto em resultados de saúde.

A contratualização nas USF e nos CSP evoluiu significativamente com o envolvimento e participação de milhares de profissionais e centenas de equipas multiprofissionais, através dum processo único e virtuoso de aprendizagem comum.

Todavia, de 2009 a 2013, a contratualização tem sido muito centrada na repetição dos mesmos indicadores, escolhidos quase sempre sem critério explicitado e através de metas impostas (excepto na ARS do Centro) seguindo a lógica de “se este ano fizeste assim, para o ano tens de fazer melhor”, mesmo que este “melhor” não represente qualquer ganho em saúde nem apresente qualquer tipo de fundamentação nas melhores evidências e orientações científicas, aumentando o risco de induzir uma prática de CSP centrada em indicadores e não na pessoa

nem nas populações.

Metas excessivamente elevadas condicionam demasiado a concentração de esforços (focalização) na atividade clínica sob monitorização, para que a equipa consiga atingir os resultados arbitrariamente impostos.

O processo de contratualização necessita de evolução e aperfeiçoamento, como processo de aprendizagem e negociação, transparente e orientado para servir as pessoas e para gerar ganhos em saúde. Para isso é crucial conhecer os efeitos provocados pela utilização dos indicadores e das suas metas, e **avaliar o que se deixa de fazer por se fazer o que é exigido**.

4. Em 2014, com o alargamento do número de indicadores, em monitorização desde 2013, e com o **processo negocial definido através da Portaria n.º 377-A/2013**, envolvendo os sindicatos e o MS, conseguiram-se algumas melhorias, com realce para a criação das **comissões de acompanhamento externo** por região, destinada a *dirimir e arbitrar eventuais conflitos entre as USF e os ACeS, emergentes do processo de contratualização e apuramento de resultados*.

Entretanto, verificou-se uma absurda exigência, mais ou menos generalizada, para que todas as USF “melhorem” o seu desempenho, com metas cada vez mais próximas dos 100%. Valores fantasiosos e completamente desfasados de objetivos estratégicos e da realidade dos serviços de saúde.

Segundo a orientação definida, todas as metas têm que ser superiores ao desempenho do ano anterior, mesmo que este tenha sido excelente. As equipas que estão no terreno, preocupadas em garantir a acessibilidade a cuidados de saúde globais e de

qualidade, desmotivam-se, cansadas de perseguir objetivos sem sentido, questionando a (ir)racionalidade deste sistema. Esta situação anacrónica, a persistir, levará certamente à destruição da reforma dos CSP, a única reforma verdadeira, até hoje, nos serviços públicos portugueses.

Esta **obsessão com o aumento** do valor de grande parte das metas irá necessariamente aumentar consumos e custos, sem correspondentes ganhos em saúde.

Paradoxalmente, à medida que se impõem níveis de intervenção crescentes, mesmo que não fundamentadas em “boa ciência”, e se estabelecem as melhores práticas através da publicação de Normas de Orientação Clínica oriundas da própria Direcção-Geral da Saúde, as propostas/imposições foram de redução de mais de 5% de custos em MCDT e em medicamentos por utilizador sem se cuidar da sua compatibilidade com o aumento das intervenções “contratualizadas” e o cumprimento das boas práticas.

A contratualização em 2014 acabou, uma vez mais, por ter atraídos inaceitáveis, foi mais complexa, burocrática e com mais imposição do que nos anos anteriores. Além de se ter avançado com a contratualização de muitos indicadores com os BI ainda não validados como, por exemplo, os dois indicadores de eficiência (ID 70 e 71).

Para agravar esta situação, no primeiro semestre e durante vários meses, as equipas estiveram privadas do acesso aos dados de monitorização através dos programas “MIM@UF” e “SIARS”.

5. Numa altura em que se prepara a contratualização para 2015, as organizações signatárias alertam para que a contratualização deve ser um dos instrumentos

para a afirmação das boas práticas e da melhoria contínua. Deve ser mais inteligente, simples, mais realista, mais transparente, numa lógica *win-win*. Deve ser favorecedora duma paz institucional responsável e motivadora e não dum estado permanente de conflitualidade, stresse e *burnout* dos profissionais que se reflecte necessária e negativamente no contacto com os cidadãos.

A proposta de intervalo (racional) de metas a nível nacional, regional e local necessita do conhecimento e integração de fatores de contexto, múltiplos e testados.

Para além da dimensão da USF/UCSP, da dispersão demográfica, concentração urbana, distribuição etária e de género da população servida, importa ainda estudar e considerar o nível socioeconómico, rendimento *per capita*, desemprego, tipologia das famílias, escolaridade, cobertura através de subsistemas de saúde, oferta/procura de serviços privados/convencionados, acessibilidades, proximidade de centros hospitalares, carga de doença e sua caracterização, fatores de risco de doença conhecidos ou previstos, proporção de utentes e número de anos sem médico de família e sem equipa de saúde.

O verdadeiro racional das metas deve definir-se enquanto padrão de desempenho desejável, baseado na melhor evidência científica e definido inter pares, levando em linha de conta os meios disponibilizados.

Impõe-se envolver na construção, aperfeiçoamento e validação dos BI dos indicadores e consequente definição das metas, os profissionais de saúde através das suas organizações representativas.

A limitada abrangência dos indicadores contratualizados atual-

mente, relativamente aos problemas de saúde dos utentes e à carteira básica de serviços, reforça a importância de encontrar metas realistas e exequíveis, evitando o risco de foco exagerado nos indicadores seleccionados e permitindo manter a devida atenção na observação global do estado de saúde dos indivíduos e das populações.

Os profissionais não podem ser responsabilizados pela falta de adesão dos utentes aos planos de saúde que lhes são propostos. No mundo real (efetividade), as coisas não acontecem como nós achamos que poderiam ser (eficácia). Deve-se apostar em metas pragmáticas e realistas, em vez de insistir em valores teóricos, só imagináveis por quem está longe da prática clínica.

As equipas das USF não podem ser responsabilizadas por cuidados de saúde centrados em indicadores, mais ainda quando (mal) apoiados em frágeis sistemas de informação, com erros e bloqueios frequentes e “perturbadores” da prática clínica (com necessidade de múltiplos programas e deficiente ou mesmo ausente nível de integração).

Devem ser os CSP, através das suas diferentes profissões e especialidades, a modelar a contratualização e não a administração por via duma prática cega e unilateral.

As **fases da contratualização** devem incluir:

- **Negociação** (reuniões preparatórias, da iniciativa das USF; propostas globais; negociação das propostas; assinatura da carta de compromisso).

- **Monitorização e Acompanhamento** (relatório trimestral; renegociação de metas se adequado).

- **Avaliação** (prestação de contas, até 15 de junho; reconhecimento

público com publicação do respectivo relatório final).

As **cartas de compromisso** devem conter de forma explícita os compromissos da administração quanto às condições de trabalho asseguradas à equipa (recursos humanos, instalações, equipamentos, sistemas de informação, apoio logístico e de gestão, através das respectivas UAG, conforme legislação própria para os ACeS)

Devem ser cumpridos pela administração os **compromissos** assumidos através de legislação em vigor (aplicação dos incentivos institucionais, evolução para Modelo B, Acreditação, etc.).

As **atas** e a **carta de compromisso** devem traduzir o consenso que resulte da negociação. Se esse consenso não for possível, estes documentos devem espelhar as posições das equipas e constituírem alvo de análise e parecer das Comissões de Acompanhamento Externo a funcionar em cada ARS.

Devem obrigatoriamente ser introduzidas **penalizações** para as administrações que não cumpram o seu papel e compromisso referido nas fases da contratualização, nomeadamente quanto aos prazos a observar fixados em lei.

Não pode haver indicadores sem fundamentação técnico-científica adequada (por exemplo, o do limite dos cinco fármacos em idosos, o dos inibidores das DPP4, RCV independentemente da idade, proporção de doentes hipocoagulados que são controlados na unidade de saúde, etc.).

Tem de ser garantida a possibilidade de exceções validadas cientificamente para cada indicador. Exemplos:

- Utes aos quais não é adequado o indicador por circuns-

tâncias particulares, (ex.: doença terminal, estado de saúde frágil,...).

- No caso das citologias para rastreio do cancro do colo do útero.
- Utentes com registo de recusa de comparência e que foram convocados pelos menos 3 vezes nos últimos 12 meses.
- Utentes que já estão com a dose máxima tolerada da medicação e cujos resultados são sub-óptimos.
- Utentes a quem a prescrição de determinada medicação não é a clinicamente indicada. (ex.: alergias, contraindicação ou reacção adversa).
- Utentes que não toleram medicação prescrita.
- Utentes que não concordam com a investigação ou medicação prescrita (decisão informada) com registo no processo clínico.
- Utente que possui condição subjacente que condiciona o tratamento de outras doenças (ex.: redução de colesterol em doentes com patologia hepática).

(Ref - Adaptado de - NHS, 2013 - Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2013/14)

Os indicadores compostos podem à partida atrair pelas vantagens que apresentam tal como a capacidade de medir vários processos/resultados de uma forma sumária e fácil de apreender. No entanto é necessário ter em consideração que a forma simplista como o resultado é apresentado dificulta a análise do processo/resultado em causa. O facto de serem do tipo *tudo ou nada* e dos seus componentes não terem pesos diferentes, de acordo com o resultado em saúde que se propõem a atingir, limita as eventuais vantagens da sua utilização. De acordo com a metodologia

vigente o resultado de um indicador com 6 componentes é zero, quer a equipa consiga cumprir 5 componentes ou apenas 1, independentemente da importância para os resultados em saúde do(s) elemento(s) não cumprido(s). Como tal, os indicadores compostos deveriam ser substituídos pelos indicadores que os compõem de forma individual.

Nos **indicadores de vigilância**, só deveriam contar os utentes com compromisso de vigilância e não a totalidade. Não considerar este ponto denota uma visão impositiva e coartadora da liberdade de escolha do cidadão. É nossa missão informar e disponibilizar a prestação dum serviço que se considera útil para a saúde duma determinada pessoa, mas nunca pretender obrigá-la a um procedimento ou mesmo consulta, salvo as raríssimas excepções previstas na lei. No limite seria como violar o princípio do “consentimento informado”.

O **intervalo das metas dos indicadores económicos**, deve ser aperfeiçoado e ajustado, porque o cálculo dos custos não pode ser baseado em argumentos do tipo *quanto menos melhor*, mas sim nas características sócio-geo-demográficas da população, carga de doença, subsistemas, oferta de cuidados, custos por patologia, etc.

A qualidade tem um preço e a sistemática **contracção do financiamento** tem consequências nessa mesma qualidade, como bem refere Nigel Crisp no relatório da Fundação Gulbenkian sobre o futuro da Saúde em Portugal. Não podemos confundir uma postura de prescrição racional e inteligente com o racionamento da prescrição. Até porque, no médio e longo prazo, os efeitos clínicos, mas também económicos, serão,

com alto grau de probabilidade, catastróficos.

6. O foco da atenção das USF, e também das UCSP, é a prestação, com acessibilidade, dos melhores cuidados de saúde para os cidadãos, que se traduzam em resultados e ganhos de saúde. O SNS, os CSP e as suas diferentes unidades funcionais (UF) exigem uma política, uma administração e um investimento que garantam condições de trabalho dignas aos profissionais (independentemente do tipo de UF) e acessibilidade a **cuidados de saúde de qualidade** aos cidadãos.

A **contratualização** deve, antes de tudo, constituir-se com um instrumento decisivo para a **qualificação, transparência e prestação de contas** dos serviços de saúde, em todas as suas dimensões, patamares e departamentos. Motivando os profissionais, disseminando boas práticas e publicitando resultados. **Responsabilizando** todos ao invés de insistir no estafado modelo de comando-controlo.

Caso contrário, os profissionais de saúde representados e apoiados pelas organizações signatárias, por imperativos éticos e em nome do bem estar e segurança dos cidadãos que servem, poderão recusar a prejudicial e infundada “contratualização” que tem sido coercivamente imposta por uma administração que se tem revelado, na maioria dos casos, demasiado autoritária e pouco sabedora.

Nove anos após o início da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários é necessário um novo impulso. Poderá começar por credibilizar a actual “contratualização”.



Ébola: melhor prevenção para o futuro

Divulgamos em seguida a nota informativa da OM e um resumo do parecer do Colégio de Medicina Tropical sobre o surto de infecção pelo vírus de Ébola e a situação em Portugal. Os Colégios de Doenças Infecciosas e Saúde Pública também emitiram pareceres, os quais foram divulgados no Portal da OM. Não sendo possível a publicação integral de todos os documentos, pelo espaço que ocupariam, a ROM optou por publicar este resumo. Sendo os vários pareceres dos Colégios complementares entre si, convidamos à sua leitura integral em www.ordemdosmedicos.pt, na área dos respectivos Colégios onde também inserimos documentos da Associação Médica Mundial sobre o mesmo tema.

Nota do CNE - Ébola.

A melhor prevenção para o futuro é fazer com rigor e transparência o trabalho no presente.

Na sequência do pertinente e atempado alerta efectuado pelo Colégio de Saúde Pública da Ordem dos Médicos, intensificaram-se as medidas tomadas pela DGS para melhor preparar o país para o elevado risco de casos de Ébola. Muitas ainda estão em fase de implementação, sendo uma sorte não ter havido, até aqui, a importação de nenhum caso. Quem anda no terreno, como a Ordem dos Médicos, percebe o quanto ainda está por fazer, a todos os níveis, tanto a nível hospitalar como nos Cuidados de Saúde Primários.

Para os colégios de Saúde Pública, de Medicina Tropical e de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos, com pareceres complementares e coerentes, o sistema de saúde português está agora um pouco mais “razoavelmente” preparado para

fazer face à ameaça do Ébola. O risco de casos de Ébola é alto, como a própria Direcção Geral da Saúde anunciou, mas o risco de epidemia é baixo, dois conceitos completamente distintos e suplementares e que não devem ser confundidos.

Em parecer mais recente, já num outro contexto, o Colégio de Medicina Tropical da Ordem dos Médicos reforça o alerta e as preocupações, pois “o vírus Ébola pode chegar a Portugal de várias formas”.

“Para o primeiro dos cenários de entrada de um doente de Ébola em Portugal, quando este vem já com diagnóstico, mesmo que só de probabilidade, pode dizer-se que Portugal está razoavelmente bem preparado”.

“O problema maior é se a entrada for de um infectado em período de incubação, que só adoeça e procure ajuda médica alguns dias depois, inclusive podendo dirigir-se a um qualquer serviço de saúde, público ou privado, preparado ou não para receber casos de Ébola, em qual-

quer ponto do País”.

Como refere o Colégio de Medicina Tropical, “se no papel Portugal está preparado, a realidade do terreno nem sempre mostra o mesmo”. “Falta ainda algum equipamento de segurança, particularmente importante nos Serviços de Urgência de Lisboa e Porto. E falta treino, treino, e mais treino”.

O Colégio de Doenças Infecciosas, acentua que o risco de epidemia é baixo na Europa e em Portugal, tendo em conta o nível sanitário existente, e, numa perspectiva mais hospitalar, afirma que “o risco calculado implica contudo, a necessidade de todas as instituições e de todos os profissionais de saúde estarem informados, preparados e cumprirem as orientações sucessivamente actualizadas pela Direcção Geral de Saúde quanto aos procedimentos recomendados”.

Há ainda muito trabalho por fazer, quer em termos de preparação e treino, quer em termos de gestão do processo.

É bom recordar que o pânico se instalou nos Estados Unidos não devido aos alertas dos profissionais, mas sim em consequência de três casos de infecção secundária, que evidenciaram o nível de insuficiente preparação do país, ao contrário do afirmado pelas autoridades, obrigando a uma intervenção pública apaziguadora do Presidente Obama.

Parecer do Colégio da Especialidade de Medicina Tropical

Resumo do parecer sobre o actual surto de infecção pelo vírus Ébola e a situação em Portugal:

“(…) Há uma possibilidade realista do vírus chegar a Portugal. Pode ser por um doente evacuado já com o diagnóstico, a situação ideal. Mas também pode ser um infectado que entre ainda no período de incubação e só em Portugal é que se manifesta a doença, situação potencialmente mais complicada e perigosa. Portugal não tem relações privilegiadas com nenhum dos países até agora afectados, pelo que não estará na primeira linha de risco de entre os países europeus. Porém, a Guiné-Bissau tem fronteira com um dos países onde está a ocorrer o surto, o que somado à fragilidade da sua rede de saúde, a torna bastante vulnerável, e dados os seus laços com Portugal implica para este um risco aumentado. (...) No sentido de facilitar a escolha de informação credível, fundamentada e actualizada, recomenda-se particularmente a leitura periódica dos documentos disponíveis no site da Organização Mundial de Saúde (www.who.int), assim como no do Center for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov). (...) Neste Parecer pareceu-nos importante abordar quatro perspectivas:

1. Actualização sobre alguns aspectos relevantes da infecção, particu-

larmente sobre as formas de transmissão; 2. O risco da infecção pelo vírus Ébola chegar e transmitir-se em Portugal; 3. Medidas que Portugal pode, e deve, implementar para minorar aqueles riscos; 4. A responsabilidade de Portugal, enquanto membro da comunidade internacional, de participar no combate a esta crise global. (...)

2. O risco da infecção pelo vírus Ébola chegar e transmitir-se em Portugal

No Mundo globalizado em que vivemos, enquanto houver um surto activo de infecção pelo vírus Ébola, em qualquer parte do planeta, existe risco de contágio para todos os outros países, onde quer que eles se encontrem. Mas este risco, se é não nulo em nenhum país do Mundo, também não é igual para todos. Como é óbvio, um surto de um milhão de infectados representa um risco de disseminação muitíssimo maior que um surto de dez mil casos, tal como este é muito mais perigoso que um surto de uma centena de casos. Igualmente, um surto numa aldeia isolada no interior da floresta tem um risco de disseminação muito menor que um surto semelhante numa grande cidade, particularmente se com aeroporto internacional. Tal como um surto num país desenvolvido, com uma boa infra-estrutura sanitária e uma boa rede de rastreio epidemiológico, é um risco muito menor para o Mundo que um surto num país com graves carências sanitárias e de Saúde Pública. Também, mesmo em igualdade de desenvolvimento, um surto num país previamente preparado para o reconhecer e conter, tem muito menor risco que um surto semelhante que acontece de surpresa num país que negligenciou a sua preparação. (...) E Portugal?

O vírus Ébola pode chegar a Portugal de várias formas. Aquela menos

perigosa seria um doente com Ébola já diagnosticado, evacuado de um país com surto activo, por uma equipe preparada e treinada para o fazer e que em segurança o levasse para um serviço de isolamento preparado para o receber. Esta situação já aconteceu em vários países, sem problemas e, até ao momento, apenas em Madrid se verificou um caso secundário, aparentemente por uma falha na execução do protocolo de segurança.

Um cenário um pouco mais grave seria um infectado que viajasse e entrasse em Portugal durante o período de incubação, e só depois ao ficar febril e se sentir doente se dirigisse a uma Urgência informando da sua situação e da sua recente vinda de um país com transmissão activa. Este cenário foi demonstrado pelo liberiano internado num Hospital Universitário de Dallas, onde foi a fonte, involuntária, de casos secundários no pessoal de saúde, demonstrando bem como o atabalhoamento e a confusão que um clima de pânico geram, mesmo num centro de referência mas que não tinha sido considerado em risco dada a sua localização geográfica, e que acabaram por levar a quebras dos protocolos de segurança e a infecções secundárias, como aconteceu. Bastou ter sido apanhado de surpresa, sem treino suficiente do pessoal e/ou protocolos operacionais.

O cenário mais grave mas ainda realista seria o de um doente recém-chegado de um país com transmissão activa e que se dirigisse a um Centro de Saúde, a um consultório, a uma clínica ou a uma urgência, ao sentir-se doente, ocultando, ou deliberadamente (por exemplo, por ser um emigrante ilegal e temer a expulsão), ou por dificuldade de expressão na língua Portuguesa, ou simplesmente por inconsciência, a informação vital da sua vinda re-

cente de um país de risco elevado. Foi o que aconteceu no caso acima referido do liberiano na Nigéria, que aparentemente acreditava que o seu estatuto de VIP o colocava ao abrigo da infecção, e que o levou a negar a possibilidade de estar contagiado e a ser inicialmente tratado para malária, acabando por ser a fonte de um surto no país de acolhimento, de vinte casos com oito mortes, surto felizmente já debelado. Situação que poderia acontecer em qualquer país do Mundo, incluindo Portugal. (...)

3. Medidas que Portugal pode, e deve, implementar para minorar aqueles riscos

Para o primeiro dos cenários de entrada de um doente de Ébola em Portugal, quando este vem já com diagnóstico, mesmo que só de probabilidade, pode dizer-se que Portugal está razoavelmente bem preparado. Já existem equipas INEM/ militares presumivelmente bem equipadas e bem treinadas com capacidade de ir evacuar um doente, português ou não, a qualquer país afectado, com segurança, trazendo-o igualmente em segurança para internamento em isolamento, em Serviços Hospitalares já definidos, bem equipados e com pessoal de competência comprovada com o treino possível na ausência de casos reais. Igualmente na frente laboratorial Portugal já tem uma rede de laboratórios de Biossegurança de nível 3 (P3), nomeadamente os cinco do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, com capacidade de efectuar o diagnóstico inicial, e que estão integrados numa rede europeia que permite o envio para estudo das amostras até em cultura viral em ambiente P4. No entanto, o acontecido em Madrid lembra-nos o risco da complacência e a necessidade de manter ao mais elevado nível o treino de todos os profissionais envolvidos.

O problema maior é se a entrada for de um infectado em período de incubação, que só adoeça e procure ajuda médica alguns dias depois, inclusive podendo dirigir-se a um qualquer serviço de saúde, público ou privado, preparado ou não para receber casos de Ébola, em qualquer ponto do País. Este esforço gigantesco de preparação descentralizada, ainda que mais intenso em Lisboa e Porto, onde estão localizados os grandes aeroportos internacionais (não esquecendo que Faro, Madeira e Açores também têm aeroportos internacionais), é que se apresenta muito mais difícil – e o caso de Dallas mostra-nos que mesmo os países mais ricos do Mundo também sofrem de problemas nesta área. A Direcção Geral de Saúde tem efectuado um esforço meritório, que deve ser reconhecido, ao produzir e disseminar normas e fluxogramas (aliás em adaptações em regra bem conseguidas das emanadas da OMS e do CDC) – mas se no papel Portugal está preparado, a realidade do terreno nem sempre mostra o mesmo. E se nalguns casos de alarme, felizmente até agora sempre falsos, tudo correu bem e como previsto, noutros verificaram-se situações de quase pânico entre os profissionais, levando não só a atropelos graves aos mais elementares direitos humanos, como a falhas potencialmente perigosas aos protocolos de segurança da DGS.

A estrutura piramidal adoptada por Portugal, privilegiando os locais com risco maior de receber infectados, e canalizando-os para um número reduzido de centros devidamente preparados e treinados, parece a mais correcta. Falta ainda algum equipamento de segurança, particularmente importante nos Serviços de Urgência de Lisboa e Porto. E falta treino, treino, e mais treino. Os fatos e demais equipa-

mento de segurança são terrivelmente quentes, desconfortáveis e incómodos. Ao fim de apenas uma hora do seu uso a temperatura corporal pode ultrapassar os 40º C: a norma de que se deve utilizá-los durante um período de tempo limitado deverá ser rigorosamente cumprida. O pior cenário de segurança imaginável seria um profissional desmaiar enquanto tratava de um doente infectado. Assim, a regra, ainda não adoptada em muitos lugares, de haver sempre um segundo elemento de vigilância e apoio ao primeiro, também parece sensata. Na frente laboratorial o cenário é semelhante: as amostras identificadas como de doentes de possível Ébola têm sido colhidas, manipuladas e encaminhadas para os laboratórios de referência de forma correcta, mas se o doente não for detectado como sendo potencialmente infectante e/ou a amostra identificada como tal, esses cuidados já não existem. E verificaram-se alguns casos que seriam perigosos até para amostras de sangue infectado com outros agentes mais “banais”. Os protocolos existem, e parecem adequados, o que falta é treino, treino, e mais treino.(...)

4. A responsabilidade de Portugal, enquanto membro da comunidade internacional, de participar no combate a esta crise global

(...) Finalmente, parece-nos que Portugal tem o dever de participar na ajuda que a Europa está a preparar para os três países afectados da África Ocidental, valorizando em contexto europeu a experiência que profissionais Portugueses têm de actuações “no terreno” em África. Até porque isso daria a estes profissionais uma experiência valiosíssima caso Portugal tenha o azar de sofrer uma introdução da infecção. 22 de Outubro de 2014, *Pela Direcção do Colégio de Medicina Tropical, Jaime Nina e Abílio Antunes*”



A Dor...

A dor é fácil de sentir, difícil de compreender. Uma experiência que acompanha o ser humano desde que se conhece, sinalização essencial para a sobrevivência pessoal, transforma-se muitas vezes em sofrimento inútil. Fenómeno complexo, total, muito para além do dano físico, tem merecido a dedicação e o interesse de filósofos, poetas, artistas, médicos e de muitos outros profissionais de saúde. Neste livro reúne-se um conjunto diversificado de estudos que ilustram múltiplas perspetivas sobre a dor - histórica, legal, artística, biológica, médica e psicológica. Só um fenómeno complexo, como a dor total, motiva tanto estudo e interesse, como ainda tanta vontade de intervir no seu controlo. Pretende dar a conhecer mais algumas opções ao dispor dos profissionais para compreender e intervir na dor, tendo como objectivo contribuir para uma sociedade em que a dor seja melhor entendida, e em que os cidadãos possam viver melhor a sua vida sem a opção do sofrimento. O conteúdo inclui, entre outras áreas, a fisiopatologia da dor, a dor em Reumatologia, tratamento da dor musculoesquelética, intervenção psicológica na dor crónica, etc.

Eu estou sempre cá

Obra da autoria da pedopsiquiatra Maria de Lurdes Candeias que pretende ajudar o entendimento da depressão na infância e na adolescência e as suas faces quotidianas com recurso à análise de vários casos clínicos. Uma edição Planeta.



Recomendações de bolso da ESC

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia edita estes livrinhos de bolso em colaboração com a *European Society of Cardiology* que emite recomendações em áreas como o tratamento da doença coronária estável, *pacing* cardíaco e terapêutica de ressincronização cardíaca, diabetes, hipertensão, etc. (mais informações: www.escardio.org/guidelines)



Parecer sobre Estado Vegetativo e Reanimação

O Conselho Nacional Executivo na sua reunião de 1 de Agosto de 2014 homologou o parecer do CNEDM sobre Estado Vegetativo e Reanimação que publicamos com a referência de ser esta a posição oficial da Ordem dos Médicos.

Relativamente ao pedido de parecer sobre Estado Vegetativo e Reanimação, considera o CNEDM da Ordem dos Médicos:

1 - A definição de estado vegetativo persistente obedece a critérios técnico-científicos sobre os quais o CNEDM se não pronuncia por tal não constituir uma competência específica deste Conselho. Ainda assim, o CNEDM sublinha a necessidade do diagnóstico de estado vegetativo persistente ser estabelecido por equipas médicas tecnicamente habilitadas, em condições que excluam a falsa positividade do diagnóstico e de ser tida, obrigatoriamente, em consideração a duração do estado vegetativo, a sua causa e a idade do doente.

2 - Verificados os pressupostos técnicos e científicos que permitam definir estado vegetativo persistente, e atendendo ao elevadíssimo grau de probabilidade da sua natureza irreversível, a execução de cuidados de reanimação não pode ser considerada como sendo realizada no melhor interesse da pessoa doente.

Na verdade, a situação clínica de estado vegetativo persistente deve ser equiparada, no plano ético, às das “situações de doenças avançadas e progressivas cujos tratamentos não permitem reverter a sua evolução natural”, conforme se encontra definido pelo artigo 58º do Código Deontológico dos Médicos.

Nestes casos, e nos termos do mesmo artigo, “o médico deve dirigir a sua acção para o bem-estar dos doentes, evitando utilizar meios fúteis de diagnóstico e terapêutica que podem, por si próprios, induzir mais sofrimento, sem que daí advenha qualquer benefício”.

Entende assim o CNEDM que a execução de manobras de reanimação em doentes em estado vegetativo persistente deve ser considerada uma utilização fútil de meios terapêuticos. Nestas circunstâncias devem ser utilizados cuidados paliativos, “com o objectivo de minimizar o sofrimento e melhorar, tanto quanto possível, a qualidade de vida dos doentes”, constituindo estes “o padrão do tratamento nestas situações e a forma mais condizente com a

dignidade do ser humano”, nos termos previstos no número 2 do artigo 58º do Código Deontológico dos Médicos.

Considera ainda o CNEDM, nos termos do número 3 do artigo 59º do Código Deontológico dos Médicos, que “O uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente” e que, nos termos do número 4 do mesmo artigo, “O uso de meios extraordinários de manutenção da vida não deve ser iniciado ou continuado contra a vontade do doente”.

Ora, a execução de manobras de reanimação cardio-respiratória é, por definição, um meio extraordinário de manutenção da vida cuja utilização não está indicada nos casos de comprovada irreversibilidade de estado vegetativo.

3 - No que se refere à alimentação e hidratação artificiais, considera o CNEDM que a sua utilização é legítima e decorre do número 5 do artigo 59º do Código Deonto-

lógico dos Médicos que estabelece que “Não se consideram meios extraordinários de manutenção da vida, mesmo que administrados por via artificial, a hidratação e a alimentação nem a administração por meios simples de pequenos débitos de oxigénio suplementar”.

4 - O CNEDM recomenda ainda que quaisquer decisões nesta matéria sejam tomadas no rigoroso

cumprimento do respeito pelas crenças e interesses do doente nos termos do artigo 51º do Código Deontológico dos Médicos que prevê expressamente que “O médico deve respeitar as opções religiosas, filosóficas ou ideológicas e os interesses legítimos do doente.”

5 - O CNEDM alerta para a necessidade do cumprimento da legislação referente a directivas anteci-

padas de vontade (Lei nº 25/2012 de 16 de Junho), sem prejuízo do exercício do direito à objecção de consciência dos médicos potencialmente envolvidos e para possibilidade de recurso às Comissões de Ética das unidades de saúde, nos casos em que seja necessária a ponderação de valores, vontades e interesses conflitantes.

Falta de Medicamentos e atrasos em cirurgias

Perante a informação de que o medicamento inovador para a hepatite C que o Ministério da Saúde disponibilizou em Setembro ainda não chegou a metade dos doentes mais graves, o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos emitiu uma nota de imprensa que sublinha o entendimento da OM de que os interesses particulares e económicos não podem prejudicar saúde dos doentes. Divulgamos igualmente a nota do CRNOM relativa a atrasos clinicamente relevantes em cirurgias no IPO do Porto.

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

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

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

O CRNOM lamenta que estes constrangimentos se mantenham e que as negociações entre o Ministério da Saúde e os representantes

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

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

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

condicionante ao tratamento digno e humano que cada doente merece. O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (Porto, 21 de Novembro de 2014)

OM solicita esclarecimentos à administração do IPO Porto

Após tomar conhecimento do atraso clinicamente relevante que se verifica num conjunto de cirurgias no Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO Porto), o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) solicitou formalmente ao Conselho de Administração daquela unidade hospitalar um esclarecimento cabal e rigoroso sobre esta matéria.

O CRNOM discorda da forma como informação foi transmitida publicamente e do conteúdo dos factos reportados, dado que estes não deveriam ter sido comunicados sem identificar rigorosamente qual a extensão, em tempo e em número de doentes, das listas de espera de cada uma das patologias



apresentadas, sob pena de se gerar alarme junto da comunidade e dos doentes.

Lamentamos igualmente que os médicos que integram a Direcção Clínica do IPO Porto e o próprio Conselho de Administração não tenham cumprido o dever deontológico de reportar falhas clínicas potencialmente graves à sua ordem profissional, comunicando as situações que possam colocar em

causa a saúde dos doentes e/ou as boas práticas médicas. Neste caso, não só não foi cumprido o Código Deontológico, como se privilegiou uma denúncia superficial e alarmista através dos órgãos de comunicação social.

Finalmente, entende o CRNOM, e face às últimas declarações do Presidente do Conselho de Administração do IPO Porto desvalorizando o impacto dos atrasos nas

cirurgias, reafirmar a necessidade de explicações fundamentadas sobre as afirmações proferidas pela Direcção do IPO no dia 28 de Outubro, dado que considera que as mesmas implicam uma perda de credibilidade perante a sociedade civil, o que poderá exigir outro tipo de soluções.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (31 de Outubro de 2014)

Licenciamento e certificação de clínicas, consultórios e hospitais

Na sequência das alterações legislativas na área do licenciamento e certificação, a ERS terá interpelado todos os detentores de Hospitais, Clínicas e Consultórios Médicos quanto à acreditação/certificação dos mesmos. Sobre essa matéria divulgamos o entendimento do Departamento Jurídico da OM e o esclarecimento da ERS.

Sobre esta matéria, é o seguinte o entendimento do Departamento Jurídico da Ordem dos Médicos: Em primeiro lugar, pela legislação que saiu recentemente as informações por parte das clínicas sobre a sua acreditação não são obrigatórias. Não obstante, atento o poder conferido pelo legislador à ERS no âmbito das suas competências, as entidades prestadoras de cuidados médicos (e de saúde em geral) estão obrigadas ao dever de colaboração. Contudo, o referido dever tem de ter por base fundamentos racionais e razoáveis (proporcionais), ou seja, a colaboração pára quando os pedidos não tenham explicação face ao enquadramento jurídico. A Ordem dos Médicos irá aprofundar a análise desta interpelação e analisar junto da ERS a melhor forma desta entidade ser mais esclarecedora e mais construtiva na comunicação que dirige aos médicos.

De realçar que: os estabelecimentos e entidades estão obrigadas ao dever de colaborar e, por isso, a dar a informação que seja pertinente. A Ordem dos Médicos está a elaborar uma informação sobre a delimitação desse dever. Os colegas não precisam de responder de imediato. Entretanto, a Ordem irá interpelar a ERS no sentido de articular uma forma mais adequada e explicativa de pedir informações aos médicos e aos estabelecimentos.

Os consultórios médicos mesmo sem as respectivas portarias regulamentares estão obrigados à nova legislação aplicando-se, até publicação de novas portarias, as já existentes.

Após interpelação da Ordem dos Médicos, a ERS prestou o seguinte esclarecimento:

“Relativamente ao pedido de informação efetuado por via eletrónica no dia 14 de novembro último, pela Entidade Regula-

dora da Saúde, com o assunto “Informação Acreditação/Certificação”, onde se questiona se “A entidade/estabelecimento está acreditada e/ou certificada ao abrigo de algum referencial? Se sim, qual? (Ex. Joint Commission International (JCI), Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS), Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), International Organization for Standardization (ISO) 9001, ISO 14001...)”, esclarece-se que:

1- A Entidade Reguladora da Saúde não é uma entidade acreditadora nem certificadora, pretendendo apenas fazer o levantamento do conjunto de entidades/estabelecimentos de saúde que já aderiram a estes sistemas de qualidade voluntários.

2- A adesão a sistemas de gestão da qualidade com referenciais normativos, como os mencionados na comunicação enviada, é facultativa, de adesão voluntária, e não é uma obrigação legal.”

Seguro de responsabilidade civil: obrigatoriedade de ter e informar?

Informação do departamento jurídico sobre a existência (ou não) de obrigatoriedade de seguro de responsabilidade civil em unidades privadas de saúde (clínicas e consultórios médicos) e obrigatoriedade de informar o doente da existência de seguro de responsabilidade civil.

Tendo sido colocada ao Departamento Jurídico a questão genérica de saber se os médicos estão obrigados a informar os seus pacientes sobre o número da apólice do seguro de responsabilidade civil profissional, transcrevemos em seguida a informação emitida sobre essa questão:

Antes de mais cumpre dizer que o regime do contrato de seguro, aprovado pelo Decreto-Lei 72/2008, de 16.04 distingue entre seguros de responsabilidade civil obrigatórios e facultativos, sendo o respectivo regime distinto no que respeita à possibilidade do lesado poder demandar directamente o segurador.

Assim nas situações em que o seguro de responsabilidade civil é obrigatório a lei assegura ao lesado o direito de exigir o pagamento da indemnização directamente à companhia seguradora (vide artigo 146.º,

n.º1 do referido diploma legal). Isto porque a obrigatoriedade de um seguro é estabelecida com a finalidade de proteger o lesado.

Consequentemente, sempre que um seguro de responsabilidade civil seja obrigatório, os elementos de identificação das apólices devem ser facultados aos possíveis lesados.

Nas situações em que o seguro é facultativo o eventual lesado não pode, por via de regra, exigir indemnização ao segurador. Por conseguinte, nestes casos os elementos de identificação das apólices não devem ser disponibilizados.

Sendo estes os princípios gerais que decorrem da legislação em vigor importa agora aplicá-los à actividade médica.

O seguro de responsabilidade civil médico não é, por regra, obrigatório pelo que os médicos não estão vinculados a facultarem aos seus pacientes o

número da sobredita apólice¹.

Todavia, existe legislação especial que obriga, em determinadas circunstâncias, a que o médico tenha um seguro de responsabilidade civil profissional.

Com efeito, na sequência da publicação do Decreto-lei 279/2009, que estabelece o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde (UPS), têm vindo a ser publicadas diversas Portarias² relativas às diferentes tipologias de UPS que têm estipulado a obrigatoriedade de um seguro de responsabilidade civil profissional que é da incumbência das respectivas unidades e que deve cobrir os riscos inerentes à actividade própria da unidade de saúde e, nalguns casos, a actividade dos seus profissionais.

O regime de obrigatoriedade

da existência de um seguro de responsabilidade civil pela actividade de determinadas clínicas já estava, aliás, consagrado por legislação anterior respeitante a algumas destas tipologias sendo que há ainda certas valências/especialidades que não foram adaptadas ao regime jurídico do DL 279/2009 e cuja legislação especial se mantêm em vigor por força deste mesmo diploma, delas constando a obrigatoriedade de seguro de responsabilidade civil³.

Assim, as UPS e os médicos que exerçam a profissão em consultórios privados, quando submetidos a legislação especial que obriga à existência de seguro de responsabilidade civil, estão vinculados a fornecer aos seus doentes, que se considerem lesados, os elementos identificativos dos respectivos contratos de seguro, designadamente a identificação da seguradora e o número da apólice.

1- Como é sabido todos os médicos inscritos na Ordem dos Médicos têm a responsabilidade civil profissional coberta por um seguro colectivo suportado pela OM.

2- Regimes Jurídicos De Licenciamento E Fiscalização Sectoriais Clínicas e Consultórios - Portaria n.º 287/2012, de 20 de Setembro, com as alterações da Portaria n.º 136-B/2014. D.R. n.º 126, Suplemento, Série I de 2014-07-03

Cirurgia de Ambulatório - Portaria n.º 291/2012. DR 185 SÉRIE I de 2012-09-24, com as alterações da Portaria n.º 111/2014, de 23 de Maio
Clínicas e Consultórios com Internamento - Portaria n.º 290/2012. DR 185 SÉRIE I de 2012-09-24

Medicina Física e de Reabilitação - Portaria n.º 1212/2010. D.R. n.º 232, Série I de 2010-11-30

Obstetrícia e Neonatologia - Portaria n.º 615/2010. D.R. n.º 149, Série I de 2010-08-03, com alterações introduzidas pela Portaria n.º 8/2014. D.R. n.º 9, Série I de 2014-01-14

Clínicas e Consultórios dentários privados - Portaria n.º 268/2010, de 12 de Maio

Radiologia - Portaria n.º 35/2014. D.R. n.º 30, Série I de 2014-02-12

Radioterapia/Radioncologia - Portaria n.º 34/2014. D.R. n.º 30, Série I de 2014-02-12

Medicina Nuclear - Portaria n.º 33/2014. D.R. n.º 30, Série I de 2014-02-12

3 - É o caso da Patologia Clínica, da Diálise e dos estabelecimentos temais.

QUER RECOMENDAR O SEU MÉDICO?

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

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

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

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

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

PRÉMIO
**MILLER
GUERRA**
DE CARREIRA MÉDICA



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

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

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



Congresso Nacional de Medicina Medalhas de mérito

No dia 27 de Novembro, no contexto do XVII Congresso Nacional de Medicina, teve lugar a cerimónia de homenagem a alguns colegas que foram distinguidos com as medalhas de mérito da Ordem dos Médicos. Divulgamos em seguida a lista de agraciados indicando a secção regional a que pertencem. (Fotos de Luciano Reis)

Joaquim Germano Pinto Machado

Correia da Silva, da SRN, homenageado a título póstumo (medalha recebida pelo advogado Gonçalo Correia da Silva, filho do homenageado), teve um importante papel no desenvolvimento da Universidade do Minho, onde foi membro da Comissão Instaladora e director do Curso de Medicina. Teve uma intensa actividade na área da formação e educação médica; foi membro de sociedades científicas de Anatomia, membro fundador da European Teratology Society e membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.



Maria Teresa Figueiredo Osório de Mesquita Montes

da SRN, foi directora do Departamento de Ginecologia do Centro do Porto do Instituto Português de Oncologia (1985-2002). Foi também presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia de 1994 a 1999. Teve uma vasta actividade no domínio das organizações científicas nacionais e internacionais da sua área. Foi responsável pela criação do primeiro Ciclo de Estudos Especiais em Ginecologia Oncológica, de que foi coordenadora nacional até 2002. Na Ordem dos Médicos teve também vasta actividade.



Berta Ferreira Milheiro Nunes, da SRN, é doutorada em Medicina Comunitária, tendo pertencido à «Wonca Rural», um grupo de médicos rurais a nível mundial que estuda e investiga as especificidades dos problemas de saúde nas zonas rurais. Foi membro da Direcção da Euripa, uma associação europeia de médicos rurais (até 2005); foi directora do Centro de Saúde de Alfândega da Fé (1996-2002), período em que este Centro de Saúde ganhou vários prémios de qualidade a nível nacional e europeu. Foi coordenadora da Sub-Região de Saúde de Bragança e é presidente da Câmara de Alfândega da Fé desde Outubro de 2009.



Rui Manuel Lopes Nunes, da SRN, é professor catedrático de Sociologia Médica e director do Departamento de Ciências Sociais e Saúde da FMUP. É coordenador do Curso de Doutoramento em Bioética. Exerceu funções de diretor da Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto; foi eleito presidente da Associação Portuguesa de Bioética; primeiro presidente da ERS; membro do CNE-CV; membro do Conselho Nacional de Evidência para a Medicina da OM, e é, desde 2014, coordenador do Conselho Nacional para o Serviço Nacional de Saúde.



José Nelson Coelho Pereira, da SRN, foi membro da associação de cirurgiões dos cursos do Hospital de Santa Cruz e S. Pablo de Barcelona. Chefe de equipa de urgência durante 10 anos, adjunto da direcção clínica e formador de internos. Foi director de serviço de cirurgia geral e posteriormente director de departamento de cirurgia, director do bloco operatório, vice-presidente da comissão de ética, editor associado da revista Arquivos Portugueses de Cirurgia. Organizou o 1º Encontro Internacional de Cirurgia. Foi assistente convidado e posteriormente professor associado da FMP.



António Augusto Ferreira Mega Lopes de Andrade, da SRC, teve uma longa carreira que começou nos HUC. Em Moçambique desempenhou funções de assistente na Universidade de Lourenço Marques e foi colocado no Serviço de Cirurgia I e integrado nas actividades assistenciais e de docência (Patologia e Clínica Cirúrgica). Foi bolseiro do Instituto de Alta Cultura e nessa qualidade foi para Joanesburgo para um programa de investigação. Os seus trabalhos permitiram, pela primeira vez, a realização da mesma intervenção em 4 jovens com Hipercolesterolemia Familiar Homozigótica com resultados muito positivos. Recebeu a medalha o presidente do Distrito Médico de Viseu, Carlos Daniel (na foto), por impedimento do homenageado.



Polybio Serra e Silva, da SRC, foi co-fundador e 1º presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose. É presidente do Conselho Científico e da Delegação Centro da Fundação Portuguesa de Cardiologia onde tem desenvolvido inúmeros projectos, envolvendo escolas e o tecido empresarial, principalmente no âmbito da prevenção (desabituacão tabágica, correcção do perfil lipídico e actividade física, etc). Exerce clínica privada há 55 anos nas especialidades de Cardiologia, Medicina Interna e Endocrinologia.





Luís de Mello Borges de Castro, da SRC, fez a sua aprendizagem em Neuropediatria em Londres e, com Karin Dias e Cândida Maia, lançou as bases da Neuropediatria em Portugal. Criou o Centro de Paralisia Cerebral de Coimbra. Colaborou no movimento de integração de crianças com deficiência e no Projecto Intervenção Precoce de Coimbra, que se tornou um modelo a nível nacional e internacional. Foi um dos fundadores da Associação Nacional de Intervenção Precoce, de que é presidente, da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria e da Sociedade Portuguesa de Desenvolvimento Infantil. Recebeu a medalha o presidente do Conselho Regional do Centro, Carlos Cortes, por impedimento do homenageado.



Mário Alberto Domingos Campos, da SRC, foi durante mais de uma década assistente da Faculdade de Medicina na área de Nefrologia e desenvolveu um vasto trabalho na área da diálise, contexto em que fez parte de comissões ministeriais, desde a Comissão Nacional de Diálise e Transplantação, até presidente da Comissão Técnica Nacional de Diálise (2013). Foi também membro do Grupo Técnico da Organização Interna e Governação dos Hospitais, criado em 2010. Desenvolveu actividade na OM e foi um destacado desportista tendo chegado à selecção nacional A de futebol.



António Nuno Torrado da Silva, da SRS, homenageado a título póstumo (medalha recebida pela neta, Madalena Torrado Malato), foi docente na FMC; pediatra e investigador, defensor dos direitos da criança, humanização dos serviços, presença dos pais no internamento e do trabalho em equipa em estreita ligação à comunidade. Foi presidente da Sociedade Portuguesa de Pediatria, sócio fundador do Instituto de Apoio à Criança, presidente da Sociedade Europeia de Nefrologia Pediátrica, membro da Comissão Nacional de Saúde Materna Infantil que estabeleceu as bases do actual sistema de cuidados aos recém-nascidos e presidente da Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança.



Emílio Isidro Imperatori Ruiz, da SRS, homenageado a título póstumo (medalha recebida pela viúva, Justina Imperatori), nasceu em Montevideu (Uruguai) onde se licenciou. Obteve a nacionalidade portuguesa e foi aqui que exerceu a sua actividade como médico de saúde pública e professor. Como chefe de Divisão de Planeamento da então Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários foi o responsável por uma nova prática de elaboração de planos em todas as ARS e centros de saúde. Nesse contexto, lançou o primeiro Programa de Avaliação de Qualidade em Cuidados de Saúde Primários. Foi docente da Escola Nacional de Saúde Pública.



Maria da Purificação Costa Araújo, da SRS, implementou as actividades de saúde materna nos Dispensários Materno-Infantis no Instituto Maternal. Foi responsável pelo serviço de Saúde-Materna da D.G.S. Foi professora convidada da Escola Nacional de Saúde Pública. No desempenho de vários cargos no Instituto Maternal e na DGS deu particular ênfase a dois aspectos fundamentais para os serviços de Cuidados Primários: formação do pessoal técnico (médicos e enfermeiros) e a organização da valência de Saúde Materna e planeamento familiar dos centros de saúde.

Joaquim Seabra Dinis, da SRS, homenageado a título póstumo (medalha recebida pela médica Lina Seabra Dinis, sua filha), foi psiquiatra, escritor e conferencista. Sócio fundador da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, foi eleito membro da Société Médico Psychologique de Paris. Dedicou muita da sua actividade para introduzir em Portugal o método psicoprofilático de preparação de grávidas para o parto. Colaborou na elaboração dum plano nacional de assistência psiquiátrica. Apresentou na Sociedade de Ciências Médicas, em 1959, com Moreira da Silva, um importante estudo médico-social no concelho de Oleiros, “uma região de bócio endémico e de muitas oligofrenias”.



Luís Adriano das Neves Gonçalves Sobrinho, da SRS, foi professor da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa e assistant professor of medicine na Yale University Medical School. Foi investigador coordenador de Endocrinologia e director do respectivo Serviço no IPO. Foi professor catedrático convidado da Faculdade de Ciências Médicas. É membro da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, da Endocrine Society (USA), da International Society of Psychoneuroendocrinology, da European NeuroEndocrine Association e da Sociedade Portuguesa de Psicossomática, da qual é sócio fundador.



João dos Santos, da SRS, homenageado a título póstumo (medalha recebida por Paula Santos Lobo, filha do homenageado), fez a sua formação psicanalítica em Paris onde foi investigador no Centro de Pesquisas Científicas, no Laboratório de Biopsicologia da Criança. Em Portugal foi pioneiro da psicanálise e cofundador da Sociedade Portuguesa de Psicanálise. Foi cofundador do Centro Infantil Hellen-Keller; colaborou na criação da Liga Portuguesa dos Deficientes Motores e da Secção de Paralisia Cerebral da mesma Liga (serviço pioneiro para o diagnóstico e tratamento da paralisia cerebral), e ainda da Associação Portuguesa de Surdos. Participou activamente na instalação do Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa de que foi director.



António Maria Baptista Fernandes, da SRS, interessado pela Cirurgia Plástica e Reconstructiva (especialidade inexistente em Portugal) realizou um estágio de especialização na Grã-Bretanha. Em 1955 foi aprovado como assistente de Estomatologia dos HCL desenvolvendo e praticando a Cirurgia Plástica e Reconstructiva. Protagonizou um importante movimento para a criação dessa especialidade onde se incluía a Cirurgia Maxilofacial. Em 1975 a FML individualizou um Curso de Cirurgia Plástica e Reconstructiva do qual foi encarregado. Foi o primeiro Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Plástica e Reconstructiva. Medalha recebida pelo médico João Carlos Baptista Fernandes, filho do homenageado (por impedimento do próprio).





Congresso Nacional de Medicina Requalificar o SNS e ter um país para viver

Na abertura do XVII Congresso Nacional de Medicina e do VIII Congresso Nacional do Médico Interno, Constantino Sakellarides proferiu a conferência "Antes do Serviço Nacional de Saúde - Revisitar o passado. Pensar o futuro" durante a qual recordou que bem estar e economia são duas faces de uma mesma moeda e criticou o "autoritarismo financeiro" que subalterniza tudo o resto e lançou um apelo a uma requalificação do SNS estruturada num novo relatório de carreiras médicas.

A conferência proferida por Constantino Sakellarides começou com a referência à evolução histórica desde o nascimento do mutualismo em que "havia uma faixa significativa da população que ficava sem protecção" quanto às questões da saúde. Este panorama viria a começar a mudar no fim do século XIX com o Seguro Social de Saúde. Este seguro público de saúde nasce precisamente como parte da resposta que foi o Estado Social, com respostas que tentam harmonizar a economia e o bem estar social. Constantino Sakellarides recordou o primeiro delegado de saúde da história, William Duncan (de Liverpool) que para além da preocupação com a saúde da comunidade apresentava a noção de que a economia tinha influência na saúde dessa mesma comunidade. Foram precisos 30 anos para que esse seguro social passasse da Alemanha para o Reino Unido e mais 3 décadas para chegar aos restantes países, como Espanha, Portugal,

Itália, etc., aos quais já só chegou próximo da II Guerra Mundial. O sistema português continuava fortemente fragmentado entre público, privado, mutualismo obrigatório e beneficência, com uma componente benemérita importante, assegurada pelas Misericórdias.

Em seguida Constantino Sakellarides referiu o papel do Relatório das Carreiras Médicas (1961) no contexto histórico do SNS, realçando alguns aspectos desse documento: o resumo dramático do estado da saúde e do exercício da medicina (com 9 em cada 100 nados vivos a morrer), o facto de ter sido um momento dos jovens médicos (que eram aqueles que viam com maior apreensão o seu futuro profissional e a degradação do estado de saúde da população) e a união, ou consciência da necessidade de mobilizar as pessoas para ultrapassar as dificuldades (com uma assembleia que juntou cerca de sete centenas de médicos).

Num salto para a actualidade, o

orador referiu o exemplo de um jovem médico português que emigrou para a Grã-Bretanha e que referiu no seu blog que as razões tinham sido porque o computador estava sempre avariado, quando estava a funcionar o computador, falhava a impressora porque não havia toner ou papel para imprimir as receitas. "Quantas mais vezes isto está a acontecer no nosso país?" questionou Constantino Sakellarides. "A pergunta faz-se mas, tal como há 40 anos, não há resposta".

Apesar do nosso SNS ter sido criado na pior época possível – os países mais desenvolvidos tinham feito esse empreendimento em períodos de crescimento económico enquanto que nós o fizemos em plena crise do petróleo e com dificuldades financeiras, explicou – foi precisamente uma resposta à crise mas o nosso SNS "foi a melhor resposta", quando comparado com a italiana, espanhola, grega, etc., frissou. Para esse sucesso contribuiu o

facto de libertarmos a criatividade dos líderes locais. “Aconteceu o mesmo sucesso com o problema da mortalidade infantil, com a reforma (incompleta) dos Cuidados de Saúde Primários e com a Saúde Pública”.

“O bem estar e a economia são duas faces da mesma moeda e quando os decisores não fazem essa análise temos necessariamente problemas na saúde”, são momentos prejudi-

ciais para todos os sectores (saúde e economia) que define como um “autoritarismo financeiro” que tudo subalterniza. Numa tentativa de recentrar o debate, Constantino Sakellarides recordou palavras escritas há 60 anos sobre os sistemas públicos de saúde: “não há taxas de utilização, mas não é caridade: você está a pagar pelos serviços, especialmente através dos seus impostos, o que vai libertá-lo de preo-

cupações com dinheiro em tempo de doença”, citou, referindo-se a um panfleto sobre o NHS.

Para encerrar a sua conferência, Constantino Sakellarides lançou um repto à Ordem dos Médicos, convidando a instituição a fazer um novo relatório das carreiras médicas com o objectivo de lançar a requalificação do SNS, deixando o mote: “ter um país para viver”.



Congresso Nacional de Medicina Nenhum país apresenta tão bons indicadores com custos tão baixos

A primeira mesa redonda do XVII Congresso Nacional de Medicina foi moderada por Jaime Teixeira Mendes (SRS) e Tiago Costa (CNMI) e teve como pano de fundo o tema “Com o Serviço Nacional de Saúde”. Carlos Silva Santos, presidente do Distrito Médico de Lisboa-Cidade, José Manuel Silva, presidente da OM, e o economista Eugénio Rosa foram os oradores desta sessão.

Carlos Silva Santos fez um enquadramento histórico do serviço médico à periferia e salientou que a humanização da medicina não perdeu actualidade e que para haver mudanças na saúde tem que haver mudanças na sociedade, e que todos, especialmente os médicos, devem estar dispostos a contribuir para essa mudança. A necessidade de repensar os cuidados de saúde com

programas de vigilância de saúde pública muito fortes foi também realçada nesta intervenção. Carlos Silva Santos falou com alguma saudade da organização geodemográfica e salientou a importância da inter-ajuda entre os vários profissionais das ciências da saúde. A contestação da prática médica mercantilista, com defesa intransigente da humanização da medicina, área que “não perdeu

actualidade”, foram a tónica principal nesta intervenção.

José Manuel Silva numa evocação do SNS, fez referência aos resultados obtidos apresentando dados da OCDE que comprovam como o SNS português é o melhor do mundo quando se analisa a qualidade, acessibilidade e custo *per capita* “pois nenhum outro país apresenta os nossos bons indicadores de

saúde com custos tão baixos”; Resultados que José Manuel Silva diz serem “melhores do que seria expectável”, especialmente tendo em conta que o nosso PIB é metade do da Alemanha e apresentamos os mesmos resultados globais, gastando muito menos! Onde Portugal não tem uma prestação tão boa é em relação à vida saudável após os 65 anos, mas esses são indicadores que, nesta geração em estudo, estão fortemente condicionados pela pobreza na infância e que não

Carlos Silva Santos



podem, portanto, ser analisados sem o devido enquadramento histórico e com a consciência de que só na próxima geração é que conseguiremos melhorar esses indicadores. O presidente da Ordem dos Médicos referiu diversos problemas e insuficiências do nosso SNS, que foram criados artificialmente com os cortes no orçamento da saúde: fecho de camas quando já não havia por onde reduzir o que redundou, por exemplo, em notícias sobre o adiamento de cirurgias no IPO por falta de camas; falta de enfermeiros, etc. Especificamente sobre a potencial falta de médicos, José Manuel Silva voltou a citar as estatísticas oficiais que

comprovam que Portugal é o 5º país da OCDE com mais médicos. “O que devíamos discutir é porque razão continuam a faltar médicos em certas zonas do país se na realidade temos médicos suficientes...” A terminar a sua intervenção, José Manuel Silva referiu as cada vez mais elevadas taxas de abandono de terapêutica e lamentou a perda da relação médico/doente, o que se “traduz em perda de qualidade do sistema de cuidados” e uma fragmentação do doente. Sem rela-

José Manuel Silva



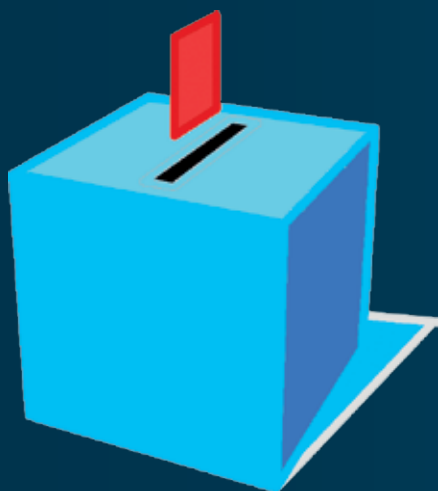
ção terapêutica o que queremos? questionou: “queremos que o doente marque uma consulta por cada queixa!” A deficiente qualidade dos cuidados de saúde não é apenas má para os doentes pois fica muito cara, concluiu, apelando a uma cidadania mais activa e interveniente de todos pois “se não garantirmos a sustentabilidade do país, não haverá sustentabilidade para a saúde”. Eugénio Rosa falou das questões de financiamento e sustentabilidade e demonstrou que a ideia de que em Portugal se gasta muito com saúde não passa de um mito: “a realidade é que a despesa privada com saúde em Portugal é mais elevada mas a

despesa pública é mais baixa do que a média da OCDE”. A acrescentar a essa afirmação explicou como Portugal foi o país onde a despesa das famílias com a saúde mais aumentou entre 2000 e 2011. Com o orçamento actual para a saúde, o economista fala de “estrangulamento do SNS”, devido aos cortes de mais de um milhão e meio de euros nos últimos 4 anos. Para o ano de 2015, Eugénio Rosa refere que o estrangulamento continuará pois “as transferências que são feitas

Eugénio Rosa



para o SNS continuam a ser inferiores às despesas” do nosso Serviço de Saúde, cifrando-se as diferenças em mais de 700 milhões de euros. Uma situação que se deve ao facto de, “sistematicamente, fazerem-se orçamentos inferiores à realidade”. Um sub-financiamento que tem como consequência o endividamento crescente das unidades de saúde. Para garantir a sustentabilidade do SNS é necessário, referiu, procurar o crescimento económico do país e que os recursos aplicados no SNS o sejam de forma eficiente e eficaz, visto que os recursos são, naturalmente, limitados.



ELEIÇÕES

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

26 de Março de 2015

Horário: das 09,00 às 20,00 horas

Local: Secções Regionais da Ordem dos Médicos

CALENDÁRIO ELEITORAL

Janeiro 23	Os cadernos eleitorais estarão disponíveis para consulta em cada Secção Regional.
Janeiro 28	Prazo limite para reclamação dos cadernos eleitorais
Fevereiro 02	Prazo limite para decisão das reclamações
Fevereiro 16	Prazo limite para formalização das candidaturas
Fevereiro 23	Prazo limite para apreciação da regularidade das candidaturas
Março 16	Prazo limite para o envio dos boletins de voto e relação dos candidatos
Março 26	Constituição das Assembleias Eleitorais (Secções de Voto), acto eleitoral e contagem dos votos a nível regional (a Mesa Eleitoral Nacional funciona na Secção Regional que detém a Presidência).
Março 31	Apuramento final dos resultados a nível nacional.
Abril 6	Prazo limite para impugnação do acto eleitoral.
Abril 13	Prazo limite para a decisão de eventuais impugnações.

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



Juramento de Hipócrates 2014

O médico é um homem bom, perito em medicina

Perante a relevância da cerimónia que representa a entrada dos jovens médicos na profissão — “o dia do solene Juramento de Hipócrates e de entronização Deontológica como Médicos, que espero que seja o dia mais marcante de toda a vossa vida médica” —, o Presidente da Ordem dos Médicos quis realçar a importância da união — “sozinhos somos frágeis, juntos seremos imparáveis como já fomos em duas grandes mobilizações” — e da “dimensão política do cidadão médico” na sociedade actual bem como o papel que todos os profissionais de Saúde, “mas com os médicos a assumirem o seu papel de líderes naturais”, tiveram para a elevação do SNS português, “com os seus valores de universalidade, equidade e solidariedade e no âmbito do qual se praticaram no ano passado 50 milhões de actos médicos”, àquele que considera ser o melhor Serviço Nacional de Saúde do mundo.

Precisamente com o intuito de relembrar que, se há algo que distingue todas as pessoas que efectuam o juramento milenar, tal motivo distintivo é precisamente a qualidade de ser médico, José Manuel Silva efectuou o mesmo discurso no Juramento de Hipócrates de cada uma das Secções Regionais da OM. É esse discurso que ora resumimos, mas que pode ser consultado na íntegra no site nacional da Ordem dos Médicos. Dando as boas vindas aos jovens colegas, no momento em que entram na “mais escrutinada, complexa, sensível,

difícil, exigente e gratificante profissão do mundo”, o presidente da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, afirmou a sua honra em ser Bastonário daqueles que serão o garante da qualidade da medicina que se vai praticar nos próximos anos.

Invocando em seguida o exemplo de Egas Moniz, “médico notável e cientista brilhante”, mas também “um distinto escritor e político”, José Manuel Silva desafiou os jovens médicos que agora iniciam o seu percurso que, além de excelentes médicos, “sejam cidadãos

por inteiro”, exercendo “política por acção e não política por inacção”. “É importante olharmos a personalidade eclética e irrequieta de Egas Moniz e percebermos como é essencial, sem quaisquer contradições, que os médicos dediquem mais atenção e tempo à intervenção política”. Desejando que os mais jovens não se deixem governar “por pessoas muito menos competentes e preparadas”, recordou Rodrigo de Castro e a sua obra magistral intitulada “O Médico Político”, “que aborda esta questão numa perspectiva ética

e científica própria do enquadramento da época, do posicionamento do médico no seio da pólis grega; neste livro define o médico com uma frase muito singela mas de profundo significado, ‘o médico é um homem bom, perito em medicina’. É o que devem ser!”, exultou.

A dimensão política do cidadão médico faz, segundo o presidente da OM, todo o sentido “pois os problemas vividos e sentidos por todos nós no Sistema de Saúde, profissionais e doentes, não são problemas intrínsecos à Saúde mas sim secundários à crise político-económico-financeira do país. Os profissionais de Saúde, todos eles, mas com os médicos a assumirem o seu papel de líderes naturais, elevaram o SNS português, com os seus valores de universalidade, equidade e solidariedade e no âmbito do qual se praticaram no ano passado 50 milhões de actos médicos, àquele que considero, pelo menos até 2011, como o melhor Serviço Nacional de Saúde do mundo, na relação Qualidade/Acessibilidade/Custo per Capita. Nenhum outro sistema de saúde de nenhum outro país do mundo consegue os mesmos extraordinários indicadores de saúde de Portugal pelo baixo custo per capita que despendemos”. Com essa convicção, José Manuel Silva convidou os colegas à defesa do modelo português e dos seus elevados padrões de Saúde: “Para além de excelentes médicos, com um apurado sentido de humanidade, honestidade e respeito pelos doentes, desafio-vos para que sejam também cidadãos de corpo inteiro, activos, interventivos, críticos e exigentes, adoptando o exemplo de Egas Moniz e de D. Ximenes Belo e participando na vida pública e política deste país! (...) Lembrem-se que na vossa vida pública

e profissional estareis sempre a fazer política, seja por acção seja por omissão. Se opinardes e intervierdes, podereis influenciar os decisores no sentido que considerardes mais correcto e adequado, se vos alheardes e calardes, outros decidirão por vós e não tereis direito a lamentos póstumos. Política por política, então fazei política por acção e não por omissão! Sede cidadãos de corpo inteiro e não almas receosas e amordaçadas! Sem esse papel político não conseguiremos maximizar a nossa mais nobre missão, que é a de defender o legítimo direito dos nossos doentes a terem acesso a uma medicina qualificada e de acordo com o Estado da Arte Médica, exigindo, como recomenda a Associação Médica Mundial, um orçamento suficiente para o fazermos. Rigor, racionalidade e combate activo a todas as formas de fraude e de desperdício, sim, racionamento para os mais pobres e medicina a duas velocidades, não, nunca”.

A lista de desafios e combates que se colocam a médicos e doentes é longa e o presidente da OM referiu-a, mas sublinhou o facto de que, para todos os problemas elencados, a OM “faz ponto de honra em apresentar soluções apropriadas” e em manifestar a sua disponibilidade para colaborar com o Governo, assumindo a filosofia de que “uma crítica só é legítima se acompanhada de uma solução exequível e eficiente”: “as interferências na relação médico-doente e as dificuldades informáticas na prescrição, a proletarização e crescente emigração dos médicos, o *numerus clausus* desmedido, o excesso de alunos e a deficiente formação pré-graduada, a insuficiente e cada vez mais reduzida capacidade formativa pós-graduada, a selva dos concursos de provimento, a quase estagnação

das Carreiras Médicas, as consequências dos cortes excessivos e avulsos, o comprometimento progressivo da qualidade, acessibilidade, capacidade de resposta e desígnios constitucionais do SNS, o adiamento de cirurgias oncológicas por falta de camas hospitalares e o aumento dos tempos de espera para cirurgia oncológica, equipas médicas de urgência abaixo dos limites mínimos de segurança, a descaracterização e paralisação da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, as faltas recorrentes de material médico, a dispensa de medicação hospitalar de ambulatório por períodos absurdamente curtos, as dificuldades de acesso à inovação terapêutica, as persistentes desigualdades regionais no tratamento dos doentes, o *task-shifting* profissional, a mercantilização da Saúde, o ataque à pequena e média iniciativa privada médica, as empresas de mão-de-obra médica, o distorcido método de financiamento hospitalar, etc..”

Mas esse é um combate em que não estarão sós: “para enfrentar determinadamente estas dificuldades, relatem-nos os problemas e obstáculos com que se depararem no vosso dia a dia clínico e contem sempre com a Ordem dos Médicos e as outras associações que vos representam, nomeadamente os Sindicatos Médicos, para intervirem. Sozinhos, somos frágeis, juntos temos uma força imparável, como demonstrámos já em duas grandes mobilizações dos médicos. Não desanimem nunca, deveremos manter-nos mobilizados, unidos e em estado de prontidão permanente”.

No seu discurso referiu igualmente o desafio que é controlar os gastos em saúde ao mesmo tempo que se expande a prestação de cuidados e se melhora a qualidade, o que só poderá ser solucionado



com uma clara “aposta na Qualidade, na Transparência, no Mérito, no envolvimento construtivo de todos os parceiros, na promoção da literacia em saúde e na prevenção das doenças crónicas, que consomem 80% do orçamento da Saúde. São estes os caminhos que a Ordem dos Médicos privilegia”, concluiu, explicando muitas das medidas propostas pela OM, nomeadamente no que se refere ao que foi sugerido – e aceite pelo MS – para o enquadramento do Internato Médico. Ainda assim, “uma realidade é incontornável, face ao cruzar em sentidos opostos do aumento do número de candidatos e do emagrecimento do SNS, com encerramentos e fusões de serviços, será objectivamente impossível continuar a garantir vagas de especialidade para todos, não obstante o esforço feito pela Ordem nesse sentido”. Num último ape-

lo, o bastonário da OM, instou os jovens médicos a serem, de facto, “os Provedores e a Voz dos vossos doentes. Não permitam que nada nem ninguém limite o direito dos doentes a terem acesso a uma medicina de Qualidade” e a lerem o Código Deontológico da Ordem dos Médicos com muita atenção e praticarem-no todos os dias. “Parabéns a todos, um óptimo 2015 e façam dos vossos doentes pessoas felizes!”

A Revista da Ordem dos Médicos junta-se a todos os que estiveram presentes nas várias cerimónias de Juramento de Hipócrates e, apropriando-se das palavras finais do discurso do Bastonário da Ordem dos Médicos, deseja que todos os recém-chegados à profissão possam fazer dos seus doentes pessoas felizes e que, completando esse desígnio, sejam igualmente muito felizes.

Juramento de Hipócrates SR Sul

O ensino da medicina não pode restringir-se às ciências exatas

Foram 546 os jovens médicos inscritos na cerimónia de Juramento de Hipócrates da Secção Regional do Sul que, este ano, realizou-se no contexto do Congresso Nacional de Medicina. Nesta cerimónia que simboliza a entrada na profissão, Jaime Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, deu-lhes as boas vindas, num discurso marcado por temas com particular importância para as várias centenas de recém-licenciados como sejam a necessidade de ter competências em comunicação e gestão porque “o ensino da medicina não pode restringir-se às ciências exatas, mas deve incluir outros conhecimentos da área das Ciências Humanas, como a sociologia, a economia ou o direito”. A cerimónia decorreu no passado dia 25 de Novembro, na Aula Magna da Reitoria da Universidade de Lisboa.

Jaime Mendes, presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos começou por referir as exigências da profissão médica, nomeadamente na exigência das “inúmeras provas” porque passam os médicos ao longo da vida, num percurso que não será um “mar de rosas”, como explicaria mais à

frente no seu discurso, numa fase em que a medicina se encontra “numa encruzilhada de modificações constantes” e em que “o muito que aprenderam hoje, vai estar ultrapassado muito rapidamente”. Mas algumas coisas não irão mudar, como sublinhou Jaime Mendes no seu discurso: “o Homem

e a sua relação com o médico e a Medicina”, explicou, relembrando a célebre frase de Abel Salazar, nos anos 30: “quem só sabe medicina, nem medicina sabe”. “Não existem dúvidas que as nossas escolas médicas preparam-vos para serem futuros médicos, é esse o papel que lhes compete. O ensino das novas

descobertas dentro das ciências naturais e da investigação biomédica é seguramente efetuado. Porém, a pedagogia constatou, com espanto, que os melhores alunos não vão ser obrigatoriamente os melhores clínicos. À Ordem dos Médicos e à Faculdade de Medicina coloca-se o grande desafio de ensinar a ser Médico”, desafio que Jaime Mendes considera que deve ser ultrapassado em conjunto, isto é, sem separações esquemáticas e com as duas entidades a trabalharem em conjunto na formação dos médicos. Uma das mudanças essenciais na formação é, segundo o presidente da SRS, a “introdução de novos temas como o saber ouvir e comunicar, fornecendo aos estudantes conhecimentos sobre dinâmicas de interação social e de aquisição de competência em matéria de gestão é hoje defendida por muitos pedagogos” porque o ensino da medicina não pode restringir-se às ciências exatas, “mas deve incluir outros conhecimentos da área das Ciências Humanas, como a sociologia, a economia ou o direito”. Já quanto à formação pós graduada portuguesa, que ainda é distinguida entre as melhores, muito devido às carreiras médicas, “continua muito baseada no modelo biomédico”. Crítico de



uma visão parcelar do doente, Jaime Mendes alertou os jovens colegas para o que se verifica quanto ao papel do médico que lhes está a ser ensinado: o médico é “aquele que tem por função refletir na patologia em causa. Os enfermeiros dispensam os cuidados. Ajudantes de enfermaria ocupam-se da parte hoteleira. A assistente social na esfera social. O paciente é assim observado, aos retalhos, com uma visão restrita quase sempre omitindo a dimensão psicosocial. Falta a aprendizagem de ouvir, da empatia, da gestão de uma consulta e esta vai ser feita no quotidiano da enfermaria ou da consulta comportando erros inevitáveis. A tomada de consciência da insatisfação dos

doentes, pelo jovem médico, sucede mais cedo ou mais tarde, e insidiosamente instala-se uma dúvida quanto às suas aptidões de como tratar um doente”. Em seguida referiu as dificuldades de gestão do tempo entre enfermaria, bloco e consultas, ensino dos estagiários, ministração de cursos, apresentação e publicação de trabalhos... “Perante estas tarefas, muitos médicos se sentirão imprevistos e daí a frustração ou impotência podendo entrar mesmo os mais endurecidos em esgotamento e *burnout*”. Mas Jaime Mendes deixou algumas garantias aos jovens colegas, nomeadamente que a Ordem dos Médicos não transigirá “numa boa formação contínua ao





longo da vossa carreira". Sobre a importância do juramento milenar que os médicos herdaram há mais de 2.000 anos daquele que é considerado o Pai da Medicina, Hipócrates, o presidente da SRS foi peremptório: "convenhamos

que os valores morais - tão arredados da época em que vivemos - de consagrar a vida ao serviço da Humanidade são pouco praticados nesta sociedade de idolatria ao Bezerro de Ouro", mas com certeza não é por isso que passam a ser

menos importantes. Do exemplo de Hipócrates, referiu igualmente o seu posicionamento em face da postura da ciência: "Quando um discípulo propunha uma nova terapêutica, Hipócrates afirmava que era preciso remeter-se à ciência, para saber se era ou não eficaz, e não ficar tranquilo com a opinião de um ou de outro. A ciência recorre às experiências, observações, ensaios, debates e discussões até alcançar um consenso objectivo sobre a verdade. Mesmo quando chegamos a uma conclusão, a ciência continua a procurar e a colocar em dúvida as suas próprias afirmações, no caso de um erro ter sido cometido".



Juramento de Hipócrates SR Centro

Nobel da Paz apela ao humanismo dos jovens médicos

O Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra encheu-se de familiares e amigos dos 300 jovens médicos recém-licenciados que, no passado dia 29 de Novembro, cumpriram o Juramento de Hipócrates na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. D. Ximenes Belo, Prémio Nobel da Paz, proferiu a oração de sapiência, na qual desafiou os jovens médicos a dedicarem-se, de corpo e alma, à profissão.

Na cerimónia promovida pela Secção Regional do Centro (SRCOM) foram entregues as cédulas profissionais e – novidade este ano – um pin com o símbolo da Ordem dos Médicos.

E por ser um dia tão marcante na vida dos médicos, a SRCOM não deixou nada ao acaso, primando pelo bem-estar das quase mil

pessoas presentes neste encontro. A pensar nisso, e de forma a dar maior ênfase ao Juramento de Hipócrates, os jurandos foram brindados com as belíssimas palavras proferidas por D. Ximenes Belo. O Nobel da Paz (1996) lembrou Hipócrates e, evocando o juramento, desafiou os jovens médicos a dedicarem-se, de corpo e alma, à pro-

fissão. "Formaste-vos para dedicar a vossa competência à sociedade em que viveis, por isso, a saúde dos homens deve ser o centro da vossa atenção", disse.

Apelando ao humanismo, D. Ximenes Belo defendeu que a "pessoa humana não é um ser abstracto. Na saúde deve olhar-se o homem com um nome, uma pro-



fissão, uma família, uma história. Essa pessoa tem direitos e deveres. Não é por acaso que a medicina deve sempre fazer a história de cada doente, não só pelas crises que viveu, mas pelos pequenos e grandes pormenores que tecem a vida do homem e mulher”.

“O doente é a pessoa humana em crise mas também em esperança”, realçou, ao mesmo tempo que enfatizou o facto da humanização dos cuidados de saúde não ser possível sem “competência, actualização e avaliação constante”.

“Estão obrigados a lutar contra a doença e contra o sofrimento dos outros”

Também os valores fundamentais do humanismo não foram esquecidos no discurso proferido pelo

Presidente da SRCOM, Carlos Cortes. Esta “cerimónia liga-vos aos milhões de médicos que, desde o início da Humanidade, lutaram persistentemente contra a doença e contra os males do corpo e da mente. A vossa dedicação e entrega construirão pontes para que os médicos de amanhã consigam feitos que a arte ainda não nos disponibiliza hoje, mas que os avanços da medicina, da tecnologia e da Humanidade, suportados por vós, poderão alcançar no futuro. A partir de agora, têm a responsabilidade, nas vossas mãos, de legar aos médicos de amanhã aquilo que receberão dos médicos de hoje. Fazem parte desta corrente inquebrável de transmissão da virtude humanista e do saber médico de geração para geração”.

O tratamento do doente, deve ser,

nas palavras de Carlos Cortes, o propósito de todos os médicos. “Lutem pelo vosso doente, dignificando a ética e a deontologia que os vossos mestres vos ensinaram”, apelou, dizendo ainda que “o vosso doente, que tudo depositou em vós, espera-vos para receber a vossa entrega, o vosso sacrifício e o vosso afecto. O bem-estar dos outros depende agora de vós. Essa é a vossa responsabilidade para com a Humanidade, essa é a vossa fé, esse é o vosso papel na vida dos homens. Nunca o apaguem do vosso pensamento”.

Carlos Cortes deu conta do enorme desafio que os médicos enfrentam: “Hoje, muitos médicos desiludidos, desmotivados, desistem de praticar a Medicina em Portugal. Na Região Centro, este ano, 278 Médicos já solicitaram à Ordem dos Médicos certificados para poderem exercer no estrangeiro, 65% deles têm menos de 40 anos. Com toda a certeza, muitos não voltarão. Em Dezembro, se todos os candidatos concorrerem às vagas de especialidades médicas disponíveis, mais de 70 não terão a possibilidade de continuar a sua formação especializada essencial para responderem às necessidades em Saúde.

Tudo isto irá concorrer para o vos-



so desconforto e desmotivação. Tudo isto irá concorrer para que apaguem o juramento que têm agora nas vossas mãos.”

Nunca como hoje o juramento será, pois, tão importante e, por isso, o Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos enfatizou: “O Juramento de Hipócrates, é o juramento do humanismo, da entrega ao serviço do bem, da resistência ao adverso, dos valores que a luz da Humanidade depositou na prática da Medicina. E por este Juramento estão obrigados a lutar contra a doença e contra o sofrimento dos outros, mas também, pela vossa consciência cívica, contra o esquecimento, contra a ignorância e contra a frieza daqueles que só vêm na saúde um instrumento de aproveitamento político e mercantilista, próprio de outros palcos. Ser Médico é ser exigente com o seu saber e é ter a compaixão e a humildade de estar

ao serviço daqueles que de nós precisam, para sempre, e em qualquer circunstância”. Depois de ouvirem, atentamente, as palavras a eles dirigidas os jovens médicos receberam, num ambiente de grande emoção, as cédulas profissionais. Após a tradicional fotografia de grupo, o dia de festa e convívio entre familiares e jovens médicos continuou desta feita num almoço convívio promovido pela SRCOM.

ao serviço daqueles que de nós precisam, para sempre, e em qualquer circunstância”.

Depois de ouvirem, atentamente, as palavras a eles dirigidas os jovens médicos receberam, num ambiente de grande emoção, as cédulas profissionais. Após a tradicional fotografia de grupo, o dia de festa e convívio entre familiares e jovens médicos continuou desta feita num almoço convívio promovido pela SRCOM.

Juramento de Hipócrates SR Norte

A bem dos doentes, da medicina, do SNS e do país

Realizou-se no Porto no dia 30 de novembro de 2014, na Casa da Música, a cerimónia de Juramento de Hipócrates. Esta cerimónia solene representa a entrada dos jovens médicos na profissão e acolheu este ano as mais de cinco centenas de recém-chegados à profissão que se inscreveram na Secção Regional do Norte.



No discurso que dirigiu aos 532 médicos formados no último ano lectivo, o presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, exortou os médicos a ter um papel mais activo na sociedade, especialmente nesta época em que se discute mais a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e menos a sua qualidade: “Devemos ver o que está mal e corrigir, para que possamos melhorar a quali-

dade assistencial”, reforçou. “Para erguer o país é preciso acreditar e ter esperança no futuro. E temos que ser todos e cada um de nós, a sociedade civil, a reivindicar a mudança. A capacidade de intervenção da sociedade civil tem que ser mais robusta, mais informada, mais competente e mais exigente para com o poder político. E nós temos também a obrigação ética e deontológica de defender os doentes e denunciar situações de defi-

ciência ou insuficiência que possam colocar em risco a sua saúde”. Para que este desígnio seja possível, Miguel Guimarães recordou “o papel central da necessidade de uma liderança forte a todos os níveis, do valor acrescentado da juventude e do conhecimento, da comunhão de afectos e da identidade estratégica, e do papel nuclear da família”.

Numa altura em que a emigração médica assume grande destaque, o presidente da SRNOM lançou um apelo ao ministro da Saúde para que perceba que “é absolutamente inaceitável que se estejam a contratar médicos estrangeiros para colmatar lugares, quando existem centenas de médicos portugueses a emigrar. Não é possível continuarmos nesta situação», frisou lembrando que “o numerus clausus para Medicina em Portugal é claramente aquele que mais aumentou nos últimos anos em todos os países da OCDE” e que “Portugal é o 8º país com o

maior número de estudantes de Medicina *per capita*", situação que pode pôr em causa a "qualidade da educação médica na prática clínica" que está a ser "irreversivelmente prejudicada pelo elevado número de estudantes (...) que duplicam em muitos casos as capacidades formativas das Faculdades". Sendo obrigação da Ordem dos Médicos garantir a qualidade da formação médica especializada, Miguel Guimarães sublinhou que a instituição não vai "ceder a pressões políticas no sentido de debilitar a qualidade da formação". Ainda sobre a emigração de médicos, "num país que tem falta de profissionais nalgumas regiões e contrata estrangeiros para suprir carências", realçou que se trata de um "paradoxo difícil de entender": "É preocupante assistir à saída de alguns dos nossos melhores valores. Sem a força, a competência e a irreverência da juventude não é possível recuperar o país", conclui, enaltecendo a "qualidade do trabalho desenvolvido pelas direcções das Associações de Estudantes e da ANEM, e dos jovens médicos através do Conselho Nacional do Médico Interno".

"A existência de vários concursos médicos regionais fechados - o que configura uma violação dos princípios constitucionais da igualdade de acesso ao emprego público e da igualdade de oportunidades -, (...) atrasos superiores a um ano na colocação dos médicos que realizaram os concursos, a existência de júris que não respeitam o dever de isenção e imparcialidade, a existência de verdadeiros conflitos de interesses, a não publicação de critérios transversais específicos de avaliação com total desprezo pela nota final do internato, as questões perniciosas colocadas por

alguns júris a alguns candidatos, são situações absolutamente lamentáveis".

A ausência de consagração legal do acto médico, a aparente protecção aos praticantes de terapêuticas não convencionais, o discurso político sobre medidas da sustentabilidade em detrimento claro da qualidade dos cuidados de saúde e outras situações que põem em causa "o direito constitucional dos doentes à protecção da saúde conforme os padrões de qualidade definidos científica e tecnicamente", foram igualmente sublinhados no discurso de Miguel Guimarães.

SNS está a retroceder a 'olhos vistos'

"Não são necessários muitos dados estatísticos para entender que a Saúde dos portugueses depende cada vez mais de cada um de nós e menos do Estado. O património genético do SNS nunca esteve tão em risco. De resto, não é possível diminuir de forma brutal o orçamento do estado para a saúde e continuar a oferecer cuidados de saúde com a mesma qualidade", razão pela qual Miguel Guimarães não hesitou em afirmar que, "os últimos anos, todos nós, doentes e profissionais de saúde, temos a percepção que o SNS está a retroceder a 'olhos vistos'." A contribuir para essa degradação "exis-

tem cada vez mais barreiras entre os doentes e os médicos (e não são apenas informáticas), cada vez é mais escasso o tempo para a relação médico-doente, cada vez a medicina é menos humanizada e personalizada, tudo no superior interesse e desígnio de obter números para colorir favoravelmente as manchetes dos jornais". Situações a que se junta o "desgaste constante da imagem pública dos médicos" feita, não inocentemente, através da comunicação social. "Os responsáveis pela saúde em Portugal tratam os doentes e os médicos como números e não como pessoas, como deveria ser" o que se traduz no desrespeito "pelos valores e princípios que acompanharam os 35 anos de construção e desenvolvimento do nosso SNS", uma situação que cabe também aos médicos impedir que perdure: "juntos, temos que saber romper com a visão de curto prazo. A visão da sustentabilidade 'atrapalhada e cega' a qualquer custo. A visão da diminuição imediata da despesa sem qualquer preocupação pelos danos colaterais. A visão que centra a Saúde nas finanças e não nos doentes. A visão que não respeita a dignidade das pessoas e limita a sua liberdade de expressão. A visão que não distingue o essencial do acessório".

Em face dos desafios da actuali-



dade, Miguel Guimarães exortou os jovens a um papel que vai além das questões da Saúde, recordando a sua relevante função social ao serviço do Homem e da comunidade e como devem lutar para “preservar as grandes conquistas sociais da nossa democracia” com base no próprio Estatuto da Ordem dos Médicos que, nos seus artigos 4º e 6º, recorda valores essenciais que devem acompanhar os médicos e que devem por eles ser respeitados e defendidos: “o direito ao acesso a cuidados de saúde para todas as pessoas; o exercício de uma medicina humanizada; o cumprimento da ética e da deontologia; a defesa do SNS e da carreira médica”.

Se ser médico é abraçar uma nobre profissão, um enorme desafio e uma arte, como recordou nesta cerimónia o presidente do CRN, “é com muita honra que os médi-

cos exercem essa missão ao serviço da Saúde e da Vida, no respeito pela dignidade das pessoas, pela Ética e pelo Código Deontológico”, “neste sentido é para nós um privilégio poder servir os doentes e o país”, algo que não se pode manter sem os jovens médicos que neste dia fizeram o seu Juramento milenar: “são vocês, os jovens médicos, o núcleo da massa crítica essencial que tem permitido a evolução da medicina e de todo o Sistema Nacional de Saúde para patamares de elevada qualidade a nível internacional. Em defesa da Medicina que escolhemos, temos todos a obrigação de continuar a defender a saúde e os doentes e não desistir de lutar pelos valores e princípios em que acreditamos.

E nunca esquecendo que a ética e qualidade nos devem acompanhar sempre no exercício da nossa profissão, prevalecendo sobre to-

das as outras matérias. É que, em última análise, dependem mais de nós, médicos, e menos dos outros. Acredito e tenho esperança no futuro dos jovens médicos e na solidariedade interpares. A Ordem dos Médicos é agora a vossa outra Casa. E podem contar com Ela. (...) Como ontem, hoje e no futuro. A bem dos doentes, da medicina, do SNS e do país”, concluiu.

A cerimónia realizada na Casa da Música foi precedida por um concerto do Mário Laginha Trio.

Nota da redacção:

reproduzimos nesta edição apenas os respectivos resumos, mas os discursos proferidos nas cerimónias de Juramento de Hipócrates podem ser lidos integralmente no site nacional da Ordem dos Médicos (www.ordemdosmedicos.pt)





Plenário dos Conselhos Regionais

O Plenário dos Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos decorreu no dia 6 de Novembro, no Porto. Apesar de não ter tido carácter deliberativo, as mais de nove dezenas de delegados debateram temáticas como a alteração ao processo de acesso ao internato e as relações da OM com o Ministério da Saúde. As intervenções centraram-se no que já foi possível obter em termos de resultados positivos, nomeadamente no que diz respeito à regulação do internato médico, e como as três secções regionais da OM têm contribuído para estes sucessos na defesa da qualidade da medicina, os quais estão longes de ser suficientes.

José Manuel Silva, bastonário da OM, explicou aos colegas como se irá processar a entrada no internato, com a obrigatoriedade de uma nota mínima para ingresso nas vagas disponíveis e a autonomia a ser atribuída no fim do ano comum, regras essas que só serão aplicadas em 2017 para permitir um período de transição e adaptação. Foi explicado como os novos procedimentos irão permitir uma triagem, nomeadamente, em relação a colegas de outros países que não respondiam correctamente a nenhuma pergunta... “Estamos a introduzir um ‘filtro de qualidade’ (...) e essa é uma obrigação ética da Ordem”, explicou. O facto de a nota mínima de prova de avaliação e seriação ter sido fixada nos 45% fez com que alguns delegados tenham questionado esses novos critérios, mas todos concorda-

ram que se trata de um processo de melhoramento e não, necessariamente, do formato final. Depois de se terem instituído as novas regras, e após uma fase de implementação “no terreno”, tal como explicou José Manuel Silva, poderá haver alterações para continuar nesse processo de melhoria contínua que se deseja. O presidente do Conselho Regional do Centro, Carlos Cortes, esclareceu alguns pormenores sobre toda a envolvimento da proposta de Decreto-Lei do Internato que o Ministério da Saúde apresentou à OM e que retirava à instituição a supervisão relativamente a essa fase da formação dos médicos, tão essencial para a qualidade da medicina que é praticada no nosso país e expressou a sua satisfação pelo facto de o MS ter alterado profundamente o documento de trabalho que

havia apresentado, respeitando e acolhendo todas as sugestões da OM. “Para que não existam dúvidas que a Ordem dos Médicos não tem nada a esconder quanto a este assunto, os mapas de idoneidade e capacidades formativas passam a estar disponíveis no site nacional, num documento que será actualizado sempre que se verifiquem alterações” (o referido mapa já se encontra online em www.ordemdosmedicos.pt – na área referente aos Colégios da Especialidade). Ainda relativamente ao internato, José Manuel Silva lamentou o facto do país se encontrar “numa situação de desequilíbrio insanável” no que se refere ao número de candidatos para o internato. “Vamos continuar a trabalhar para que se reduza o *numerus clausus*”, afirmou. Miguel Guimarães, presidente



do Conselho Regional do Norte, fez referência ao debate “Presente e Futuro nos 35 Anos do SNS” (reportagem incluída nesta edição da ROM) e à atribuição da Distinção de Mérito em Gestão dos Serviços de Saúde, cuja primeira edição galardoou Paulo Mendo, iniciativas que tiveram lugar em Novembro na sede da Secção Regional do Norte da OM. Numa alusão específica à distinção de mérito que homenageou Paulo Mendo, Miguel Guimarães recordou que a gestão dos serviços de saúde é uma área “em que cada vez mais os médicos têm que marcar presença”, sublinhando que “dos indicadores conhecidos, os hospitais portugueses com melhores resultados são os que têm médicos no conselho de administração”. Miguel Guimarães convidou os colegas a acompanhar a evolução legislativa das terapêuticas convencionais, agora que as mesmas foram regulamentadas. Sobre o internato, o presidente do

CRN referiu que “fez-se o possível para aumentar o número de vagas” mas alertou “se se excede a capacidade formativa dos serviços a qualidade será posta em causa” e exemplificou com o caso de um médico que tinha 9 internos a assistir a uma consulta quando nem sequer cabem tantas pessoas no gabinete... Para o futuro têm que se encontrar soluções pois “com a evolução da medicina não faz sentido existirem médicos sem especialidade; um colega sem especialidade fica amputado no exercício da medicina”.

Jaime Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul, recordou que, independentemente da nacionalidade dos colegas, “há médicos bons e maus em todo o lado” e que é necessário ter uma certificação da qualidade. Aliás, o seu exemplo pessoal, de médico que se formou numa faculdade estrangeira, “e nunca se sentiu inferiorizado”, tendo chegado ao topo da carreira, concretiza essa ideia. Ainda sobre o tema central deste plenário - a análise da política de Saúde e as relações da Ordem com o Ministério da Saúde – o presidente do CRS recordou o papel fundamental que tiveram – no recuo do MS – as conferências que, de norte a sul, a OM fez para denunciar as falhas do Serviço Nacional de Saúde. Reconhecendo que o papel da Ordem dos Médicos não se coaduna com

cortes de relações com o MS – a não ser em casos extremos – Jaime Mendes sublinhou o facto da instituição não ter a intenção de recuar na sua análise do SNS e na defesa de uma medicina de qualidade para todos os portugueses.

No que se refere às relações com o Ministério da Saúde, o presidente do CRC, Carlos Cortes, foi igualmente peremptório: “Julgo que posso falar tanto em nome do CNE como em meu nome quando digo que o ambiente na Ordem ainda é de grande insatisfação. Mas o trabalho que a OM tem desenvolvido junto do Ministério, da ACSS e dos hospitais é monumental e tem sido feito no norte, no centro e no sul”, referiu, salientando o papel fundamental das três secções regionais. Já sobre a chamada ‘lei da rolha’, Carlos Cortes defende que a vitória não foi apenas em resultado do trabalho da Ordem porque essa “foi uma questão que também incomodou a opinião pública”, o que também funcionou como pressão política.

Dada a inexistência do quórum estatutário, este plenário não teve carácter deliberativo. O próximo Plenário decorrerá no dia 21 de Maio em Coimbra, tendo José Manuel Silva apelado à participação dos colegas para permitir a existência de quórum e para que não se bloqueie o correcto funcionamento da instituição.



Jaime Mendes, José Manuel Silva, Carlos Cortes e Miguel Guimarães

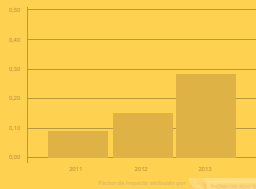
III Simpósio AMP



Rui Tato Marinho e Jaime Mendes abriram a sessão de trabalhos

www.actamedicaportuguesa.com

Em 2 anos, a Acta Médica Portuguesa triplicou o seu Factor de Impacto!



Auditório da Ordem dos Médicos, Lisboa, 22 Novembro 2014

Qualidade e estratégia na comunicação científica

Realizou-se no dia 22 de Novembro, no Auditório da Ordem dos Médicos, em Lisboa, o III Simpósio da Acta Médica Portuguesa (AMP). Organizada anualmente pela revista científica da Ordem dos Médicos, esta reunião tem vindo a definir-se como o espaço privilegiado de partilha de experiências e conhecimentos entre os diversos intervenientes nos processos de edição científica.

O encontro visava disponibilizar, aos médicos interessados na publicação científica, ferramentas e estratégias úteis à divulgação dos respectivos trabalhos de investigação e reuniu editores e consultores técnicos, autores, revisores e estudantes de Medicina num animado debate a propósito dos principais desafios que se colocam à edição biomédica em Portugal.

Na abertura dos trabalhos, o presidente do Conselho Regional do Sul, Jaime Mendes, que na ocasião representou o Bastonário da Ordem dos Médicos, aproveitou a oportunidade para sublinhar o apoio que a actual direcção da OM tem dispensado ao projecto e a confiança na equipa editorial.

O primeiro painel deu voz a quatro das principais revistas biomédicas que não tinham participado nos simpósios anteriores: desta feita, coube a Luís Mendes Pedro (Revista "Angiologia e Cirurgia Vascular"), José Schiappa e Nuno Borges

(Revista Portuguesa de Cirurgia), Pedro Nunes que se fez representar pela consultora técnica Helena Donato (GE - Jornal Português de Gastroenterologia) e Rui Alves (SPNews - Revista da Sociedade Portuguesa de Nefrologia) identificar desafios e preocupações transversais às publicações biomédicas portuguesas. Entre outros, os decorrentes das necessidades de assegurar a sustentabilidade financeira dos projectos, ameaçada pelo desinvestimento generalizado em publicidade; a necessidade de profissionalização dos corpos editoriais, compostos tradicionalmente por médicos que actuam em regime pro-bono sem quaisquer contrapartidas financeiras ou de bolsas de horas; e por fim, as dificuldades encontradas nos processos burocráticos com vista à indexação das publicações nas principais bases de dados internacionais, tais como a Medline.

Foi ainda abordada a complexidade de gestão do nevrálgico sistema

de *Peer Review* no mercado nacional, de dimensão reduzida, onde os pares se conhecem e se cruzam quotidianamente em dinâmicas de colaboração e competição. Foram sugeridas e debatidas diversas estratégias de motivação dos revisores, cujo papel fundamental de cidadania científica foi realçado pelos intervenientes.

No segundo painel, o foco incidiu nas diversas vertentes da autoria científica, em resultado das intervenções de Helena Donato e Rui Tato Marinho (AMP), António Vaz Carneiro (director do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa) e Débora Miranda (jornalista científica na London School of Hygiene and Tropical Medicine).

Helena Donato partilhou o seu vasto *know-how* técnico, tendo, entre outros interessantes aspectos, esclarecido conceitos e realçado a importância do contributo especí-

fico de cada indivíduo na linha de autoria, detalhado as fragilidades das autorias fantasma, concedida e honorária e apresentado a nova figura do "Garantor", o autor responsável pela integridade do trabalho no seu todo, ou seja, aquele que assume a responsabilidade do conteúdo do manuscrito.

Rui Tato Marinho e António Vaz Carneiro partilharam as respectivas experiências enquanto autores de artigos publicados em revistas científicas de topo a nível internacional, respectivamente o *New England Journal of Medicine* e o *British Medical Journal*. Com abordagens e perspectivas assaz distintas, descreveram as diferentes opções ao dispor dos autores, no que concerne não apenas à transmissão dos resultados dos estudos realizados por si próprios e pelas suas equipas de laboratório, mas também à sua divulgação através do canal específico das revistas científicas.

O painel encerrou com a intervenção da jornalista científica Débora Miranda cuja alocução abriu as portas ao debate sobre a adequabilidade da comunicação científica que se faz neste momento em Portugal. Ao longo da troca animada de comentários foi analisado o papel dos comunicadores profissionais (agências de comunicação, jornalistas científicos, medical writers) e a necessidade de colaboração entre estes e a equipa médica responsável pelos estudos clínicos propriamente ditos. Em jeito de conclusão foi realçada a necessidade de criação de um gabinete de comunicação da Ordem dos Médicos que se encarregue de assessorar os médicos nestes aspectos, facilitando até o diálogo com doentes. Com efeito, compete aos médicos orientar os seus pacientes ao longo das suas adversidades clínicas, tarefa particularmente complexa

na actualidade devido ao excesso e multiplicidade de informação disponibilizada pela internet.

A sessão da tarde visitou vários aspectos da vida dos artigos científicos: na sequência da sua alocução do ano passado, Henrique Cabral (editor associado AMP) divulgou pela primeira vez os contornos do novo projecto "Acta Médica Student", que pretende encorajar, numa perspectiva pedagógica, os alunos dos últimos anos do curso de medicina a desenvolverem as suas competências de escrita científica, num contexto prático e real. João Massano (editor associado AMP) apontou as principais questões com que se depara o gestor do artigo ao longo do processo de revisão, até à recomendação de decisão emitida para o editor-chefe. Foram realçadas as dificuldades na obtenção das revisões dos artigos e apontada a necessidade de prevenção de plágio e fraude. Estes últimos constituíram precisamente os aspectos abordados nas apresentações seguintes.

Guilherme Tralhão (Gabinete da Integridade e Rigor na Investigação e Publicação Científica no CHUC - GIRIPC) descreveu a experiência de constituição do GIRIPC e definição dos seus objectivos, decorrente da consciencialização de que, em primeira instância, a responsabilidade pela investigação e pela boa conduta é das instituições. Helena Santos (Hospital Santa Maria) debruçou-se sobre as vertentes específicas de plágio e fraude na literatura científica, alertando para a dificuldade de detecção de situações irregulares, descrevendo casos que se tornaram referências mundiais neste contexto e alertando para o impacto negativo destes comportamentos na divulgação da investigação científica.

Por fim, José Carona Carvalho (sis-

temas de informação AMP) realçou a importância dos repositórios institucionais, ferramenta particularmente útil no *feedback* dos investimentos que as instituições fazem na investigação.

Coube a Donatella Rizza, directora executiva da editora internacional Springer encerrar a sessão de trabalho, realçando a importância do universo digital nos novos métodos de gestão de submissões e conteúdos publicados, bem como a importância da globalização linguística. Este aspecto, várias vezes discutido ao longo do Simpósio, viria a ganhar relevo na discussão que se seguiu, já que foi possível compreender que até os editores internacionais registam dificuldades em acompanhar os trabalhos realizados e divulgados apenas a nível local, nas diversas línguas. Por esse motivo, a língua inglesa tem vindo a ganhar crescente relevo, tornando-se "o novo esperanto" da comunicação científica. Com um número significativo de publicações a optar por edições bilingues ou apenas em inglês, independentemente do seu país de origem – fenómeno que, aliás, se tem verificado também em Portugal – este parece ser o caminho a seguir pelas publicações que pretendem potenciar a visibilidade dos seus conteúdos e respectivos autores.

No próximo ano o programa do IV Simpósio AMP – previsto para o dia **26 de Setembro de 2015** - irá sofrer alterações significativas de formato.

Estão já disponíveis todas as apresentações do III Simpósio no site da AMP:

www.actamedicaportuguesa.com

(Texto de: Rui Tato Marinho, editor-chefe Acta Médica Portuguesa e Carla de Sousa, coordenadora editorial Acta Médica Portuguesa)



A medicina sempre foi a minha verdadeira vocação

Em comum têm o facto de terem sido impedidos de tirar em Portugal o curso que desejavam por não atingirem as médias necessárias e a convicção de que não queriam desistir dos seus sonhos. Incomoda-os a forma desdenhosa como eram tratados os médicos formados no estrangeiro e a falsa ideia de que quem estuda fora de Portugal “tem a vida facilitada”, mas essa tendência está a mudar... Não aceitam que se questione a qualidade dos seus cursos, especialmente porque, quando querem ir a um centro de excelência fazer uma formação, recorrem aos mesmos países. A globalização é uma realidade a que a medicina não pode fugir pelo que, hoje em dia, os relatos são muito diferentes e todos se sentem bem recebidos quando ingressam no sistema de saúde português. Todos não, porque nem todos regressam... Segundo informações da ANEME - Associação Nacional de Estudantes de Medicina no Estrangeiro, em 2011 (data do último estudo exaustivo) na República Checa eram quase 400 os alunos portugueses, sendo que na Europa os números ultrapassavam os 1200, com Espanha a absorver o maior número de estudantes de medicina portugueses¹. Mesmo sem números oficiais, continuamos a encontrar muitos jovens portugueses que vão fazer o seu curso de medicina em países tão díspares como a Argentina e a República Checa.

Embora os entrevistados referenciem potenciais “modelos de selecção mais justos” e quase todos tenham sugestões (diferentes) a fazer quanto ao modelo de ingresso na faculdade, nomeadamente os que remetem para o segundo ano

do curso de medicina a verdadeira selecção dos futuros médicos ou até a inclusão de uma entrevista prévia, quase todos concordam que a selecção dos candidatos ao curso de medicina deve ser exigente e nem todos criticam o siste-

ma actual: primeiro porque percebem que procedimentos baseados na análise da vocação – indicador extremamente subjectivo – seriam muito mais facilmente manipuláveis do que um sistema baseado em médias matemáticas, e em se-

gundo lugar porque reconhecem que o que tem havido é uma má gestão do *numerus clausus* visto que a tutela baseia as suas decisões na “necessidade imediata” o que implica, naturalmente, erros graves quanto ao planeamento. É necessária uma análise séria das necessidades a médio e longo prazo do país quanto ao número de médicos, por especialidade, que tenha em conta a idade dos profissionais no activo, para que se possa – anualmente – definir o *numerus clausus* correcto para que não voltemos a ter uma situação em que falem médicos... havendo médicos suficientes e estudantes de medicina a mais!²

1 - Fontes não oficiais referiram-nos números alegadamente actuais da existência de cerca de 1400 alunos portugueses só na República Checa. Apesar de verificarmos facilmente que esse é o país de eleição de muitos jovens portugueses, contactadas as principais faculdades de medicina referenciadas neste artigo (não apenas as faculdades checas, mas todas, de Santiago a Brno), e apesar da insistência, não obtivemos dados oficiais actualizados. Ao contrário dos números que nos foram indicados oficiosamente, segundo a ANEME, com a crise em Portugal associada às notícias não muito favoráveis sobre o futuro (des)emprego médico, houve uma diminuição na procura dos cursos no estrangeiro.

2 - Portugal é não só o país da OCDE em que o *numerus clausus* mais aumentou nos últimos anos, como o 8º país da OCDE com maior número de estudantes de medicina *per capita* (e o 5º país da OCDE com mais médicos).



Rui Marinho
Faculdade de Medicina
de Santiago de Compostela,
Espanha

**Uma boa média pode definir muita coisa mas
nunca definirá um bom ou mau médico**

Rui Marinho, interno em Cirurgia Geral no Hospital Amadora-Sintra, confessa-se perturbado com a “forma desdenhosa como eram identificados os médicos formados fora”. Depois de ter estudado toda a vida no colégio alemão, onde a “sobrecarga e exigências imprimidas não permitiriam atingir uma média que pudesse competir com a realidade portuguesa”, no penúltimo ano do secundário mudou para um estabelecimento de ensino que permitisse menor carga horária e uma média mais elevada. “Foi provavelmente um pouco tarde, a média de entrada que atingi não permitiu o meu acesso ao ensino superior em Portugal. No ano seguinte tentei novamente mas também em

Espanha e com muito mais afincado porque sabia que no país vizinho competiria ombro a ombro com média de exames de entrada e não com médias do ensino secundário! Entrei em Santiago de Compostela e nunca pensei noutra coisa que não fosse: Espanha é um país mais rico, com mais recursos, com infinitamente mais dinheiro investido em investigação e cultura, com mais centros de referência... por que razão haveria de ser o curso de medicina em Espanha pior que em Portugal e não o contrário?!” Hoje prepara-se para ser cirurgião em Portugal – “que foi tudo que sempre quis” –, mas quando vê o descrédito da profissão pensa como seria se tivesse ido para a Alemanha estudar ou se tivesse

ficado em Espanha.

Defende que “uma boa média pode definir muita coisa, mas certamente nunca definirá um bom ou mau médico” razão pela qual considera que a média para entrar em medicina não tem qualquer sentido: “os alunos de medicina não precisam de ter uma média mais elevada de entrada que engenheiros ou arquitectos”. Mas, para baixar a média seria necessário abrir mais vagas e ter em conta que “nuns anos são precisos mais médicos, no ano seguinte menos”. Esta é uma área que Rui Marinho define como “mais um campo onde impera uma péssima gestão, onde impera a teoria da necessidade imediata” e explica que as médias são condicionadas pela

lei da oferta e da procura (menos vagas e mais candidatos, médias mais elevadas).

A medicina sempre foi o seu único desejo (“as influências em casa ajudaram”) e considera que não faz sentido a existência de um curso de medicina, específico e exclusivo, para licenciados: “considero até desrespeitoso para a classe médica” e um atentado ao “prestígio do curso de medicina” porque os médicos que fizeram o seu curso de medicina pelas vias normais “sabem os esforços que tiveram de acontecer para estarem na posição em que estão”. Para evitar que cada vez mais pessoas “não tenham a oportunidade de tirar um primeiro curso superior para que outros possam tirar dois”, defende que “aqueles com mais possibilidades não deveriam usufruir dos mesmos benefícios que os com menos possibilidades”. Relativamente aos alunos que vão fazer o seu curso fora, Rui Marinho defende que o Estado, “visto que não é capaz de assegurar um lugar

no Ensino Superior para todos os jovens, deveria providenciar acordos com faculdades estrangeiras, nomeadamente algum tipo de apoio financeiro como por exemplo em alojamentos universitários de fácil acesso para estudantes emigrantes, para aliviar o encargo financeiro” das famílias. Na altura em que emigrou não se considerava haver falta de médicos em Portugal mas bem feitas as contas houve uma má gestão e “hoje em dia parece que faltam médicos”. Perante essa evidência “vamos importar e atribuir todas as facilidades e mais algumas para que mais médicos se formem rapidamente... São as contas de mercearia de que falava antes, é o ‘agora’ que não funciona no futuro e que só trará mais desorganização e falta de qualidade”, lamenta.

Sobre os sistemas de ensino, e porque teve contacto com o italiano e o brasileiro, defende que em Espanha “a exigência, atenção ao detalhe e capacidade formativa são muito superiores. (...) Tendo em

conta as infra-estruturas, o dinheiro investido na educação, o acesso a centros de investigação médica de topo mundial que existem em Espanha e que não existem em Portugal, diria que pior não pode ser, antes pelo contrário”.

Considera que ainda existe muita desconfiança em relação à formação feita no estrangeiro, mas na sua área, se quer ir a um congresso ou curso de topo num centro de investigação “tenho de me deslocar ao estrangeiro que é onde existem os grandes centros, com mais investimento na área da medicina do que no nosso país. Como tal, porque haveria de ser pior a formação universitária? Não foi aí que se formaram os médicos que nos dão conferências hoje?” “A globalização da medicina é cada vez mais real, os artigos são maioritariamente estrangeiros, falamos todos a mesma língua”, conclui, explicando que não sentiu qualquer dificuldade na integração no SNS nacional.



Diogo Forjaz com o Prof. Dr. Petr Arenberger, Dr. Sc. MBA - no Depart de Dermatovenereologia do Hospital Universitário Royal Vinohrady em Praga, onde está a fazer essa especialidade

Diogo Pereira Forjaz Faculdade de Medicina de Brno, República Checa

**O erro é a entrada em medicina
não se adequar às necessidades
do país**

A média final ao nível do ensino secundário de 17,4 que Diogo Pereira Forjaz obteve não foi suficiente no ano de 2005. Ainda assim, concorda com o grau de exigência aplicada, embora não concorde com os critérios: “na minha opinião, deveria ser adicionada à média do ensino secundário, que seja razoável exigir-se, outros meios de avaliação, tais como a entrevista ou testes psicotécnicos, o que seria uma forma de avaliação mais justa, coerente e integrada. Pois, para além de se considerar a exigência de conhecimento ao nível do ensino secundário estar-se-

-ia a exigir um outro elemento de fundamental importância, que é a vocação!” A medicina sempre foi a sua verdadeira vocação e nunca pensou desistir dos seus objectivos. Na Faculty of Medicine in Brno (República Checa) esperava encontrar uma integração com mais dificuldades mas encontrou um “bom ambiente de estudo, associado a uma excelente entre ajuda com colegas e professores, o contacto com outras culturas completamente distintas (europeus, africanos, árabes e americanos), fez com que o grupo se tornasse mais unido e mais forte. O tempo frio e rigoroso, a cultura diferente e o sacrifício pessoal, longe da família e dos amigos, são as grandes dificuldades encontradas quando estudamos na República Checa, mas facilmente ultrapassadas nos momentos em que a nossa mente se torna realista e novamente motivada em realizar o grande sonho de ser médico”.

Diogo Pereira Forjaz concorda que existam vagas específicas em faculdades de medicina para estudantes/licenciados de outras áreas científicas, mas não com “a existência de um curso exclusivo para estes licenciados como segundo curso superior, ainda para mais nesta altura de crise em que vivemos” e considera que o erro está na base, na entrada em medicina, “erro que se repete, aliás e infelizmente, há vários anos”. “Penso que o Governo continua a efectuar o mesmo erro ao contratar médicos estrangeiros para remediar as dificuldades existentes e a dar segundas oportunidades a licenciados fazendo esse duplo investimento público, com muito poucas tentativas de corrigir o grande defeito” relativo

ao ingresso na faculdade e que “tem obrigado a que tantos jovens, como eu, tenham que sair do seu próprio país” para estudar, explica e sublinha: “o erro está pois na base: na indiferença e insistência das nossas instituições em não alterar o método de entrada nas faculdades de medicina em Portugal, como também na dificuldade de uma análise concreta na cobertura necessária de assistência médico-sanitária do país”. Na sua opinião o facto de alguns alunos serem obrigados a fazer o curso no estrangeiro potencia “a fuga dos jovens vocacionados com vontade de iniciar a sua vida em Portugal” e origina a necessidade de contratar tantos médicos estrangeiros “o que na minha opinião, denota uma solução completamente absurda e sem qualquer sentido prático. Aliás, não se chega a perceber se existem ou não médicos suficientes a exercer em Portugal ou se não existe uma justa distribuição dos mesmos”, conclui.

Precisamente por causa da situação económica do país e do mundo em geral, lamenta mas concorda que não se deveria pagar segundos cursos superiores a todos os interessados, “até por que o que me parece justo é que seja dada uma primeira oportunidade pelo Estado, sendo que cada um poderá posteriormente obter, à sua custa, todas as outras licenciaturas que entender”.

Como não estudou em Portugal tem dificuldade em fazer comparações mas sempre adianta que a opinião geral é que em termos teóricos o ensino português é bom mas “o ensino checo é prático, com cadeiras clínicas logo nos primeiros anos”. “Uma coisa é certa: quando terminei

o curso sentia-me preparado para trabalhar como médico, embora claro com a hesitação que é normal, como todos os outros colegas, quando iniciam esta difícil, mas enriquecedora, actividade profissional”. O tal desdém ou desconfiança referidos por alguns, são coisas do passado e Diogo Pereira Forjaz manifesta gratidão para com todos os locais onde trabalhou pois foi sempre bem recebido e contou sempre com a ajuda dos colegas. “Acredito e fico muito satisfeito, aliás, que Portugal receba muito bem não só todos os portugueses que estudaram no estrangeiro como também os médicos de nacionalidades diferentes que imigram para Portugal. É importante e salutar esta livre circulação de saberes e de intercâmbio de conhecimento e experiências. É apenas lamentável, ao que parece, não existir a concretização de uma estratégia para a saúde em Portugal a médio e a longo prazo”, mas desse falhanço em termos de uma estratégia política consequente para a saúde não são com certeza os colegas estrangeiros – sejam de que nacionalidade forem – que têm culpa... Neste momento Diogo Pereira Forjaz está a realizar a sua especialização no estrangeiro, e defende que, apesar do método ser mais justo quando comparado com o método de entrada nas faculdades, talvez seja altura de “mudar de método de entrada na especialidade médica, com uma revisão nos processos e um exame mais moderno e mais especializado, (...) pois este exame já se faz há mais de 30 anos”. “Não haverá um método mais acessível e mais justo?”, conclui.



Túlía Manso
Faculdade de Medicina de Praga,
República Checa

**Muitos alunos entram na
faculdade mas só os melhores
conseguem terminar o curso**

Túlía Manso tem 26 anos, concluiu a licenciatura na República Checa em Julho do ano passado e mudou-se para a Dinamarca em Setembro do mesmo ano. “Ainda me estou a focar na integração e na aprendizagem da língua. Apenas estagiei em hospitais na Dinamarca e agora estou a colaborar com a faculdade de Copenhaga num projecto de investigação”, razão pela qual ainda não está a fazer uma especialidade. A razão da sua mudança para a Dinamarca prende-se por razões emocionais e pessoais. O sacrifício pessoal e financeiro que se adivinhava fez com que chegasse a pensar em desistir do seu sonho de ser médica, mas não o fez. “A decisão de estudar medicina no estrangeiro adveio da impossibilidade de seguir a carreira que sempre quis no meu próprio país” porque a única condicionante de ingresso era “uma média muito alta”. “O Reino Unido e a República Checa foram as minhas opções, já que são faculdades com acreditação internacional e em que o curso é dado em inglês”. Antes de terminar o 12º ano, consciente de que a sua média não seria suficiente, já tinha concorrido para sete faculdades em ambos os países e recebido respostas positivas de três. “A escolha de prosseguir os estudos na First Faculty of Medicine in Prague, Charles University foi fácil, por

razões económicas, geográficas e, acima de tudo, por ter um ensino de qualidade”. Apesar disso Túlía Manso concorda “plenamente que os critérios de entrada no curso de medicina sejam exigentes”, mas discorda que os únicos critérios sejam a média final de três anos de secundário e a nota dos exames nacionais: “considero que existem outros modelos de seleção mais justos, que valorizam o desempenho e mérito do aluno na universidade em disciplinas de medicina e não em disciplinas do ensino secundário pouco relevantes para o exercício da profissão”. “Em França”, exemplifica, “a seleção de alunos no curso de medicina é realizada no final do 2º ano lectivo, de acordo com os resultados obtidos”. Também na faculdade checa onde estudou há a oportunidade de, “anualmente, muitos alunos ingressarem no 1º ano, mas a seleção nos anos pré-clínicos é forte. Existe uma taxa de expulsão/abandono de cerca de 50% nesta fase, uma vez que não existe a possibilidade de progredir de ano com disciplinas em atraso. Só os melhores alunos conseguem terminar o curso dentro do prazo regulamentado”, refere, salientando que em Portugal a exigência refere-se a notas do ensino secundário e que “não existem regras quanto ao número máximo de anos permitido para a conclusão do curso

universitário”. Além disso, defende que se deve “igualmente valorizar as aptidões de cada aluno e as suas experiências profissionais ou pessoais”, sugerindo “que houvesse um estágio prévio obrigatório num hospital – como existe noutros países – antes de ingressar na faculdade, de uma ou mais semanas, para que o aluno conheça um pouco da realidade hospitalar”.

Sobre o curso refere ter sido “muito exigente”, nomeadamente porque “estudar medicina numa língua que não a nossa é um desafio ainda maior”, uma integração que só foi possível por ter sido “pautada por muitas horas extras de estudo”. “É um ensino muitíssimo exigente: há testes com muita frequência, em que a nota mínima tem que ser superior a 60% ou, em alguns casos, 70%. Esses testes determinam se o aluno está apto para a frequência final da disciplina, que é sempre um exame oral”, explica. Túlía Manso sente que valeu a pena, não só porque concretizou o seu sonho mas também porque o curso lhe proporcionou “oportunidades incríveis, entre elas a possibilidade de estagiar no estrangeiro, não só em Portugal, mas no Reino Unido, na Dinamarca e no Chile”. Considera que faz sentido a existência de um curso de medicina, específico e exclusivo, para licenciados de outras áreas científicas como segundo curso superior mas diz que “isso

só comprova que o critério de entrada nas faculdades portuguesas está errado". "Tenho pena que não haja uma intervenção transversal por parte do Estado a todos os alunos que estudam medicina. Já que

há escassez de médicos em Portugal, acho que, como em outros países, deveria haver incentivos monetários (bolsas) para aqueles que estudam no estrangeiro e que desejam um dia regressar ao seu

país". Não faz futurologia mas, por agora, pretende continuar a carreira na Dinamarca, ainda que não exclua a possibilidade de, um dia, regressar e exercer medicina em Portugal.



Mariana Fardilha

Faculdade de Medicina de Praga,
República Checa

É errado achar que quem estuda no estrangeiro tem a vida facilitada

A opção de Mariana Fardilha em fazer o curso de medicina numa Universidade estrangeira nasceu do facto de, apesar de ter uma boa média, esta não ser suficientemente alta para a admissão às faculdades portuguesas. "Sendo este o meu sonho, não poderia abdicar dele". A determinação em tornar-se médica fez com que nunca pensasse em desistir. Assim, nem todas as opções eram aceitáveis: podia "dedicar um ano a melhorar notas, desistir dos objetivos ou sair do meu país". Não obstante os vários sacrifícios, desde os económicos aos pessoais, e dos vários obstáculos a enfrentar, decidiu que o melhor seria emigrar: "procurei uma faculdade de prestígio, que me abrisse os horizontes no final do curso e conheci a Charles University, nomeadamente a First Faculty of Medicine, em Praga. Desde o início que tomei consciência da exigência desta insti-

tuição, pois deparei-me com vários testes de admissão, os quais realizei com sucesso. Decorridos 5 anos, sinto-me satisfeita com a decisão que tomei". Mas a integração foi, inicialmente, difícil: "com apenas 18 anos, muitas mudanças a ocorrer em simultâneo, nomeadamente a adaptação aos critérios rigorosos de um curso superior, num novo país, o domínio de uma língua diferente, o ter de viver sozinha numa cidade desconhecida, sem o auxílio de familiares ou amigos"... Apesar de ter ficado de fora das universidades portuguesas Mariana Fardilha não é apologista de facilitismos: "a entrada para um curso de medicina deve ser exigente visto tratar-se de uma área que requer muito de nós como alunos, devido às inúmeras horas de estudo e, como futuros profissionais, porque seremos confrontados com situações complexas diariamente"; De

qualquer das formas discorda do facto de "serem apenas as médias de secundário e dos exames nacionais o único factor que influencia a entrada para o ensino superior e de não haver qualquer tipo de entrevista ou testes psicotécnicos". Sobre a existência de um curso de medicina, específico e exclusivo, para licenciados de outras áreas científicas faz-lhe sentido "porque dá a possibilidade àqueles que seguiram um percurso alternativo de construírem uma carreira médica", no entanto, a abertura desse tipo de vagas "cria um certo desequilíbrio nos critérios rigorosos de acesso ao curso de medicina". Ainda assim, não tem "qualquer tipo de ressentimento" e não defende que devessem ser os alunos a financiar esse segundo curso pois "a educação dos cidadãos devia ser encarada como um investimento do Estado como é em diversos países europeus". Quanto à com-

paração do ensino que obtive na First Faculty of Medicine em Praga e o ensino nas faculdades portuguesas explica: “na faculdade que frequento umas disciplinas são pré-requisitos para outras, de modo que não nos é permitido transitar de ano sem ter aprovação a todas as disciplinas. Caso contrário, corremos o risco de expulsão. Esta situação leva-nos a viver com uns níveis de ansiedade altíssimos, o que não acontece em Portugal”. Algumas convicções sobre os alunos que fizeram o curso no estrangeiro incomodam-a porque, em Portugal, “gerou-se a falsa ideia de

que quem estuda no estrangeiro tem a vida facilitada e que não tem mérito próprio por não ter conseguido ingressar num curso de medicina português. Nada mais errado, pois o acesso é muito exigente como comprovam os vários exames escritos em língua inglesa e a entrevista de seleção. Para além disso, os estudantes na minha situação conhecem vários sacrifícios pessoais e financeiros e revelam a mesma capacidade dos alunos que ficam em Portugal de concluir esse curso e de se tornarem bons profissionais”. Mas a sua experiência pessoal é muito positiva: “no meu caso em

particular, apercebi-me, pelos estágios realizados em Portugal nas férias lectivas, que os meus conhecimentos e competências se ajustam à realidade portuguesa. É de salientar que fui sempre muito bem recebida e apoiada nos vários hospitais portugueses em que estagiei”. Terminado o curso Mariana Fardilha pretende voltar para Portugal. “Durante o curso e estágios realizados, despertei o interesse pelas áreas cirúrgicas, de modo que sonho com uma carreira nessa área”, que se possa concretizar em Portugal.



Francisco Pavão

**Faculdade de Medicina em Pilsen,
República Checa**

**Não percebo a obrigatoriedade da prova
de comunicação para portugueses de ‘gema’**

Francisco Pavão terminou o secundário já com o desejo de cursar medicina mas como não tinha valor de média final que lhe permitisse o acesso ao curso em Portugal (estávamos em 2003 e a sua média no final do liceu era 14,5), frequentou durante dois anos a licenciatura de medicina dentária. “Contudo, cedo percebi que as saídas profissionais, o trabalho enquanto médico-dentista e os horizontes da profissão não se enquadravam com os meus objectivos e limitavam a

perspectiva holística que sempre tive do ser humano. Por outro lado, não oculto o facto de desde criança andar pela mão do meu pai, cirurgião-pediatra, a calcorrear os corredores do Hospital de São João e do saudoso Maria Pia, com uma grande honra e prazer em conviver e ter como mestres nomes como Nuno Grande e Daniel Serrão, que foram determinantes das minhas escolhas e opções para o futuro”. Não se sentindo completo com a escolha da medicina dentária, “após ár-

dua e reflectiva conversa com os meus pais e irmãos, ponderadas as possibilidades, desisti dessa licenciatura e decidi candidatar-me às faculdades de medicina em Espanha e República Checa, seguindo na altura orientações e exemplos de amigos que já frequentavam o curso nestes países”. Em Setembro de 2006 foi admitido na Faculdade de Medicina em Pilsen da Universidade Carlos de Praga. Sobre a integração nessa Faculdade de Medicina explica que, apesar do seu desco-

nhecimento em relação ao país, a faculdade está preparada para receber alunos estrangeiros e que foi recebido “de braços abertos” numa cidade onde os portugueses “eram, nos últimos anos, mais de 100” e onde aprendeu “a respeitar e aceitar diferenças”. Mas “estava longe de imaginar o que me esperava e o quanto tal experiência, esforço e dedicação seriam marcantes na minha vida: passaram 6 anos, num país culturalmente diferente do meu, em convívio com vários colegas de muitas outras nacionalidades, fazendo viagens para lá e cá, levando sempre na bagagem saudades da família e amigos, do cheiro a mar e do caldo verde, mas sempre com uma vontade enorme de superar metas e alcançar o objectivo máximo de me tornar médico!”, explica. Um percurso em que teve oportunidade de, com um grupo de colegas, que estudavam também no estrangeiro, fundar e ser o primeiro presidente da Associação Nacional de Estudantes de Medicina no Estrangeiro a qual tem defendido de forma firme os colegas “que legitimamente pretendem igual reconhecimento no momento de regresso ao seu país, nomeadamente nos concursos especiais de acesso ao curso de medicina por parte de licenciados”. Mesmo tendo sido “obrigado” a emigrar para fazer o curso que ama, não defende que se facilite o caminho do acesso embora dê pistas para uma análise vocacional: “o curso de medicina é um curso exigente, no qual é necessário método de trabalho, dedicação e estudo. Estas ferramentas essenciais terão de ser sempre adquiridas, com certeza, nos anos que antecedem o ensino universitário. (...) Todavia o curso de medicina é mais do que tudo isto, é a arte e ciência

de tratar e comunicar com as pessoas, é o cariz humano e social que nunca poderá estar dissociado desta profissão, é a constante actualização de conhecimentos, a investigação, a procura pela informação, é o que tão bem ficou para a história nas palavras dos Mestres Cid dos Santos e Abel Salazar”, e reforça: “concordo na exigência pedida e os critérios são aqueles que no universo do nosso sistema de ensino melhor se inserem para o ingresso na Universidade. Não obstante, creio haver espaço e oportunidade para que as faculdades de medicina, à semelhança de algumas faculdades do Reino Unido, criem alguns critérios de selecção que poderiam permitir o acesso a muitos alunos, que apesar de não terem a nota média necessária, poderão já ter desenvolvido outras competências desde que mostrem um perfil que será garante de excelência e sucesso no curso e profissão”. Depois de terminar o curso, regressou a Portugal e fez o ano comum no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e em 2014 iniciou a formação específica no internato de Saúde Pública na Região do Vale do Sousa. “Acredito que o sector da saúde está a alterar-se, haverá nos próximos anos uma maior aposta por parte de todos, mas sobretudo dos Governos, na prevenção da doença e promoção da saúde. Os jovens médicos têm que perceber as mudanças e adaptar-se. Vão surgir novas áreas e os médicos têm que ganhar competências (...) com o intuito de melhorar a saúde do indivíduo e das populações”. Como médico e também como fundador da ANEME não considera “legítima a existência de um curso especial, com critérios e estrutura diferente, daqueles que

existem em Portugal e na grande maioria da Europa”, explica, referindo-se ao curso de medicina exclusivo para licenciados. Muito crítico da actuação da tutela, por demonstrar uma óbvia falta de planeamento e visão de futuro, Francisco Pavão relembra que “o então Governo de Sócrates, confrontado com uma notória falta de médicos e preocupado com as consequências daí decorrentes para a população, decidiu criar mais uma faculdade de medicina (Algarve). E foi tão grande a pressa em formar médicos que, ao contrário dos habituais seis anos de curso, nessa faculdade são precisos apenas quatro! Mas não fiquemos por aqui, a pressa foi tanta, que se criou ainda outra faculdade nestes moldes, a de Aveiro, que entretanto fechou! Desta forma os responsáveis pela tutela desconsideraram e demonstraram desconhecer as centenas de portugueses que estudavam, e estudam, actualmente medicina em países da Europa, que na sua maioria irão regressar a Portugal. Ignorou também, e acho que ainda hoje se pretende ocultar aos portugueses, que já em 2009, como no presente, as faculdades de medicina reservam anualmente um confortável número de vagas para licenciados, que irão frequentar o mesmo tipo de ensino, disciplinas das ciências básicas, clínicas e terapêuticas e ser submetidos às mesmas provas que os restantes futuros colegas”. Faz-se “um acesso ao curso de medicina para licenciados, para o qual existem vagas em número considerável, quando ao fim ao cabo uma grande percentagem dos que ingressam acaba por desistir. Isto é um desperdício de dinheiro e de recursos, já que um médico leva muito tempo a formar”, conclui, frisando

do a “chocante a incoerência dos nossos políticos e dirigentes, que tendo conhecimento do número de portugueses a estudar medicina no estrangeiro e com pretensão de regressar ao seu país, concretize a criação de escolas médicas com reduzido tempo de formação e critérios de ensino diferentes dos existentes, bem como apressada contratação de médicos estrangeiros sem qualquer reserva e com uma tolerância que não é concedida aos portugueses. Estes procedimentos demonstram um total desinteresse do Estado pelos seus nacionais, evidenciam uma completa falta de visão e de planeamen-

to, que agora se fazem notar”. Quando compara os sistemas de ensino, Francisco Pavão não tem dúvidas: “lá como cá, tive acesso a um ensino de excelência”. Quanto ao regresso, explica: “fomos muito bem recebidos. A integração foi igual à dos colegas que estudaram em Portugal. (...) Não senti qualquer tipo de discriminação ou reprovação, antes pelo contrário: os colegas perguntam com muita frequência como foi a experiência, por onde estivemos, porque regressámos e no geral são sempre muito dispostos para ajudar. (...) Sinto que sou muito bem-vindo”. Apesar de haver exceções, o regresso

a Portugal faz-se, portanto, sem críticas de maior especialmente desde que “se ultrapassou o insultuoso processo de equivalência de média final que, até 2008, carimbava qualquer médico regressado a Portugal com nota 10. Hoje isso já não acontece!” Mas ainda existem situações que este jovem médico considera caricatas: “não posso deixar de referir que qualquer médico português, aquando o seu processo de registo na Ordem dos Médicos, é submetido a uma prova de comunicação. Percebo a razão da sua existência, mas não a obrigatoriedade desta ser realizada a portugueses de ‘gema’”.



Raquel Simón Olivença
Faculdade de Medicina de Salamanca,
Espanha

É injusta a existência de preconceitos contra quem faz o curso no estrangeiro

Raquel Simón Olivença é um caso completamente diferente pois tem dupla nacionalidade (espanhola e portuguesa) razão pela qual fez todo o ensino básico e secundário no Instituto Espanhol de Lisboa, o que a levou sempre a pensar em ir estudar para o país vizinho, não tendo sequer tentado ingressar numa faculdade portuguesa. Apesar de não estar completamente a par dos requisitos, opina que os critérios de en-

trada nas faculdades de medicina portuguesas não são incorrectos “mas o nível de exigência é demasiado elevado” pois países como Espanha têm uma média mais elevada em medicina do que para outros cursos, “mas não chega a ser tão alta como a portuguesa”. O curso foi feito na Universidade de Salamanca onde entrou em 2006 com uma média de 17,4 e integrou-se sem problemas “pois já conhecia a cidade, a língua e tinha

o apoio da minha família de lá”. Sobre o acesso ao curso de medicina, como aos outros, defende que “se a pessoa entrar em igualdade de condições com o resto dos candidatos deve ter as mesmas condições de financiamento, seja o primeiro ou o segundo curso superior”, mas frisa que o conceito chave é que “o Estado português deveria criar cursos superiores nos quais todas as pessoas tenham as mesmas oportuni-

dades de entrar, e mais ainda no caso do curso de medicina, onde existe tanta procura". Em termos comparativos, Raquel Simón Olivença considera os dois cursos de medicina "bastante parecidos", ao contrário do que acontece nos relatos anteriores, considera que "o curso em Portugal tem uma vertente mais prática (o que penso

ser mais positivo) e em Espanha é mais teórico". Ao ingressar no internato em Portugal, não sentiu na pele qualquer tipo de diferença por ter feito o curso no estrangeiro, mas conhece pessoas que "notaram alguns preconceitos, o que não considero justo". Neste momento, a jovem médica está a fazer a especialização na Unidade

de Saúde Familiar do Dafundo. Dificuldades de integração teve apenas no ano comum "devido à mudança de idioma na linguagem técnica médica e na compreensão de como funcionam os serviços e hospitais portugueses", com os quais ainda não tinha tido quaisquer contactos.



Mário Almeida Branco
Faculdade de Medicina de Buenos Aires,
Argentina

É difícil ter critérios de ingresso no curso de medicina justos e universais

Sabia que medicina era realmente o queria fazer e, apesar de ter feito 4 anos de medicina dentária em Portugal não se sentia realizado. Precisava de outra coisa e resolveu perseguir o seu sonho. "Felizmente foi uma decisão com um final feliz": Mário Almeida Branco fez o curso em Buenos Aires, na Argentina, mais especificamente na Universidad del Salvador, onde Jorge Mário Bergoglio, o também chamado Papa Francisco, deu aulas. A razão que o fez procurar outros destinos foi o facto de, apesar de ter boa média (17,3 em 2000 e em 2001 17,4 foi novamente insuficiente), não ser suficiente para entrar no curso de medicina em Portugal. Ainda assim, é um defensor do

numerus clausus que "existe para haver um equilíbrio no número de médicos do país: poucos médicos é mau, médicos excedentários também. Tem que haver uma previsão do número de médicos que se reformam e abrir vagas suficientes para cobrir as necessidades" previsíveis do país quando esse curso terminar a sua formação. Uma análise que Mário Almeida Branco considera fácil de se fazer e que permitiria um planeamento adequado. "Assim, não seria preciso importar profissionais estrangeiros de forma intempestiva e em cima do joelho, para salvar situações pontuais de extrema carência médica", algo que lhe desagrada porque "anos antes, nos mesmos em que estes clínicos es-

trangeiros iniciaram estudos de medicina no seu país, potenciais médicos portugueses tiveram de emigrar para perseguir o seu sonho", explica. O sistema de selecção de alunos de medicina pode não ser o ideal mas "é difícil que os critérios de selecção dos alunos que serão os futuros médicos nacionais sejam justos e universais", razão pela qual defende a existência de "vários critérios", ainda que todos pareçam ter um peso de subjectividade: "sabemos que o critério da nota do ensino secundário é subjectivo porque a forma de atribuição é diferente conforme estão em causa colégios privados ou escolas públicas e mesmo entre escolas públicas. Seria desejável que houvesse uma maior

uniformidade na exigência e atribuição da nota a nível do ensino secundário, ou retirar peso a esta e dar mais peso a exames nacionais de 10º, 11º e 12º ano. A entrevista com médicos e psicólogos para determinar vocação e experiência pessoal poderia ser outro critério a ponderar na nota final, mas obviamente isso conduziria ao compadrio se não for feita de forma transparente. Considero também importante que os alunos nos últimos anos de ensino secundário possam conhecer, através de curtos estágios, diferentes profissões para determinar claramente qual a sua vocação. Muita gente vai para medicina sem saber o que é ser médico”...

A sua integração na faculdade de medicina de Buenos Aires “foi a melhor”: “trataram-me sempre muito bem. (...) Achei interessante e ao mesmo tempo estranho que um europeu tivesse viajado de tão longe para fazer medicina. (...) Agora que tudo passou, fico muito contente por não ter entrado em medicina em Portugal: ter estudado fora deu-me uma experiência de vida única e permite-me ter um conhecimento muito mais amplo de tudo o que se refere a cuidados de saúde”. Como muitos outros colegas, Mário Almeida Branco considera que “não faz sentido e não se justifica a existência de um curso de medicina específico e exclusivo para licenciados” mas defende que “é preferível para o futuro do país, gerar profissionais interessados e dedicados, do que desmotivados e inadaptados, num curso onde não se identificam”, ou seja: um segundo curso, pago pelo Estado, pode ser desejável mas não quando falamos de um curso ao qual só se podem

candidatar licenciados. Mas é “a favor de que os chumbos no ensino superior sejam penalizados com propinas aumentadas, independentemente de ser o 1º ou 2º curso, provavelmente com maior aumento se se tratar de um 2º curso”.

Da comparação dos cursos de medicina, da sua experiência pessoal, considera “a exigência no ensino argentino superior à portuguesa. Os exames eram praticamente todos orais, portanto impossível de cabular (muito típico português), os professores apesar de serem quase todos catedráticos, eram mais próximos dos alunos e havia um interesse e uma vocação natural dos professores em ensinar. Os alunos também participavam na docência através de aulas práticas ou seminários. Havia maior contato com o paciente e de forma mais precoce”, afirma, lembrando que essa é a sua experiência pessoal. Mário Almeida Branco não voltou ainda a Portugal porque está a fazer a especialidade de Otorrinolaringologia em Espanha, e, embora faça parte dos seus planos, reconhece que este não é o melhor momento para regressar, dada a situação que se vive em Portugal. “Acho que os médicos portugueses que fizeram o curso no estrangeiro são bem recebidos” pois “o mais importante não é de onde vêm mas antes que sejam profissionais actualizados, competentes e humanos. E esses padrões de exigência devem ser iguais para todos os profissionais de saúde”. Especificamente sobre os sistemas de saúde dos países por onde passou, refere: “o sistema de saúde espanhol é de acesso público e 100% gratuito com uma ampla rede de Medicina Fami-

liar e com bons hospitais. Tem médicos de prestígio reconhecido que são pioneiros em várias áreas. Actualmente encontra-se também um pouco combalido pela crise com aumento das listas de espera de cirurgia, contratos precários e desmotivação da classe médica. Já no sistema de saúde argentino, que também é público e 100% gratuito, o funcionamento não é o melhor: há pouca rede de centros de saúde, está tudo muito centralizado nos hospitais e a população ainda não tem consciência cívica no acesso à saúde. Os hospitais públicos têm excesso de doentes e poucos recursos, o que leva cada vez mais pessoas a ter seguros de saúde que oferecem hospitais privados com melhor qualidade e melhor atenção médica. Os médicos, no entanto, são os mesmos que trabalham nos dois serviços – público e privado –, e são muito bons profissionais”, explica, lembrando que esse é o país de origem de três prémios Nobel no campo da medicina.





Paulo Mendo, Maria de Belém Roseira, José Manuel Silva, Miguel Guimarães e Adriano Moreira

Conferência-Debate Presente e Futuro nos 35 Anos do SNS Um futuro possível para “o melhor produto da Administração Pública portuguesa”

A Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) assinalou a passagem dos 35 anos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com uma grande conferência realizada no dia 15 de Novembro, onde estiveram presentes personalidades como Adriano Moreira, Paulo Mendo e Maria de Belém Roseira. Após as reflexões globais sobre Estado Social, Qualidade e Sustentabilidade do sector, foi debatida uma “reforma possível” para aquele que Marta Temido considerou ser “o melhor produto da Administração Pública portuguesa”.

Na abertura dos trabalhos, Miguel Guimarães enquadrou o objectivo da Conferência ‘Presente e Futuro nos 35 Anos do SNS’: “darmos um contributo para perceber o que é verdadeiramente importante quando se fala em Estado Social e, sobretudo, em Saúde”. O presidente da SRNOM sublinhou a importância de reunir alguns dos protagonistas nacionais do sector para cumprir a missão do evento e insistiu na necessidade de reforçar “o discurso da qualidade”, dado que este parâmetro “praticamente desapareceu” da discussão pública, em favor das preocupações financeiras.

Convidado principal desta iniciativa, Adriano Moreira escolheu como tema de partida ‘O Pontificado do Papa Francisco e o Estado Social’, mas acabou por alargar o âmbito da sua reflexão, num olhar transversal pelo país. Entre outros aspectos, o estadista reconheceu a importância determinante que o “neo-riquismo” teve na grave crise financeira que Portugal atravessa. “Primeiro ficamos com um país exógeno: sofrem-se consequências de decisões em que não se participa. Depois, aderimos ao neo-riquismo e ficamos um país exíguo: temos uma relação negativa entre recursos, objectivos e responsabi-



Miguel Guimarães

lidades. Finalmente tivemos uma situação de protectorado, de que estamos a sair dolorosamente”, analisou.

O antigo presidente do CDS reco-

nheceu que a sociedade portuguesa “provavelmente nunca atravessou uma crise tão severa”, destacando o “desemprego”, o “despoivoamento”, “a falta de esperança” e “a ignorância dos responsáveis” como os sintomas mais evidentes desta decadência nacional. O convidado considerou ainda que o poder político não compreende que “o que faz um país é a comunhão de afectos”.

Numa altura em que a Sociedade exige maior responsabilização do poder legislativo, executivo e judicial, Adriano Moreira lembrou que “a construção da democracia nunca clarificou a situação dos guardas dos guardas. O poder judicial não é eleito e a sua posição no plano democrático é sempre indirecta”. O antigo ministro do Ultramar concluiu, frisando que “o poder judicial tem de ser forte e tem de ter autoridade. As decisões são de poder, mas o povo tem de perceber a autoridade”.

Maria de Belém Roseira, numa apresentação dedicada ao tema “Qualidade em Saúde”, lembrou alguns dos parâmetros fundamentais quando se fala desta matéria: “segurança, efectividade, atendimento atempado e eficiência”. No entanto, recordou a convidada, é fundamental “que os serviços de saúde se centrem nas pessoas” e que se perceba “que existem para servir as necessidades da população”.

Olhando para os 35 anos de história do SNS, a antiga ministra da Saúde considera que “progredimos extraordinariamente bem” em indicadores como mortalidade infantil e o aumento da esperança média de vida. Já “quando chegamos aos pontos que têm a ver com a qualidade e o impacto real dos cuidados na vida das pessoas” verifica-se, na opinião de Maria de Belém, que “os portugueses continuam a manifestar grandes

Adriano Moreira



queixas”. Esta situação decorre das “determinantes sociais da Saúde” como o nível das habilitações, o nível de rendimentos e a própria literacia em Saúde, acrescentou a convidada.

A presidente do Partido Socialista lembrou diversos estudos, como o mais recente apresentado pelo Lord Nigel Crisp na Fundação Gulbenkian, que abordam a questão da qualidade em Saúde e apresentam recomendações de “elementar bom senso”. Para Maria de Belém só será possível “atingir verdadeiramente a qualidade com a introdução de uma cultura do cuidado, de abertura à inovação e de avaliação permanente”, acrescentando a estes parâmetros a necessidade adoptar uma estratégia a longo prazo para o sector: “ou temos essa capacidade ou continuaremos a ter recursos que não produzem os *outcomes* que justificam a sua afectação”.

Num breve comentário à intervenção de Maria de Belém Roseira, o bastonário da Ordem dos Médicos lamentou que “no terreno” se verifique que “a teoria anda muito longe da prática”. Como exemplo, José Manuel Silva citou a dispensa do único radiologista de intervenção por parte dos administradores

do Hospital Amadora-Sintra. “O sector da radiologia está completamente obsoleto e degradado e o único médico que tinha foi obrigado a emigrar e vai liderar uma equipa de radiologista de intervenção em Leeds. Esta é a qualidade da Saúde em Portugal”, acrescentou.

“Por muitos defeitos que o Serviço Nacional de Saúde possa ter, eu sou militante da causa”. As palavras foram de Paulo Mendo, outro ex-governante que protagonizou a terceira e última conferência individual do evento, relativa ao tema da ‘Sustentabilidade’, um dos tópicos de maior actualidade do SNS. O conhecido neurologista, ministro entre 1993 e 1995, fez uma longa cronologia do sistema de saúde português, desde o período assistencialista antes da revolução de Abril – que “não se distinguia muito de um país de terceiro mundo” – até ao nascimento do serviço público em 1979. Para Paulo Mendo, a evolução é indelével: “somos o quinto país com melhor evolução na esperança de vida nos últimos 30 anos; o primeiro no declínio da mortalidade infantil e o segundo com menor crescimento das despesas totais entre 2000 a 2009”.

Apesar da evolução, o médico considera que o SNS não pode ser uma instituição em que “o envelhecimento enobreça”. “Ele não é mais nobre por ser antigo, ou por se manter e ficar parado. É um programa cuja sustentabilidade reside na inovação, na delicadeza, humanismo e melhoria constante, na excelência da tecnologia e dos técnicos, na suficiência dos seus orçamentos e na gestão autónoma dos serviços prestadores”, concretizou. A grave crise que o país atravessa reforçou esta perspetiva e, para Paulo Mendo, constitui uma oportunidade “para preparar o futuro”. O antigo ministro propõe quatro mudanças “fundamentais”: “a reforma hospitalar, a mudança do ambulatório, o financiamento e os comportamentos”. Nestas áreas, assume particular relevância a transição de um sistema hospitalar centrado no internamento, para um novo sistema “centrado no ambulatório” e nos cuidados de proximidade.

Na ideia mais marcante da sua intervenção, Paulo Mendo defendeu um novo paradigma no financiamento do SNS, que passa por ter “um imposto consignado à saúde”. “Provavelmente, nenhum de nós sabe quanto gasta em Saúde ou faz ideia de quanto dos seus impostos são destinados à saúde. A dotação para a Saúde vem do Orçamento Geral e o Ministério não sabe quais são as suas receitas. Isto é irracional”, aprofundou. Só mudando este sistema é que se poderá assegurar, na opinião do convidado, a sustentabilidade do SNS.

“Que reforma para o SNS?”

No período da tarde estava reservado o momento de confronto de ideias e, sobretudo, de procura de soluções para garantir o futuro do

Serviço Nacional de Saúde. Nesse sentido, a SRNOM juntou à mesma mesa um conjunto de personalidades de vários quadrantes e com diferentes visões sobre o tema: Marta Temido, presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH); José Manuel Silva, Bastonário da Ordem dos Médicos; Adalberto Campos Fernandes, docente na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Álvaro Almeida, docen-



Paulo Mendo



Maria de Belém Roseira

te na Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP), num debate moderado pela jornalista Marina Caldas.

Para a representante da APAH “o SNS é talvez o melhor produto da Administração Pública portuguesa”. Porém, desde que Portugal abraçou o programa de assistência económica externa, muita coisa mudou na opinião da administradora hospitalar. “Passamos décadas a discutir a questão dos modelos jurídicos dos hospitais

portugueses. Temos de reconhecer que tivemos um forte recuo da sua autonomia, desde que entramos no programa de assistência financeira”, defendeu Marta Temido.

Já para professor Álvaro Almeida, “quando dizemos que é preciso garantir a sustentabilidade do SNS é o mesmo que dizer que é preciso defender o SNS, porque sem sustentabilidade ele não existe”. Mas tal sustentabilidade, assegurou, “não tem necessariamente de assentar num corte de verbas”. “Entre 2005 e 2010 a despesa pública primária com a Saúde baixou de 12,5% para 10%. De 2011 para cá aumentou apenas para 11%”, exemplificou.

Frisando que “não é sustentável ter uma despesa que é quase o dobro do financiamento disponível”, o professor da FEP citou um trabalho desenvolvido na sua Academia para lançar uma provocação à plateia. “Concluimos que um investimento de 10 mil euros em Saúde resulta em mais um ano de vida. Quantos de vós não se importava de investir 10 mil euros para viver mais um ano?”, questionou.

Assim, e para garantir um SNS mais eficiente, Álvaro Almeida deixou duas propostas: “uma é mudar a lógica da ‘hospitalo-centralidade’ para uma maior força dos serviços de cuidados primários. O outro é mudar a relação entre os diversos prestadores de cuidados de saúde, pô-los em concorrência, sob pena de desaparecerem”.

A provocação mereceu imediata resposta do bastonário da Ordem dos Médicos, que defendeu que “não precisamos de reformar o SNS. Precisamos é de reformar o País”. De acordo com José Manuel Silva, o serviço público tem estado sempre subfinanciado, pelo que “o que nós precisamos é de boa gestão, gestão rigorosa e gente competente à frente desta gestão

do SNS”, numa crítica explícita à classe dirigente.

Uma afirmação que Álvaro Almeida procurou rebater recorrendo à sua experiência enquanto quadro do Fundo Monetário Internacional. “Viajei por muitos países, reuni com inúmeros responsáveis políticos e concluí que não há políticos tão bons no mundo como os portugueses”, considerou, arrancando uma reacção de espanto à plateia.

Num debate mais marcado pela sustentabilidade financeira do SNS e das decisões políticas em torno do mesmo, Adalberto Campos Fernandes procurou recentrar a discussão assegurando não acreditar “nas reformas do tipo *PowerPoint*, em que qualquer um de nós pode pegar nuns slides e dizer que faz não sei quantos ULS ali e 400 camas de cuidados continuados acolá”. Para o antigo administrador do Hospital Santa Maria, “aquilo de que nós precisamos é de uma reforma continuada”: “precisamos de mudar a roda da bicicleta, com a bicicleta em movimento”.

Um dado adquirido para docente da ENSP é que a reforma não se faz “sem concertação social”, onde devem estar incluídas as entidades governativas, mas também outros agentes, nomeadamente o mercado da inovação clínica. “A primeira condição para o crescimento da despesa é e continuará a ser, a inovação. Não são os recursos humanos nem as deficiências de organização”, sublinhou, defendendo “um pacto com a indústria inovadora” que permita estancar os custos globais da Saúde em Portugal. Além dos quatro oradores principais, o debate ‘Que Reforma para o SNS?’ incluiu a presença de um conjunto de convidados que tiveram oportunidade de comentar e colocar questões ao painel. O presidente da Administração Regional



de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Luís Cunha Ribeiro, defendeu que um dos problemas do SNS é o *overtreatment*, nomeadamente com a duplicação de exames que muitas vezes se verifica para um mesmo doente entre o tratamento no serviço público e no privado.

E num momento em que se questiona no país os impactos que os sucessivos cortes no financiamento podem causar ao SNS, o presidente da Bial, António Portela, assegurou que “o SNS compara excelentemente com o que de melhor se faz lá fora”. Reforçando, no entanto, a ideia que é necessário que o *cluster* da indústria farmacêutica, da investigação e inovação ao nível do medicamento, tivesse maior expressão em Portugal.

Questionado sobre a introdução de medicamentos e dispositivos médicos inovadores em Portugal, o presidente do Infarmed, Eurico Castro Alves, alertou para a necessidade de distinguir o que é ou não inovação. “O Infarmed pede para separar toda a verdadeira inovação – sobretudo a disruptiva – daquela

que é a inovação disfarçada”, lembrando algumas das mudanças verificadas a este nível no organismo regulador, como a recente criação do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SINATS). O vice-presidente da Entidade Reguladora da Saúde, Álvaro Moreira da Silva, sublinhou que “planear e gerir expectativas não quer dizer que tenhamos de inventar a roda de novo”. “Agora bom e barato não existe. O nosso SNS é bom e ainda é barato. Agora é preciso saber é o que é que queremos daqui a 20 anos”.

No encerramento da Conferência / Debate Presente e Futuro nos 35 Anos do SNS, o presidente do CRNOM mostrou-se satisfeito com o resultado do evento, salientando o levantamento “das questões que mais nos preocupam relativamente ao futuro”. Numa última abordagem, Miguel Guimarães recordou – à semelhança do que já havia sido referido – que “o serviço privado de saúde só existe porque o Serviço Nacional de Saúde não é perfeito”.



Lotação máxima na área amarela das Urgências do Hospital de Leiria

Jovens Médicos com tendência a ‘fugir’ do Distrito de Leiria

O Bastonário da Ordem dos Médicos visitou o Distrito Médico de Leiria, verificando, *in loco*, algumas das dificuldades vividas no Hospital de Santo André, nos Centros de Saúde, USF e extensões. A fixação de jovens médicos foi um dos problemas flagrantes que marcou a viagem por terras do rio Lis.



As urgências do Hospital de Santo André foram o primeiro lugar de visita do Bastonário da OM

A visita do presidente da Ordem dos Médicos (OM), José Manuel Silva, ao Distrito de Leiria começou pelo Hospital de Santo André, onde reuniu com o Conselho de Administração do agora Centro Hospitalar Leiria Pombal (CHLP).

Com a integração de Alcobaça e Pombal “fomos confrontados com um trabalho árduo e acrescido mas conseguimos ultrapassar as dificuldades”, explicou Licínio Carvalho, administrador vogal. “Enquanto Centro Hospitalar não pusemos em causa o nível assistencial mas a verdade é que os cortes orçamentais nos obrigaram a alguns ajustamentos”.

Questionado por José Manuel

Silva sobre o facto de terem conseguido manter (ou não) os mesmos recursos humanos a resposta não tardou: “Registamos restrições quer nas equipas de trabalho quer no investimento, por isso, desde há oito anos recorremos a empresas privadas porque não estávamos a conseguir ter número de colegas suficiente para fazer escalas”.

A este propósito, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, lembrou o conhecido caso de despedimento da médica Vitória como uma ‘mancha’ no presente deste hospital, acabando, talvez, “por condicionar a vinda de colegas por terem receio que lhes

aconteça o mesmo”, inquiriu. Licínio Carvalho retorquiu dizendo ter sido uma decisão complicada. “Não foi a primeira vez que isso aconteceu mas também não é um acto que praticamos todos os dias. Não tivemos prazer nenhum nessa situação”, defendeu, frisando que “os médicos mais novos desta casa podem dizer se algum dia foram ameaçados por alguém da administração ou direcção de serviços. Penso que não”.

Quanto à formação médica, o administrador vogal do Centro Hospitalar Leiria Pombal, referiu que têm tido muitos internos, o que agrada à administração. “Os Internos são motivo de desenvolvimento hospitalar e por isso tudo faremos para não diminuir a capacidade formativa”.

Em relação à urgência o CHLP “nunca teve tantos recursos como hoje: meios técnicos, humanos e condições físicas. Estamos agradados com a prestação da urgência. Fizemos obras e investimos um milhão de euros nos equipamentos”, afirmou Licínio Carvalho.

Falta de anestesistas?

Perante a afirmação (irónica, porque a directora clínica é anestesista) de José Manuel Silva – “fico satisfeito por perceber que este hospital não tem falta de anestesistas” – a constatação desse facto não tardou: “Hoje possuímos quatro anestesistas e dois internos porque readquirimos idoneidade do serviço no ano passado”. O bloco operatório funciona das oito da manhã às oito da noite, com todas as salas em funcionamento mas, ainda assim, “não fazemos tantas cirurgias como gostaríamos”, disse uma das médicas presentes na reunião.

Por seu turno, o administrador Lício Carvalho admite que o CHLP está a crescer na cirurgia, nomeadamente na ambulatória, com capacidade de resposta que ronda os três meses na cirurgia geral.

Serviço de Urgência com dificuldade em “tapar buracos” nos recursos humanos

É no Serviço de Urgência do Hospital de Santo André que se sentem mais os problemas causados pela necessidade de recorrer a empresas privadas para assegurar recursos humanos porque, por um lado, as empresas não conseguem garantir a colocação de médicos o que implica “buracos” nas escalas e, por outro, a competência desses médicos é, muitas vezes, colocada em causa. Para evitar esta situação, no futuro vai ser obrigatório que estes profissionais “tenham formação em Suporte Avançado de Vida e Trauma, com experiência de três anos”, assegurou Vítor Faria, director deste Serviço. “Mais de metade dos médicos das empresas vêm do estrangeiro”, realçou. O que coloca alguns graves problemas de qualidade.

Seguindo a tendência nacional, muitos dos doentes (50%) que recorrem às urgências do Hospital de Leiria são classificados como verdes. Tal facto deve-se à falta de médicos de família para todos os doentes. “Enquanto isso acontecer é o Serviço de Urgência que assegura essa lacuna”.

Depois da área verde (onde havia utentes em macas) visitámos a área amarela onde o chão apresenta sinais de infiltrações. “Aqui temos, todos os dias, 12 a 15 doentes a aguardar vaga para uma cama e a lotação nunca é de 23 como está marcado” nos placares, explicam. “Esporadicamente o volume aumenta”. No dia e hora da visita da OM, eram 34 os utentes presentes na área amarela.

Seguiu-se a área vermelha (entram directamente da rua para esta área) e a área laranja. “Aqui possuímos uma central de monitorização que nos permite ter acesso a toda a informação num único equipamento”, afirmou o responsável. A

urgência do Hospital de Santo André está, por seu lado, muito bem apetrechada com uma Unidade de Internamento de Curta Duração, com três quartos de isolamento. Esta unidade serve diferentes especialidades, como medicina e neurologia.



Visita à cardiologia no Hospital de Santo André pela mão de João Moraes



Reunião com o Conselho de Administração do Hospital de Santo André



Unidade de Internamento de Curta Duração

Cirurgia Geral: é necessário definir metas

Chegados ao Serviço de Cirurgia Geral, Miguel Coelho realçou a “necessidade de serem definidas metas e de se saber, em concreto, o que o Ministro da Saúde pretende dos Serviços porque neste momento existe uma grande indefinição”.

Quanto às listas de espera, o tempo que decorre desde o pedido de cirurgia até a sua realização, aumentou substancialmente. “Há uns anos atrás a nossa capacidade de resposta era de quatro meses, hoje temos doentes há um ano em espera porque possuímos também Alcobaça e Pombal para além das dificuldades de anestesiastas. A nível nacional é gritante e aqui é preocupante”, disse o responsável. Neste serviço o número de horas de cirurgia programada foi reduzido por dois motivos principais: falta de camas e/ou falta de equipas. Com 53% dos doentes internados/operados, “registra-se uma mortalidade relativamente elevada porque, por razões de humanidade, não quero que um doente morra numa maca da urgência”, referiu.

Face ao desabado, o bastonário da OM afirmou já não fazer sentido criar hospitais organizados em serviços por especialidade, conforme recomenda Michael Porter.

Cardiologia tem falta de especialistas

João Morais, do Serviço de Cardiologia, assegurou que existem problemas no que diz respeito aos recursos humanos.

“Acha que o Colégio de Cardiologia devia aumentar número de vagas?”, questionou o bastonário, ao que o responsável respondeu afirmativamente. “Nes-

te momento considero que estão a ser formados poucos médicos sobretudo em Cardiologia”, disse. E os números não mentem: existem apenas 24 vagas a nível nacional.

“O interior do país está morto em termos de cardiologia. A zona centro tem 4 vagas para internos de Cardiologia. Mas o problema não é só nesta área: também não há urologistas, otorrinos, imagiologistas”, disse João Morais concluindo que a “estratégia actual dos hospitais passa por sobreviver”.

ACES Pinhal Litoral com carência de recursos humanos e não humanos

O ACES Pinhal Litoral II foi o local de visita que se seguiu, como ponto de partida para conhecimento no terreno da realidade dos cuidados de saúde primários.

“Podíamos estar melhor se tivéssemos outras capacidades no que se refere a recursos. É um dos aspectos que tem limitado o nosso trabalho: recursos humanos e não humanos”, começou por afirmar Isabel Poças, directora executiva deste ACES. A nível de instalações existem situações sinalizadas e “o investimento está a ser feito”, assegurou.

Não obstante, é na falta de médicos que as dificuldades são maiores: com 39 mil utentes, seis cen-

tros de saúde, 64 extensões, 141 médicos de MGF, e decorridos três anos desde a aposentação de um grande número de médicos, o Distrito de Leiria está neste momento a entrar numa fase “mais estável quanto a aposentações mas os reflexos ficam, sobretudo porque não existe fixação de novos médicos”, lamenta Isabel Poças. “As vagas para novos especialistas – 7 no último concurso e 10 no penúltimo – não são ocupadas”, afirmou.

No entanto, há ainda a registar alguns médicos que acabam por chegar a Leiria mas “que depois de algum tempo vão embora”, disse Carlos Ferreira, membro do Conselho Distrital da Ordem dos Médicos de Leiria.

“Não consigo perceber como é que Leiria, dada a sua localização geográfica, não consegue fixar médicos de MGF. É de facto um Distrito de onde me chegam muitas ‘queixas’ ligadas à falta de recursos humanos”, disse Carlos Cortes.

Qual será, então, a principal razão para que isto aconteça? Ana Maria Barros, presidente deste Conselho Distrital da OM defende que um dos motivos será o facto “dos nossos ficheiros serem muitos altos” (1800 a 1900 utentes) e um outro factor terá a ver com “uma certa desilusão dos colegas quando chegam ao terreno e não têm nem podem trabalhar o seu ficheiro de utentes, com a sobrecarga de atendimento de doentes sem Médico



Isabel Poças (ao centro) liderou a reunião no ACES Pinhal Litoral

de Família e porque o ACES lhes tenta impor listas muito superiores a 2000 utentes, o que é ingerível”.

Para José Manuel Silva esta situação seria ‘facilmente’ resolvida com uma “melhor organização e motivação dos recursos humanos. O líder faz a equipa, as pessoas têm de ter cultura de trabalho em equipa e a Presidente do ACES tem de saber ler os sinais com flexibilidade”.

A constituição de USF e UCSP também tem sido prejudicada e dificultada pela falta de recursos “mas estamos a trabalhar nesse sentido”, admitiu Isabel Poças. Neste ponto, o bastonário da OM mostrou-se crítico das imposições que estão a ser colocadas às USCP porque “querem obrigá-las a funcionar nos moldes das USF mas sem lhes darem as mesmas condições em instalações e recursos humanos”.

Problemas com os indicadores

No que diz respeito à contratualização, Isabel Poças afirmou que já foi feita, e Ana Maria Barros disse ter sido “uma negociação”, embora admita “sentir alguns problemas nos indicadores”. Contudo, Rui Fonseca desejava que tivesse havido uma maior flexibilização. “Não é algo imposto mas a negociação não é tão boa como já foi”, asseverou.

De facto, são os indicadores que mais desmotivam os Médicos de Família porque “perde-se muito tempo, uma vez que os dados não migram de uma aplicação para as outras”, lamentou a presidente do Conselho Distrital de Leiria. “Os indicadores deviam ser bem trabalhados e verificada a sua exequibilidade pelos médicos que estão no terreno. Estes deviam ajudar na definição desses mesmos indicadores”, defendeu Ana Barros.

“Se nas USF a contratualização faz sentido nas UCSP não faz sentido.

Um contrato implica ganhos bilaterais, o que não acontece neste caso. Para que há contratualização nas UCSP? Avaliação de qualidade é outro assunto, que nada tem a ver com contratualização. Se eu estivesse numa UCSP não contratualizava”, defendeu o bastonário.

Regresso de colegas reformados

No concelho de Leiria existem oito médicos reformados contratados mas “o processo é muitas vezes demorado e alguns acabam por desistir”, revelou a representante do ACES.

José Manuel Silva, que vê no regresso de colegas aposentados uma mais-valia que devia ser justamente remunerada, defende que os mesmos “deviam receber uma homenagem pública porque com as condições que lhes são dadas actualmente estão a trabalhar de graça”.

Comunicação com hospital existe e está de boa saúde

Questionada sobre a existência de comunicação entre o ACES e o Hospital Distrital de Leiria, Isabel Poças assegurou que existe: “São feitas reuniões periódicas e há, paralelamente, contactos diretos”.

“A lei da qualidade prevê que se trabalhe em conjunto” e é isso que acontece em Leiria com a criação “da Comissão da Qualidade, primeira a nível nacional”, informou Rui Fonseca, adiantando que esta Comissão “promove a circulação de informação nos dois sentidos”.

No que se refere à referenciação dos utentes para o hospital, a mesma não pode ser feita na especialidade de Pneumologia

porque deixou de existir. Neste sentido “questionámos a ARS sobre como e para onde devemos referenciar. Por enquanto continuamos a enviar para o hospital. Ao chegarem lá são-nos devolvidos e somos obrigados a remeter para a ARS”, explicou Carlos Ferreira.

“Temos promovido a procura de soluções, do lado do ACES, em relação a tudo o que esteja menos bem quanto à referenciação. Para resolvermos apelamos junto dos colegas para que esses casos cheguem até nós para poderem ser alvo do devido tratamento”, atestou Isabel Poças.

Este circuito de *ping-pong* é kafkiano, inaceitável e prejudicial para os doentes.

Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio

Situa-se em Marrazes o Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio. Dotado de uma estrutura física de grandes dimensões, alberga uma USF no seu interior, com excelentes condições e um funcionamento exemplar. “Possuímos dois módulos com seis gabinetes”, explicou Manuel Carvalho, coordenador desta USF.

Questionado pelo bastonário da OM sobre a eficácia da PEM, o responsável atestou que continua a ser um problema. “Não existe migração dos dados entre as aplicações e isso obriga-nos a um trabalho de secretária constante”.

Nesta USF encontra-se implementado há pouco tempo o relógio do ponto não sendo, possível, para já, perceber a sua mais-valia mas Manuel Carvalho afirma que “nas USF não faz sentido porque a carga horária está acima do que é estipulado”.

A visita seguiu pela área do clássico Centro de Saúde, com Aurora



No Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, em Marrazes, têm muitas capelinhas e poucos capelões



José Manuel Silva e Manuel Carvalho, coordenador da USF de Marrazes



Em Monte Real os utentes estão privados do acesso à casa-de-banho

Almeida Abreu a afirmar que têm “muitas capelinhas e poucos capelões/sacristões”. E explica porquê: “Éramos cinco médicos: reformaram-se dois e oficialmente somos três (apesar de uma das colegas só aparecer de vez em quando) e mais uma interna que tem sido uma mais-valia na área da pediatria”. É um esforço enorme e não reconhecido responder às necessidades dos utentes.

Médico com 35 anos de carreira chocado

Aproveitando a visita de José Manuel Silva, e pela proximidade com que foi confrontado com a situação que o chocou enquanto médico, o Francisco André reportou o facto

de “uma utente lhe ter revelado que tem colegas que vão aos senhores das tatuagens tirar os implantes contraceptivos porque não têm Médico de Família”. Todos os presentes ficaram incrédulos com a revelação. “Estas situações verificam-se sobretudo nas camadas mais jovens e na população esporádica”, adiantou.

Apesar de haver Consulta Aberta para utentes sem MF, existe o problema dos horários e da falta de

recursos. “Em Azóia, por exemplo, não posso fazer determinados serviços médicos porque não tenho um profissional de enfermagem”, lamentou Aurora Abreu.

Casa do Povo ou Extensão de Saúde?

Em Monte Real quem procura a Extensão da localidade poderá ficar confuso ao deparar-se com um



Pedro Sigalho é o único médico (em part-time) da Extensão de Saúde de Monte Real



Um dos dois consultórios médicos de Monte Real

edifício que diz ser tudo menos um Centro de Saúde. Mas a placa indicativa está lá. Mais pequena, é certo. O tamanho da placa talvez não seja ao acaso. Porque pequena é, também, a Extensão. Um corredor estreito, com uma recepção dos lados, uma sala de espera, uma casa-de-banho, uma sala de enfermagem e dois gabinetes médicos resumem esta humilde unidade de saúde que conta com 1800 inscritos no activo (3200 habitantes no total) e um único médico em *part-time*: Pedro Sigalho. Ao médico soma-se um enfermeiro para seis mil utentes (está aqui ou em Cravide) e elementos administrativos empregados. “A Extensão de Monte Real sou eu e as paredes”, lamentou Pedro Sigalho.

Com poucas condições a nível de infraestrutura (na casa-de-banho não entra uma cadeira de rodas, presença de humidade nos tectos, ausência de saídas de segurança e o cheiro a fossa que por vezes se faz sentir) o lixo contaminado encontra-se... numa arrecadação dentro da sala de enfermagem! “Se o enfermeiro estiver com um utente tem de parar o tratamento quando chega o funcionário do SUCH para o deixarem passar”, atestou. “Se a ASAE tivesse autonomia já tinha encerrado este espaço. No entanto, temos tentado dar, a nós próprios, as melhores condições possíveis”, acrescentou.

Marinha Grande: Centro de Saúde grande, com pouco médicos e a precisar de ser reabilitado

Na chegada à Marinha Grande foram muitas as queixas dos utentes. “Não temos Médico de Família o que é uma pena porque eles já sabiam a história toda da nossa vida e agora para conse-

guirmos consulta temos de vir às 4 manhã e nem sempre apanhamos vaga”, lamentou um casal de utentes.

Carlos Vieira, responsável pelo Centro de Saúde da Marinha Grande – com uma grande infraestrutura (parte da qual está desactivada), – atestou a veracidade dos factos. “Temos 8 mil utentes sem Médico de Família”, lamentou. Tal facto leva muitas pessoas a recorrer ao SAP. “São mais de cem pessoas que diariamente recorrem a este serviço”, afirmou Carlos Vieira, ao mesmo tempo que conta o facto de, por várias vezes, ter sido apresentada proposta para USF mas “ninguém aceitou”.

Um dos maiores problemas vi-

vidos neste Centro de Saúde é a falta de médicos. Os que existem “têm mais 12 horas de trabalho fora do horário”.

Quanto ao SIADAP o responsável queixa-se da complexidade e da falta de tempo. “Como podemos fazer avaliações quando há uma discrepância imensa nos registos? Em alguns sítios passam horas a preencher e noutros (como aqui) passamos o tempo a receber utentes, porque as horas não são elásticas e os doentes estão antes das estatísticas”. Para ser uma avaliação justa e equilibrada “temos de ter as mesmas condições”, concluiu.



Na chegada à Marinha Grande os utentes interpelaram José Manuel Silva e Carlos Cortes



No Centro de Saúde da Marinha Grande o Bastonário e restantes elementos da OM foram recebidos por Carlos Vieira



Liliana Gomes

Interna de 2º ano de Saúde Pública

Para obter ganhos em saúde e eficiência orçamental

A Saúde Pública é essencial e indispensável

Tem 31 anos, é interna de Saúde Pública e acredita que é nesta especialidade que reside uma das chaves para a sustentabilidade do SNS e não hesita em afirmar que “o nosso SNS, na sua essência, é um dos melhores dentro dos diversos países onde trabalhei” e que “é um desperdício de recursos humanos e de capital, deixar profissionais de Saúde altamente diferenciados sair de Portugal”. Com o agravamento das condições de trabalho no nosso país, quase emigrou para a Suíça e chegou mesmo a ser selecionada para uma vaga numa especialidade cirúrgica. “Não fosse a descoberta da Saúde Pública, hoje não estaria em Portugal”, afirma. Mas, no momento da decisão, recordou algo que lhe haviam dito: “No início e no fim da carreira, o mais importante não é o dinheiro”... Com esse pensamento em mente – “a melhor lição que aprendi” – optou pela Saúde Pública e por fazer parte da sua formação pós-graduada em Londres, mas sempre com a ideia de voltar. De regresso a Portugal, na sequência do trabalho que desenvolveu na área das Hepatites Virais, tanto na Direcção-Geral da Saúde, como ao longo do mestrado em Saúde Pública que fez em Londres, foi convidada para ser Consultora para a Estratégia Nacional para as Hepatites Virais, criada a 14 de Maio de 2014. Liliana Gomes está disposta a defender a especialidade que a apaixonou até que a mesma ocupe o lugar que merece.

Revista da Ordem dos Médicos – **O que a motivou a escolher a especialidade de Saúde Pública?**
Liliana Gomes - A possibilidade de “mudar o mundo”, como diz um dos grandes nomes da Saúde Pública, Martin McKee, uma vez que o nosso trabalho tem a possibilidade de melhorar a saúde das populações em grande escala. Esta é uma especialidade muito abrangente e diversificada, permitindo trabalhar em inúmeras áreas que vão desde a epidemiologia e doenças transmissíveis, passando pela saúde ambiental ou pela saúde global, até à prevenção, promoção da

saúde e educação para a saúde. Para além disso, e enquanto *globetrotter*, fascinou-me a possibilidade de poder trabalhar não só em Portugal e na Europa, mas também em países em vias de desenvolvimento noutros continentes, como África ou Ásia. Sem dúvida que, para perceber a potencialidade desta especialidade, foi fundamental ter realizado o estágio de Saúde Pública durante o internato do ano comum, bem como o contacto com algumas pessoas verdadeiramente inspiradoras, as quais tive oportunidade de conhecer tanto durante esse estágio, como

durante a minha passagem pela Escola Nacional de Saúde Pública. A sua paixão pelo trabalho que fazem motivou-me para escolher esta especialidade.

ROM – Qual tem sido a sua opção em termos de formação?

LG - Sou interna do 2º ano do Internato Médico em Saúde Pública e terminei há pouco o Mestrado em Saúde Pública na *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (LSHTM). Desde os tempos de faculdade que segui um percurso internacional, com estágios clínicos e de investigação em vários países (França,

Alemanha, República Checa, Hungria e Turquia). Assim, sabia que parte ou a totalidade da minha formação e carreira iria ter lugar no estrangeiro, dado que sempre vi o contacto com outros sistemas de saúde e com instituições académicas internacionais como uma oportunidade de aprendizagem única, que nos permite ver o que de melhor e de pior se faz lá fora. Ficamos com outra visão da Medicina e da Saúde, crescemos a nível pessoal e profissional, e desenvolvemos uma capacidade de análise e de crítica mais apurada.

ROM – O que a levou a optar por Londres?

LG – Optei por Londres não só pelo desafio de estudar e viver noutro país, num ambiente multicultural, mas também por esta ser uma das melhores escolas do mundo na área da Saúde Pública e de *Global Health*. Ter a possibilidade de estudar no mesmo local onde estudaram e trabalharam/trabalham grandes mestres da Epidemiologia e da Saúde Pública é um privilégio e uma inspiração para qualquer médico nesta área. Acredito que devemos sempre aprender com os bons exemplos, nacionais ou internacionais, e melhorar o que pode ser melhorado em Portugal. Foi essa a minha grande motivação para ir para Londres: ver outras formas de pensar e de trabalhar, e trazer para Portugal o que de melhor se faz lá fora.

ROM – O seu plano para futuro será, então, aplicar o conhecimento adquirido no regresso a Portugal...

LG - Quanto a planos para o futuro, felizmente são mais que muitos. Um mestrado numa Universidade deste nível prepa-

ra-nos para uma carreira de excelência não só do ponto de vista técnico-científico, mas também do ponto de vista do desenvolvimento de *soft-skills* que vão desde capacidade de liderança a trabalho em equipa ou capacidade de comunicação, algo que é muito apreciado por diferentes instituições na área da saúde de âmbito nacional e internacional (ex. Organização Mundial da Saúde, *World Bank*, Médicos sem Fronteiras, *European Center for Disease Prevention and Control*, Comissão Europeia, entre muitas outras). Para já, e na sequência do trabalho que tenho desenvolvido na área das Hepatites Virais, tanto na Direcção-Geral da Saúde, como ao longo do mestrado em Saúde Pública no Reino Unido, tenho agora um grande desafio entre mãos dado que fui convidada para ser Consultora para a Estratégia Nacional para as Hepatites Virais, criada a 14 de Maio de 2014. Assim, regresso a Portugal, mas sempre com uma ligação ao Reino Unido e eventualmente a algumas instituições internacionais, a nível europeu, dado que pretendo continuar a fazer investigação nesta área.

Em resumo, a ida para Londres esteve relacionada com a procura de formação que me permitisse consolidar a minha carreira e abrir possibilidades para o futuro, tanto a nível nacional, como internacional.

ROM – Sente-se, portanto, realizada com o seu investimento na formação?

LG - No fundo, a ida para Londres foi uma necessidade. Na área da Saúde, o mercado é muito competitivo, o que exige uma formação contínua e exímia, tanto do ponto de vista teórico

como prático. Para além disso, somos muito pressionados para investigar e publicar, e sem dúvida que uma Universidade como a LSHTM nos incentiva e motiva para tal, facilitando até esse processo, dado o investimento que fazem em investigação.

Contudo, se por um lado fiquei feliz e motivada por ter a oportunidade de aprender numa das melhores escolas do mundo, por outro foi extremamente difícil deixar família, amigos e alguns projetos para trás. Apesar do saldo final ser positivo, são sempre necessários sacrifícios a vários níveis (pessoal, financeiro). Mas vejo isto com um investimento que me tem permitido crescer a nível pessoal e profissional.

ROM – Nunca pensou em emigrar?

LG – Já vivi em vários países e nunca senti que quisesse emigrar definitivamente. Portugal é um dos países onde se vive com melhor qualidade de vida a nível mundial, e muitos estrangeiros adorariam viver cá. A única limitação são as condições de trabalho e o mercado de trabalho pouco competitivo.

Há uns anos atrás, dado o agravamento das condições de trabalho em Portugal e a instabilidade existente, cheguei a ponderar emigrar, à semelhança de muitos colegas. Pesquisei as oportunidades de trabalho em vários países europeus e nos EUA e recebi várias propostas de trabalho, as quais recusei por diferentes razões. Não foi fácil, em particular, recusar uma vaga cirúrgica altamente cobiçada, em Genebra, onde fui seleccionada entre 300 candidatos para estagiar e depois fazer o internato. Mas na altura apercebi-me que a

Saúde Pública era a minha outra paixão e, apesar do salário altamente competitivo dessa proposta, optei por ficar em Lisboa. Contudo, tenho a certeza que se estivesse no lugar dos colegas que escolhem especialidades hospitalares, teria aceitado essa proposta, dadas as imensas dificuldades que eles enfrentam e que são muito desmotivantes.

ROM – Teve algumas dificuldades de adaptação?

LG – Sim e não. Sim devido às restrições financeiras, pois ao contrário da maioria dos colegas que emigra em busca de melhores condições salariais e laborais, nós, internos de Saúde Pública, temos de sobreviver com o salário português num país com um custo de vida muito elevado. Isto para não falar do custo das propinas de milhares de euros. Para além disso, o ritmo de vida dos ingleses é muito acelerado, a cidade é enorme e a qualidade de vida não é assim tão elevada em Londres, nomeadamente devido ao facto de demorar-se quase sempre no mínimo 30-40 minutos a chegar a qualquer lado: as distâncias são muito grandes, já para não falar do custo dos transportes. Quanto ao resto do país, creio que a realidade possa ser outra.

Não: porque, à parte o que mencionei anteriormente, foi fantástico lidar com o pragmatismo dos britânicos. O ritmo de trabalho deles é impressionante. Pode parecer muito elementar, mas as pessoas respondem efetivamente a e-mails e em tempo útil. Isto leva a uma rápida concretização de certas tarefas diárias, o que nos torna muito mais produtivos e facilita o *networking* com especialistas na área, que geralmente são muito acessíveis e

que respondem a solicitações. Por outro lado o facto das pessoas serem mais informais no trato é fantástico: não se usam títulos académicos com a mesma regularidade que em Portugal e fazemos reuniões e formações durante a hora de almoço, onde podemos comer rapidamente enquanto trabalhamos. Pouparamos tempo e consegue-se sair a horas do trabalho.

ROM - Conhecia alguém em Londres que a tenha ajudado na sua integração?

LG – Inicialmente só conhecia os colegas de especialidade que foram fazer o mesmo Mestrado que eu durante este ano e um amigo inglês. Mas, a pouco e pouco, fui-me apercebendo que afinal havia muitos mais colegas a morar na cidade, temporária ou definitivamente. E isso foi fundamental para ajudar-me a superar a distância entre Londres e Lisboa. Creio que por mais que a pessoa desenvolva amizades quando está no estrangeiro, é muito importante ter pessoas conhecidas no local.

ROM - Como considera que é a aceitação em relação aos médicos portugueses?

LG - Creio que em geral a aceitação é boa. No que se refere aos colegas de Saúde Pública que fazem a mesma formação que nós na LSHTM, foram fantásticos. Até insistem para que continuemos o internato médico da especialidade no Reino Unido, dado que há carência de especialistas e que existem mais oportunidades profissionais e com melhor remuneração. O internato da especialidade é bastante semelhante entre os dois países. Parece-me haver uma boa impres-

são dos médicos portugueses no Reino Unido.

ROM – Dado o seu contacto com outros sistemas de saúde, qual seria a sua sugestão para o Sistema de Saúde português?

LG – Esta é uma pergunta difícil, pois depende sempre da experiência pessoal de cada um. Depois do contacto que tive com outros sistemas de saúde, continuo a achar que o nosso SNS, na sua essência, é um dos melhores dentro dos diversos países onde trabalhei.

ROM – Sendo o nosso SNS um dos melhores, como mantê-lo?

LG – Creio que a forma de fazer o SNS subsistir é investir na prevenção, ou seja investir na promoção da Saúde e na prevenção da doença, pois esta é uma das estratégias que mais permite poupar recursos e na qual tem vindo a haver um desinvestimento. Este tem sido um dos grandes fatores de sucesso no Reino Unido nas mais diferentes áreas da Saúde, que vão desde a prevenção de doenças crónicas, até ao envelhecimento ativo e à preocupação crescente com a saúde dos migrantes e das populações vulneráveis (ex. presidiários, utilizadores de drogas injetáveis, entre outros). Para além disso, é fundamental garantir que o SNS permaneça tendencialmente gratuito, por forma a reduzir graves iniquidades no acesso à Saúde.

ROM – E quanto aos recursos humanos?

LG – É fundamental que seja feito um investimento nos profissionais de Saúde que trabalham no SNS, criando incentivos (não necessariamente financeiros) que os motivem e que conduzam à reten-

ção de talento no nosso país. É um desperdício de recursos humanos e de capital, deixar profissionais de Saúde altamente diferenciados sair de Portugal, muitas das vezes contra a sua própria vontade. Há muitos países a tirar partido desta nossa fragilidade e a fortalecer o seu próprio SNS com profissionais portugueses, pois a sua reputação é amplamente reconhecida lá fora, permitindo-lhes poupar milhares de euros por ano na formação deste tipo de profissionais. E a verdade é que muitas vezes os salários, ainda que superiores, não são assim tão superiores se olharmos para os gastos com o custo de vida do país de destino. Por último, creio que pode ser benéfico ter mais médicos e enfermeiros com competências básicas de gestão em Saúde, Liderança e de Saúde Pública na sua formação de base ou pós-graduada.

ROM – Que diferenças destacaria entre os dois sistemas de saúde?

LG - A grande diferença é de facto a aposta na prevenção, a qual tem claros benefícios para a Saúde da população e permite poupar dinheiro no orçamento da Saúde do RU.

Outra grande diferença entre Portugal e o RU é o facto de nós termos sistemas informáticos, para registo dos processos clínicos dos doentes, mais desenvolvidos. Ao contrário do que se poderia pensar, no Reino Unido uma grande parte da informação ainda está registada em suporte de papel, o que gera dificuldade na gestão da informação dos doentes e acesso à mesma. Em Portugal conseguimos agilizar mais os processos.

Por último, o acesso aos medicamentos é outra grande diferença: no RU, os doentes pagam

um valor fixo pelos medicamentos. Ou seja, há um valor único aplicado a qualquer doente independentemente do custo dos medicamentos. Assim, custe o medicamento 2 ou 50 euros, o custo é sempre o mesmo para o doente (menos de 10 euros).

ROM – Está de regresso a Portugal desde Setembro... Tem algum receio quanto ao futuro?

LG – Há muito trabalho a fazer em Portugal e tenho muitos desafios e projetos pela frente. Isso, aliado a um sentido de dever perante o meu país, faz-me valorizar este regresso. Gosto muito do que faço e é isso que me motiva (certamente não é o salário que motiva o meu retorno).

Mas é importante salientar que no meu caso é possível regressar a Portugal, dado que fui para fora no âmbito do internato médico da especialidade em Saúde Pública. Já os colegas que tiveram de se desvincular do SNS, durante ou após o internato médico, nem sempre têm essa possibilidade, por mais motivação que tenham. Esse é um dos meus receios para o futuro, pois gostaria de voltar a ter outra experiência internacional, ainda que temporária. Assim, se surgir uma oportunidade irrecusável, possivelmente serei obrigada a optar entre um emprego no SNS ou um emprego noutro país, com pouca possibilidade de regressar, dado que atualmente só são concedidas licenças sem vencimento a casos muito específicos. Para já esta é uma questão que ainda não se coloca. Estou de regresso e vou finalizar o internato médico da especialidade.

ROM – Em que vertentes considera que a Saúde Pública pode

dar contributos mais relevantes: planeamento em Saúde, vigilância epidemiológica, promoção da saúde ou investigação?

LG - Todas as que menciona. Sem dúvida que a epidemiologia é uma das ferramentas de investigação essenciais em Saúde Pública, sendo usada para estudar a saúde das populações. O resultado desse estudo deveria, por isso mesmo, ser usado como fundamento para tomadas de decisão informada em termos de políticas de Saúde, e como forma de melhorar o planeamento. Parece-me claro que, com bom planeamento, é mais fácil gerir e alocar de forma adequada os recursos de que dispomos, assim como definir estratégias mais eficientes para melhorar a saúde da população. Essas estratégias passam muitas vezes pela prevenção, promoção e educação para a saúde, e culminam na monitorização de todas as atividades desenvolvidas e implementadas, sendo igualmente áreas de *expertise* do especialista em Saúde Pública. Portanto, se analisarmos bem, o especialista em Saúde Pública tem formação específica para trabalhar em todas estas e noutras áreas (característica singular desta especialidade). Para além disso, ao desempenhar tarefas desta natureza no seu dia-a-dia, poderá dar grandes contributos para melhorar a saúde da população, pelo que deverá ser visto como um parceiro essencial e indispensável.

ROM – Com umas centenas de especialistas em Saúde Pública, considera que Portugal está devidamente preparado para uma situação de emergência nesta área?

LG – Posso dizer que me assus-

ta o facto de 87,2% dos especialistas em Saúde Pública estar acima dos 50 anos de idade, de acordo com um estudo de 2012 realizado pelo *Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Previa-se que nos próximos 5 a 10 anos, uma grande fatia desses profissionais viesse a reformar-se.

Por isso, mais do que nos debruçarmos sobre uma situação aguda de emergência, creio que devemos pensar nas dificuldades a longo prazo, e nas graves sequelas para o país e para a saúde dos portugueses, pelo facto de não termos especialistas em número suficiente, o que poderá levar ao colapso desta especialidade nos próximos anos. Têm de ser formados mais médicos especialistas em Saúde Pública, mas também têm de ser gerados estímulos para aliciar e incentivar os internos, dada a elevada taxa de desistência no decorrer do internato médico.

ROM – Pode então relacionar-se a sustentabilidade do SNS com políticas integradas de Saúde Pública...

LG – Sem dúvida alguma que sim. Se não houver planeamento adequado e uma estratégia pensada e integrada na realidade nacional e dos diferentes intervenientes, como poderemos trabalhar de forma eficiente (com os recursos humanos e financeiros existentes) e saber onde e como intervir para obter ganhos em saúde? Não basta diagnosticar doenças e tratar doentes. Temos de pensar em tudo o que está a montante e a jusante, ou seja, pensar nos diferentes níveis de prevenção (primordial, primária, secundária e terciária) como forma de reduzir a incidência e prevalência das doen-

ças, bem como a morbilidade e a incapacidade temporária associada à doença, por exemplo. Isto permite poupar dinheiro e recursos, para além de potenciar melhor qualidade de vida à população.

ROM – Concorda, portanto, que seria uma mais-valia em termos de planeamento em saúde e articulação entre os diversos níveis de cuidados a inclusão da visão da Saúde Pública numa perspectiva global e abrangente?

LG – Naturalmente que sim. Um dos fatores de sucesso das atividades da Saúde Pública consiste precisamente em envolver todos os atores intervenientes, ouvindo-os ativamente. Em parte isso já acontece dado que a nível local cada unidade de Saúde Pública de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) faz o Perfil Local de Saúde, onde descreve os principais problemas diagnosticados na sua população/área. Com base nisso estabelecem-se prioridades e define-se o Plano Local de Saúde, onde são traçados objetivos e metas a alcançar num determinado período temporal, com base em estratégias claras a ser implementadas, em teoria, pelos diferentes parceiros (ex. Hospitais, Medicina Geral e Familiar, Câmara Municipal, Polícia, Bombeiros, escolas, etc). Isto deveria ser igualmente aplicado a outras áreas da saúde, e não só ao top 5 dos principais problemas diagnosticados no ACeS, pois muitas vezes parece haver tomadas de decisão unilaterais ou sem ouvir todas as partes envolvidas, o que pode gerar descontentamento dos profissionais de saúde e da própria população. É necessário ter uma visão de conjunto.



ROM – Como analisa o impacto da actual crise económica e financeira em termos de saúde pública?

LG – Esse impacto é real, existe e traduz-se na degradação da saúde dos portugueses. Já existem alguns dados e indicadores nesse sentido: por exemplo, ainda em Julho, um colega e investigador publicou uma carta na reputada revista científica “The Lancet”, como a crise económica e financeira parece afetar a saúde mental dos portugueses.

Outro “lado negro” da crise financeira é o facto de não existir orçamento para tratar certos doentes, mesmo quando esse tratamento é uma forma de prevenção como é o caso da Hepatite C. Isso faz com que continuemos com dificuldades em controlar uma doença que constitui um grave problema de saúde pública. Creio que temos que perceber que se desinvestirmos na prevenção, iremos ter as consequências dentro de alguns anos, com maior prevalência de certas doenças na população e, por conseguinte, com mais sequelas e complicações, as quais trarão inclusivamente um maior custo social e económico para o SNS.

No ano em que se celebram, com mérito e distinção, os 35 anos do SNS, parece-me que deveríamos não só olhar para o que conquistámos até à data, mas também para os desafios que enfrentamos atualmente de forma a garantir o mesmo nível de sucesso nos próximos anos.

ROM – Concorde que a Saúde Pública na sua vertente de prevenção deve ser transversal mais do que a todas as políticas de saúde, a todas as políticas que possam ter repercussões na saúde?

LG – Sem dúvida e é por isso mesmo que a articulação entre os

diferentes parceiros é fundamental. A articulação com diferentes estruturas e entidades para a tomada de decisão em áreas que possam afetar a saúde é a base do sucesso de qualquer medida de prevenção que possamos querer implementar. Coisas tão simples como a recém atribuição de competências às Câmaras Municipais para gerir os transportes terrestres, e assim definir onde param os transportes públicos tem um impacto tremendo na gestão do acesso a cuidados de saúde. Se a população não tem fácil acesso ao seu Centro de Saúde (médico de família) ou Unidade de Saúde Pública por não haver transportes públicos que o levem até estas unidades de saúde, é difícil implementar certas medidas e/ou projetos. Poderia citar muitos outros exemplos relacionados com saúde ambiental, promoção de estilos de vida saudável, saúde ocupacional, etc. em que a Saúde Pública deveria ser ouvida quer por entidades do setor público quer do privado para tomadas de decisão informadas e em conjunto.

ROM – Acha que a especialidade tem o devido reconhecimento?

LG – Creio que na generalidade a especialidade de Saúde Pública não tem o devido reconhecimento em Portugal, essencialmente pelo desconhecimento das reais competências de um especialista em Saúde Pública. Ainda existe o preconceito de que aquilo que fazemos passa apenas pela realização de juntas de incapacidade médica e vistorias. Algo que não corresponde de todo à realidade e que é extremamente redutor. No entanto, acredito que isso irá mudar nos próximos anos, graças ao empenho de vários profissionais na área da Saúde

Pública e pelo facto de ser uma área que começa a ganhar destaque, como se pode ver pelo aumento da procura de cursos pós-graduados (ex. mestrados e doutoramentos).

ROM – Algum conselho para os outros jovens?

LG – O meu conselho para os colegas mais jovens é que:

Viajem muito e que conheçam o mais possível acerca dos diferentes sistemas de saúde e formas de trabalhar.

Invistam em formação e percorram caminhos diferentes do normal, sem ter medo de ousar.

Analise as boas práticas internacionais e adaptem-nas, no que for possível à realidade portuguesa. Sei que para muitos não é fácil regressar, pela escassez de oferta de trabalho, ou pelas condições que são oferecidas. Mas é fundamental ter pessoas que pensem “out of the box” e que sejam proativas, desenvolvendo novos projetos. Só assim podemos mudar alguma coisa.

Nem sempre podemos analisar a Saúde de uma forma meramente clínica. Assim, recomendo que invistam na formação em outras áreas complementares à prática médica (gestão em saúde, liderança e saúde pública).

Acreditem que é possível mudar o que está menos bem, apresentem projetos e propostas e estabeleçam parcerias. Muitas vezes só é possível resistir às adversidades se trabalharmos em equipa e se encontrarmos uma motivação para continuar (ainda que por vezes tenhamos de ser nós a criar as condições para essa motivação).

Trabalhem com paixão e sigam os vossos sonhos, pois nos momentos menos bons é isso que vos vai fazer continuar o caminho.



Carlos Cortes

Presidente do Conselho Regional do Centro da OM

O enredo das contratações e das contrataçõeszinhas

A contratação de um Médico para uma unidade de saúde passa por um processo burocrático onde o que é avaliado e contratado deixa de ser o profissional em si mas a empresa que o apresenta no seu catálogo...

Os recursos humanos têm sido uma área desprezada e apaulada na área da saúde. Esse investimento humano tem tendência, aliás, a ser considerado como um ato de má gestão. Ao invés, a contratação de profissionais deve ser encarada como um investimento na qualidade da atividade das unidades de saúde e como um reforço na melhoria da prestação de cuidados de saúde e na formação de outros profissionais.

É fundamental, pois, contratar profissionais motivados, integrados em equipas e capazes de estabelecer um vínculo forte com os outros profissionais e com a instituição a que pertencem. A ligação entre um médico e o seu hospital ou centro de saúde também é um fator essencial para a sua prestação e eficiência. Para isso, as unidades de saúde deviam ter a capacidade plena para escolher os seus profissionais e criar um vínculo mútuo.

Os decisores, porém, têm transmitido a ideia enganadora de que os profissionais são os principais

responsáveis pela degradação dos cuidados de saúde. Desta forma, e ao contrário das necessidades em recursos humanos, a solução agora implementada é desqualificar o papel dos médicos e desvalorizar a sua contratação.

Criou-se a perigosa ideia que a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, e da Saúde em geral, passa pela redução descontrolada da despesa em recursos humanos, nomeadamente desertificando os hospitais e centros de saúde dos seus profissionais de saúde ocultando o seu importante e valioso contributo. Nesta linha de pensamento, o hospital eficiente parece ser aquele que é desprovido de médicos mas saturado de dirigentes e gestores de folha de Excel no smartphone ou de bata branca que nunca tinham usado. A mistificação política da “era troikiana” tem disseminado a ideia de que o verdadeiro profissional de saúde é o gestor de números, tabelas e gráficos e deixou de ser o clínico que diretamente contacta com os seus

doentes. Esta é a fórmula da saúde que é publicamente e profusamente propagandeada.

Atualmente, nenhum médico pode ter certezas sobre a forma processual da sua futura contratação:

- Será através de um concurso regional e limitado? Ou num concurso de âmbito nacional?
- Será através de um concurso aberto? Ou fechado à maioria dos médicos?
- Será contratado pela própria unidade de saúde ou deverá submeter-se à uma empresa mercenária de contratação de médicos?
- O seu processo será tratado num Serviço de Recursos Humanos ou num Serviço de Aprovisionamento juntamente com os pensos, os reagentes e outros dispositivos?
- Alguma vez chegará a conhecer o seu Diretor Clínico? Ou sequer o seu Diretor de Serviço?
- E será que os próprios Diretores Clínicos e Diretores de Serviço escolheram esse profissional ou a empresa que o contratou?

Recordo-me de um tempo em que a

contratação de um médico era uma ato revestido de alguma solenidade na vida de uma instituição. O Médico, que ingressava numa instituição de saúde, era inserido numa equipa hierarquizada e estruturada e tinha um caminho de progressão assente em Carreiras Médicas funcionantes e motivadoras.

Como mudou esta realidade! Hoje, muitos médicos entram e saiam das instituições, de forma quase anónima e despersonalizada, e ao sabor de concursos assentes em critérios de preço mínimo expurgados de fatores de qualidade e de análise de currículos. A progressão na carreira é um mito e alguns de nós não sabem o que são Carreiras Médicas ou nem ouviram falar nelas sequer. A selva pantanosa das contratações e contrataçõeszinhas tudo permite com o aval cúmplice do Ministério da Saúde e das Administrações Regionais de Saúde. As unidades de saúde têm uma multiplicidade de escolha para contratar médicos e, nalguns casos sem recurso a nenhum procedimento concursal.

O recurso indiscriminado à empre-

sas de recrutamento de médicos que têm como únicos propósitos alcançar lucros polposos, proletarizar os profissionais e desqualificar o trabalho médico de equipa tem servido de desculpa jurídica para outro tipo de desumanização: tratar o Médico como um produto e submetê-lo às regras de qualquer produto comercial a adquirir pelo hospital ou centro de saúde.

Cada vez mais, a contratação de um Médico para uma unidade de saúde passa por um processo burocrático onde o que é avaliado e contratado deixa de ser o profissional em si mas a empresa que o apresenta no seu catálogo. A maioria destas empresas não tem experiência na área dos recursos humanos e, ainda menos, na área da saúde. Muitas delas foram criadas, muito recentemente, para aproveitarem o lucro fácil à conta do trabalho diferenciado dos Médicos.

Não existe nenhuma eficiência financeira na existência de empresas parasitas das unidades de saúde, não existe nenhuma mais-valia qualitativa – muito pelo contrário-

na negociação de “catálogos de médicos”.

Gradualmente, a gestão de recursos humanos tem passado dos Serviços de Recursos Humanos para os Serviços de Aproveitamento (onde são agora negociadas muitas contratações) para os gabinetes das empresas de recrutamento médico. Hoje, parte da gestão dos recursos humanos das unidades de saúde já não é feita nos hospitais, centros de saúde ou Administrações Regionais de Saúde: é feita por essas empresas que proliferam e exploram o Estado e os profissionais de saúde. Os hospitais e centros de saúde devem poder escolher, em concursos transparentes e regras públicas, os seus recursos humanos devolvendo a dignidade ao ato de contratar e selar um vínculo com os médicos. Este tem sido um negócio com uma falta de transparência preocupante. Se as empresas intermediárias de contratações são tão eficientes porque não as usa o Ministério da Saúde para contratar os seus quadros?

Homenagem à memória do Dr. Orlando Leitão

O Dr. Orlando António Coelho Leitão (1931-2014) foi um dos fundadores da Neurologia portuguesa contemporânea e das suas subespecialidades. Foi Chefe de Serviço do Hospital de Santo António dos Capuchos, Diretor de Serviço do Hospital Egas Moniz, Professor Convidado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e muito mais.

O Dr. Orlando Leitão foi um homem excecional. Ao longo de décadas dedicou-se a muitos doentes e suas famílias, marcando diversas gerações de estudantes e médicos, que tiveram o privilégio de lhe conhecer a sofisticação do conhecimento, a elegância do trabalho e a personalidade inquieta, tranquila, irónica e generosa.

É indelével a marca do Dr. Orlando Leitão na Neurologia portuguesa e em muitos de nós.

Lisboa, 31 de outubro de 2014

Conselho Diretivo do Colégio da Especialidade de Neurologia

José Barros (Presidente), Ana Paula Breia, Carla Ferreira, José Silva Rente, José do Vale Santos, Lúcia Diogo Sousa, Maria José Rosas, Miguel Rodrigues, Teresa Pinho e Melo, Vítor Tedim Cruz





Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

A linha de água

Foi sem surpresa que mais uma vez tivemos conhecimento de que altos responsáveis de Unidades de Saúde (US) do SNS reafirmaram que dispõem de mais profissionais de saúde do que os que seriam necessários para manter a actividade assistencial das US que lideram.

A surpresa não existe porque se trata de afirmações já reiteradas, mas francamente deixam-nos indignados e a pensar que não existe uma fundamentação séria que suporte tais conclusões. Senão vejamos:

1. Algumas US do Norte do país têm de forma consistente sido apontadas como exemplos de boa gestão (e os números que têm sido apresentados e que fazem frequentemente as manchetes dos órgãos de comunicação social parecem indicar isso mesmo).
2. Foram hospitais do Norte que deram o passo em frente reivindicando a necessidade de contratação de mais profissionais de saúde, e nomeadamente de médicos.
3. Uma análise comparativa da “produção” das referidas US, se realizada criteriosamente (isto é, tendo em conta o número de profissionais de saúde existentes), mostra que aparentemente tem sido possível fazer mais com menos. Curiosamente ou não, o Ministro da Saúde

continua a ignorar este facto e nunca se deu ao trabalho de realizar o respectivo *benchmarking* entre as diversas US comparáveis.

4. De resto, nunca também ninguém se deu ao trabalho de tentar entender a essência das diferenças entre as várias US. Será que nas “melhores” US os médicos trabalham mais ou trabalham melhor? Será que nas “melhores” US não estará a ser “imposto” aos médicos (ou pelo menos a alguns médicos) o exercício e a responsabilidade de várias actividades ao mesmo tempo? Será que nas “melhores” US os números não estarão a ser hipertrofiados, seleccionando as patologias mais adequadas para cirurgia em produção acrescida (mais rentável) em detrimento das patologias mais complexas? Será que nas “melhores” US não existem vários doentes marcados para a mesma hora nas consultas externas? Será que nas “melhores” US não se estão a utilizar os médicos internos para aumentar de forma escandalosa a produtividade? Será que nas “melhores” US os médicos internos são devidamente considerados como médicos em formação? Será que nas “melhores” US os médicos especialistas são respeitados na sua diferenciação e é valorizada a sua

actividade de formação pós-graduada? Será que nas “melhores” US os médicos de uma forma geral não se sentem ameaçados, obrigados a manterem a hiperactividade de que resultam os números que fazem os relatórios da ACSS, do Tribunal de Contas e as manchetes dos jornais? Será que nas “melhores” US o acesso a alguns cuidados de saúde não está comprometido ao ser interdito o acesso a terapêuticas realmente inovadoras e eficazes ou a material clínico e dispositivos médicos de qualidade?

5. Por outro lado, é certo que quantidade não é igual a qualidade, e continuamos a aguardar pela divulgação pública dos resultados do exercício da actividade médica, de rigorosos indicadores clínicos de eficácia (*outcomes*), nas diferentes US do país. Quem sabe iremos ter algumas surpresas, e mesmo a queda de alguns mitos que a comunicação social e algumas personalidades insistem em preservar.

6. Seja como for, os êxitos das “melhores” US dependem sempre e sobretudo do trabalho, do esforço, da dedicação, do conhecimento e da qualidade dos seus profissionais de saúde, e em especial dos médicos. Sem eles não existem números para apresentar nem êxitos

de gestão para sublinhar.

Não é pois difícil de entender que os médicos das “melhores” US (os “melhores” médicos) se sintam indignados e de certa forma revoltados perante afirmações como as que têm sido reiteradamente proferidas. É uma desconsideração enorme pela sua actividade clínica do dia-a-dia. Continuam a trabalhar cada vez mais e a ganhar cada vez menos. Mas mantêm o mesmo elevado nível de responsabilidade. A paciência esgotou-se. A pressão sobre todos os profissionais de saúde, e em especial sobre os médicos, rompeu com a linha de água. A mesma linha de água que separa a Justiça da Saúde e que tem como base a Educação. Talvez seja por isso que ainda nada aconteceu.

Entretanto, de forma absolutamente irresponsável, desorganizada e desumana, continua-se a contratar médicos utilizando em simultâneo diferentes procedimentos (contratações nominais directas, concursos regionais fechados) de acordo com as circunstâncias especiais de algumas US e o estatuto elevado a “factor cunha” de algumas personalidades. Ou seja, contratações para a ocupação de cargos públicos feitas sem qualquer referencial de equidade ou transparência, nem qualquer estratégia que permita resolver a falta de médicos nas re-

giões mais desfavorecidas. Uma vergonha nacional que terá que ser corrigida com urgência. Não queremos médicos de primeira e de segunda categoria.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos vai proceder a um inquérito junto de todos os médicos da região Norte onde algumas das questões elencadas anteriormente irão estar em evidência. E vai divulgar os resultados pública e amplamente. E vai denunciar todas as situações irregulares que forem confirmadas às entidades competentes.

Não é aceitável que ao abrigo da “sustentabilidade” do sistema se coloque em causa a sustentabilidade das pessoas. Muito se fala publicamente em “sustentabilidade” na Saúde (tema que o Ministro introduziu na agenda política de forma inteligente, conseguindo que o discurso na Saúde se centrasse na sustentabilidade do SNS e não na qualidade). Mas não se fala publicamente em sustentabilidade da Educação, da Justiça, da Administração Pública, das Forças Armadas, das Finanças, do sistema económico e financeiro.

De resto, e a propósito ainda do SNS, a questão da sustentabilidade deve ser confrontada com a qualidade e deve ser discutida utilizando mais uma vez a linha de água.

Como recentemente ouvimos ao Professor Constantino Sakellarides. Imaginem a linha de água do horizonte oceânico. Ao nível da linha de água fica mais ou menos a Educação. Acima fica a Saúde. Abaixo fica a Justiça. O que os portugueses têm de decidir é se querem um país acima ou abaixo da linha de água. A nós não nos restam dúvidas. O caminho a seguir é elevar o nível da Justiça e da Educação. Tendo como referência a Saúde e o SNS. Uma evolução positiva de Portugal só pode ser conseguida preservando o que fazemos bem e modificando e melhorando aquilo que fazemos menos bem. E não o contrário.

Para finalizar uma palavra sobre o combate ao Ébola, que vai contar no terreno (na Serra Leoa) com uma médica portuguesa, a nossa colega Natália Ribeiro, do Serviço de Infeciologia do CHSJ, que se propôs e foi aceite para ser incluída numa missão humanitária internacional da OMS para ajudar a combater a propagação da doença. Um exemplo a seguir na Medicina em que acreditámos quando decidimos ser médicos. É um orgulho para o CRN da Ordem dos Médicos poder acompanhar a iniciativa desta médica que põe acima do seu bem-estar a vontade de ajudar numa causa que é de todos nós. Bem-Haja.

Cuba e Portugal

Os direitos humanos são negociáveis?*

A história de Ramona Matos Rodriguez não deve dizer muito à maioria dos portugueses. Em meados de 2013, esta experiente médica cubana chegou ao Brasil para integrar um contingente do programa estatal “Mais Médicos”, que visa garantir atendimento clínico em áreas remotas

do território brasileiro através da contratação de médicos estrangeiros.

Com mais de 20 anos de profissão, habituada aos rigores do regime dos irmãos Castro e já experimentada numa anterior missão humanitária na Bolívia, Ramona não teve problema em

fazer parte do primeiro grupo de médicos cubanos no Brasil. O pior veio depois. Na longínqua localidade no estado do Pará que lhe calhou em sorte, a médica passou a trabalhar sob escrutínio e ameaça permanente. Viaggiada 24 horas por dia por uma ‘controleira’, também ela médi-

ca, mas cujas competências não passavam por atender doentes: o seu trabalho era passar a pente fino a vida profissional e pessoal do grupo de médicos que tinha a seu cargo.

O Big Brother do Governo cubano tem explicação. O contrato de exportação médica que celebra com Estados amigos, como a Venezuela, Bolívia ou Angola, prevê um código disciplinar férreo para os profissionais, onde estão proibidos quaisquer contactos políticos, sociais ou amorosos com habitantes locais “cuja conduta não esteja de acordo com os princípios e valores da sociedade cubana (sic)”. Mais: qualquer deslocação para fora da localidade de trabalho tem de ser comunicada aos superiores e estão expressamente proibidas declarações à comunicação social. Para Ramona Matos Rodriguez, no entanto, o maior motivo de indignação foi perceber que obtinha apenas mil reais por mês, dos cerca de 10 mil que Brasília pagava tanto a Havana como a todos os colegas que integravam o “Mais Médicos”. Desumanos e indignos 10%, que em Portugal representariam um ordenado pouco superior aos 323 euros. Ramona foi a primeira médica cubana a abandonar o programa do governo de Dilma Rousseff. E fê-lo com estrondo: em entrevista à *Veja* denunciou a situação escravagista dos seus compatriotas e obrigou o regime cubano a subir-lhes o ordenado. Entretanto, mais de 30 médicos cubanos pediram exílio no Brasil ou regressaram ao país de origem.

Os “novos negreiros”, como se lhes referiu Javier Vera, cônsul honorário de Espanha e médico no Algarve, não são um exclusivo de governos simpatizantes do

‘castrismo’. Estão aqui ao lado, no nosso país, a prestar serviço às populações do interior a troco de um miserável salário por 42 horas de trabalho na semana, revertendo a favor de Havana a grande fatia da remuneração paga por Lisboa. O mesmo contrato que levou Ramona ao Brasil foi celebrado pelo Governo português e já trouxe cerca de 100 compatriotas para o Serviço Nacional de Saúde. Uma realidade que, de resto, já havia merecido uma reportagem do “British Medical Journal” em 2010, com denúncia clara de violação dos direitos humanos, sociais, profissionais e laborais de quarenta médicos que o Governo português tinha “alugado” ao seu homólogo cubano.

Nada me move contra os médicos cubanos. Bem pelo contrário. Partilhámos a profissão e certamente a vocação para tratar doentes, além do respeito que merece a sua reconhecida competência em muitos domínios da Medicina. Mas não é, não pode ser, este o modelo de civilização que aspiramos construir no nosso país. O utilitarismo e a exploração humana não deveriam conviver com o estatuto de um país europeu que se diz defensor dos direitos humanos. Curiosamente, ou não, muitos dos nossos ‘fazedores de opinião’ preferiram discutir e comparar salários a censurar a questão central: a transgressão dos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos.

Miguel Guimarães

*Artigo de opinião publicado no Jornal de Notícias de 23 de Outubro que divulgamos a pedido do autor e com as devidas autorizações do JN.



Jornal de Notícias

23-10-2014

Cuba e Portugal: direitos humanos são negociáveis?

Por
MIGUEL GUIMARÃES
Presidente do Conselho
Regional do Norte
da Ordem dos Médicos



reais por mês, dos cerca de 10 mil que Brasília pagava tanto a Havana como a todos os colegas que integravam o “Mais Médicos”. Desumanos e indignos 10%, que em Portugal representariam um ordenado pouco superior aos 323 euros. Ramona foi a primeira médica cubana a abandonar o programa do Governo de Dilma Rousseff. E fê-lo com estrondo: em entrevista à “*Veja*” denunciou a situação escravagista dos seus compatriotas e obrigou o regime cubano a subir-lhes o ordenado. Entretanto, mais de 30 médicos cubanos pediram exílio no Brasil ou regressaram ao país de origem.

A história de Ramona Matos Rodriguez não deve dizer muito à maioria dos portugueses. Em meados de 2013, esta experiente médica cubana chegou ao Brasil para integrar um contingente do programa estatal “Mais Médicos”, que visa garantir atendimento clínico em áreas remotas do território brasileiro através da contratação de médicos estrangeiros. Com mais de 20 anos de profissão, habituada aos rigores do regime dos irmãos Castro e já experimentada numa anterior missão humanitária na Bolívia, Ramona não teve problema em fazer parte do primeiro grupo de médicos cubanos no Brasil. O pior veio depois. Na longínqua localidade do estado do Pará que lhe calhou em sorte, a médica passou a trabalhar sob escrutínio e ameaça permanente. Vigada 24 horas por dia por uma “controladora”, também ela médica, mas cujas competências não passavam por atender doentes: o seu trabalho era passar a pente fino a vida profissional e pessoal do grupo de médicos que tinha a seu cargo.

O “Big brother” do Governo cubano tem explicação. O contrato de exportação médica que celebra com estados amigos, como a Venezuela, Bolívia ou Angola, prevê um código disciplinar férreo para os profissionais, onde estão proibidos quaisquer contactos políticos, sociais ou amorosos com habitantes locais “cuja conduta não esteja de acordo com os princípios e valores da sociedade cubana (sic)”. Mais: qualquer deslocação para fora da localidade de trabalho tem de ser comunicada aos superiores e estão expressamente proibidas declarações à Comunicação Social. Para Ramona Matos Rodriguez, no entanto, o maior motivo de indignação foi perceber que obtinha apenas mil

Os “novos negreiros”, como se lhes referiu Javier Vera, cônsul honorário de Espanha e médico no Algarve, não são um exclusivo de governos simpatizantes do “castrismo”. Estão aqui ao lado, no nosso país, a prestar serviço às populações do interior a troco de um miserável salário por 42 horas de trabalho na semana, revertendo a favor de Havana a grande fatia da remuneração paga por Lisboa. O mesmo contrato que levou Ramona ao Brasil foi celebrado pelo Governo português e já trouxe cerca de 100 compatriotas para o Serviço Nacional de Saúde. Uma realidade que, de resto, já havia merecido uma reportagem do “British Medical Journal” em 2010, com denúncia clara de violação dos direitos humanos, sociais, profissionais e laborais de 40 médicos que o Governo português tinha “alugado” ao seu homólogo cubano.

Nada me move contra os médicos cubanos. Bem pelo contrário. Partilhámos a profissão e certamente a vocação para tratar doentes, além do respeito que merece a sua reconhecida competência em muitos domínios da Medicina. Mas não é, não pode ser, este o modelo de civilização que aspiramos construir no nosso país. O utilitarismo e a exploração humana não deveriam conviver com o estatuto de um país europeu que se diz defensor dos direitos humanos. Curiosamente, ou não, muitos dos nossos “fazedores de opinião” preferiram discutir e comparar salários a censurar a questão central: a transgressão dos direitos, liberdades e garantias dos cidadãos.



Francisco Pavão

Médico Interno de Saúde Pública

Francisco George e o Ébola

Há gestos que pela sua grandeza ética e pelo seu conteúdo político, valem bem a pena serem dados a conhecer ao grande público e não permanecerem no fundo da gaveta quando deviam servir de exemplo e contagiar os demais. Especialmente aos agentes políticos que aos microfones ou do alto da tribuna se multiplicam em mil palavras encantatórias exaltando o sentido histórico e fraterno com os Países Africanos de Língua Portuguesa, sem que se vejam quaisquer acções concretas neste domínio.

Vem isto a propósito da ameaçadora epidemia de ébola que grassa em três países da costa ocidental africana (Libéria, Serra-Leoa e Guiné-Conacri) e dos perigos que daí podem resultar para a pequena Guiné-Bissau e, como se compreenderá, também para Portugal dado o fluente intercâmbio de viajantes.

De facto, não fora o gesto decidido e clarividente do Director-Geral da Saúde Francisco George, de viajar para Bissau em testemunho de uma presença responsável e confiável de Portugal, e a representatividade do Governo teria ficado comprometida, se não mesmo silenciada, pondo em causa a tão badalada fraternidade sem que fossem até ao momento em que escrevo divulgadas quaisquer medidas de colaboração

com as autoridades sanitárias Guineenses no combate a tão grave ameaça e que tanto tem preocupado a comunidade internacional.

Se bem que entre nós, tudo leva a crer, tenham já sido tomadas as medidas preventivas com alertas e informações seguras para todas as unidades médicas, bem como dado a conhecer quais os Hospitais escalados para diagnóstico e tratamento dos casos suspeitos, era desejável e por demais justificado que este país irmão africano recebesse a ajuda que necessita, tanto mais que o seu Governo saído recentemente de eleições democráticas e aceite pela comunidade internacional, ainda agora dá os primeiros passos e enfrenta carências de toda a ordem.

De resto, é com alguma espe-

rança que assistimos agora através dos noticiários, que a comunidade internacional se move já decididamente enviando para esta região do continente Africano as competentes e bem preparadas equipas de combate à epidemia e até mesmo forças militares encarregadas de zelar pela ordem e segurança dos corajosos intervenientes.

Ao invés e como de costume, a União Europeia enredada em mil processos burocráticos, demora a despertar e por enquanto ainda ninguém sabe quais as medidas preventivas nem sequer quais as ajudas no combate à referida ameaça.

Na verdade, poucos dos que nos lêem saberão das reais dificuldades com que as equipas sanitárias se defrontam no terreno, dado o choque de

culturas com consequências desagradáveis algumas vezes. Recentemente e em conversa mantida com o Dr. Luís Sambo, Director Regional da OMS para África, ficamos a saber dos riscos que algumas equipas, correram em regiões remotas

da região centro africana. Seja como for e num Mundo globalizado como o nosso, com o progressivo desaparecimento de fronteiras e a facilidade de comunicações, é dever dos Estados prestarem assistência a países em dificuldades, sen-

do certo que no caso presente por um imperativo histórico e de secular convivência, Portugal deveria ter sido, a meu ver, o primeiro dos primeiros a mostrar as suas credenciais ao povo irmão da Guiné-Bissau. Porto, 19 de Outubro de 2014





Ana Filipa Correia de Sousa

Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da FMUC

Prevenção da prevenção

A capacidade da medicina para gerar mais iatrogenia do que nunca e o risco de insustentabilidade dos sistemas de saúde contribui para o aparecimento de novos conceitos, nos quais se inclui a prevenção quaternária.

Apesar do aumento do conhecimento médico, algumas decisões na prática clínica são ainda pautadas pela incerteza e, frequentemente, o médico é outorgado pelo doente acerca de uma convicção que não possui.

Segundo Jamoulle, a prática da medicina clínica resulta do equilíbrio entre a “gestão da incerteza” diagnóstica e a limitação dos riscos terapêuticos.

Surge assim, o nível mais elevado de prevenção em saúde, a prevenção quaternária, que tenta recuperar um dos fundamentos centrais da medicina, o preceito hipocrático *primum non nocere*, “primeiro não prejudicar”.

Outro dos seus alicerces é o princípio da proporcionalidade, em que os ganhos potenciais de qualquer intervenção devem ser ponderados face aos riscos.

Este quarto e último tipo de prevenção é igualmente designado “prevenção da iatrogenia” ou “prevenção da prevenção”. Segundo Gervas, tem como objectivo não só evitar ou atenuar o intervencionismo

médico e a medicalização desnecessária mas, também, capacitar os utentes para a tomada de decisões autónomas, fornecendo-lhes as informações necessárias acerca das vantagens e desvantagens das intervenções propostas.

A prevenção quaternária enquadra o problema da enfermidade sem doença. (Kuehle;2010) Trata-se de uma exigência constante e omnipresente em toda a prática clínica, que engloba todo o tipo de actividades médicas sejam diagnósticas, terapêuticas, preventivas ou curativas.

O desenvolvimento deste novo nível de prevenção é uma necessidade que urge sobretudo nos países desenvolvidos como consequência de uma medicina pública progressivamente insustentável e de um aumento impetuoso dos custos no sector da saúde. Esta realidade exige uma gestão dos recursos adequada, para lá do pensamento crítico de médicos.

Adicionalmente, estamos perante um paradoxo de uma sociedade com maior esperança de vida e melhores índices da sua qualidade, mas que está cada vez mais “doente” e mais medicada. (Melo;2007) Por conseguinte, surge uma população cada vez mais dependente do sistema de cuidados de saúde.

Consequente ao aparecimento de

uma medicina que oferece programas preventivos nem sempre apoiados por evidência científica e à criação de uma opinião pública em que tudo é evitável e curável, surge uma população com reivindicações, em saúde, ilimitadas. Frequentemente o excesso de intervencionismo resulta da pressão exercida pelos utentes sobre os clínicos, a designada “medicina defensiva”. (Almeida;2005)

Igualmente a sobremedicalização é um dos problemas com que se depara a sociedade actual. Nos anos 90, a iatrogenia constitui a terceira causa de morte nos Estados Unidos da América, sendo responsável por 22500 a 28400 mortes por ano, devido aos efeitos secundários de uma medicação “bem prescrita”.

O termo *factor de risco*, definido pela OMS no *Health Promotion Glossary*, refere-se a um aspecto do comportamento pessoal, a uma exposição ambiental ou a uma característica biológica, social ou económica que aumenta a susceptibilidade a uma doença específica. Desta forma, não é condição necessária nem suficiente para a doença mas sim, uma circunstância que se associa estatisticamente à mesma e cuja evicção diminui a sua frequência, contudo não a exclui.

Actualmente há uma tendência para a transformação de factores

de risco em doença, o que conduz à sua medicalização. São exemplos, a hipertensão arterial, hipercolesterolemia, hiperglicemia, obesidade e a osteoporose.

Os idosos são um dos grupos que a prevenção quaternária deve privilegiar por se encontrarem numa posição com maior probabilidade de contracção de “doenças compostas”. (Norman;2009)

Apesar de existir um contínuo entre saúde e enfermidade, a tradição médica é de dicotomizá-lo em normal ou anormal, o que torna a definição de doença arbitrária. Neste contexto, surge o interesse da indústria farmacêutica para modificar os limites dessa distinção.

Neste âmbito, surge por Lynn Payer o conceito de “*disease mongering*”, no qual são utilizadas estratégias de marketing que sobrestimam situações clínicas ou factores de risco e medicalizam condições fisiológicas, transformando indivíduos saudáveis em “doentes” com fins lucrativos.

Esta concepção de promoção da doença explora o medo do sofrimento e da morte inerentes à condição humana.

Cada vez mais se assiste a campanhas direccionadas para o público em geral, nas quais a indústria farmacêutica procura “vender” a doença para chamar a atenção para

as terapêuticas mais recentes, contribuindo para a medicalização da vida diária.

Esta medicalização inapropriada acarreta prejuízos como a criação de rótulos desnecessários, decisões terapêuticas desadequadas, iatrogenia e desperdícios económicos que poderiam ser canalizados para pesquisas na prevenção ou terapêuticas de outras doenças graves. Desde a década de 50, a *Classificação Internacional das Doenças*, desenvolvida pela OMS, aumentou notavelmente de 300 itens para cerca de 15000. Relativamente à saúde mental, a classificação mais popular é a *DSM*, que conta com mais de 350 “condições” na sua quinta e última revisão, sendo já a timidez considerada doença. (Jamouille;2014)

A saúde mental é uma das áreas mais susceptíveis ao *disease mongering*. De facto, alguns autores defendem que a maioria das doenças constantes na *DSM* foi incluída pela influência da indústria farmacêutica. Um dos exemplos mais frequentemente apresentados nesta área é o Défice de Atenção e Hiperactividade (ADHD).

A prevenção quaternária exige autonomia, independência, conhecimento científico sólido e capacidade de comunicação. Muitas vezes é o simples “esperar para ver” numa vertente de atitude expectante. As-

sim, deve ser desenvolvida continuamente e em simultâneo com a actividade clínica, procurando o máximo de qualidade com o mínimo de quantidade/intervenção possível.

Jamouille refere dois meios que pensa serem fundamentais para a aplicação da prevenção quaternária. Primeiro, o conhecimento e autodomínio próprios do médico que deve aceitar a sua incompletude e dar primazia a uma boa relação médico-doente, comunicação e empatia. Segundo, o conhecimento e a ciência baseadas em provas sempre que possível.

A medicina baseada na evidência, originalmente desenvolvida por Sackett e seus colaboradores, representa um dos métodos preponderantes para avaliar processos médicos desnecessários.

Outro dos caminhos defendidos é o da capacitação das populações para as decisões em saúde.

Segundo Melo, são igualmente condições favorecedoras deste nível de prevenção, a adopção de uma perspectiva biopsicossocial, aceitação da existência de sintomas clinicamente não explicáveis, actualização constante dos conhecimentos e utilização de protocolos desenvolvidos interpares, adaptados localmente.

De facto, “vale a pena pensar nisto”.



Joana Carneiro

Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar

Descapacitar o interno... à deriva da maré governamental... entre as brumas do internato e com um povo para cuidar!

Sinto-me absorvida por uma lista de utentes com necessidades reais, que ultrapassam as demais exigências em papel, redigidas entre paredes altivas e distantes do povo comum. É assim que me encontro e reencontro no consultório... e em jeito de agradecimento... tenho a garantia de que os que governam o meu país apenas nos querem rotular como executantes de um plano meramente economicista, redutor e intransigente.

Embora a população portuguesa comum não reconheça, os Cuidados de Saúde Primários conseguiram, com o esforço de muitos e resistência de outros, ser um exemplo para outros países, diga-se desde já, desenvolvidos! Temos Unidades de Saúde Familiares que tentam respeitar, a muito custo e cooperação, o lema a que muitos trabalharam para termos hoje, serviços organizados, profissionais de saúde motivados e utentes satisfeitos.

Infelizmente todos somos vítimas de uma intempérie coletiva... os utentes têm menos direitos à saúde, os profissionais mais ho-

ras de trabalho, mais indicadores que retalham o gosto à profissão, mais utentes para atender e mais burocracia a realizar... somam-se as horas do trabalho assistencial e não assistencial, exigências académicas, novas normas para ler, novos indicadores para assimilar... O desafio é tal que tudo isto se acumula ao que verdadeiramente é importante, os utentes. São histórias reais as que nos chegam ao consultório e mais do que isso, são gente que precisa de nós em muitos sentidos. Não haverá melhor testemunho da realidade de cada casa que o médico de família. É no consultório que se enfrenta a pobreza, a vergonha e o desespero de pessoas que nada têm e mais não podem fazer.

Agradeço vivamente aos maiores do meu país que grandiosamente souberam cuidar daqueles que mais precisam, daqueles que pouco tinham e tudo tiraram...

Resta-me então louvar aos céus, porque ainda tenho emprego... tenho salário e trabalho que não falta! Seria perfeito que assim fosse... mas eles teimam em

amputar todos os horizontes de vista... o que me resta apenas é o trabalho que garantidamente é muito... a responsabilidade de acompanhar o melhor que puder os meus utentes... segundo exigências intermináveis num futuro desconhecido para mim, para os meus colegas e sobretudo para os portugueses.

Continuo a trabalhar centrado no doente, embora teimem em desviar-me deste propósito. Amanhã não sei para onde irei, provavelmente serei destino de equações e fórmulas governamentais ou então serei fruto do aleatório (espero não muito enviesado). Não afasto a hipótese de ser obrigada à emigração por ser jovem e perigosamente fértil para o "sistema". Cresce pelo menos a eferescência de explorar territórios sedentos da minha formação e experiência, agora desprezíveis aos olhos do meu país...

Assim agradeço todo o vislumbre que os meus olhos viram e quiseram acreditar que era possível no meu país, e tudo o que o mesmo me tirou e teima em tirar mais...



João Miguel Nunes "Rocha"



Dúvida persistente

Esta reflexão tem como ponto de partida o relato verídico de um médico no seu recente contacto com o SNS.

Vinha a remar do veleiro. Por um acidente fortuito há dois dias que não fazia a terapêutica; três impactos brutais na zona superior externa, infra clavicular, do hemitorax esquerdo. Estupidamente saltei do bote; um bom samaritano ajudou-me a sair da água e a deitar-me na sombra de uma traineira; alguém chamou o INEM. Levei o indicador à radial e senti o pulso numa taquicardia irregular, frenética... fechei os olhos, enquanto o tempo passava numa lentidão "lesmática" inversamente proporcional à minha ansiedade. Tive a certeza de que ia morrer ali, mas surpreendentemente, não fui invadido pelo terror-pânico, por pensamentos grandiloquentes ou por esse arrependimento fingido, tardio e egoísta com que se julga subornar Deus... mas eu, naquele momento que cria supremo, terminal, não sei por que raio, pensei na mulher de César... Por analogia ou antinomia ocorreu-me e divaguei sobre o teatro mediático que nos é dado a assistir, a que se chama 'retoma' ou até, com uma desfaçatez arrepiante,

que seria trágica se não fora ser tonta, 'milagre económico', a este declínio quotidiano, que sentimos na pele e no ar, na tristeza indelével que enforma e deforma os semblantes, no amarrado das posturas prenhes de desânimo e medo, na confiança e na esperança definitiva e inexoravelmente esbarrondadas. Tive tempo de sobra para pensar nisto e em muito mais, porque a ambulância pomposamente engalanada com as insígnias do INEM, chegou cerca de trinta e cinco minutos depois e nela vinham apenas dois bombeiros sem competência e sem autorização para administrar o que quer que fosse, como me informaram ao recusar-me o beta-bloqueante e até o pacote de açúcar que lhes pedi. Por ser escusado, obstei a que me levassem para a ambulância, ficando debaixo da traineira, nos mais de quarenta e cinco minutos que tardou ainda o verdadeiro INEM com uma médica e um enfermeiro que, ainda ali, canalizaram-me uma veia em cada braço, puseram-me uma máscara sobre a face e

administraram-me não sei o quê, porque perdi a consciência, que só recuperei já no hospital, numa sala com três ou quatro macas, separadas por biombo. De costas para mim, uma jovem médica, a quem me dirigi nestes termos: senhora doutora, sou seu colega e queria contar-lhe o que aconteceu; 'te calas, aqui tudo igual'... dito numa dicção espanholada e num tom mil vezes mais rude do que o rei de Espanha a mandar calar Hugo Chavez... Por uma porta ao fundo viam-se passar e cirandar batas brancas. Foi em vão que tentei enxergar caras conhecidas porque os médicos no auge da carreira e do saber, com o intuito de se dismantlar o SNS para benefício dos do costume, são atirados para uma reforma precoce e esbulhada, por um Estado que sem direito e sem honra, se apoderou dos fundos contributivos, que lhe tinham sido confiados mas não eram seus, e agora como pessoa de má consciência e poucos escrúpulos, altera diariamente o que ontem fixou como definitivo... como lei. Como classificar esta atitude em

tudo semelhante à de roubar o mealheiro com o pequeno pecúlio e a alegria a uma criança, ou a ceia a um velho; vil, miserável... É tempo, de todos nós médicos e profissionais de saúde, percebermos que calar é colaborar, é ser-se cúmplice, com o que se está a passar no nosso país, e no que diz respeito à saúde ficar cientes que todos os dias se cometem omissões criminosas, que conduzem a sofrimentos e sequelas desnecessárias e se morre e vão, estupidamente em vão... Tal como aos habitantes das regiões limítrofes dos matadouros/crematórios, bastava o cheiro pestilencial que se evolava das chaminés dos fornos, enegrecia a atmosfera como um "fog" horrendo e maldito e se colava a tudo num "fartum" nauseabundo e peganhento que lhes dizia, que lhes gritava a verdade, que contudo fingiam ignorar... todos os profissionais de saúde no activo, sabem que se estão a passar na saúde, aqui e agora, factos em tudo descon-

formes não só com o juramento de Hipócrates, mas até com a decência humana, que contundem com a dignidade, a saúde e a vida de quem os sofre, e também de quem os pratica se tiver consciência, e denigrem o bom nome e a honra de quem os consente e de quem, conhecendo-os, se cala. É claro que os profissionais de saúde também têm famílias com bocas para alimentar e tal como sobre todos os seres humanos do nosso país, paira sobre eles, a terrível sombra de um futuro incerto, futuro de que são agora fautores com um papel muito importante, mas quase a chegar ao fim, e ao cair do pano, transitarão do "glamour" e do fulgor do palco para uns bastidores bafientos e tétricos, onde desempregados ou com um salário irrisório e sem direitos, e dispostos a tudo por cada vez menos, sentirão a nostalgia pungente do tempo em que tinham o poder de mudar as coisas... e para sempre o perderam.

Admitamos como mera hipótese que o dinheiro fluindo a rodos de Bruxelas aquando da nossa adesão (anexação) aparentemente a eito e à toa, foi na verdade empregue do primeiro ao último cênti-

mo, seguindo minuciosamente a sagesa do plano, cumpriu os desígnios e está a conduzir-nos avassaladoramente para o desenlace final: os fins previstos.

Abdicação vil e não outorgada pelos cidadãos da nossa soberania, porque só é independente quem tem o bastante para sobreviver, a não ser que se readopte essa arguta forma de existência, em que as necessidades diminuem, por cada vizinho que se caça e come.

Devastação da agricultura, abate da floresta, eucaliptização dos regadios, afundamento das pescas, arrasamento do tecido produtivo, venda por uma bagatela e sem a salvaguarda do interesse nacional, antes parecendo haver o propósito de o delir de tudo o que era público, valioso e vital (Portucel, REN, GALP, EDP, CTT, ANA, Telecom...) Águas, TAP e SNS (operações em curso). Criação de infra estruturas (auto estradas, vias rápidas) bifurcando-se como bissectrizes de ângulos já agudos, dividindo o interior do país em latifúndios, enquanto paradoxalmente (ou talvez não) se procede à sua desertificação, pela abalada em tropel das empresas empregadoras e porque o poder eleito, todos os dias, lhes tira uma ou outra das estruturas que lá fixavam as populações: centros de saúde, escolas, juntas de freguesia, hospitais, tribunais... talvez num futuro próximo se abra a caça aos poucos teimosos que persistam em ficar.

Criação e desaproveitamento de uma geração de licenciados, que excepto os habituais, se reparam entre doutores frustrados e empregos desadequados e de pouca monta, pelos quais porém, competem ferozmente, para gáudio e benefício dos patrões, e os



que ousam emigrar e, sem o apego à pátria do Manuel da Bouça, jamais voltarão... e os seus filhos serão estrangeiros... Acresce que a esta debandada dos jovens se incrementa intencionalmente a rarefacção da nossa população pelo ataque à natalidade patente: em todo o tipo de advertências às mulheres que tendo emprego persistam em ser mães; diminuição ou supressão de todas as ajudas pecuniárias ao jovem casal; mesmo o benefício fiscal prometido pelo eleito, já em campanha, fede a mais um imposto verde.

Aberração de tirar os filhos à mãe que deixa de poder sustentá-los. Em vez de a ajudarem, atormentam-na, tirando-lhe os filhos.

Liberalização e aceitação social do aborto para além do razoável.

Aplauso e mediatização, não da liberdade, mas da promiscuidade sexual.

Esse desejo utópico e obsessivo de imortalidade, marcante em quase todos os seres humanos, prometido e explorado pelas religiões, cujo único lampejo real se vislumbra na transmissão dos genes, é talvez o que subjaz e consubstancia o amor do amantes e o amor dos pais e faz com que de ambos possam brotar gestos sublimes ou actos horrendos, e tocar ou ferir este primomovente, nesta época de famílias precárias e pais faíscas, vistos como fotópsias, entre sessões de computador, é abrir a caixa de Pandora de que parece ter já saído um poder perverso, materializado no Testamen-

to Vital, lei malévola e aterradora, sugerindo por si só e fartamente o que aí vem: de que os cidadãos autorizem formalmente o seu próprio assassinio, porque aos futuros e únicos prestadores da saúde (Champalimaud, Melos, Cruz Vermelha, E.S, seguradoras, chineses...) não convêm clientes que não possam pagar com mãos largas, os cuidados que entendam prestar-lhes ou facturar-lhes... Imagine-se a desolação, a angústia de perceber-se o esgar de desilusão ou até ódio, que perpassa na expressão do filho, do neto, do ente querido por se não ter subscrito o testamento vital, na repartição Notarial, onde o levaram com esse propósito. Imagine-se que somos nós. A seguir virá a eutanásia sempre no interesse “do nosso querido e infeliz concidadão” e depois talvez se reintroduzam as “linhas de montagem da morte” há tão pouco tempo encerradas...

Abate de toda a classe média por extorsão pura e dura do que esta aufere ou aforra, porque os “senhores” que manejam os cordelinhos da bolsa do dinheiro, manipulam também a seu belo prazer, os cordelinhos que movem e animam estas marionetas que se acoitaram na política, e sem decência e sem honra, vão jurando sem intenção de cumprir... Persistir na dúvida, apesar da evidência, é na minha opinião uma estupidez crassa.

Ricardo Ferreira, Jorge Amil Dias, Fernando Pereira, Filipa Santos

em nome da Direcção do Colégio de Gastrenterologia Pediátrica

Especialistas de adultos e pediátricos – Respeitar as competências específicas!

Artigo da direcção do Colégio da Subespecialidade de Gastrenterologia Pediátrica que “apela à Ordem dos Médicos que desenvolva todos os esforços de modo a ser respeitado o interesse dos doentes e assim repor a dignidade de toda a classe, pois é a Ordem dos Médicos (e não as administrações hospitalares) o único organismo competente para definir as atribuições técnicas dos médicos”.

A criação pela Ordem dos Médicos das várias especialidades, sub-especialidades e competências médicas é a formalização do reconhecimento pela Ordem dos Médicos (e pelos médicos) da especificidade dessas mesmas áreas. De todas as áreas da Medicina, a Pediatria será porventura das que exige maior diferenciação, pois nela tudo é diferente, desde o modo de realização da história clínica (frequentemente através dum interlocutor) ao próprio conceito de normalidade, em constante modificação consoante a idade e o estadio de desenvolvimento da criança e do jovem. Enquanto no caso das sub-especialidades da medicina de adultos, a sua especificidade se deve em muitos casos a uma diferenciação que tem muito de técnica e de uso de instrumentos ou equipamentos específicos, (p. ex: diálise, ventilação invasiva, técnicas endoscó-

picas, etc), no caso particular das sub-especialidades pediátricas, essa especificidade deve-se menos ao componente técnico e mais às características da população pediátrica. Sabemos que as técnicas das sub-especialidades se desenvolveram e aperfeiçoaram na medicina de adultos e só mais tarde foram adaptadas às necessidades pediátricas, pelo que o treino nessas competências pelos pediatras é essencial. No entanto, o desempenho técnico só é uma mais-valia se for acompanhado do conhecimento aprofundado das especificidades da população onde é aplicado, sob pena de serem aplicadas de forma desadequada (apesar de tal poder ser feito com um desempenho técnico irrepreensível). No caso particular da gastrenterologia pediátrica, o desenvolvimento da sub-especialidade só foi possível graças à colaboração entre as duas especialidades-mãe (Gastrentero-

logia e Pediatria). Ambas as sociedades reconheceram essa mesma especificidade e a necessidade da diferenciação, pois daí resultam ganhos na qualidade assistencial dos doentes pediátricos. Além disso, a própria Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva reforçou o reconhecimento dessa especificidade, ao criar a Secção Especializada de Endoscopia Pediátrica. O desenvolvimento da Gastrenterologia Pediátrica é uma necessidade e um imperativo científico, pois é reconhecido por todos que muitas doenças do foro da gastrenterologia de adultos têm cada vez mais o seu início em idade pediátrica. O respeito mútuo tem sido o paradigma de ambas as partes (gastrenterologistas de adultos e pediátricos), bem exemplificada na realização conjunta de várias reuniões científicas, com benefício para todos, em particular dos doentes.

Infelizmente, este trabalho que foi desenvolvido entre os médicos das várias especialidades está a ser desrespeitado por algumas administrações hospitalares, ao designar médicos gastroenterologistas de adultos para a execução de exames endoscópicos em crianças, nomeadamente em situações de urgência, apenas com o objetivo economicista, na sua pior interpretação, pois em muitos casos seria possível assegurar o mesmo apoio usando para tal os médicos que melhor conhecem a patologia das crianças e jovens, ou seja, os pediatras com diferenciação em gastroenterologia pediátrica. Lamentavelmente, essas situações são frequentemente acompanhadas no terreno, pelos pediatras responsáveis pela chefia de serviços e de equipas de urgência, com passividade e indiferença desconcertantes, abdicando da sua obrigação de exigir para os seus doentes cuidados de competência adequada e de recusar ordens eticamente ilegítimas.

Que fique bem claro que não consideramos que os colegas gastroenterologistas de adultos não sejam perfeitamente capazes de efectuar o gesto técnico (endoscopia digestiva). Na sua grande maioria terão até “mais horas de voo” do que nós, pois o número de exames endoscópicos realizados em adultos é incomparavelmente maior, por motivos óbvios. O que verdadeiramente se passa é que, como todos sabemos, o gesto técnico é importante, essencial, mas não chega! É necessário conhecer a especificidade da patologia em causa em cada faixa etária, avaliar de forma crítica as indicações, falar com as famílias, orientar após o exame, etc e não apenas fazer a endoscopia. Só é aceitável que a assistência a doentes pediátricos seja assegurada por gastroenterologistas de

adultos nas situações em que não estejam disponíveis gastroenterologistas pediátricos. Fora dessas situações de excepção, estarão a ser desrespeitados não apenas os médicos, a Ordem dos Médicos e as sociedades científicas envolvidas, mas fundamentalmente os doentes, pois não lhes está assegurado um direito fundamental, que é de serem tratados por profissionais de saúde devidamente treinados. Certamente todos achariam ridículo que fosse designado um gastroenterologista pediátrico para fazer endoscopias a adultos de 70 anos...

Desengane-se quem acha que este é um problema dum pequeno grupo de doentes e de médicos (gastroenterologistas pediátricos), pois há o risco enorme de este precedente, uma vez aberto, ser apenas uma brecha por onde se podem vir a escoar outras áreas em condições semelhantes.

Tudo isto adquire um significado emocional adicional no ano em que se comemora o 25º aniversário da adopção da Convenção dos Direitos das Crianças pela Assembleia Geral das Nações Unidas, documento subscrito por Portugal. Quando outros se regozijam pelo reforço dos direitos das crianças no mundo, neste pequeno jardim à beira mar vamos devolvendo a outras especialidades o que a Pediatria foi conquistando de cidadania, competência e qualidade na assistência à doença da criança!



"Cromeleque dos Almen-
dres" / Évora / 2011 de José
Pedro Brando Santos Coelho
– 1º Prémio

Concurso de fotografia digital da OM

O Distrito Médico de Setúbal promoveu mais um concurso de fotografia digital da Ordem dos Médicos. Nesta 4ª edição foram distinguidas seis obras entre as várias dezenas recebidas, as quais foram reveladas no dia 15 de Novembro na inauguração de uma exposição em Setúbal.

O Concurso de Fotografia Digital da Ordem dos Médicos, organizado pelo Distrito Médico de Setúbal, é aberto à participação de todos os Colegas (independentemente da Secção a que pertençam) e tem por objectivos fomentar, reconhecer, premiar e difundir a criatividade dos médicos apaixonados pela fotografia enquanto modo de expressão artística. O primeiro classificado tem a possibilidade de ter em exposição 20 das suas fotografias em 2015 (na exposição em que serão revelados os vencedores da próxima edição do concurso) e os três primeiros classificados recebem prendas relacionadas com fotografia.

Para a exposição que decorreu em Novembro na Casa d'Avenida em Setúbal foram seleccionados vinte trabalhos que incluem as seis obras galardoadas e 17 fotografias da autoria de José Paulo Andrade, vencedor da edição de 2013.



"Almalaguês" / Almalaguês / 2013
de António José Mamede Albuquerque - Menção Honrosa



"Manto Branco" / Áustria / 2013 de Joana da Cruz Silva - 2º Prémio



"Sorrisos de S. Tomé" / S. Tomé
Príncipe/2013 de Ana Sofia Figueira - Menção
Honrosa



"As árvores morrem de pé" / Índia / 2012 de Maria
Antonieta Baião Martinho -
Menção Honrosa



"Encalhado" / Praia da Torreira / 2013 de
Carlos Frazão Figueiredo - 3º Prémio



Filipe Monteiro

Pneumologista/Intensivista

A esperança renascida

José da Póvoa nascera no interior algarvio, mesmo no sopé da serra do Caldeirão, na freguesia do Ameixial, concelho de Loulé.

Terminara a 4ª classe quando faltavam escassas semanas para fazer os 14 anos e, de imediato, iniciara-se, como aprendiz, nas artes de carpintaria, que era ofício de seu tio e padrinho, empresário de carpintaria - no glossário pós-modernista da actualidade. Convidara o afilhado para a oficina pelo aumento considerável de trabalho, fruto do “boom” da construção civil nos inícios da década de setenta.

Em pouco tempo aprendera muitos dos segredos do mister. Ainda não completara o primeiro ano da profissão e já era incumbido de obras de alguma responsabilidade. Com o trabalho, que por vezes se prolongava até altas horas da madrugada, viera como companheiro e atributo de afirmação profissional, o cigarro, que passou a ser o companheiro inseparável da comissura labial. Apesar do clima ameno da serra, à entrada dos trinta, já casado e pai de uma linda menina, surgira o catarro. De início, esporádico, quando as manhãs despontavam frias, mas insidiosamente passou a ser persistente. Anos depois,

numa tarde soalheira, quando calcorreava pelos caminhos da serra ao encontro de uma serração sentiu um aperto no peito. Faltava-lhe o ar. Atribuiu ao resfriado que tivera uns dias atrás e às noites mal dormidas. Volvido mais um par de anos, e já com os quarenta, surgiu a chiadeira e o cansaço foi agravando. Nessa altura e por muita insistência da “patroa”, recorreu ao médico do posto da “caixa”, que atribuiu ao tabaco o catarro e a chiadeira e, com um cigarro entre os dedos, receitou-lhe um xarope. Não devia ser algo que inspirasse muitos cuidados, pensou consigo próprio, pois não se lembrava de alguma vez ter visto o próprio doutor sem um paivo. Fazia lembrar as antigas chaminés algarvias nas noites de inverno.

Inverno após inverno o seu estado de saúde foi-se degradando e ao cair da noite, num dia de Outono chuvoso, viu-se internado numa enfermaria do hospital de S. Brás de Alportel a fazer oxigénio e nas veias soro com medicamentos cujos nomes nem sabia soletrar. No dia da alta o médico sugeriu-lhe fazer oxigénio - uma catrefada de horas por dia - e acabar de vez com o tabaco. Qual oxigénio qual carapuça pensou

com os seus botões. Não só recusou o oxigénio como voltou a fumar. Mas o destino estava traçado. Internamentos cada vez mais frequentes e prolongados até que um dia foi transferido para aquele grande hospital de Lisboa, o Santa Maria, para ficar ligado a uma “máquina”. Jamais conseguiria descrever os dias de dor e sofrimento.

E agora, nas vésperas do Natal, mais uma vez se encontrava ligado ao ventilador, numa cama donde podia ver uma grande hotel. Um as letras luminosas diziam que era o Marriot. Há quase três meses que este reclame luminoso era a sua companhia nas noites de insónia, tristeza e angústia. Nessa tarde, a escassas horas da consoada, enquanto observava e ouvia as conversas das enfermeiras e auxiliares preparando a ceia de Natal, sentiu uma imensa solidão. Recordou todos os natais da sua infância. Dos acepipes, das canções, do presépio e da missa do galo. Algumas lágrimas rolaram por entre os nastos que prendiam o tubo que lhe entrava pelas goelas dentro. E desejou morrer. Sim, aquilo não era vida para ele. Não tinha presente, muito menos um futuro. Não passava de um em-

pecilho para a família. Viu-se um farrapo sempre agarrado à botija de oxigénio. Estava nestas cogitações quando ouviu que o telefone tocava mais vez. Enquanto a tarde caía o telefone não parava de tocar. Eram os desejos de uma boa consoada dos colegas do “pessoal” da unidade que tinham tido a sorte de não trabalharem nessa noite. Quando viu uma das enfermeiras atender o telefone, pensou que seria mais um a desejar um bom Natal. Assim que a enfermeira desligou o telefone, aproximou-se da sua cama. E sussurrou ao seu ouvido: “Sr. José: telefonou a sua esposa, o senhor acaba de ser avô de um lindo menino. A sua filha está muito bem. Os meus parabéns, não podia ter uma prenda melhor neste dia”.

Os seus olhos turvaram-se de lágrimas. Era avô. Já nem se lembrava que a filha estava de esperanças. E um rapaz! Ele que sempre desejara ter um filho para ensinar o tanto que aprendera

no seu ofício. Agora não. Agora não queria morrer. Queria viver, mesmo amparado no oxigénio. Faria brinquedos de madeira de sobreiro ao seu neto. Como só ele sabia fazer. E contar histórias das serranias. E, enquanto a memória desfilava cenas dum passado longínquo viu pela janela da sala uma “estrela” muito luminosa. Estaria a delirar? A ter alucinações? Seria a estrela de Belém a indicar-lhe o caminho da manjedoura de Belém? Não, era bem visível a luminosidade constante do astro. Ou seria o Deus Menino a indicar-lhe o caminho da esperança? Era isso, tinha a certeza. Agora sabia que a sua recuperação seria uma certeza. E foi assim, com Vénus a pressagiar a aurora, que se deixou embalar num sono retemperador de energia. Estava a chegar ao fim a Noite Feliz. Vinha aí o dia de Natal.

Post-scriptum - Os locais e as personagens são fictícios



notícias

Resolução de Conflitos

A Entidade Reguladora da Saúde disponibiliza um Sistema de Mediação de Conflitos entre estabelecimentos do SNS ou entre os mesmos e prestadores do setor privado e social ou ainda no âmbito de contratos de concessão, de parceria público-privada, de convenção ou de relações contratuais afins no setor da saúde ou ainda entre prestadores de cuidados de saúde e utentes, nos termos do artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto. Compete ainda a esta Entidade a divulgação da arbitragem voluntária para a resolução de conflitos, prevendo-se que possa celebrar protocolos com centros de arbitragem institucionalizada existentes, nos termos das disposições conjugadas do n.º 4, do artigo 40.º da Lei-Quadro das Entidades Reguladoras e do artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto. Para qualquer dúvida ou esclarecimento adicional contacte o Departamento Jurídico da Entidade Reguladora da Saúde, através dos seguintes contactos: Correio eletrónico: mediacao@ers.pt

Prática de acupunctura por não médicos em Unidades de Dor

Divulgamos o parecer da Direcção da Competência em Medicina da Dor, sobre a prática de acupunctura por profissionais não médicos em Unidades de Dor: "A Comissão da Competência em Medicina da Dor da Ordem dos Médicos, em resposta ao pedido de esclarecimento solicitado pela Comissão da Competência de Acupunctura Médica acerca da prática de acupunctura por profissionais não médicos em Unidades de Dor, só reconhece a prática de acupunctura aos profissionais médicos devidamente habilitados e reconhecidos pela Competência em Acupunctura Médica, quer no âmbito do Sistema Nacional de Saúde ou fora dele".



Francisco Crespo e José Barbas

Intercepção de uma trajetória de renovação - Internato Geral SNS

Do sentido cómico e trágico da vida...

É este título um plágio do título de um livro dum meu antigo professor de matemática, grande pedagogo, escritor e um exemplo de democracia e ética, o Dr. António Lobo Vilela. Ora justificado o plágio, este surge ao lembrar o que foi uma luta comum com o Prof. José Vieira Barbas para a criação do Internato Geral obrigatório. De facto esse percurso teve episódios muito cómicos, que iremos descrever e que está a ter um fim trágico, em relação aos objetivos iniciais. Como sempre temos que manter um desassossego, um sonho e uma pitada de utopia para criarmos um espírito diário de mudança colectiva. (Nota de Francisco Crespo)

O Ensino da Medicina era eminentemente teórico, com quase ausência de treino clínico*. Confrontados com essa carência e entusiasmados com o Relatório das Carreiras Médicas** os alunos do nosso Curso (1962-1969) decidiram iniciar um processo de substituição do ano de Estágio e elaboração de Tese de Licenciatura por 2 anos obrigatórios de Internato Médico dependentes do Ministério da Saúde e já como funcionários públicos com todos os direitos. Só após esses 2 anos teríamos possibilidade de inscrição na Ordem dos Médicos e exercer clínica livre extra-hospitalar.

Era uma profissão, um emprego para toda a vida, a libertação do poder dos "Mandarins" da Medicina e das Faculdades e uma garantia de qualidade.

Era o fim de uma época do "Grand Patron" hospitalar e universitário. Era o início da legislação e das nor-

mas da função pública, da representatividade com Delegados de Internato eleitos pelos seus pares e do Conselho do Internato Médico. Este movimento foi apoiado por todos os alunos das 3 Faculdades de Medicina. Era muito ambicioso mas ousámos, tentámos e obtivemos!

Com esta alteração daríamos início às Carreiras Médicas, que nunca tinham sido aplicadas por oposição da Ordem dos Médicos e das Faculdades que não queriam perder poderes instituídos.

Para centralizar e tornar operacional esta "luta" foram escolhidos o José Barbas (delegado do 7º ano da FML) e o Francisco Crespo. Esta escolha deveu-se à operacionalidade da proximidade dos centros de decisão tanto mais que havia um prazo bastante apertado para um sucesso em tempo útil. Todo o processo foi sempre desenvolvido em

estreita e permanente colaboração com toda a "Academia" Médica.

Primeira dificuldade: sermos recebidos pelo Ministro da Educação, Dr. Hermano Saraiva!

Depois de várias tentativas sempre adiadas, uma manhã entrámos no Gabinete do Ministro no meio de uma receção deste a um grupo grande de senhoras do Movimento Nacional Feminino e escondemo-nos atrás de um reposteiro com cabides. Após todos saírem para almoço, aguardámos os dois sentados num canapé, no gabinete do Ministro que ao entrar apanhou um grande susto. Afortunadamente, era um homem com grande sentido de humor e após ter sido explicado o motivo, aceitou dialogar. Concordava com a proposta, mas... quem de facto era importante era o Director Geral do Ensino Superior, o Dr. João de Almeida, que era detentor de grande poder no

Governo, certamente apoiaria a já esperada recusa dos Conselhos das Faculdades. Acidentalmente fomos informados que este ia ser operado pelo Dr. Francisco Gentil e iria estar uns 15 dias de baixa.

Perguntámos se o Prof. Miller Guerra, então Bastonário e Professor Universitário, não se importava de substituir o Dr. João de Almeida, por doença deste, na reunião em que se decidiria criar o Internato Geral obrigatório e abrir as portas às Carreiras Médicas. Aceitou, mas o problema era o Prof. Toscano Rico, pai, que não concordaria.

O Ministro aceitou esta estratégia e o Crespo encarregou-se de reter o Prof. Toscano no dia do Conselho da Faculdade.

Avisámos o Prof. Pádua (Secretário do Conselho da Faculdade UL) para estar atento, e um tio do Crespo (Prof. Cruz e Silva) convidou o Prof. Toscano para a matança do porco, no dia da reunião da Faculdade, desconhecendo aquele a estratégia acordada.

Ainda fomos a casa do Dr. João de Almeida saber se não se opunha. Era um homem de grande integridade e afirmou, e cumpriu, não se pronunciar por se encontrar de baixa médica e ausente ao serviço. Sabíamos perfeitamente que, em consciência, se opunha por considerar haver importante perda de poder e regalias das Faculdades de Medicina.

Tudo acabou por bater certo, após termos “entusiasmado” o Conselho Científico da Faculdade UL a votar positivamente a autorização, pois em primeira votação todos tinham votado contra exceto dois. Como tínhamos dezenas de colegas a aguardar sentados no chão dos patamares e pelas escadas abaixo, os Professores foram informados que a sua saída estaria bloqueada até aprovarem a sua concordância com as novas Carreiras Médicas.

Votaram positivamente e saíram!

Dos Conselhos das Faculdades de Medicina de Coimbra e do Porto “trataram” os nossos colegas respetivos.

Faltava o Ministro da Saúde, Dr. Cancela de Abreu, levar o decreto à reunião do Conselho de Ministros. O problema era escrevê-lo, porque o Ministro afirmava que nem ele nem os Serviços do seu ministério estavam aptos a tal tarefa. Oferecemo-nos de imediato para o escrever o que foi aceite com grande alívio e manifestações de toda a confiança. Saímos do Ministério, então localizado no Terreiro do Paço, e fomos escrevê-lo no Martinho da Arcada em “conferência” telefónica com o Prof. Miller Guerra. Devido à emergência, pois o Dr. João de Almeida teria alta médica nos dias seguintes, ditámos o articulado do Decreto por telefone para o Ministério.

Uma vez tudo aprovado, fomos falar com o Prof. Marcelo Caetano, pois os serviços administrativos dos hospitais exigiam que antes da Tomada de Posse assinássemos a célebre declaração de apoio político ao regime e renúncia do comunismo, o que liminarmente recusávamos. Era também necessário decidir quem, afinal, pagava os nossos ordenados já que o Sr. Ministro das Finanças afirmara que a única solução seria o “saco azul” da Presidência. Lembrámos na altura ao Sr. Primeiro Ministro que se tinha demitido de Reitor da Universidade de Lisboa quando a polícia invadiu a Cidade Universitária numa clara oposição à opressão política da liberdade de manifestação e de consciência. Ficou de pensar e pela primeira vez houve funcionários públicos que não assinaram nem juraram esse documento apesar das pressões institucionais e pessoais exercidas pela PIDE cujo Sub-Diretor telefonou ao José Barbas com ameaças. Assim muitos

colegas nossos foram “repescados” após anos de espera e puderam iniciar o Internato Geral e ser funcionários públicos sem renegar publicamente as suas simpatias políticas. Os nossos ordenados foram pagos durante alguns anos pela Presidência do Conselho de Ministros que também compensou as Reitorias pela perda das nossas propinas.

Marcelo Caetano e os Ministros em causa eram inteligentes e sabiam das vantagens da defesa do ensino de qualidade e da medicina de excelência. Obviamente não estamos protegendo o anterior regime nem a sua política, mas comentando inteligências. Veja-se como hoje se trata o Ensino e o que se fez às Carreiras Médicas.

A entrada de centenas de colegas jovens, inquietos e conscientes do tipo de Medicina que desejavam exercer e promover originou um verdadeiro “terramoto” nas estruturas e funcionamento dos Hospitais.

Digam lá que esta história não foi levada com muito sentido de humor. Assim acontece a vida quando levada com determinação e muito gozo. Terminámos um ciclo em que as Carreiras Médicas ** finalmente se iniciaram, com os internatos da especialidade. As mais valias da formação médica foram tais que médicos portugueses perseguidos políticos que encontraram asilo na Europa passaram a entrar logo diretamente para os hospitais, por terem 2 anos de prática, enquanto os restantes europeus tinham de fazer um estágio...

Hoje a formação prática da medicina interna passou nos currículos para 2º plano e o diálogo interdisciplinar é nebuloso.

Mais tarde o 25 de Abril surgiu e o SNS, com o notável Dr. Arnaut que para além da formação social e política teve a inteligência de aliar ao

projeto os profissionais, ao contrário de muitos outros políticos que hoje perseguem classes inteiras de profissionais... O SNS permitiu a assistência médica, as prevenções, as vacinações (já iniciadas pelo Dr. Arnaldo Sampaio), estendidas ao interior do país. Foi um incomensurável avanço humano e civilizacional!

No entanto, a sua implementação só foi possível porque havia já uma "coluna vertebral" com hospitais funcionais, internos e especialistas.

Hoje estão a conjugar uma gramática política diferente: o homem ao serviço da economia em lugar da economia ao serviço do homem,

como bem defendia o Dr. Arnaut. Lembramos a nossa visita ao Serviço de Traumatizados do Hospital de S. José (nas águas furtadas) no 3º ano da Faculdade. Era um autêntico corredor de camas todas encostadas onde havia mesas de cabeceira, de onde em onde, pois não cabiam entre as camas. Parecia um hospital da I Guerra Mundial ou mesmo da Guerra da Crimeia em 1850s. Em miúdo o Crespo foi com o pai, à noite, a uma enfermaria de S. Marta e perguntou porque tinha o doente um cobertor preto. "Não, são percevejos" disse o seu pai. Eram assim os hospitais do Estado...

Será que é para este sentido trágico

co da vida que nos querem levar? No entanto os médicos e colegas da área da saúde têm a força do conhecimento e os burocratas pouco sabem de Saúde. Então de que lado está a razão e a força?

Vamos manter o espírito de missão dos colegas de 69 e que ninguém deixe de ser solidário com os doentes e os colegas cedendo aos favores do poder.

* Exceção das aulas do Prof. Juvenal Esteves (com os doentes nas aulas teóricas) e do Prof. Carlos Vidal da Pneumologia, que ficava tardes inteiras a ensinar-nos a auscultar

** Autores do Relatório das Carreiras Médicas: Prof. Miller Guerra, Dr. António Galhordas, Prof. Jorge Horta, Dr. Albino Aroso e Dr. Mário Mendes

Notas e Curiosidades:

- O Francisco Crespo e o José Barbas entraram na Sala de espera comum dos Gabinetes do Ministro da Saúde (Dr. Cancela de Abreu) e do Ministro do Interior (Dr. Rapazote). A Sala estava "dividida" ao meio por um pequeno espaço entre as cadeiras próximas da porta do Gabinete do Ministro da Saúde e as próximas da porta do Gabinete do Ministro do Interior. Ao fundo desse espaço estavam dois polícias de Segurança Pública. Havia 2 cadeiras vagas, uma do lado da Saúde e outra do lado do Interior. Sentei-me na cadeira do lado da Saúde e o Crespo ficou "orgulhosamente" em pé perante o espanto e incompreensão dos presentes, do José Barbas e muito em particular dos polícias. Após um curto período de expectativa um dos polícias apontou para a cadeira ostensivamente vazia e disse que havia ali uma cadeira vaga onde se podia sentar. Então o Francisco Crespo com ar ofendido, duro e orgulhoso, disse e cita-se: "Eu desse lado, do Ministério do Interior, nunca me sentarei". E aguardou, em desafio, até vagar uma cadeira do lado da Saúde onde se sentou beatificamente. (Barbas)

- "Aproveitámos uma Reunião do Conselho da Faculdade e largas dezenas de alunos, de todos os anos, sentaram-se no chão dos patamares e escadas da "frente" e das "traseiras" da Sala de Reuniões. Informámos os Profs. que ninguém sairia do Conselho sem haver fumo "branco" garantindo a sua completa aprovação do novo regime do Internato Médico. Após algum tempo de "reflexão" o José Barbas foi chamado à Sala do Conselho onde o Prof. Pádua comunicou solenemente que a FML aprovava sem restrições o regime de Internato Médico. Foi então solicitado aos Srs Profs que aguardassem 10 minutos antes de tentarem sair para se proceder à evacuação dos alunos que bloqueavam os patamares e as escadas."

- "Os nossos ordenados foram pagos durante cerca 3 anos pelo 'Saco Azul' da Presidência do Conselho de Ministros, como nos tinha sido garantido em Audiência pessoal pelo Primeiro Ministro Prof. Marcelo Caetano. Poucas semanas após a nossa tomada de posse (sem o obrigatório juramento pela Pátria, Deus e Estado Novo e contra o comunismo) o José Barbas foi chamado ao reitor da U.L. O Reitor referiu que tínhamos desencadeado um problema financeiro complicado, pois o Orçamento da U.L. englobava nas receitas o valor das propinas dos alunos do Ano de Estágio da FML. Com a nossa passagem ao internato esta parte das receitas estava perdida. E perguntava como iria resolver o problema. O José Barbas respondeu que a solução era muito simples. Antes da publicação do Decreto do Internato Médico o Sr. Ministro das Finanças (Dr. Dias Rosas) tinha levantado o problema de como pagar ordenados a funcionários públicos que iniciavam funções a meio da execução do Orçamento (de 1969), verba para a qual, como era de esperar, não havia cabimento. Propôs que a mais fácil, e talvez única solução, seria o seu pagamento pelo referido e bem recheado Saco Azul. Certamente que o Sr. Primeiro Ministro não deixaria de ressarcir a U.L. dos prejuízos decorrentes da nossa "deserção", caso lhe fosse solicitado pelo Magnífico Reitor. E realmente assim sucedeu.

**A Revista da Ordem dos Médicos
deseja a todos umas festas felizes**

