



Actualidade
**Demografia médica:
emigração
ou diferenciação?**
pág. 48



**Licenciamento de
Unidades Privadas
de Saúde**
pág. 26

**Fundo de Solidariedade
da OM na perspectiva
do Serviço Social**
pág. 64

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 29
N.º 139
Abril 2013

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

Directores Adjuntos:
**António Pereira Coelho, José Ávila
Costa e Miguel Guimarães**

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

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

Impressão:
Litografia Coimbra
Zona Industrial da Pedrulha
Apartado 8041
3021-997 Coimbra
Depósito Legal: 7421/85
Preço Avulso: **2 Euros**
Periodicidade: **Mensal**
Tiragem: 44.000 exemplares
(11 números anuais)

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



05 Código Deontológico editorial

06 Poupar, Cortar e o pós-Troika

Conselho Disciplinar

08 Arquivamento por falta de provas

informação

10 Comunicado do Distrito Médico de Setúbal

11 Abordagem da diabetes – Despacho n.º 3052/2013

14 Cirurgia adicional aleadamente “indevida”

15 Regime de acesso e de exercício da profissão de podologista

17 Cumprir o nosso discriminativo de funções não chega...

19 Declaração de apoios - decreto-lei 20/2013

21 Especialistas e não especialistas em MGF

22 Usurpação de funções do médico especialista?

25 Identificação do Médico no modelo de receita manual

26 Licenciamento de Unidades Privadas de Saúde

28 Nota justificativa das alterações à proposta de lei das TNC

30 Falta de vagas no SNS e treino médico no privado travam diálise

31 Posições públicas do CRN da OM

34 Sauna no bloco operatório obriga a suspender cirurgias

35 Constituição de júri de avaliação final do internato

actualidade

38 Medicina portuguesa durante a expansão

40 A História e o Silêncio - Leituras de uma Doença Antiga

48 Demografia médica: emigração ou diferenciação?

52 Ao encontro dos colegas da Península de Setúbal

entrevista

56 Alguns dos problemas existentes no CHBM poderiam ser resolvidos...

opinião

58 Desqualificação e Dignidade dos Médicos

60 Contrassenso

61 O SNS, os swaps, e o desastre do nosso quotidiano

64 Fundo de Solidariedade da OM na perspectiva do Serviço Social

67 Os CSP, as USF e as UCSP em jeito de balanço

70 Um SNS sustentável

74 Exclusividade? – Não. Quase sempre nunca!

histórias da...

78 Da história da Faculdade de Medicina de Coimbra

82 notícias

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

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: Vasco Ribeiro
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: José Filipe 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



Poupar, Cortar e o pós-Troika

Tornou-se moda no país dar palpites de poupança na Saúde, mesmo sem a apresentação de estudos válidos, credíveis e escrutináveis.

Todos, ou quase todos, propõe poupanças, mesmo quando se descortina, no meio das medidas propostas, uma espécie de “gato escondido com o rabinho de fora”, com claro favorecimento de objetivos e interesses corporativos, de resultados imprevisíveis.

Numa casa onde não há pão, a tudo se assiste.

Recentemente, uma associação profissional propôs uma série de medidas, apresentadas com pompa e circunstância, que proporcionariam, hipotética e não demonstradamente, uma pequena poupança para o SNS. Lido o documento, são múltiplos os “rabinhos de fora”...

De igual forma, não há muito

tempo, uma Business School apresentou uma série de propostas, que, no sumo final, tinham como resultado global o benefício do sector privado em detrimento do público.

Agora é a ANF, que vem propor que as farmácias sejam recompensadas por “aumentarem” as taxas de genéricos. Quando estão a substituir marcas de genéricos

por outras de valor mais elevado e quando são os médicos que estão a prescrever mais genéricos. Auditorias, não se conhecem. Confiamos que o Ministério da Saúde não colabore nesta falácia. Já aqui falámos várias vezes da melhor e única maneira de poupar em Saúde, que é a aposta na Qualidade, Acessibilidade e Diálogo com e Respeito pelos profissionais. Não vou repeti-lo.

Já todos percebemos que cortar tem consequências negativas para a Saúde. Também não o vou repetir.

Depois de termos sido criticados durante muito tempo, agora já todos reconhecem que o memorando da Troika, acerrimamente defendido pelo actual Governo, que até queria ir mais longe, tem erros básicos, lacunas várias, imprecisões graves e falhanços sucessivos.

No Público de 21 de Maio, dia em que escrevo este editorial, um artigo muito interessante discorre sobre o que levou a Alemanha a virar-se contra a Troika e a Comissão Europeia, que terão exagerado e errado em algumas medidas de disciplina orçamental imposta aos países intervencionados.

É caso para dizer, “zangam-se as comadres, descobrem-se as verdades”. São dados exemplos concretos. Estamos mesmo “entregues aos bichos”... Desta vez tenho de dar razão à posição alemã.

Fala-se no pós-Troika? A única certeza que temos é que, se nada mudar, se entretanto não tivermos uma solução europeia, vamos estar muitíssimo pior do que no pré-Troika. O que não augura nada de bom.

Entretanto, como poupar?

Para além de todas as problemáticas ligadas à qualidade da gestão, ao mérito dos gestores e ao respeito pelos doentes, vou dar um exemplo concreto.

Na aquisição da assinatura digital qualificada para o novo cartão da Ordem dos Médicos, a Ordem, graças ao protocolo firmado com um Banco, usou o respectivo sistema de leilões. Pois bem, aquilo que à partida se previa que custasse oito euros por cartão, baixou para um euro e setenta centimos. Impressionante!

Já falámos neste espaço da auditoria do Tribunal de Contas, relativa a 2011, ao desastroso sistema de aquisições para o SNS.

Querem mesmo poupar?

Acabem com as aquisições por ajuste directo aos amigos, melhorem, modernizem, actualizem, incorporem metodologias usadas no sector privado, criem economia de escala e deem *benchmarking* e transparência às aquisições para o SNS e para todo o Estado.

O potencial de poupança anual é de centenas de milhões e deixam de ser necessários mais cortes ou perdas de Qualidade no SNS.

Fica aqui esta múltipla sugestão. Sem quaisquer interesses corporativos disfarçados.

CORREIO DA SAÚDE

● JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Paradoxo

Cilicemente o Ministério da Saúde liberta notícias negativas sobre a Saúde. O objetivo é claro: criar um clima que permita tentar facilitar a aceitação dos cortes cegos que estão a destruir o SNS, como se fossem medidas de boa gestão.

Os vários profissionais que constituem as equipas dos blocos operatórios estarão a receber incentivos por cirurgias feitas no horário normal de trabalho.

Qual é a realidade? Não sabemos. A notícia foi malevolamente libertada pelo Ministério da

Estas situações só acontecem sob aprovação e responsabilidade dos administradores

Saúde mas sem a divulgação pública do relatório da IGAS. São situações pontuais e esporádicas, mas são sempre notícia, o que confirma a sua raridade. Alguns dos casos até serão repetidos e já foram publicitados no passado... A Ordem dos Médicos apoia as inspeções da IGAS, o combate a todas as formas de ilegalidade e a penalização daqueles que as cometem com dolo.

Mas estas situações só acontecem sob aprovação e responsabilidade dos Conselhos de Administração, que foram nomeados pelo Ministro da Saúde! Curioso...

In "Correio da Manhã" - 28 de Março de 2013



Conselho Disciplinar Regional do Norte

Manuel Rodrigues e Rodrigues

Presidente do C. D. Norte

Arquivamento por falta de provas

1. O presente processo foi instaurado na sequência de participação da Exma. Senhora D. ..., datada de

2. A Participante alega o seguinte:

«No dia ... , cerca das ... h, dirigi-me à consulta de gastroenterologia ao Dr. ... , acompanhada da minha mãe tal como fiz na primeira consulta com este médico em ... , depois de ter sido encaminhada da pediatria, onde fui seguida durante ... anos.

Na consulta de ... o Dr. ... pediu-me para fazer dois exames, nomeadamente uma endoscopia alta e um exame contrastado do intestino. Nesse mesmo dia perguntou-me se eu tinha possibilidades de fazer o segundo exame fora do hospital, pela não confiança do mesmo feito no hospital. No entanto acrescentou que “se algum dia a senhora disser que eu disse isto, eu nego”. Como desde os ... anos de idade fui seguida pelo meu médico pediatra, no qual tenho toda a confiança pelo seu brilho profissional, a minha mãe decidiu procurar a sua segunda opinião relativamente à realização destes exames, os quais, na minha opinião, eram completamente despropositados, visto o meu problema (doença celíaca) estar perfeitamente controlado. Inclusivamente três semanas antes da primeira consulta com o Dr. ...

realizei as análises ao sangue pedidas pelo meu pediatra, as quais o Dr. ... disse não estarem ainda disponíveis no computador, quando na verdade, e por confirmação do pediatra em questão, as análises já estavam no dia da consulta disponíveis, e devo acrescentar com valores normais e controlados. Posto isto, a minha mãe pediu opinião ao meu pediatra e este aconselhou-a a que na próxima consulta ... pergunta-se ao Dr. ... se havia necessidade de fazer os já mencionados exames e qual a sua justificação.

Após entrada na consulta de ... , apercebi-me do nervosismo do Dr. ... que se encontrava extremamente exaltado e arrogante, que, em vez de agir como o bom profissional que deveria ser e conversar o motivo que o deixara assim, limitou-se a insultar e a gritar dizendo que nem percebia a razão da nossa presença ali, e que era a última e o mais breve possível consulta e contacto comigo, uma vez que não estavam reunidas as condições mínimas para haver empatia e uma relação de confiança entre as partes envolvidas.

É da minha opinião que todos devemos ter a capacidade de conversar e dialogar com os outros. Se o médico em questão se mostrou aborrecido pelo facto de termos pedido uma segunda opinião a uma pessoa de confiança, então deveria

tê-lo conversado, e não sendo mal-educado e rude. Devido à profissão que exerce, deveria ser ainda mais capaz de o fazer.

Durante a discussão na consulta de ... a minha mãe perguntou ao Dr. ... qual o motivo para a realização dos exames já mencionados ao que este respondeu “ todos os meus doentes o fazem”. No entanto só me passou a requisição para a realização da endoscopia alta no hospital, como posso comprovar com o papel que tenho em meu poder. Relativamente ao outro exame, o do estudo contrastado ao intestino e no qual o médico em questão me aconselhou a fazer fora do hospital, não existe qualquer requisição, apenas o nome do exame escrito pelo Dr. ... numa folha de papel timbrado do hospital, o que vem confirmar a desconfiança alegada pelo médico em relação ao respectivo exame realizado no hospital (facto que negou no dia ...). É de salientar ainda a atitude lamentável que o Dr. teve quando a minha mãe lhe disse que ele era um mau profissional ao que ele respondeu “e a senhora é pouco educada”, e quando a acusou de “fazer queixinhas” ao médico pediatra. No final da consulta, ou aliás, da conversa desagradável, eu dirigi-me ao Dr. ... e ele deseducadamente virou-me as costas expulsando-me do consultório.

Quero ainda acrescentar que em duas situações o Dr. ... demonstrou falta de carácter e de honestidade, pois negou o que disse acerca da desconfiança relativamente à realização do exame de estudo contrastado do intestino no hospital, e negou também o seu desinteresse dos resultados das análises realizadas três semanas antes da primeira consulta.

Se o Dr. ... era de opinião que não existiam as condições necessárias para que pudesse haver uma boa relação médico-paciente e preferisse encaminhar-me para outro médico, então era livre de o fazer, o que não deveria nem poderia ter feito era ter-me faltado ao respeito a mim e à minha mãe, em atitudes e frases extremamente rudes.

Como não fui consultada mas sim insultada., espero que o hospital de ... me devolva o dinheiro da taxa moderadora.»

3. Foi junto aos autos um ofício do Hospital de ... que anexava cópia dos registos clínicos existentes referentes à Participante, que aqui se dão por integralmente reproduzidos.

4. Notificado para se pronunciar sobre o teor da participação, o Exmo. Senhor Dr. ... , respondeu o seguinte:

«Relativamente ao exposto na carta que recebi da Ordem dos Médicos em ... , cumpro-me dizer que não subscrevo de todo, as acusações que me são feitas. Considero as acusações infundadas e contraditórias, constituindo uma ofensa à minha pessoa.

A avaliação inicial da doente em causa, em ... , foi uma avaliação cuidada, com troca de informações relativamente à doença em questão e à evolução da doente, ao interesse e preocupação dela e da sua mãe no assunto, inclusive a ligação da segunda à ... (tendo inclusive

sido presenteado com um exemplar da revista: “Sem Glúten”) Os exames pedidos foram devidamente sugeridos, sem qualquer imposição, explicados os motivos (de acordo com o sugerido por diferentes autores de uma vigilância clínica, analítica e histológica periódicas), e aceites pela doente e pela mãe.

As acusações que me são feitas de “mau profissional” e de “desinteresse”, entre outras expressões, estão nitidamente em contradição com o que dita doente refere de: “na minha opinião, eram completamente despropositadas, visto o meu problema (...) estar perfeitamente controlado” o que me sugere, quando muito, excesso de zelo. Penso inclusive, que esta expressão é extremamente reveladora da atitude da senhora. Quanto às acusações de “falta de carácter e de honestidade”, “rude e mal-educado”, apenas posso dizer que, dado a consulta não ter sido feita (como é hábito) na presença de uma terceira pessoa (neutra em relação às partes), posso apenas me valer das muitas pessoas com quem contactei e contacto na minha prática diária, ao longo destes anos como funcionário do Hospital de ... , que poderão comentar e fundamentar a minha atitude pessoal e profissional, ao contrário das ditas senhoras que, em duas consultas, ou como referiram, uma consulta e uma “conversa desagradável”, se consideram plenamente conhecedoras da minha personalidade e profissionalismo. Como considero a dita carta um insulto, espero que a Ordem dos Médicos tome as devidas atitudes no sentido de esclarecimento da situação e reposição da justiça.»

5. Cumpro apreciar e decidir.

6. Nos termos da participação, a Participante acusa o médico de lhe ter pedido para fazer dois exames - uma endoscopia alta e um exame contrastado do

intestino -, sem que houvesse necessidade da sua realização, porquanto a utente havia, três semanas antes da consulta, realizado análises ao sangue com valores normais e controlados, os quais já estariam disponíveis mas relativamente aos quais o médico terá manifestado desinteresse, mentindo, inclusivamente, quanto à alegada indisponibilidade dos respectivos resultados em sistema.

7. A Participante queixa-se ainda da postura do médico na consulta de ... , em virtude de se lhe ter dirigido de modo exaltado e arrogante, a insultar e a gritar, tendo inclusivamente virado as costas à Participante, expulsando-a do consultório.

8. O Participado refuta tais acusações, esclarecendo que os exames pedidos foram devidamente sugeridos e sustentados por razões de vigilância clínica, analítica e histológica periódicas, então explicados à Participante.

9. O participado refuta e nega por completo o invocado comportamento impróprio e/ou deseducado.

10. Refira-se, antes de mais, no que respeita à solicitação dos exames, que a conveniência e oportunidade da sua realização cabe sempre ao médico, em cada momento, e em face da avaliação clínica que faz, inexistindo no processo qualquer elemento que contra-indique e/ou revele que os mesmos eram desnecessários e/ou despropositados, conforme alegado.

11. Sendo certo que o facto do problema da utente, ora Participante, estar controlado não torna, só por si, aqueles exames desnecessários, nem tão pouco o invocado resultado das análises realizadas antes da primeira

consulta, tanto mais que não resulta dos autos demonstrado que o Participado deles tivesse efectivo conhecimento.

12. Conforme a própria Participante admite, a mesma não efectuou os exames pedidos na consulta de ... e estudo contrastado do delgado – por ter opinião, aparentemente fundada na de outro médico, que os mesmos eram despropositados, assim questionando a sugestão clínica do aqui Participado.

13. Tal facto, objectivamente, é susceptível de abalar a relação de confiança que é suposto existir entre médico e doente, o que, de resto, foi manifestamente sentido pelo Participado, que consignou expressamente na folha de consulta que *«não fez os exames pedidos por dúvida do interesse deles. Por falta de confiança aparente e impossibilidade de empatia entrego*

o processo da consulta ao director da Consulta.»

14. Neste âmbito, nenhuma crítica temos a fazer à opção do Participado.

15. Questão diferente, impetrada pela Participante, reporta aos modos deseducados, alegadamente manifestados pelo Participado em consequência daquela desconfiança, pois tais factos objecto da participação, a serem provados, consubstanciariam um comportamento impróprio e repudiável de um médico sobre uma doente.

16. Sucede que o Participado negou peremptoriamente a versão dos factos de que é acusado.

17. Tais factos, porém, ocorreram em consulta, sem a presença de estranhos aos intervenientes, pelo que a aferição da sua veracidade esbarra sempre na

oposição das respectivas versões.

18. Porque se tratam de imputações cujo ónus da prova recai sobre a Participante, torna-se impossível, em face da contradição do Participado, sustentar os factos da participação, que não poderão ser dados como provados.

19. Sem necessidade de mais considerações, não vemos sustentado qualquer comportamento do médico Participado, designadamente má prática e/ou atitude de desrespeito, que configure ilícito disciplinar.

Em face do exposto, proponho o arquivamento do presente processo.

Porto, ...

informação

Comunicado do Distrito Médico de Setúbal

O Conselho Distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos tem vindo a observar, com profunda preocupação, a evolução da situação dos Serviços de Saúde na sua área de influência.

As sucessivas orientações emanadas da Tutela, focadas principalmente em objectivos de contenção orçamental e traduzidas em medidas como a alteração dos horários de trabalho ou a restrição à prescrição de meios complementares de diagnóstico ou de tratamentos, tem vindo a causar uma injustificada perturbação ao funcionamento dos Serviços.

A sobrelotação das urgências hospitalares, a redução do

número de consultas, as dificuldades no acesso e as listas de espera para a realização de exames complementares são apenas alguns dos sinais dessa perturbação.

A travagem verificada no processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários, o congelamento da Rede de Cuidados Continuados e os múltiplos anúncios de implementação de um processo de reforma dos Hospitais, nunca explicitados, são factos que induzem a desconfiança e a incerteza de todos os envolvidos.

O Distrito Médico de Setúbal possui um conjunto de condições, geográficas, logísticas e técnicas, bem como massa crítica suficiente,

para que seja possível desenvolver todo um conjunto de modelos organizativos e actividades diferenciadas e diferenciadoras que podem levar a um aumento da qualidade da prestação e numa mais eficiente utilização dos meios disponíveis.

Por isso, o Conselho Distrital de Setúbal da Ordem dos Médicos volta a manifestar a sua recusa em aceitar qualquer decisão sobre matérias nas quais tem competência para intervir, sem que lhe seja solicitada a sua participação.

Setúbal, 23 Abril 2013

Abordagem da diabetes – Despacho n.º 3052/2013

Na sequência do Despacho n.º 3052/2013, que definiu, entre outros procedimentos, que «o levantamento e o apuramento de dados e indicadores, a definição de objetivos precisos, alcançáveis e avaliáveis, assim como a concretização e coordenação de todos os protocolos e projetos sobre a diabetes, necessitam de uma estrutura responsável, ao nível de cada ACES, que se deve articular por critérios de proximidade com o principal hospital de referência» e que «deverão estar consultas especializadas de diabetologia, em ambulatório, com processos e procedimentos padronizados, com envolvimento multidisciplinar, tempos e espaços dedicados, tanto nas unidades de cuidados de saúde primários como nos hospitais», divulgamos o parecer do Colégio de Medicina Geral e Familiar que foi enviado ao Ministro da Saúde e a carta que a OM dirigiu a esse ministério.

Carta enviada ao Ministro da Saúde e ao Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

«Assunto: Despacho 3052/2013

Recebeu a Ordem dos Médicos com grande surpresa a publicação do Despacho acima referenciado. Sem qualquer desprimor para a idoneidade e conhecimentos técnicos dos seus autores, a Ordem dos Médicos lamenta e não entende que, mais uma vez, não tenha sido ouvida sobre questões do foro técnico-científico.

Mas lamenta, sobretudo, o ensimesmamento daqueles que, no Governo, ainda não conseguiram compreender que não se resolvem problemas por “decreto” e que não é possível atingir objetivos sem a participação activa e construtiva dos profissionais no terreno.

Conforme parecer do Colégio de MGF da Ordem dos Médicos, que se anexa, não auguramos um

futuro brilhante para o Despacho n.º 3052/2013, pelas deficiências técnicas e conceptuais e mui difícil operacionalização.

Será mesmo necessário medir a altura dos diabéticos em todas as consultas? Receia-se que possam aumentar ou encolher?!

Com a consciência das respectivas diferenças, será que, agora que se sabe que mais de 40% da população é hipertensa, também se irão individualizar consultas de HTA nos CSP? E consultas de Dislipidemias, talvez a patologia mais prevalente no país? Ou consultas de obesidade e excesso de peso, na medida em que estão na génese da Diabetes tipo 2?

No que aos CSP diz respeito, sem colocar em causa a melhoria dos recursos assistenciais em condições específicas, os problemas da Saúde do país e dos portugueses não se solucionam

com medidas parcelares e fraccionantes, muito menos quando há graves dificuldades na contratação de profissionais de Saúde e ainda há portugueses sem Médico de Família, não obstante as propostas já apresentadas pela Ordem dos Médicos.

Assim, são seis as sugestões básicas que nos atrevemos a deixar ao Ministério da Saúde:

1- Leia-se com atenção o parecer do Colégio de MGF, para que, de uma vez por todas, o Ministério da Saúde compreenda o que representa e significa a respectiva especialidade.

2- Haja um verdadeiro empenho em completar a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, única maneira efectiva de um consequente combate a todas as doenças crónicas que afectam os portugueses e ao seu amplo leque de consequências,

incluindo as económicas.

3- Aposte-se no trabalho de equipa, na contratualização e na análise de objetivos de USFs e UCSPs, conforme carta recente coassinada pela Ordem dos Médicos.

4- Perceba-se que medidas parcelares e focais resolvem muito pouco ou nada dos nobres objetivos que se perseguem e que não é possível impor modelos monolíticos.

5- Ouça-se a Ordem dos Médicos com mais regularidade. As decisões de governação só terão a ganhar Qualidade.

6- Defina-se uma política

reanalisar o Despacho em apreço.

Pelo maior bem do SNS e dos Doentes,

Com os melhores e mais cordiais cumprimentos»

Parecer do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

«O Colégio de Medicina Geral e Familiar, tendo tomado conhecimento da publicação do despacho nº 3052/ 2013 do Sr. Secretário de Estado Adjunto da Saúde, não pode deixar de lamentar que o mesmo não tenha sido objecto de prévia audição da Ordem dos Médicos, uma vez que

A MGF surge no século XIX como alternativa ao paradigma biomédico vigente, segundo o qual as doenças podiam ser estudadas independente da pessoa que sofre delas e do seu contexto social. No método clínico, conhecido como diagnóstico diferencial, o médico seria um observador imparcial e o doente um beneficiário passivo deste processo. As insuficiências do modelo biomédico estão profusamente referidas na literatura e a ele se atribui muitas das insuficiências e mesmo malefícios da medicina dita moderna ainda dele refém.

Os princípios da MGF, base



nacional, abrangente e coerente de prevenção e educação para a Saúde desde os bancos da Escola, envolvendo os vários Ministérios implicados, nomeadamente tendo como alvo a prevenção da obesidade e da diabetes. A recente decisão sobre o consumo de álcool em jovens revela uma inequívoca falta de rumo e notória cedência a interesses económicos, com graves prejuízos potenciais para o seu futuro como cidadãos saudáveis. Finalmente, a Ordem dos Médicos disponibiliza-se para trabalhar em conjunto com o Ministério da Saúde em todas estas matérias, com o sentido da máxima responsabilidade e postura totalmente construtiva. Aguardamos o superior interesse do Ministério da Saúde em

o diploma agora publicado diz respeito a questões de natureza técnica, ferindo, desse modo, a autonomia do exercício clínico próprio desta, como de qualquer outra especialidade.

Não querendo retirar importância à abordagem da Diabetes, verdadeira epidemia do século XXI, o Colégio vem, mais uma vez (já o fez em Janeiro de 2012 quando esta questão foi notícia de jornais) explicar porque entende que as consultas destinadas a patologias específicas em períodos fixos e obrigatórios, não fazem parte dos fundamentos filosóficos e científicos da Medicina Geral e Familiar (MGF) tão bem referidos na vasta literatura mundial, referente a esta especialidade médica.

da formação de todos os seus especialistas, fundamentam a especificidade da disciplina e têm sido desenvolvidos por muitos dos seus teóricos. Talvez valha a pena lembrar alguns desses princípios defendidos por um dos médicos pilares do edifício teórico da medicina familiar.

“O médico da família compromete-se com a pessoa e não com um conjunto de conhecimentos, grupo de doenças, ou técnica especial. Este compromisso tem duas vertentes. Primeiro, não é limitado pelo tipo de problema de saúde. O médico de família está disponível para qualquer problema de saúde de uma pessoa de qualquer dos sexos e idade. A sua actuação nem sequer está limitada a problemas de saúde

rigorosamente definidos; o doente define o problema. Segundo, o compromisso não tem um prazo definido. Não termina com a cura de uma doença, o fim do tratamento, ou a incurabilidade da doença. A primazia é dada à pessoa. O médico de família interessa-se pelos doentes de um modo que transcende a doença de que dele possam sofrer”.

“(…) O médico de família encara todo o contacto com o doente, como uma oportunidade para a prevenção ou educação sanitária”(McWhinney). Por isso, obrigar a que haja períodos de consulta específicos por patologia viola um dos pilares da medicina geral e familiar” (in McWhinney, Manual de Medicina Geral e Familiar).

Depreendemos que o utente é o objecto prioritário da atenção do médico de família - a pessoa doente tanto como a doença da pessoa. A organização do trabalho do médico de família em períodos estanques para seguimento de patologias únicas, poderá ser justificada para utilização racional dos recursos ou por critérios de aumento da eficiência dos serviços, ou seja, por elementos estranhos aos que julgamos serem do interesse dos doentes, recusando, então, a centralidade da atenção na pessoa que caracteriza a nossa especialidade.

Onde alguns vêem um diabético, o médico de família vê um indivíduo único vivenciando de modo próprio a sua condição de existir, particularmente a sua doença, num contexto familiar e sócio económico específico que molda a percepção da sua saúde e o modo como se projecta no futuro, complexo e autónomo para decidir, informado e em liberdade, o seu porvir.

Acreditamos que esta abordagem, a que chamamos holística, é a mais indicada para ajudar as pessoas que procuram o seu médico de família, que não existe outra mais eficaz e mais custo-efetiva para lidar com os problemas dos utentes em Medicina Geral e Familiar. Deste reconhecimento derivam todas as recomendações de vários organismos internacionais, particularmente da Organização Mundial de Saúde, para que os estados fundamentem a prestação de cuidados aos seus cidadãos em sistemas de saúde robustos baseados nos Cuidados Primários. O seguimento de pessoas com o diagnóstico de diabetes é, seguramente, do âmbito da MGF. A gestão da agenda do médico de família não deve obedecer a outros critérios que não os de maior benefício para os doentes, não estando demonstrado que outras formas de organização de consultas para diabéticos obtenham melhores resultados. Outras perspectivas da prestação de cuidados são compreensíveis mas não devem ser aceites no contexto de prestação de cuidados primários de saúde na prática da MGF.

Qualquer mudança deve ser fundamentada pelos seus defensores.

A posição do Colégio de MGF deve ser e encontra-se alinhada com a perspectiva internacional facultada pelos princípios fundadores da especialidade.

As diferentes abordagens, quanto ao método de vigilância dos diabéticos resumem-se a duas: ou são vistos em consulta com horário próprio ou não. No Serviço Nacional de Saúde, por razões históricas assentes na organização de serviços preconizada pela Direção Geral da Saúde exigente na prossecução os seus programas

(de saúde materno-infantil, planeamento familiar, saúde de adulto, etc.), prevalece o primeiro modelo. É influenciado pela perspectiva hospitalar dos seus fundadores que, nos idos anos 80, reproduziram nos Centros de Saúde o modelo de pequenos serviços de especialidades hospitalares.

No entanto, existe outra prática, não só em Portugal mas noutros países onde a MGF está bem mais protegida e alicerçada, que não vê necessidade de seguir os utentes com diabetes diferentemente dos artrósicos, deprimidos ou asmáticos. Neste modelo, as consultas para doenças foram substituídas por consultas para doentes. Nelas não se dá uma atenção única à doença única, mas avalia-se integralmente a pessoa, muitas vezes sofrendo de múltiplas patologias e nada obsta a que as boas práticas da abordagem da diabetes, como de outras doenças crónicas, sejam devidamente asseguradas, no contexto da abordagem centrada no indivíduo.

Com a publicação deste Despacho, tememos que o fulcro central da actividade do Médico de Família passe a ser a doença ou o sistema orgânico, em vez da pessoa, pelo aparecimento de múltiplos “Programas de Saúde” e “Consultas Integradas”, baseados em processos assistenciais que, de integrados, só terão o nome, ao quererem espalhar, desse modo, o doente em múltiplas abordagens, descaracterizando a abordagem holística do Médico de Família.

Porto, 26 de Fevereiro de 2013

A Direção do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar»



Cirurgia adicional alegadamente “indevida”

Continua a ser notícia na comunicação social que “Médicos que receberam indevidamente incentivos são alvo de processos e vão devolver 1,3 milhões”.

Assim, visto que o Ministério da Saúde nada comunicou à Ordem dos Médicos sobre esta matéria mas produziu eloquentes comentários para a comunicação social, entendemos dirigir-lhe esta carta sob a forma de ‘carta aberta’.

A Ordem dos Médicos recorda ao Sr. Ministro da Saúde que:

a) Os Médicos não operam sozinho e que são necessários todos os profissionais de saúde imprescindíveis à equipa cirúrgica e à manutenção e funcionamento dos blocos operatórios.

b) Os programas de cirurgia adicional são efectuados apenas quando autorizados pelos Conselhos de Administração, que são os responsáveis pelos mesmos.

c) Os programas de cirurgia adicional remuneram os hospitais e contribuem para o seu financiamento.

d) Os programas de cirurgia adicional trataram doentes que estavam em listas de espera cirúrgica e que beneficiaram desses programas. Por conseguinte, o trabalho foi efectuado, a bem dos doentes.

e) A Cirurgia de produção normal e de produção adicional são

contratualizadas previamente com a Administração, no âmbito do SIGIC, ficando a gestão directa das mesmas a cargo do Director de Serviço, em respeito com o acordado com a Administração. Tudo fica registado informaticamente e os pagamentos foram devidamente autorizados por quem de direito.

Assim, a Ordem dos Médicos vem solicitar ao Sr. Ministro da Saúde que:

1 – Envie à Ordem dos Médicos e divulgue todo o relatório da IGAS, pois não é legítimo nem leal libertar cirurgicamente apenas algumas partes do mesmo.

2 – Informe se tenciona demitir e penalizar os Conselhos de Administração que terão autorizado, estimulado, contratualizado e controlado as práticas e os pagamentos agora considerados ilegais pela IGAS e pelo Ministério da Saúde.

3 – Informe se vai obrigar os hospitais a devolver as verbas recebidas com a realização de cirurgia adicional em horários alegadamente ilegais.

4 – Informe se abriu processos disciplinares a todos os tipos de

profissionais de saúde que participaram nos programas de cirurgia adicional alegadamente considerados ilegais.

5 – Informe se já tomou medidas consequentes para diminuir a balbúrdia nas aquisições para o SNS e penalizar os respectivos responsáveis, onde se verificam disfuncionalidades e disparidades brutais de preços de aquisição, uma área onde será possível poupar anualmente centenas de milhões de euros, que evitariam cortes cegos noutros sectores.

Depois dos comentários efectuados pressurosamente pelo Sr. Ministro sobre os Médicos, a Ordem dos Médicos considerará inaceitável a conduta do Ministério da Saúde caso não esclareça as questões pertinentes agora levantadas pela Ordem dos Médicos.

Obviamente, se há ilegalidades praticadas com dolo devem ser, todas elas, e não apenas algumas, devidamente penalizadas.

A Ordem dos Médicos aguarda a informação solicitada.

Com os melhores cumprimentos,
José Manuel Silva



Regime de acesso e de exercício da profissão de podologista

Divulgamos em seguida a carta que a OM dirigiu ao Ministro da Saúde sobre o Projecto de regulamentação do regime de acesso e de exercício da profissão de podologista, sob a forma de proposta de Lei.

Exmo Sr Dr Paulo Macedo,
MI Ministro da Saúde

Depois da carta que enviámos a V. Exa. em Novembro do ano transacto, onde manifestávamos a nossa discordância sobre o projecto de regulamentação e solicitávamos uma audiência sobre o mesmo, não voltámos a ter mais informação sobre este assunto.

Assim, parece-nos adequado reafirmar a nossa discordância, reiterar um pedido de reunião e tecer mais algumas considerações sobre o projecto. Devido ao seu envolvimento, desta carta daremos conhecimento ao Sr Secretário de Estado da Saúde e à Comissão de Saúde da Assembleia da República. A Ordem dos Médicos considera que a regulamentação das profissões técnicas na área da saúde exige um particular cuidado e especial consideração com o funcionamento e preservação das Equipas de Saúde e respectivas hierarquias. Evitar-se-ão, assim, usurpações de funções médicas, como as explícitas e implícitas no presente projecto de Lei, e não se criam bicefalias de decisão, potencialmente conflituantes e de desigual formação pré-graduada e especializada, que seriam inevitavelmente prejudiciais ao normal funcionamento da Saúde e aos Doentes.

A autonomia dos técnicos de diagnóstico e terapêutica deverá ser para a execução técnica de terapêuticas ou execução de meios complementares de diagnóstico. Não é possível, por insuficiente formação, que essa autonomia permita realizar diagnósticos e prescrever terapêuticas. O exercício autónomo destes actos por não médicos potencia os riscos para a saúde dos doentes e o aumento dos custos directos, indirectos, económicos e sociais.

Esta proposta de Lei tem importantes omissões e é extremamente dúbia, possibilitando que, nessa “neblina”, se possa escudar e justificar a realização de verdadeiros actos médicos sem qualquer preocupação pela segurança dos doentes e pela qualidade dos serviços que lhes são prestados.

A inadequação da proposta de Lei está até incluída no documento quando, no 5º parágrafo da exposição dos motivos, se afirma que *“o que se pretende é a protecção da saúde dos cidadãos contra possíveis lesões praticadas por causa do exercício não qualificado das funções correspondentes, procurando-se que o exercício de actividades ligadas à prestação de cuidados de saúde seja desenvolvido por profissionais habilitados com adequada formação”*.

De que outro modo se pode defender essa qualidade e segurança na prestação de saúde se esta não for centrada por um médico, único com competência para o estudo diagnóstico e estruturação de um plano terapêutico individualizado?

A Ordem dos Médicos vê com muita preocupação este espartilhamento do corpo humano por diferentes profissões técnicas, desinserindo-o do seu todo e da sua complexa teia de interações e interdependência fisiopatológicas.

Agora teríamos uma espécie de médicos podologistas, visto que, relativamente ao pé (e membro inferior?!), do diagnóstico à terapêutica, poderiam fazer de tudo, dos actos mais simples às cirurgias mais complexas, pois tudo se enquadra na incrivelmente irrestrita definição de Podologia (alínea f, artº 2º), que nenhuma passagem da proposta de Lei delimita.

O exercício destes técnicos só parece aceitável, como todas as restantes profissões técnicas, se conduzido em equipas multidisciplinares, na dependência efectiva dos médicos, entendendo-se por médicos os licenciados ou com mestrado integrado em medicina. É da

actuação integrada da Equipa de Saúde que resultam os melhores efeitos para os Doentes.

E no futuro? Médicos manologistas? Médicos genologistas? Médicos cubitologistas? Médicos humero-logistas? Etc... Em defesa dos Doentes, não nos parece o melhor nem o mais avisado caminho.

Para além destas questões e independentemente do plano curricular, colocam-se igualmente dúvidas quanto à qualidade da formação destes técnicos, cujos cursos existem apenas em escolas superiores privadas. Desconhecemos, o que não quer dizer que não existam, quaisquer auditorias científicas, externas e independentes, aos referidos cursos. Analisando o documento propomos as seguintes alterações, a que juntamos algumas considerações justificativas:

CAPÍTULO I, artº 2

É difícil de entender a adequação de um artigo com definições genéricas (e na maioria dos casos imprecisas) tipo cardápio, em que se definem várias técnicas e procedimentos, tendo como última consequência a salvaguarda a possibilidade da execução indiscriminada de actos

eminente ou exclusivamente médico-cirúrgicos.

Essa execução autónoma é confirmada no art 7º, sobre o exercício da profissão de podologia, ciência que “tem como objectivo a investigação, estudo, prevenção e terapêutica das afecções, deformidades e alterações dos pés”. Ou seja, tudo, do diagnóstico à terapêutica médico-anestésico-cirúrgica, passando pela prescrição e requisição de exames complementares de diagnóstico!

alínea c) Anestesia troncular podológica (deve ser eliminada).

alínea d) “Prescrição de próteses ou ortóteses” – Substituição por “Execução ou Confecção de Ortóteses”.

A palavra prescrição, que sempre subentende um procedimento médico que implica um diagnóstico, deve ser retirada. A confecção de próteses deve ser mantida nos técnicos ortoprotésicos ou mencionar apenas as próteses parciais do pé.

alínea e) retirar a referência a membro inferior, por extravasar o pé.

Alínea f) restringir a definição de podologia.

alínea h) deve ser eliminada.

alínea j) eliminar a designação “Reabilitação podológica”, pela

confusão com a área de intervenção da Medicina Física e Reabilitação (MFR), e substituir por “terapêutica ou tratamentos podológicos” e eliminar a designação “terapias físicas” que por ser um termo demasiado vago e ambíguo inclui actos que pertencem ao âmbito da Especialidade de MFR ou substituir por “após a prescrição e sob a orientação do médico especialista em MFR”, eliminar a palavra “membro inferior”.

CAPÍTULO IV, art 7º;

Acrescentar:

nº 1 - O podologista desenvolve a sua atividade profissional de acordo com autonomia técnica, de acordo com o diagnóstico e prescrição médica.

A autonomia técnica dever ser entendida na dependência de prescrição médica.

nº 2º alínea b) - substituir o termo “terapêutica da patologia...” por “actos terapêuticas podológicos...”.

Com os mais cordiais cumprimentos,

José Manuel Silva

CC do Secretário de Estado da Saúde e da Comissão de Saúde da Assembleia da República



Cumprir o nosso discriminativo de funções não chega...

Publicamos nesta edição o resumo do percurso de um doente numa instituição hospitalar que foi relatado por um Colega preocupado com a necessidade de reflexão sobre os procedimentos que se verificaram e o parecer elaborado e aprovado pelo Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da OM na sua reunião de 28 de Setembro de 2012, a esse propósito.

Um Colega relatou à OM um "percurso" de intervenção clínica sobre um doente que, em seu entender, merecia «cuidada e profunda reflexão» e que o fez questionar se «as nossas decisões, que são sempre e por definição tomadas no interesse do doente, foram adequadas a esta norma ética da profissão, ao compromisso de respeito, dignidade, boa prestação, que temos para quem nos pede ajuda». Passamos a citar as partes essenciais do enquadramento enviado pelo médico: «no nosso Serviço há um doente, com 68 anos, institucionalizado por Esquizofrenia residual que em Abril de ..., por quadro de epistaxis traumática (auto-agressão), achei justificar avaliação em consulta de ORL com o propósito de se tratar a área erodida e tentar uma orientação que nos auxiliasse a encontrar uma forma de se evitar a agressão (com qualquer forma de protecção da área em causa) e tratar de forma mais correcta a hemorragia quando esta, mesmo assim, ocorresse. Um mês depois começou a ter secreção nasal e admiti infecção secundária pelo que foi tratado

como tal. E programei a consulta de ORL pedindo análises para o acompanharem. A consulta foi marcada para 20 de Junho. Mas no final de Maio julgo haver semiologia de infecção do seio malar pelo que o medico em conformidade. Perante a pouca eficácia do tratamento envio-o à Urgência de ORL explicando o porquê desta decisão antecipada em relação à data da consulta já marcada para o final desse mês. Na urgência foi observado por um Colega (...) que admite infecção, reconhece a presença de uma neoformação, pede estudo de imagem e recebe a indicação de o doente justificar novo estudo mas que o deve fazer em internamento e com anestesia geral. No entanto ignora esta informação e devolve o doente ao nosso Hospital para aguardar a consulta marcada para o dia 20. Trata-se, julgo, de um erro de difícil justificação. Erro complexo e não apenas pelo diagnóstico em causa. Como tinha ocorrido outro incidente no Hospital de ... igualmente absurdo, mas sem consequências graves para o doente, decidi escrever ao Director Clínico deste Hospital pedindo a sua

intervenção no sentido de se adiantar a consulta de ORL por julgar ser esse o interesse do doente». A resposta a este contacto não chegaria antes da consulta agendada... «Neste dia 20 de Junho teve lugar a consulta, como programado, tendo o Dr. ... decidido que o doente seria avaliado em Consulta de Oncologia de ORL no dia 5 de Julho. No dia 22 de Junho recebo um fax em nome do Director Clínico do Hospital ..., onde sou informado que tentaram comunicar comigo sem o conseguirem pelo que me davam a indicação para contactar o Director de ORL, ..., para se programar a referida consulta. Como esta já tivera lugar a sugestão não tinha sentido. Mas a forma como o processo assistencial estava a decorrer justificava reflexão. Por isso enviei, por fax pessoal para o Director de ORL, toda a documentação do doente para que fosse encontrada uma melhor forma de o apoiarem porquanto a doença progredia de forma extremamente agressiva. Em 2 de Julho, após uma semana de ausência do Serviço, volto a ver o doente e fico

perplexo perante a gravidade, objectivada morfologicamente, do doente. E em 5 de Julho o doente foi observado pela Dra. Que propôs o doente para Radioterapia pelo que ficámos a aguardar a sua chamada para esta. Mas em 9 de Julho o doente está francamente pior. Insisti na marcação desta consulta. Que teve lugar em 12 de Julho. Em processo fica registado que a ORL considerou não haver indicação cirúrgica e que deve fazer radioterapia paliativa. Mas nada se marcou... "porque não havia consentimento informado, porque o doente não parece capaz de o dar em consciência e porque não há familiar que o represente"».

Perante a questão levantada o Colega que nos relata o caso escreve, sob sua responsabilidade, o consentimento em causa e comunica com o Serviço de Radioterapia. «Este decidiu que ficaria a aguardar chamada do Hospital de ... para fazer TAC prévia. Não era necessário fazermos qualquer contacto porquanto o Hospital chamaria o doente logo que pudesse. O doente continua a piorar. Em 20 de Julho está agónico em grande dificuldade respiratória. Decido que não deve ser reanimado mas prescrevo corticoide para aliviar o óbvio sofrimento. O doente, para minha surpresa, melhorou. No dia 24, perante o silêncio do Hospital de ..., pedi para o contactarem apesar da sua orientação não ser essa. Entretanto voltou-se a insistir na necessidade de não atrasar mais os cuidados, agora só paliativos, a este doente. (...) O doente foi chamado com a indicação de dever ser acompanhado por Enfermeiro. Foi observado na Radioterapia.

O Colega ficou impressionado com o aspecto do doente e reconheceu a impossibilidade da sua intervenção por falta de colaboração do mesmo. Escreveu para a urgência de ORL dizendo que o doente devia ser internado em ORL para ser tratado de forma adequada (pelo menos o que ainda seja possível fazer-se). "O Colega de ORL não entendeu assim tendo decidido reenviar o doente" para o Hospital que o tinha referenciado com a indicação de fazer medicação». Acrescenta o Colega: «Aparentemente só depois do mais que provável "exitus" do doente se justificava uma informação para o Conselho Nacional de Ética e Deontologia. Mas julgo que não. Mesmo que o resultado final de um tratamento feito no início deste "processo" fosse o mesmo que ocorreu até agora é assunto mais que suficiente para refletirmos sobre os nossos procedimentos.

Mesmo que este doente não tenha agora outro "futuro" para lá de uma morte com o mínimo de sofrimento possível o reflectir sobre todo o processo assistencial que (não) lhe prestámos tem de ter consequências sobre as nossas atitudes clínicas posteriores. Este doente não retirará disso qualquer benefício. Mas outros doentes poderão ganhar com o "fruto" dessa reflexão. E isso basta para que a façamos. Porque o óbvio, sejam quais forem as razões que o justifiquem é que não procedemos bem. Reconhecê-lo é demasiado mau para simplesmente o lamentarmos».

PARECER do CNEDMOM

O caso que nos é apresentado pelo Dr. ..., referente ao périplo do doente do Hospital ..., Sr.

..., pelos dédalos assistenciais de várias instituições e serviços hospitalares, é infelizmente tão comum e familiar, que corre o risco de ser aceite como inevitável.

Não configura nenhum ilícito ético ou deontológico, todos os intervenientes quase cumpriram a sua estrita obrigação decorrente da função que desempenham, uma espécie de greve de zelo, ficando, no entanto, muito aquém das necessidades deste doente e do seu médico assistente directo. A burocracia institucional, a escassez de meios/recursos, a sub-especialização, a "multidisciplinaridade", culminando na ausência de consentimento informado, uma das maiores dificuldades no exercício ético das nossas instituições, todos contribuíram afinal para privar este pobre doente da sua mais elementar necessidade, o alívio do sofrimento e o conforto na fase final da vida.

O CNEDMOM mais não pode do que chamar a atenção a todos os nossos colegas que a forma como as instituições funcionam é da nossa responsabilidade. Limitarmo-nos a cumprir o que está vertido no nosso discriminativo de funções não chega. A assistência centrada no doente é muito mais do que aprendemos em tratados e conferências: é tão só resolver o fundamental e maior problema do Sr. ... desde o primeiro dia em que o encontramos, num cumprimento de uma ética de máximos, a única capaz de lhe dar a devida resposta.

Porto, 2012-09-28

Filipe Almeida

Coordenador do CNEDMOM



Paula Quintas

A Consultora Jurídica

Declaração de apoios - decreto-lei 20/2013

A propósito das alterações ao Estatuto do Medicamento no que se refere às normas relativas a publicidade e a declaração de apoios divulgamos a análise complementar do Departamento Jurídico da OM. Nota: publicámos na edição de Março de 2013 uma primeira análise sobre este decreto, cuja leitura é igualmente relevante.

Informação

Na sequência da informação anteriormente emitida sobre o assunto em epígrafe, importa agora analisar com maior detalhe a obrigação que impende sobre os profissionais de saúde de comunicarem, a fim de serem publicitados, os apoios que recebem da indústria farmacêutica.

Detenhamo-nos, pois, no segmento do normativo aplicável:

Artigo 159.º *Transparência e publicidade* (...)

5 - Qualquer entidade abrangida pelo presente decreto-lei que, diretamente ou por interposta pessoa, conceda ou entregue qualquer subsídio, patrocínio, subvenção ou qualquer outro valor, bem ou direito avaliável em dinheiro, a associação ou qualquer outro tipo de entidade, independentemente da sua natureza ou forma, representativa de determinado grupo de doentes, ou ainda a empresa, associação ou sociedade médica de cariz científico ou de estudos clínicos, fica obrigada a comunicar esse facto, no prazo de 30 dias, ao INFARMED, I.P., em

local apropriado da página eletrónica desta Autoridade Nacional.

6 - Toda e qualquer associação, ou qualquer outro tipo de entidade, independentemente da sua natureza ou forma, representativa de determinado grupo de doentes, associação ou sociedade médica de cariz científico ou de estudos clínicos, ou ainda toda e qualquer entidade, pessoa coletiva ou singular, que receba subsídio, patrocínio, subvenção ou qualquer outro valor, bem ou direito avaliável em dinheiro, nos termos do número anterior, fica obrigada a comunicar esse facto, no prazo de 30 dias, ao INFARMED, I.P., em local apropriado da página eletrónica desta Autoridade Nacional, bem como a referenciar o facto em todo o documento destinado a divulgação pública que emita no âmbito da sua atividade.

Face ao teor do n.º 6 do preceito transcrito, toda e qualquer entidade, pessoa colectiva ou singular, **está obrigada** a fazer a comunicação em causa. Assim e no que aos médicos diz respeito, podemos dizer que estão abrangidos por esta obrigação:

➤ Os médicos que trabalhem no

sector público;

➤ Os médicos que trabalhem no sector privado;

➤ Os médicos que tenham contratos de trabalho ou que apenas exerçam profissão liberal;

➤ As sociedades de que os médicos sejam sócios ou gerentes.

Chegados a este ponto, releva agora determinar, em concreto, **o que deve ser comunicado**, tendo em conta que a lei se refere a subsídio, patrocínio, subvenção ou qualquer outro valor, bem ou direito avaliável em dinheiro.

Para apurar este aspecto, importa ter presente que das diversas disposições do Estatuto do Medicamento relativas a publicidade **os médicos podem receber:**

➤ Patrocínios para congressos, simpósios ou quaisquer ações ou eventos de cariz científico ou de divulgação, direta ou indireta, de medicamentos;

➤ Os custos que tenham com a inscrição, deslocação e estadia nas ações de formação, informação ou de promoção de

vendas e nas ações ou eventos de cariz exclusivamente profissional e científico;

➤ Os honorários pela sua participação ativa, nomeadamente através da apresentação de comunicações científicas em eventos científicos ou em ações de formação e de promoção de medicamentos, desde que, em qualquer caso, o aludido pagamento não fique dependente ou seja contrapartida da prescrição ou dispensa de medicamentos;

➤ Objetos de valor insignificante e relevantes para a prática da medicina.

Todavia, face à letra do preceito, **nem todos os recebimentos precisam de ser comunicados.**

Efectivamente, **embora o normativo se refira a qualquer outro valor, bem ou direito avaliável em dinheiro, estamos em crer que o legislador apenas teve em mente os recebidos a título gratuito e não aqueles que resultem da contrapartida de um trabalho ou serviço que tenha sido prestado.**

Na verdade, ao fazer-se **menção a subsídios, patrocínios e subvenções** está subjacente uma **ideia de gratuidade**, que apenas ocorre naquelas situações. Consequentemente, os **obrigados à comunicação** apenas devem informar o **recebimento de:**

➤ **Valores recebidos para a realização de congressos, simpósios ou outras ações de formação e informação científicas e de promoção de medicamentos;**

➤ **Valores recebidos para pagamento de custos com inscrição em congressos ou eventos similares e com a deslocação e estadia nos ditos eventos;**

➤ **Outras ofertas que sejam recebidas.**

Assim, não estarão sujeitos à dita comunicação os honorários recebidos pela participação activa em ações de formação ou quaisquer outros que resultem de uma contraprestação pelo trabalho desenvolvido pelo médico.

Questão que se revela mais melindrosa é a de saber em que consistem os objectos de valor insignificante e relevantes para a prática da medicina.

Na verdade se atentarmos, por exemplo, no que o Código Penal¹ considera valor diminuto, verificamos que o mesmo é, actualmente, o igual ou inferior a € 102,00.

Todavia, o legislador não utiliza a mesma expressão em ambos os normativos, pelo que o conceito não será, porventura, equivalente. De resto, enquanto *diminuto* significa *de pouco valor*, *insignificante* quer dizer *de muito pouco valor*.

Não obstante, parece-nos ser cauteloso aconselhar a que os médicos não recebam objectos ou outras ofertas de valor superior a € 102,00.

1 O artigo 202.º do Código Penal estabelece que:

Para efeito do disposto nos artigos seguintes considera-se:

a) *Valor elevado: aquele que exceder 50 unidades de conta avaliadas no momento da prática do facto;*

b) *Valor consideravelmente elevado: aquele que exceder 200 unidades de conta avaliadas no momento da prática do facto;*

c) *Valor diminuto: aquele que não exceder uma unidade de conta avaliada no momento da prática do facto; (...)* Actualmente uma unidade de conta tem o valor de € 102,00.

A **clarificação** desta questão só será possível se e quando o **Ministro da Saúde**, ao abrigo

do estabelecido no n.º 3 do artigo 158.º, **definir o que se entende por objetos de valor insignificante e relevantes para a prática da medicina ou da farmácia.**

2013-03-01

1 O artigo 202.º do Código Penal estabelece que:

Para efeito do disposto nos artigos seguintes considera-se:

a) Valor elevado: aquele que exceder 50 unidades de conta avaliadas no momento da prática do facto;

b) Valor consideravelmente elevado: aquele que exceder 200 unidades de conta avaliadas no momento da prática do facto;

c) Valor diminuto: aquele que não exceder uma unidade de conta avaliada no momento da prática do facto; (...) Actualmente uma unidade de conta tem o valor de € 102,00.



Especialistas e não especialistas em MGF

Divulgamos em seguida a carta que a OM dirigiu ao Ministro da Saúde sobre a intenção do Governo de atribuição de um Médico de Família a todos os portugueses até ao fim do seu mandato.

«Excelência,
Continua a ser um nobre e nuclear objectivo a anunciada e por nós apoiada intenção, que é uma necessidade, de atribuir um Médico de Família a todos os portugueses.

Efectivamente, sem que esse desiderato seja atingido e sem que a reforma dos CSP esteja positivamente concretizada, não é possível falar coerentemente em qualquer reforma consistente do SNS.

Com a finalidade de colaborar construtivamente com o Ministério da Saúde na prossecução da Reforma dos CSP, vimos afirmar e recordar a V. Exa. o seguinte:

1 – As cerca de duas a três centenas de Médicos que trabalham há muitos anos nos Centros de Saúde sem a especialidade de MGF podem adquirir essa especialidade ao abrigo do artº 92º dos Estatutos da OM, o que apenas os obriga a elaborar um CV e a submeter-se à formalidade de uma avaliação mínima, ou através da realização do programa de formação em exercício, aprovado pelo Colégio de MGF e pelo CNE da OM, que segue em anexo, para o qual solicitamos a melhor colaboração do Ministério da Saúde para a sua implementação.

2 – É essencial terminar com todos os bloqueios à passagem imediata de todos os especialistas de MGF

que o solicitem das 35 para as 40h, conforme acordo assinado entre o Ministério da Saúde e os Sindicatos Médicos, permitindo que muitos milhares de utentes passem a ter um Médico de Família.

3 – É urgente abrir concursos externos para que muitos especialistas de MGF, que, por circunstância várias, se encontram fora do SNS e a ele querem regressar, possam efectivamente concorrer. Quando há uma tremenda falta de Médicos de Família, não se entende que o Governo não abra concursos externos para estes médicos, numa clara contradição entre o discurso teórico e as decisões práticas do Ministério da Saúde.

4 – É aconselhável estimular e facilitar a contratação de Médicos de Família reformados enquanto não houver um número suficiente de jovens especialistas para os substituir. É uma medida menos onerosa do que outras, de Qualidade e que permitirá disponibilizar Médicos de Família a centenas de milhares de utentes que deles carecem.

5 – Não devem colocados quaisquer entraves à constituição de novas USFs e devem ser dadas semelhantes condições de funcionamento e contratualização às UCSPs, dois mecanismos que permitirão atribuir Médicos de Família a mais utentes.

6 – As condições de exercício profissional nos CSP não devem ser degradadas, para evitar a emigração dos especialistas em MGF, um enorme desperdício intelectual e económico para o país e uma perda importantíssima, por vezes irreparável, para os doentes.

7 – É fundamental criar condições para aumentar a formação de futuros especialistas de MGF, cujo espaço de formação está limitado por vários factores, com prejuízo do SNS e dos cidadãos portugueses.

A Ordem dos Médicos reafirma a sua total disponibilidade para dialogar de forma construtiva sobre estas e outras matérias com o Ministério da Saúde.

Como acima se demonstra, a atribuição de um Médico de Família a todos os portugueses até ao fim do mandato do actual Governo é possível, mas depende essencialmente de medidas concretas e proactivas do Ministério da Saúde. Sendo importantes, não chegam as manifestações de boa vontade.

Com os melhores cumprimentos,
O Presidente, Prof. Doutor José Manuel Silva»

Nota da redacção: a carta enviada ao Ministério incluía como anexo o 'programa de formação em exercício do Colégio de MGF'.



Usurpação de funções do médico especialista?

Em face de uma circular normativa da ACSS sobre “Uniformização dos Registos de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários”, onde consta uma tabela de registos de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários, a Ordem dos Médicos escreveu à ACSS dando conta das dúvidas de interpretação que essa circular suscita e deixando claro que é entendimento desta instituição que «todos os Doentes portugueses têm direito a uma mesma medicina de qualidade» e que não serão aceites potenciais situações de usurpação de funções do médico especialista.

«Exmo Sr Prof João Carvalho das Neves

MI Presidente do CD da ACSS

Assunto: Circular normativa da ACSS nº 19/2013 DPS de 15 de Abril de 2013

A Ordem dos Médicos e a Direcção do Colégio de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) tomaram conhecimento da circular normativa da ACSS nº 19/2013 DPS de 15 de Abril de 2013, enviada às Administrações Regionais de Saúde e Unidades Locais de Saúde, sobre “Uniformização dos Registos de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários”, onde consta o anexo I – Tabela de Registos de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários, que nos suscitou sérias dúvidas de interpretação, que gostaríamos de ver cabalmente esclarecidas.

Os registos de enfermagem da tabela referida utilizam as nomenclaturas da tabela de actos publicada pelo SNS, que resultaram de um processo de actualização e harmonização com

o “Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos” da Ordem dos Médicos e onde, a pedido da ACSS, estiveram vários representantes da Ordem. O “Código de Nomenclatura” da Ordem dos Médicos inclui actos realizados por médico ou realizados sob a sua prescrição/orientação, num contexto em que a actuação em saúde é hoje cada vez mais multiprofissional.

De referir que a intervenção multiprofissional tem como princípio subjacente o respeito pelas competências dos vários profissionais envolvidos e é neste sentido que o próprio Estatuto da Ordem dos Enfermeiros refere, no seu artigo 91º, que *“Como membro da equipa de saúde, o enfermeiro assume o dever de: a) Actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma; b) Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de*

saúde;”

Este princípio fundamental não nos parece que esteja subjacente nesta circular da ACSS, onde aos enfermeiros se possibilita o registo da quase totalidade (52 actos listados do código 60209 ao código 61175) dos actos terapêuticos na área da Medicina Física e de Reabilitação (MFR), aparentemente sem qualquer intervenção do médico especialista, neste caso o médico Fisiatra. Qual o significado? Registam o que foi prescrito pelos médicos e executado, ou registam o que decidem aplicar “autonomamente”?

A MFR actua em equipa de reabilitação multiprofissional e, como tal, no Código de Nomenclaturas estão incluídos todos os actos realizados pelos diferentes profissionais desta equipa: médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, enfermeiros e psicólogos, os quais adquirem ao longo da sua formação competências específicas nas

suas áreas. Ora, os profissionais de enfermagem não têm seguramente o somatório das competências dos médicos, dos terapeutas da fala, ocupacionais e fisioterapeutas. Porém, aparentemente, essa abrangente multiprofissionalidade dos Enfermeiros, que nenhuma profissão consegue ter *per se*, está institucionalmente plasmada na tabela anexa à Circular Normativa.

O papel do médico está reflectido no que é o perfil profissional do médico, que está explicitado no art. 9º do Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de Agosto, e que refere que cabe ao médico “... o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças ou outros problemas de saúde ...” e que “...coopera com outros profissionais cuja acção seja complementar à sua e coordena as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas”. Assim cabe ao médico com a especialidade de MFR liderar a equipa de reabilitação e prescrever os actos do Código de Nomenclatura que serão realizados por si ou pelos técnicos que com ele cooperem e que tenham a competência adequada para a realização dos mesmos.

Também o Manual de Boas Práticas em MFR, aprovado pelo Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 31 de Julho de 2002, e publicado no Diário da República sob o Aviso n.º 9448/2002, de 7 de Agosto, esclarece que “*todos os actos terapêuticos praticados no âmbito das actividades da clínica deverão ser executados no respeito pelas indicações, prescrição e conhecimentos médicos, sendo para tal exigido que todos os programas terapêuticos sejam prescritos em consulta médica fisiátrica. Todos*

os outros actos terapêuticos, do âmbito da especialidade, podem ser executados por colaboradores técnicos sob a orientação e indicações dadas pelo médico especialista e segundo o seu grau de formação e preparação técnico-profissional.”

Sendo a prescrição médica condição necessária à execução dos actos referidos na “Tabela de Registo de Actos de Enfermagem”, parece-nos de indecifrável utilidade a realização desta tabela, que, se aliada ao conceito de autonomia, poderá configurar mesmo situações de usurpação de funções do médico especialista, nomeadamente em Medicina Física e de Reabilitação, e de sobreposição de competências de outros profissionais da equipa de saúde, o que contraria os princípios atrás referidos e é indubitavelmente prejudicial para os Doentes.

O uso, aparentemente abusivo, da tabela de MFR demonstrará acima de tudo uma falta de conhecimento da reabilitação e do que é a sua essência, o trabalho em equipa, utilizando técnicas de grande especificidade, em patologias médicas diferenciadas e sempre sob orientação do médico de MFR. Cabe ao médico especialista a prescrição dos actos que são realizados por médico ou sob orientação médica e são estes actos que constam do Código de Nomenclatura e que dispensam a realização de uma tabela Registos de Enfermagem. Caberá aos médicos especialistas de MFR que exerçam a sua actividade nos cuidados primários, ou em articulação com os mesmos, a prescrição dos actos para cada doente consoante as suas competências e as dos profissionais da sua equipa. Poderíamos enumerar múltiplos itens da tabela que, nos levam

a questionar se os enfermeiros passarão a ter competência para tratar doentes amputados, doentes afásicos, estabelecer graus de incapacidade, que são obtidos após consulta especializada médica, tratar doentes com sequelas de doenças oncológicas, executar ortóteses em materiais termomoldáveis, por vezes com componente dinâmico (por exemplo em doentes queimados), executar programas de reabilitação cardíaca que são definidos pelo médico cardiologista e fisiatra de acordo com a patologia, estratificação de risco, etc. Ou não será este o significado da definição e aplicação da tabela, que então se destinaria essencialmente a cumprir formalidades administrativas e de registos e auditorias clínicas?

Todos os factos expostos previamente têm relevância inegável se o objectivo continuar a ser o de proporcionar aos doentes os cuidados mais adequados, com melhoria da sua qualidade de vida e consequentes menores custos a médio e longo prazo, custos económicos e humanos que existirão inevitavelmente se utilizarmos recursos inadequados para os objectivos terapêuticos pretendidos.

A aparente e teórica diminuição de custos imediatos deve ter em conta estas repercussões e as complicações, problemas e custos surgidos *a posteriori* pela não adequação dessa prestação. Cabe à Direcção do Colégio e à Ordem dos Médicos defenderem uma Medicina de Qualidade, que se sobrepõe à necessidade de registo de procedimentos, registo esse que é pertinente, mas que não pode ultrapassar as boas práticas.

Face ao exposto não temos

quaisquer dúvidas que a tabela de cuidados de enfermagem da Circular Normativa deve ser imediatamente explicada, eventualmente suspensa, podendo posteriormente serem analisados os cuidados de reabilitação a prestar nos diferentes níveis de cuidados: primários, hospitalares, em centros especializados e em

cuidados continuados, bem como os recursos técnicos e humanos próprios a estas estruturas, que não serão necessariamente os mesmos.

Para tal, seria fundamental a actualização da rede de referência em MFR, que tem vindo a ser solicitada por este Colégio, já que a eficiência

dos cuidados de reabilitação está relacionada com a prestação de cuidados de reabilitação ao nível mais adequado para cada situação clínica.

A Ordem dos Médicos e o Colégio de MFR disponibilizam-se para participar desta necessária análise, discussão e criação de consensos, em defesa dos Doentes e da Qualidade do SNS.

Perante a situação acima descrita, gostaríamos ainda de perguntar a V. Exa. se será lícito continuarmos a trabalhar com a ACSS na harmonização das Nomenclaturas em MFR, que afinal, aparentemente, serão depois aplicadas autonomamente por quem não tem para tal a competente formação pré e pós-graduada.

Todos os Doentes portugueses têm direito a uma mesma medicina de Qualidade.

Aguardamos um rápido esclarecimento e resposta de V. Exa, numa matéria que, para nós e para os Doentes, é de transcendente importância.

Lisboa, 24 de Abril de 2013

Com os melhores cumprimentos,
O Presidente da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva»

U.PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

CURSO DE ACUPUNCTURA E MOXIBUSTÃO

2013/2014

Universidade do Porto

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



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

Candidaturas:

1ª fase 20 a 31 de maio de 2013

2ª fase 17 a 23 de julho de 2013 (havendo vagas a preencher)

Início do Curso: 2ª quinzena de outubro de 2013

Fim do Curso: 1ª quinzena de julho de 2014

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

Informações: Dra. Zélia Lopes
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - UP
Gabinete de Pós-Graduação
Telefone: 220428021
Email: zmlopes@icbas.up.pt



Identificação do Médico no modelo de receita manual

Ao contrário do que acontece no modelo de receita informatizado, no modelo de receita manual o médico é identificado como “prescritor” (“vinheta do prescritor” e “assinatura do prescritor”). Para evitar questões e dúvidas nos doentes sobre se o “prescritor” é o médico, a Ordem dos Médicos requereu ao Ministro da Saúde a substituição da palavra “prescritor” pela palavra “médico”, em carta que passamos a transcrever integralmente.

«Exmo Sr. Ministro da Saúde
Assunto: “O prescritor”

O Despacho 15700/2012 definiu o novo modelo de receita informatizada e manual.

Ao contrário do que acontece no modelo de receita informatizado, no modelo de receita manual, o médico é identificado como “prescritor”, quer no local da vinheta identificativa, onde consta “vinheta do prescritor”, quer no local da assinatura, onde consta “assinatura do prescritor”.

O dever de informar e fornecer informações objectivas e fidedignas aos doentes é de todos nós, a começar pelos organismos que tutelam a Saúde em Portugal. De resto, a responsabilidade de quem prescreve tem de ser claramente assumida, para evitar fraudes e a tentação de usurpar funções em prejuízo dos doentes. É também nossa obrigação garantir a qualidade do exercício da Medicina e o direito dos doentes ao acesso à informação.

De resto, sendo o “prescritor” o

médico, e para evitar questões já colocadas por alguns doentes, em serviço de urgência, a perguntar se o “prescritor” era médico, vem a Ordem dos Médicos requerer a vossa excelência a alteração do referido Despacho, para que a palavra “prescritor” seja substituída pela palavra “médico”.

É absolutamente essencial que nas receitas médicas seja claro que o prescritor é médico.

Adequar-se-ão assim estas denominações ao título da receita, que é de “Receita Médica” e a informação devida ao doente fica mais transparente e mais objectiva. Com o modelo actual, até parecia que qualquer outro tipo de “prescritor” poderia assinar uma receita médica. Não faz sentido nem seria compreensível.

De igual modo, esta mesma alteração deverá ser feita nas Guias de Tratamento.

Solicitamos a melhor compreensão de V. Exa. para esta questão, de fácil e simples resolução, mas de profundo e relevante significado, e aguardamos uma informação de retorno.

Com os melhores cumprimentos,

José Manuel Silva»

FMUC FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DE COIMBRA	CHUC CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA
CURSO INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	
	
Organização: Associação de Microscopia e Embrio-Anatomo-Histologia (AMEAH) Direcção: Profª. Doutora Maria de Fátima Pinto Saraiva Martins	
TEMAS: Citologia da displasia das células sanguíneas Imunofenótipo e Citogenética da displasia	
Data: 28 e 29 de Junho de 2013 Local: Coimbra, Faculdade de Medicina (Pólo I) Contactos: telef: 239857779; e-mail: ameah.ihe@gmail.com	

Licenciamento de Unidades Privadas de Saúde

Preocupada quanto aos efeitos das normas de licenciamento de Unidades Privadas de Saúde, a Ordem dos Médicos dirigiu uma carta à ACSS alertando que, para os pequenos consultórios, o nível de exigências é «impossível de atingir» e que «nada tem a ver com a Qualidade mínima que se deve exigir para o seu funcionamento». Transpor os regulamentos aplicáveis a grandes instituições para os pequenos consultórios não é exequível nem necessário e pode levar ao encerramento massivo de centenas ou milhares de pequenos consultórios, como fica patente na missiva que transcrevemos em seguida.

«Os requisitos que estão a ser colocados para o licenciamento de pequenos consultórios coloca um nível de exigências impossível de atingir para muitos e nada têm a ver com a Qualidade mínima que se deve exigir para o seu funcionamento. Mais parece uma adaptação acrítica de regulamentos aplicáveis a grandes instituições mas cuja transposição para os pequenos consultórios não é exequível ou necessária.

O Decreto-lei 279/2009, o diploma legal que define genericamente o regime jurídico das unidades privadas de saúde, prevê a possibilidade de ser requerida a dispensa de alguns requisitos como são, p.e., o “pé direito” regulamentarmente previsto e a “casa-de-banho para deficientes”, quando por razões estruturais ou técnicas a observância dos ditos requisitos inviabilize a continuidade da actividade e tal dispensa não ponha em causa a segurança e a saúde de utentes ou de terceiros.

No caso de um estabelecimento

onde se realizem, tão só, consultas e atendendo ao facto de normalmente se tratarem de unidades cuja existência o Estado permitiu e consentiu ao longo de décadas, julgamos que seria salutar haver da parte da ACSS e das ARS uma franca “abertura” à dispensa de preceitos que não tenham efectivamente a ver com segurança e saúde dos doentes.

Por outro lado, a portaria n.º 287/2012, de 20 de Setembro, estabelece as condições mínimas relativas à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da actividade das clínicas e dos consultórios médicos, colocando uma elevada série de exigências que, em muitos casos, são dificilmente cumpríveis e, noutros casos mais parecem destinar-se essencialmente a alimentar uma imensa série de actividades comerciais paralelas que florescem à custa da legislação e regras impostas aos consultórios médicos.

Ora, a Portaria 287/2012 aplica-

se quer para clínicas, quer para consultórios médicos unipessoais ou com mais de um médico.

Paradoxal é o facto de termos muitas instalações públicas que não cumprem essas mesmas normas, não sendo aceitável que o Estado as imponha ao sector privado. Estará o Estado disponível para proceder à substituição de instalações públicas que não cumpram estes requisitos? Está o Estado disponível para solicitar uma auditoria da ERS às instalações públicas de Saúde para avaliar o seu grau de adequação a estas disposições? Como, por exemplo, muitas instalações/edifícios dos Cuidados de Saúde Primários?

No seu conjunto, as regras definidas podem inviabilizar a exercício da pequena medicina privada, levando ao encerramento massivo de centenas ou milhares de pequenos consultórios, com claro prejuízo do leque de opções ao dispor dos Doentes e concentração e encarecimento do acesso aos cuidados de saúde

privados, por óbvia diminuição da proximidade e concorrência.

Na linha destas preocupações, o artigo 21.º do Decreto-lei 279/2009 estabelece a dispensa dos mencionados requisitos, permitindo uma razoável flexibilidade na aplicação dos mesmos.

Efectivamente, de acordo com o número 1, as unidades privadas de serviços de saúde já existentes podem solicitar a dispensa dos requisitos de funcionamento, no prazo de 30 dias a contar da notificação prevista no n.º 2 do artigo 18.º, quando, por questões estruturais ou técnicas, a sua estrita observância seja impossível ou possa inviabilizar a continuidade da actividade, desde que a dispensa não ponha em causa a segurança e a saúde dos utentes ou de terceiros.

O n.º 2 do mesmo artigo 21º estabelece que, para efeitos do número anterior, consideram-se susceptíveis de criar condicionantes estruturais ou técnicas, nomeadamente, o funcionamento de unidades privadas de serviços de saúde em zonas classificadas, em edifícios classificados a nível nacional, regional ou local, bem como em edifícios de reconhecido valor histórico, arquitectónico, artístico ou cultural.

Finalmente, de acordo com o n.º 3, compete à ARS decidir, no prazo de 30 dias a contar da apresentação do requerimento, sobre a dispensa do cumprimento de requisitos, após parecer da ACSS, I. P.

Neste enquadramento, a Ordem dos Médicos gostaria de solicitar à ACSS qual o sentido que tem sido dado à interpretação do n.º 1 e do n.º 2 do artigo 21º do DL 279/2009 e qual a experiência existente da sua eventual aplicação no terreno.

Desejávamos ainda solicitar um alargamento dos prazos para a

entrega do requerimento de dispensa de alguns requisitos.

A Ordem dos Médicos considera, e gostaria de ver essa interpretação assumida, que estas dispensas de requisitos fossem interpretadas de forma ampla, sob pena desta legislação ter como efeito prático-jurídico um encerramento massivo de pequenas e médias unidades de saúde que, p.e., por razões de dimensão dos elevadores do prédio ou das divisões da fracção ou falta de espaço para novas salas, não cumpram com as exigências regulamentares, sendo que, realça-se, o Estado não as cumpre em algumas das suas instalações.

Para tanto, disponibilizá-mos, desde já, o nosso conhecimento, recursos e tempo para a elaboração de um manual de procedimentos a ser seguido no despacho dos licenciamentos, por forma a haver uma conduta uniforme por parte da entidade licenciadora, sem que haja lugar ao estabelecimento de pequenos poderes discricionários, geradores de situações de desigualdades institucionais, quiçá de profundas e intoleráveis injustiças.

Aguardando a melhor compreensão e uma resposta positiva de V. Exas.,

Com os mais cordiais cumprimentos,

José Manuel Silva»

Nota justificativa das alterações à proposta de lei das TNC

Divulgamos nesta edição a nota emitida pela Ordem dos Médicos que justifica as alterações à proposta de Lei 111/XII/2ª relativa à regulamentação da prática das Terapêuticas Não Convencionais (TNC).

«A Ordem dos Médicos reitera o seu apoio à regulamentação da prática das Terapêuticas Não Convencionais (TNC) como forma de resolver a atual situação, que coloca em risco os cidadãos e a Saúde Pública.

Porém, exatamente dentro dos mesmos objetivos, a Ordem dos Médicos considera essencial que as condições de exigência que norteiam a Medicina sejam aplicadas de idêntica forma às TNC. O contrário corresponderia a uma menorização paternalista das próprias TNC, que os seus cultores devem ser os primeiros a não querer aceitar.

Aliás, como não podia deixar de ser, estes princípios estão em total consonância com aqueles que são defendidos pela OMS e pela ICH (Conferência Internacional de Harmonização), que preconizam as terapias com base na evidência ou em estudos de eficácia clínica.

Tal como a Ordem dos Médicos já afirmou em extenso documento anterior, a Medicina e Filosofia separaram-se há centenas de anos pelo que não é compreensível que, em pleno século XXI,

se continuem a sustentar diagnósticos e terapêuticas baseadas em filosofias ou em teorias sem qualquer base ou comprovação científica, em muitas circunstâncias nem sequer da sua inocuidade direta e indireta.

Desde logo a questão dos diagnósticos, para os quais apenas os Médicos têm, relativamente ao ser humano, a preparação suficiente e adequada.

Por isso mesmo, considera a Ordem dos Médicos que os terapeutas não convencionais devem ser considerados ao nível das carreiras técnicas e atuar sob a responsabilidade de uma direção clínica médica ou em resposta a uma prescrição médica.

Errar ou atrasar um diagnóstico é errar ou atrasar um tratamento e colocar um doente em risco potencialmente vital, facto que certamente não pode deixar de merecer o máximo cuidado por parte da Assembleia da República. Já ultrapassámos a época dos diagnósticos filosóficos, em outros tempos sustentados apenas pela

ignorância dos homens.

Crucial é a formação destes técnicos, pelo que a Ordem dos Médicos está totalmente de acordo que seja de nível superior e estritamente por via de cursos homologados pelas competentes entidades oficiais portuguesas. Não é de aceitar, em defesa dos doentes, que a atribuição do título por consenso, numa primeira fase, inclua o critério de haver cidadãos cujo meio de subsistência resida apenas neste tipo de práticas. Há situações completamente surreais e do mais puro charlatanismo e há muitas outras práticas sociais que também não são legalizadas apenas por representarem o sustento de muitos. Deverá, assim, consagrar-se na disposição transitória prazos que exijam uma prática reiterada e justificada por um período de tempo significativo, bem como a submissão a provas que possam atestar efetivamente os conhecimentos dos candidatos aos títulos profissionais.

No contexto desta Proposta de Lei, a Ordem dos Médicos propõe que no Conselho Nacional

das TNC (CNTNC) sejam incluídos, na sua composição, um representante da Ordem dos Médicos, um representante da Ordem dos Farmacêuticos e um representante da Ordem dos Nutricionistas, tudo isto sem prejuízo de dever existir um maior equilíbrio entre os representantes da ACSS, DGS e Ministério da Tutela do Ensino Superior relativamente aos representantes e docentes de cada terapia para que o CNTNC possa encontrar soluções consensuais. A Ordem dos Médicos entende mandatário que os processos de licenciamento, funcionamento e fiscalização das unidades onde se pratiquem TNC sejam tão rigorosos como os que estão estabelecidos para qualquer outra unidade de saúde. Não se vislumbra que possa, sequer, ser equacionada uma hipótese diferente. Aliás, a Ordem preconiza que a Lei preveja uma tipologia específica para os estabelecimentos onde se pratiquem as TNC, a fixar por portaria, porquanto a remissão para a portaria que regulamenta os consultórios médicos impõe a existência de material, designadamente no seu Anexo VI, que apenas pode ser usado e aplicado por médicos. Também pelas mesmas razões parece lógico que sejam a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, a Entidade Reguladora

da Saúde e o INFARMED, entre outras, a ter funções de fiscalização do cumprimento das disposições legais.

Tal como acontece na Medicina e para evitar conflitos de interesse graves e potencialmente muito lesivos dos consumidores, é absolutamente obrigatória uma separação total entre aconselhamento e venda de produtos, sem qualquer relação direta, indireta ou potencial. A defesa que os cultores das TNC fazem de associar o aconselhamento e a venda denota uma incompreensível falta de ética e a preocupação primeira que têm com o negócio.

Os Médicos não podem vender medicamentos, o que está corretíssimo.

Ninguém entenderia que os terapeutas não convencionais vendessem os produtos que recomendassem ou tivessem participação nesse negócio. A tentação de exagerar nesse aconselhamento seria certamente irresistível para muitos.

A Ordem dos Médicos confia que a Assembleia da República saiba proteger os cidadãos daquilo que forçosamente se tem de considerar como interesses ilegítimos.

A aprovação e o controlo de qualidade de todos os produtos usados pelas TNC devem ficar sob a jurisdição do INFARMED, que tem os meios

e as competências adequadas a tal desiderato, ao contrário do Ministério da Agricultura.

Se as TNC se designam como “terapêuticas”, isso significa que os produtos utilizados são putativamente “terapêuticos”, pelo que são do foro do INFARMED e não do Ministério da Agricultura. Os clientes das TNC são seres humanos e não plantas ou animais.

A Ordem dos Médicos tem graves e fundadas dúvidas sobre a Qualidade dos mecanismos de aprovação e controlo destes produtos e não é de todo aceitável que continuem a ser eufemisticamente designados como “produtos dietéticos e suplementos alimentares”, cujo nível de controlo de qualidade é extraordinariamente deficiente.

O mesmo se diga para todos os dispositivos médicos que possam vir a ser utilizados na prática de alguma das terapias.

A Ordem dos Médicos reitera a sua confiança no rigor, exigência e transparência da Assembleia da República, que certamente não pactuará com o atual status quo».

Nota da redacção: A versão completa deste documento pode ser consultada no site nacional, bastando para tal efectuar uma pesquisa por ‘TNC’.

Prémios Fundação AMA 2013

Os XIV Prémios Científicos AMA serão atribuídos a trabalhos inéditos de investigação dos mutualistas dessa seguradora sobre o tema 'Segurança rodoviária', numa tentativa de promover a reflexão sobre essa questão. Os trabalhos terão que ser apresentados obrigatoriamente em castelhano. Prazo limite para a apresentação de trabalhos: 31 de Julho de 2013. O regulamento pode ser consultado directamente no site da AMA.

notícias

Falta de vagas no SNS e treino médico no privado travam diálise

Publicamos em seguida a carta do Colégio de Nefrologia ao Diário de Notícias a propósito de um artigo intitulado 'Falta de vagas no SNS e treino médico no privado travam diálise em casa'.

«Ao abrigo da Lei n.º 2/99 de 13 de Janeiro, solicito que seja publicado no jornal que dirige o seguinte esclarecimento:

1. O DN publicou, na sua edição de 22 de Janeiro p.p., um artigo subordinado ao título 'Falta de vagas no SNS e treino médico no privado travam diálise em casa' que refere que «a maior parte dos nefrologistas do SNS trabalham (?) em simultâneo (!) no privado, onde os doentes com insuficiência renal crónica apenas fazem hemodiálise», para, logo de seguida, e citando o consultor científico da APIR, afirmar que uma das razões «para que se continue a fazer mais hemodiálise» reside no «facto de os médicos trabalharem também no privado».

2. Podem estas afirmações induzir no leitor a ideia que, em obediência a interesses ilegítimos, cabe aos nefrologistas e ao sector privado prestador de cuidados dialíticos a responsabilidade pela diminuta expressão que a diálise peritoneal assume em Portugal. Sendo esta interpretação errada, caluniosa e ofensiva, importa rectificá-la.

3. Assim esclarecemos que, pelo menos até agora, o tirocínio para especialista em nefrologia decorre exclusivamente nos hospitais públicos e inclui a aprendizagem e o treino nas técnicas próprias da

especialidade onde, naturalmente, se incluem a hemodiálise e a diálise peritoneal.

4. Desde que o tratamento dialítico crónico se encontra disponibilizado no nosso país - década de '70 do século passado -, nunca os sucessivos Governos investiram nesta área, limitando-se a pagar a factura apresentada pelas unidades privadas de diálise que se foram instalando, suprimindo a ausência do Estado no terreno. Não fora a iniciativa privada, que dotou Portugal de uma extensa e eficaz rede de unidades onde são tratados perto de 90% dos insuficientes renais crónicos em hemodiálise, muitos milhares de portugueses teriam morrido por falta de acesso ao tratamento.

5. Sendo verdade que a grande maioria dos doentes a necessitarem de tratamento dialítico crónico recorre às unidades privadas, isso só acontece porque a capacidade instalada nos serviços públicos é extremamente insuficiente.

6. Se a diálise peritoneal crónica tem, entre nós, pouca expressão, isso deve-se a nunca ter sido objecto de licenciamento no sector privado e, por outro lado - ressalvadas raras e honrosas excepções -, ao facto de os hospitais públicos não terem investido no seu

desenvolvimento. Com efeito, se mantivessem os doentes em diálise peritoneal, caber-lhes-ia suportar os respectivos encargos. Porém, ao enviá-los para unidades privadas (que apenas podiam disponibilizar hemodiálise), transferiram esses encargos para as Administrações Regionais de Saúde e atenuaram os seus crónicos déficits.

7. O Colégio da Especialidade de Nefrologia manifesta a sua concordância com a intenção da tutela em aumentar a capacidade assistencial aos doentes renais crónicos no sector público e em incrementar a modalidade de diálise peritoneal, desde que essas medidas não coloquem em risco a primordial função dos hospitais em assegurar a recta guarda assistencial dos doentes renais (agudos e crónicos que carecem de cuidados hospitalares) nem a capacidade instalada - quer pública quer privada.

Pel'O Conselho Directivo do Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos,

O Presidente
João Ribeiro Santos»

Posições públicas do CRN da OM

HOSPITAL DE BRAGA (1) – Acumulação da direcção de serviços - O Conselho Regional do Norte (CRN) da Ordem dos Médicos não poderia deixar de se pronunciar sobre o caso que envolve o Hospital de Braga, no qual um médico especialista em Anatomia Patológica e director clínico acumula a direcção de mais sete especialidades naquela unidade hospitalar.

Apesar de publicamente o hospital afirmar que o referido médico ocupará os cargos “interinamente”, é dever da Ordem dos Médicos defender o bom funcionamento dos serviços clínicos e assegurar o correcto exercício da Medicina, garantindo e respeitando os princípios e direitos básicos dos doentes.

Esta situação, a ser verdadeira, reflecte uma atitude irresponsável (por parte da administração do Hospital de Braga), que poderá pôr em causa a qualidade do tratamento prestado aos utentes nas áreas de especialidade implicadas, bem como a adequada formação dos internos de especialidade nos casos em que tal situação seja aplicável. A acumulação de funções e de serviços com diferentes direcções técnicas é, de resto, um exercício não aceitável do ponto de vista ético e deontológico e não se enquadra num perfil de boas práticas exigível ao Serviço

Nacional de Saúde.

Quando existem especialidades organizadas em serviços ou unidades, o seu director ou coordenador deve ser um médico especialista na respectiva especialidade (e por regra o mais graduado) de forma a assegurar os melhores serviços aos doentes. Quando não existe massa crítica suficiente para que possa existir um serviço ou uma unidade, o especialista da área em questão é o responsável técnico pela sua especialidade, independentemente da organização hospitalar o integrar num serviço afim. Desta forma, e caso a situação se mantenha, o CRN actuará em conformidade propondo ao Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos a suspensão completa de idoneidade formativa nas especialidades em causa, assim como abrirá de imediato um inquérito de investigação à qualidade da prática médica e prestação de cuidados nas áreas em questão, com todas as implicações que tal medida poderá comportar, nomeadamente a nível disciplinar. [18 ABRIL 2013].

HOSPITAL DE BRAGA (2) – Ruptura de medicamentos

- Em meados de Fevereiro, os intervenientes no sector da saúde foram surpreendidos pela informação de que o Hospital

de Braga não estaria a fornecer medicação específica a doentes oncológicos por ruptura de stock. A notícia foi divulgada pelos meios de comunicação social e obrigou a administração do Hospital de Braga a confirmar o lamentável episódio, ressaltando todavia que já teria normalizado o fornecimento da medicação.

Para o CRN da Ordem dos Médicos, trata-se, no entanto, de uma situação claramente anómala e absolutamente inaceitável. Desde logo, porque estão em causa tratamentos oncológicos, cujas consequências de uma medicação descontinuada podem ser verdadeiramente dramáticas para o doente, representando em alguns casos um considerável retrocesso na eficácia da sua terapêutica, sobretudo se pensarmos que a quebra no fornecimento dos fármacos já seria superior a duas semanas. Mais ainda, e de acordo com as declarações dos responsáveis da Liga Portuguesa Contra o Cancro, as falhas no acesso dos doentes oncológicos a medicação específica estendem-se a vários hospitais do Serviço Nacional de Saúde e não apenas em terapêuticas mais graves.

O CRN considera preocupante a regularidade com que episódios como este acontecem no novo Hospital de Braga. Esta ruptura nos medicamentos não é, sequer,

o primeiro constrangimento que aquela unidade regista na área oncológica, pelo que se torna urgente que o Ministério da Saúde tome uma posição em defesa do interesse público e apure as devidas responsabilidades, questionando a administração sobre quais os medicamentos que estão em causa, qual o motivo para a quebra no fornecimento, quantos os doentes afectados e quais as medidas preventivas ou reactivas que foram accionadas. Para o CRN, é absolutamente essencial estancar a onda de atribuições e episódios caricatos num hospital que é pago e gerido com o dinheiro dos contribuintes portugueses e cuja administração tem pouco mais de um ano de atividade. Por isso mesmo, o CRN vai participar, juntamente com a ARS Norte, numa comissão de inquérito de investigação sobre esta matéria no Hospital de Braga. Por fim, é verdadeiramente intolerável aquilo que a Liga Portuguesa Contra o Cancro denunciou a propósito deste caso. Se existem 15 hospitais que não estão a fornecer os tratamentos adequados aos doentes oncológicos, é toda a estrutura política e social do Serviço Nacional de Saúde que está a ser ameaçada ao colocar o pilar da dignidade humana em causa. Nem todos os limites são ultrapassáveis em nome da sustentabilidade financeira ou do cego compromisso com a austeridade. [27 FEVEREIRO 2013]

HOSPITAL DE BRAGA (3) - Neurorradiologia de intervenção - O novo Hospital de Braga integra no seu leque de serviços diferenciados a Neurorradiologia de Intervenção. Dispõe, desde o início do seu funcionamento, dos meios humanos e da tecnologia

necessários para a prestação de cuidados de saúde naquela área de intervenção especializada. Foram várias as intervenções específicas diagnósticas e terapêuticas de neurorradiologia já realizadas naquele hospital pelos médicos especialistas em Neurorradiologia.

Recentemente, o CRN da Ordem dos Médicos teve conhecimento que, por razões meramente economicistas, os neurorradiologistas foram impedidos de realizar intervenções próprias da especialidade devido a restrições específicas impostas pela administração daquela unidade hospitalar. As restrições estenderam-se a situações agudas, em contexto de serviço de urgência, envolvendo acidentes vasculares cerebrais (AVC) de natureza isquémica, desta forma contrariando as recomendações clínicas nacionais e internacionais, e nomeadamente a via verde do AVC.

A Neurorradiologia de Intervenção é um recurso médico da maior importância no tratamento de lesões do Sistema Nervoso Central e, em particular, na terapêutica do Acidente Vascular Cerebral (AVC). O Hospital de Braga, como é do conhecimento público, é uma unidade polivalente com um raio de influência extensível a toda a região do Minho. No caso do AVC, está mesmo referenciado como “fim de linha” para concelhos populosos como Viana do Castelo, Barcelos, Guimarães, Famalicão e Ponte de Lima, pelo que, qualquer restrição no acesso a terapêuticas especializadas é absolutamente inaceitável e pode colocar seriamente em risco, como já aconteceu, a eficácia das intervenções neurovasculares. Esta situação é, na perspectiva do

CRN, atentatória de um critério de equidade e humanidade que desde sempre presidiu à prestação de cuidados de saúde em Portugal. Sobretudo, quando falamos de uma instituição que integra o Serviço Nacional de Saúde. É por isso, com veemência, que repudiamos o comportamento dos responsáveis pelo Hospital de Braga, e particular do seu director clínico, e que faremos, de imediato, uma exposição às entidades competentes, nomeadamente à Administração Regional de Saúde do Norte, no sentido de apurar todas as responsabilidades e restituir à comunidade um serviço clínico de que necessita, sem prejuízo da competente denúncia de casos clínicos já conhecidos ao Conselho Disciplinar do Norte da Ordem dos Médicos. [28 FEVEREIRO 2013].

CORTES NA SAÚDE - A Norte não há espaço para mais cortes na saúde - Na mesma altura em que foram conhecidas as reais consequências do congelamento de despesa imposto pelo ministro das Finanças, veio a público mais um relato de gestão exígua e rigorosa numa unidade de saúde do Norte. O caso da Unidade de Saúde Familiar do Nordeste, obrigada a gerir um financiamento por doente de apenas 549 euros, é paradigmático do esforço e da exigência que é colocada na nossa região e que não tem paralelo com qualquer outra Administração Regional de Saúde.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos não pode, por isso, deixar de antecipar o pior cenário possível na assistência aos doentes da região caso o Governo mantenha uma postura inflexível na sua política. Receámos, com elevado grau

de fiabilidade, que exemplos de falta de medicamentos e de material clínico, de atrasos no acesso a consultas e cirurgias sejam cada vez mais frequentes nos próximos meses. De resto, a possibilidade de que os serviços mais diferenciados tenham dificuldade em manter o seu nível de qualidade e assistência e que os incentivos à produtividade dos profissionais sejam claramente reduzidos parece inevitável no contexto traçado pelo Ministro das Finanças e pelo Governo. Nesta perspectiva, mais uma vez está à vista a total desregulação de quem gere a Saúde em Portugal, e que seguramente irá afectar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes nortenhos, uma vez mais sacrificados em prol dos cortes cegos na despesa. De acordo com o estudo preparatório para a reforma hospitalar, divulgado em 2011, se todas as unidades fossem ajustadas ao desempenho dos hospitais e unidades de saúde do Norte a poupança gerada para o Estado rondaria os 770 milhões de euros. É conhecido de todos os cidadãos e utentes que, desde há alguns anos, os hospitais e unidades de saúde com melhor gestão no Serviço Nacional de Saúde se localizam no Norte do País. Como tal, é hora de dizer não a novos cortes na Saúde do Norte. Não podemos continuar a aceitar que os cortes na Saúde sejam sempre iguais para todos (para os que cumprem e os que não cumprem) e que a despesa seja congelada sem atender às especificidades de cada região e sector. É mais premente do que nunca o Governo discriminar positivamente aqueles que mais produzem e melhor gerem o dinheiro de todos os contribuintes. [11 ABRIL 2013]

MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL

- Transição para a especialidade de Medicina Geral e Familiar - O CRNOM lamenta publicamente a impossibilidade dos clínicos gerais obterem a especialização em Medicina Geral e Familiar e candidatarem-se às Unidades de Saúde Familiar (USF).

No seguimento da informação avançada ontem pelo presidente do Colégio de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos, em audição da comissão parlamentar de Saúde e a propósito dos entraves que o Governo está a colocar à criação de novas USF, o CRNOM considera urgente a necessidade do Ministério da Saúde proceder à rápida resolução deste processo. Considerando inaceitável que os clínicos gerais se mantenham nessa situação, o CRNOM recorda a existência de um programa, já apresentado ao Ministério da Saúde, de transição dos clínicos gerais para a especialidade de Medicina Geral e Familiar. Este programa prevê que os médicos submetam o respectivo currículo à avaliação da Ordem e cumpram um exame teórico-prático. De referir que estes profissionais médicos, com extensas carreiras dedicadas à saúde dos utentes, ficam impedidos de integrar as USF pelo regulamento em vigor nestas unidades. Tratando-se de Centros de Saúde que passam a USF, os médicos de clínica geral não podem manter o seu posto de trabalho, sendo recolocados num outro Centro de Saúde que ainda não esteja ao abrigo deste modelo de organização.

Esta situação coloca um ónus burocrático excessivo sobre os médicos de clínica geral e constitui uma barreira artificial à evolução na própria carreira médica. O CRNOM apela ao Ministério

da Saúde para que de imediato desbloqueie o programa de formação proposto pela Ordem dos Médicos e contribua, dessa forma, para uma maior agilização na reforma dos cuidados de saúde primários. [18 ABRIL 2013]

O “ENFERMEIRO DE FAMÍLIA” NO SNS - Comentário às declarações do bastonário da OE - No dia 28 de Fevereiro, em declarações a um jornal nacional, o bastonário da Ordem dos Enfermeiros (OE) reassumiu a intenção de ser criada a figura do “Enfermeiro de Família” no Serviço Nacional de Saúde (SNS). À boleia dos ventos favoráveis do economicismo, Germano Couto antecipa a utilidade destes profissionais como porta de entrada nos Cuidados de Saúde Primários, acredita que poderão assumir competências dos médicos de família e propõe a entrada do novo conceito já no final do primeiro trimestre deste ano.

O CRN da Ordem dos Médicos toma nota da persistência do bastonário da OE em lançar o debate sobre este tema com notável regularidade. No entanto, não pode deixar de lamentar a sua periódica necessidade de recorrer ao “soundbyte” político e tratar de forma gratuita e superficial um tema tão sério e complexo como é a saúde dos cidadãos portugueses.

É absolutamente leviano dizer-se que há um conjunto de actividades desempenhadas pelos médicos de família que não o deveriam ser. Os médicos de família são profissionais que cumpriram uma formação específica de quatro anos, a de Medicina Geral e Familiar, antecedida de um ano de formação genérica partilhada por todas as especialidades

médicas. As suas competências estão ampla e consistentemente definidas do ponto de vista técnico e científico e, enquanto profissionais, ocupam uma posição primordial e nuclear no serviço público de saúde português.

De resto, as competências adquiridas durante o curso de Medicina e durante a frequência dos internatos médicos não são possíveis de obter de outra forma. Um médico e um enfermeiro têm naturalmente competências diferentes e responsabilidades distintas. A eficácia do seu trabalho conjunto nas diferentes unidades de saúde resulta do respeito devido a cada profissão e a cada profissional. E não é por acaso que nas equipas multidisciplinares a legislação

existente consagra o médico como coordenador.

Numa segunda análise, a OE não parece, ela própria, muito confiante em relação ao nível de intervenção clínica que os denominados “enfermeiros de família” podem assumir. O seu responsável enuncia, entre outras possibilidades, as consultas periódicas a crianças e o acompanhamento de grávidas de baixo risco, sendo certo que não terá ignorado a existência de especialidades médicas próprias para ambas as situações e que são referenciadas precisamente pelos médicos de família, após imprescindível avaliação clínica inicial.

A criação de uma nova “categoria profissional” ao nível dos Cuidados de Saúde Primários,

com o objectivo de referenciar o doente para consultas de especialidade ou de revalidar a prescrição de medicamentos e MCDT's, não é mais do que procurar introduzir redundância no SNS e justificar da pior forma a criação de novos postos de trabalho. É absolutamente inaceitável. É claro e inequívoco, para todos os intervenientes no SNS, que existem muitos serviços necessitados de mais enfermeiros para prestar aquilo que é da sua estrita competência e responsabilidade. Será na amplificação desta necessidade que os representantes desta classe profissional devem concentrar esforços, respeitando o carácter multidisciplinar e complementar das equipas de saúde. [01 MARÇO 2013]

Sauna no bloco operatório obriga a suspender cirurgias

Na sequência de uma avaria no ar condicionado, atempadamente comunicada à Administração, há cerca de um ano, mas que ainda não foi resolvida, um bloco operatório do Centro Hospitalar do Oeste está transformado numa verdadeira sauna, pondo em risco médicos e doentes. Perante a falta de soluções e a inoperância da administração para resolver o problema, os cirurgiões e anestesistas do Hospital em causa decidiram suspender a actividade cirúrgica programada a partir do dia 20 de Maio até que o problema esteja resolvido.

«Exma. Sra. Dra. Isabel Carvalho, Directora Clínica do CHO

Caldas da Rainha, 8 de Maio de 2013

Desde há cerca de 1 ano que o ar condicionado do Bloco Operatório se encontra avariado, tendo havido reparações pontuais que minimizaram os efeitos do seu mau funcionamento.

No verão passado fomos obrigados a suspender a actividade cirúrgica programada durante algumas semanas, que foi retomada após uma das referidas manutenções. Foi logo referido pelos técnicos que o sistema carecia de um novo “Schiller”, para poder ser garantido o bom funcionamento do mesmo. Esse facto foi referido ao departamento de manutenção e ao CA, que se comprometeu a envidar esforços para a substituição do equipamento em causa, o que até agora não foi concretizado.

Face ao aumento da temperatura atmosférica e ao não funcionamento do ar condicionado, o BO transformou-se numa “cabine de sauna”, que tem martirizado quem lá trabalha, pondo também em causa a segurança de doentes e profissionais – alguns deles já tiveram que se ausentar por risco iminente de lipotimia devido ao calor. Nestas condições torna-se impossível continuar a trabalhar, pelo que todos os cirurgiões e anestesistas deste Hospital decidiram, com grande mágoa, suspender a actividade cirúrgica programada a partir do próximo dia 20/5, e até que o problema esteja resolvido.»

Constituição de júri de avaliação final do internato

Divulgamos em seguida o parecer jurídico que reflecte sobre a legalidade de constituição de júri de avaliação final do internato quando desse júri faz parte um director nomeado ilegalmente de acordo com o decreto-lei das carreiras médicas.

«Foram-nos colocadas as seguintes questões:

1 - Num júri de saída de internato complementar de uma especialidade em que o presidente é por inerência de funções o director do Serviço onde se realiza o exame, no caso de este director ser um assistente hospitalar não graduado (director nomeado ilegalmente, de acordo com o decreto-lei das carreiras médicas), o júri torna-se impugnável baseado no facto que o seu presidente o é de uma forma ilegal?

2 - Deverá ser admitida a formação de júris em que esta situação se verifique?

Tendo-nos sido pedida celeridade na resposta a estas questões, passamos de imediato a fazê-lo. Assim, no que concerne à questão n.º 1, importa ter presente o teor do art.º 78.^o do RIM, aprovado pela Portaria n.º 251/2011, de 24 de Junho, de acordo com o qual o presidente do júri é o director do serviço onde se realizam as provas de avaliação final e deverá ser da mesma especialidade do candidato em avaliação.

Sucede que, de acordo com o que nos é transmitido, há directores de serviço que não têm a categoria de assistente graduado

ou graduado sénior.

Tal situação é ilegal porquanto nos termos do n.º 1 do art.º 23.º do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de Agosto, *“os trabalhadores integrados na carreira médica podem exercer funções de direcção, chefia, ou coordenação de departamentos, serviços ou unidades funcionais do Serviço Nacional de Saúde, desde que sejam titulares das categorias de assistente graduado sénior ou, em casos devidamente fundamentados, de assistente graduado.”*

Norma de teor idêntico consta também do n.º 1 do art.º 17.º-A do Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de Agosto, com as alterações Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de Dezembro.

De notar que os diplomas legais citados são aqueles que regem as carreiras médicas, quer a relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato de trabalho em funções públicas, ou por contrato de trabalho.

Assim sendo, dúvidas não subsistem de que a nomeação de directores de serviço que não sejam detentores de uma das mencionadas categorias é, sob o ponto de vista substantivo, ilegal.

Chegados a este ponto importa

agora analisar as repercussões desta ilegalidade na constituição do júri de avaliação final do internato.

Na verdade e como é sabido, no âmbito do direito administrativo as ilegalidades que não consubstanciem nulidades, mas antes anulabilidades – como nos parece ser o caso – ficam sanadas pelo decurso do tempo se não forem oportunamente impugnadas.

Assim, se decorrido o prazo de 3 meses após a nomeação do director de serviço que não reúna os requisitos legais para o desempenho do cargo não tiver havido uma impugnação por qualquer interessado, entendendo-se como tal os médicos que fazem parte do serviço em causa, ou se passou um ano sobre a dita nomeação e o Ministério Público não desencadeou a impugnação deste acto, a lei considera que a situação se consolidou na ordem jurídica, ficando sanada a ilegalidade, tudo se passando como se a mesma não existisse.

A verificar-se esta situação, os júris ficam legalmente constituídos, sem que a avaliação possa ser atacada com este fundamento.

De notar que do ponto de vista substantivo, o artigo 78.º do RIM apenas exige que todos os elementos do júri estejam habilitados, no mínimo, com o grau de especialista da especialidade dos médicos internos a avaliar.

Se, ao invés do que acima ficou dito o director do serviço tiver sido nomeado antes de decorridos aqueles prazos, é possível que os internos a avaliar ponham juridicamente em causa a validade da constituição do júri com a motivação referida, desde

que previamente impugnem o acto de nomeação do director do serviço.

Atento o exposto, a **resposta à questão n.º 1** é no sentido de que, desde que verificados todos os condicionalismos acima identificados, é possível que o júri de avaliação final do internato seja impugnável.

No que respeita à **segunda questão** que nos é colocada a nossa resposta vai no sentido de que seria desejável que o júri fosse composto de maneira a que nenhuma questão de legalidade

quanto à sua constituição pudesse ser suscitada.

Considerando os condicionalismos a que acima se fez referência, parece-nos que a situação ideal seria a de os directores de serviço que se encontrem em situação de fragilidade jurídica quanto à sua nomeação se fazerem substituir, ao abrigo do previsto na alínea c) do n.º 1 do art.º 78.º do RIM.

A Consultora Jurídica, Paula Quintas

2013-01-04»

¹ - Artigo 78.º – Composição e constituição dos júris

1 - A composição do júri obedece ao seguinte:

a) Para cada especialidade são constituídos júris de âmbito nacional, compostos por um presidente, quatro vogais efectivos e dois vogais suplentes, nomeados pela ACSS;

b) O presidente do júri é o director do serviço onde se realizam as provas de avaliação final e deverá ser da mesma especialidade do candidato em avaliação;

c) Na impossibilidade de cumprimento do disposto na alínea anterior deve ser indicado para assumir as funções de presidente o médico mais graduado do serviço com a especialidade em causa;

d) Nas especialidades de medicina geral e familiar, de saúde pública e de medicina legal o presidente do júri é o coordenador do internato, podendo esta função ser delegada num dos respectivos especialistas da área da coordenação onde se realizam as provas de avaliação final;

e) O 1.º vogal efectivo é o orientador de formação do médico interno e é indicado pelas direcções ou coordenações de internato;

f) Nas situações supervenientes e tempestivamente justificadas que possam justificar a substituição do orientador de formação, este pode ser excepcionalmente substituído por outro médico do serviço de colocação do médico interno;

g) O 2.º vogal efectivo, que substitui o presidente em caso de impedimento, deve

pertencer ao serviço ou à unidade de saúde onde se realizam as provas de avaliação final;

h) Os 2.º, 3.º e 4.º vogais efectivos e os dois vogais suplentes são indicados pela Ordem dos Médicos de entre os inscritos no respectivo colégio de especialidade respeitando o previsto na alínea anterior;

i) Todos os elementos do júri devem encontrar-se habilitados, no mínimo, com o grau de especialista da especialidade dos médicos internos a avaliar;

j) Por decisão do CNIM, os júris podem desdobrar-se sempre que, a nível nacional, o número de médicos internos a avaliar o justifique.

2 - A constituição do júri obedece ao seguinte:

a) As direcções de internato hospitalar e as coordenações de internato de medicina geral e familiar, de saúde pública e de medicina legal inscrevem na aplicação informática da avaliação final do internato médico, até 15 de Novembro, para a época normal de avaliação, e até 15 de Maio, para a época especial de avaliação:

O nome e os demais dados necessários dos médicos internos que se encontram em condições previsíveis de serem avaliados na respectiva época de avaliação final; e

O nome e os demais dados necessários dos directores de serviço considerados idóneos para a respectiva formação específica;

b) O CNIM consolida as listas dos médicos internos a avaliar por especialidade;

c) Os locais de realização das provas são determinados por sorteio, realizado pelo

CNIM e pela Ordem dos Médicos, de entre as unidades e os serviços a quem tenha sido atribuída nesse ano idoneidade formativa na respectiva especialidade, ressalvando-se que um médico interno não pode fazer avaliação final no seu local de colocação;

d) No caso de não haver unidades ou serviços nas condições enunciadas na alínea anterior, o sorteio incidirá sobre todos os serviços idóneos;

e) O CNIM disponibiliza, através de aplicação informática, à Ordem dos Médicos, até 30 de Novembro para a época normal de avaliação e até 31 de Maio para a época especial de avaliação, os seguintes elementos: relação nacional de médicos internos a avaliar por época, identificação dos locais de realização das provas, presidente do júri e 1.º vogal;

f) A Ordem dos Médicos insere na aplicação informática até 31 de Janeiro para a época normal de avaliação e até 30 de Julho para a época especial de avaliação, os membros do júri, tendo em conta o disposto no n.º 1 do presente artigo;

g) A Ordem dos Médicos deve informar os membros do júri por si indicados da sua proposta de nomeação para júri de avaliação final do internato médico;

h) A ACSS nomeia os júris propostos pelo CNIM e divulga-os a todos os serviços e unidades de saúde envolvidas nessa época de avaliação final.

3 - As funções de membro de um júri prevalecem, nos termos da lei, sobre qualquer outra actividade.



Medicina portuguesa durante a expansão

No passado dia 27 de Fevereiro, Germano de Sousa (bastonário da Ordem dos Médicos entre 1999 e 2005) lançou a obra 'Medicina portuguesa durante a expansão' no Pavilhão das Galeotas do Museu da Marinha. A sessão de lançamento contou com a apresentação de Vasco Graça Moura, que realçou a qualidade científica deste relato da Medicina praticada em Portugal e nas terras descobertas pelos portugueses na época dos Descobrimentos.



Germano de Sousa

Temas como o ensino e a prática da medicina na época dos descobrimentos, a composição da farmacopeia, doenças dos descobrimentos, assistência hospitalar nas terras descobertas, questões ligadas à vida a bordo, nomeadamente as doenças que atacavam os marinheiros, a forma como as doenças viajavam sem dificuldade e a descrição da obra pioneira de grandes figuras da medicina da época são apenas algumas das abordagens que se podem ler nesta obra da autoria de Germano de Sousa.

A sessão decorreu perante uma assistência de muitas dezenas de pessoas, cercadas de embarcações seculares, um ambiente solenemente histórico a fazer jus à «História da Medicina



Portuguesa Durante a Expansão» de Germano de Sousa.

As palavras do autor não deixam margem para dúvidas quanto ao prazer de ver nascer a obra: «Dizia alguém que um livro é como um filho. É feito com gosto (tal como o Ary dos Santos pela voz da Simone garantia), longo tempo leva a desenvolver-se desde a concepção ao nascimento e quando este acontece, quando se lança o rebento para o mundo, nada mais gratificante



Vasco Graça Moura

do que comunicá-lo aos amigos e tê-los perto para em comum partilharem a alegria por tal facto». Sobre a origem do projecto que agora chega até nós sob a forma de livro, Germano de Sousa explica: «gosto de investigar e

foi um dos principais actores». Uma paixão que vem de longe pois o antigo bastonário da OM realizou várias exposições sobre o tema no âmbito de vários Congressos Nacionais de Medicina da Ordem dos Médicos, «a primeira era o António Gentil Martins bastonário, a última na Gulbenkian era bastonário o Prof. Machado Macedo»; foi um dos responsáveis pela realização em 1990 do *First International Congress on the Great Maritime Discoveries and World Health*. O único lamento de Germano de Sousa é que «durante os seis anos em que fui bastonário, não ter conseguido criar, apesar dos esforços que fiz, um embrião de um Museu Nacional de

a saúde mundial e realçou que há nesta obra «uma erudição segura e um minucioso trabalho sobre as fontes, cotejadas com todo o rigor e interdisciplinabilidade» o que se traduz numa «investigação rigorosa» e na apresentação de «iconografia desmultiplicada que ajuda a interpretar, reconstituir e compreender o vasto elenco de problemas que o autor vai abordando». «Só um rigor alicerçado a uma reflexão capaz de interrelacionar essas fontes e um conhecimento profissional muito vasto, tanto do ponto de vista teórico como prático, é que poderia levar a cabo este projecto proporcionando-nos páginas de grande precisão científica, excelente



divulgar o passado da minha profissão. Seguindo aliás e com humildade, o exemplo maior de notáveis médicos historiadores que desde o século XIX têm abordado aspectos diversos da história da Medicina portuguesa ao tempo da Expansão. Com este livro procurei fazer uma reflexão sobre o que foi a história da actividade médica e assistencial em Portugal e nas Terras descobertas, durante período tão intenso e extraordinário da sua história e da história do mundo, época única na qual o nosso País

Medicina. Oxalá ainda possa ver de pé, um dia esse Museu».

Vasco Graça Moura, apresentador do livro, começou por sublinhar a qualidade da edição profusamente ilustrada e a precisão, o trabalho de pesquisa de Germano de Sousa, que demorou cerca de 5 anos, mas também a leitura aliciante dos perigos e males das grandes viagens dessa época. Relembrou como Germano de Sousa foi, em 1990, responsável pelo primeiro congresso internacional sobre as grandes descobertas marítimas e

reconstituição histórica e de leitura aliciante». Demonstrando o impacto que a obra tem para si, Vasco Graça Moura terminou afirmando: «tenho pena que já não exista a Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses pois, face a esta obra, não teriam hesitado em convidar Germano de Sousa para organizar mais uma comemoração».

A obra 'Medicina portuguesa durante a expansão' é uma edição Círculo de Leitores e Temas e Debates.



A História e o Silêncio - Leituras de uma Doença Antiga

Decorreu no dia 23 de Fevereiro mais uma sessão organizada pelo Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, desta feita em colaboração com o Centro de História Da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa: «Lepra/Doença de Hansen - A História e o Silêncio - Leituras de uma Doença Antiga». A sessão, muito participada, foi moderada por Aires Gonçalves e contou com intervenções de Nuno Simões Rodrigues, Campos Magalhães, Poiars Baptista e Ana Maria Rodrigues, das quais apresentamos um breve resumo.

Nuno Simões Rodrigues, historiador classicista, foi o primeiro orador e trouxe a esta sessão as '**percepções da lepra na antiguidade**'. «No romance Ben-Hur, escrito por Lewis Wallace em 1880, o herói, vítima do Fado que o transforma de príncipe judeu num escravo das galés e de escravo num rico herdeiro romano, acaba por descobrir a mãe e a irmã, que julgava há muito mortas, num vale que funcionava como ghetto para vítimas de doenças infecciosas; designadamente aquela que vulgarmente se conhece por 'lepra'; na verdade, à boa maneira oitocentista, o que Wallace faz é recuperar um dos

temas presentes nos textos antigos para neles integrar duas personagens ficcionais, precisamente Miriam e Tirzah – a mãe e irmã de Ben-Hur – o que lhe permitirá utilizá-las

como figuras de composição que facilmente se integram no que as fontes históricas nos transmitem; Refiro-me, naturalmente, aos passos dos evangelhos que relatam que Jesus de Nazaré, outras das personagens do romance de Wallace, curou vários pacientes de diversas patologias, entre elas a chamada 'lepra'; (...) As doenças têm História, mas tanto ou mais do que as patologias em si mesmas, as representações e percepções das mesmas também uma vivência temporal ». Nuno Simões Rodrigues explicou a origem do termo «lepra» «palavra grega derivada do verbo lepo que significa «pelar» ou «escamar», e de lepros (áspero ou escamoso); foi essa a



palavra que os tradutores dos LXX, no século III a. C., usaram para traduzir o hebraico tsara'th, utilizado nos vários textos bíblicos que a ela se referem».

As referências a esta doença são relativamente tardias. «No Egipto faraónico (terra tida já na Antiguidade como o foco da epidemia), apesar da quantidade de informação médica que nos legou e que, ao que parece, sustinha um prestígio inigualável no Mediterrâneo coevo, não deixou qualquer testemunho cientificamente fidedigno que possa ser associado com a lepra. O conhecido Papiro Ebers tem sido citado como contendo uma eventual alusão à lepra, mas o facto é que a maioria dos especialistas considera que os sintomas descritos não coincidem com um diagnóstico de doença de Hansen; Lá referem-se inchaços e tumefacções na pele e nos membros, alterações na pigmentação dérmica, mas estas referências não parecem ser suficientes aos investigadores para que sejam consideradas lepra; alguns sugerem tratar-se de 'gangrena gasosa'; (...) Quanto à Mesopotâmia, tem-se sugerido que a doença seria ali conhecida já no II milénio a. C.; Mas a verdade é que esta afirmação deriva sobretudo das palavras escolhidas pelos Assiriólogos para traduzirem os documentos e não dos factos em si mesmos. Termos acádicos como epqu, saharshubbu, ishrubu e garabu têm sido traduzidos como 'lepra'; mas tudo o que sabemos da realidade semântica que corresponde a estes signos, que se referem a manchas brancas e nódulos 'que cobrem todo o corpo', ou 'algo escamoso' ou ainda 'coberto de pó', e que todos os que dela são

vítimas passam a ser expulsos das cidades, ostracizados e forçados a viver como 'burros selvagens'; (...) O mesmo é dizer que, na Antiguidade Pré-Clássica, outras doenças dérmicas poderiam ser incluídas na categoria 'lepra' e que por conseguinte a lepra antiga seria algo mais abrangente do que o que hoje reconhecemos como doença de Hansen».

O orador explicou igualmente que as várias patologias descritas como lepra podiam corresponder a diversas dermatoses (da psoríase à dermatite seborreica, passando pelo eczema) e que «os elementos de profilaxia e de diagnóstico são aqui totalmente empíricos» não sendo, contudo, de menosprezar o «esforço de observação e de análise bem mais avançados do que aqueles que detectamos, por exemplo, nos rituais babilónicos e assírios»; O facto de a doença ser «particularmente visível, incómoda/dolorosa e em muitos casos degenerativa dos tecidos (em particular das mucosas e membros e extremidades)», levou à sua associação a «formas de impureza e de castigo, particularmente divino» ou, no caso do contexto de Novo Testamento, «mote para a demonstração da misericórdia divina».

A confusão de diagnóstico é muito comum: «A maioria das opiniões considera que o que nos textos hipocráticos se refere como lepra (descamação epidémica) parece mais ser psoríase ou uma qualquer infecção fúngica; o que aliás também se coaduna com as descrições que lemos no Levítico; Hipócrates refere também uma outra doença, «Doença Fenícia» (Porrético 2), que nos textos de Galeno (sec. II d. C.) é identificada com a lepra; (...) Já em contexto helenístico, Plutarco

refere também a lepra num dos textos, estabelece-se uma relação, que se tornará proverbial, entre a lepra e o porco, considerando-se que a doença seria transmitida por aquele animal ao Homem; Diz Plutarco: «esses indivíduos [os Egípcios] parecem detestar carne de porco, uma vez que os bárbaros, acima de tudo, abominam as manchas brancas e a lepra e acreditam que é pelo contágio que os seres humanos são consumidos por tais doenças; e nós bem vemos como todo e qualquer porco está coberto de uma espécie de lepra e erupções sarnentas na zona da barriga, males que, quando se produz no corpo qualquer espécie de indisposição ou mal-estar, julgam ter-se pegado aos seus próprios corpos. Esta seria, aliás, segundo os Gregos e os Romanos, a razão pela qual os Judeus se absteriam de consumir carne de porco e pela qual o mesmo povo teria sido expulso do Egipto, pois, nesta tradição, teriam sido eles a origem e o foco de contágio da doença». «Areteu da Capadócia (sec. I d. C.) terá sido um dos primeiros autores a descrever a lepra com rigor e pormenor (Corpus Medicorum Graecorum), eventualmente aquela que conhecemos como doença de Hansen e não apenas as dermatoses várias antes referidas; Seguiram-se-lhe Celso (sec. I) e Galeno (sec. II). Mas entre o corpus Hippocraticum e as descrições de Areteu, Celso e Galeno não há propriamente matéria produzida conhecida sobre esta matéria, o que levou alguns autores a considerarem que terá sido precisamente entre os séculos IV e II a. C. que a doença de Hansen se terá espalhado pela bacia Mediterrânea e daí para a Europa; Isto é: com as alterações

civilizacionais verificadas com Alexandre». Mas, conforme explicou o palestrante, a filologia tem demonstrado que a lepra seria conhecida na Índia védica (Sushruta Samhita) e na China já c. 600 a. C.

Campos Magalhães apresentou o tema '**Lepras Reais – D. Sancho I, D. Afonso II**, «um exercício de análise e cogitação retroversiva de duas figuras régias, que em finais do século XII foram atingidas pelo morbo de Hansen – o que, em boa lógica, justifica a intervenção do leprologo».

«Por ilação conjectural podemos admitir a existência de 15.000 possíveis casos de lepra no reino de Sancho I – na maioria, formas lepromatosas. (...) Atribui-se a Afonso II uma muito particular modalidade de lepra lepromatosa, que é expressa por uma síndrome endócrina pluriglandular ainda há alguns anos possível

de observar tanto na endemia portuguesa como na do país vizinho (em internados quer do Hospital Colónia Rovisco Pais, quer do Sanatório de Fontilles – Valência – Espanha). No caso do Infante Afonso, o contágio dera-se muito cedo – graças a uma desavisada convivência paterna. Nestas condições a infecção, muito precoce, acabava por dar azo a uma lepra, que se expressava por escassas lesões cutâneas (apenas) um discreto eritema reticular violáceo, a custo visível na face anterior das coxas». A

sua condição atraía facilmente a atenção: «o nosso Infante era volumoso, corpulento, glabro (sem barba, que não chegara a sair, apresentando ainda uma certa ginecomastia. A obesidade, somada à face sem pêlos e à ginecomastia, pode explicar a razão por que Afonso II, consciente do ginandromorfismo da sua presença, se afastava



sempre dos teatros de guerra». O orador relatou a vida dos dois monarcas, contextualizando alguns factos históricos com as implicações directas da doença: «Aos catorze anos, na idade da puberdade o infante adoece gravemente - “Oprimido de uma perigosa enfermidade, chegou a ponto de morte”. Julga-se que a puberdade, ou talvez uma grave forma de sarampo teriam condicionado uma depressão da imunidade celular, determinando o aparecimento da primeira manifestação da doença, sob a forma de um

“erythema nodosum leprosum”. (...) Perante este quadro, de grande desespero e angústia, Sancho I dirige-se como romeiro e suplicante junto do lugar em que repousava o corpo de Santa Senhorinha de Basto onde, com preces sentidas, lágrimas e amor de pai, pede a intercessão da Santa para as melhoras do seu primogénito. Ainda quando decorria a novena de orações, chegam novas da corte, dando conta da recuperação e restabelecimento do príncipe. Obtida a graça, logo o rei cumpre o seu voto e “em pessoa e a pé andou correndo todo o Couto por onde se haviam de pôr marcos....”»

Já no que refere a Sancho I, conforme explicou Campos Magalhães, a doença passará despercebida durante algum tempo, «compatível com o prosseguimento de uma notável rotina de cortejamento amoroso e prodigiosa progenitura. O rosto apresentará

apenas um discreto edema eritematoso, o que conferirá ao doente uma aparência de florescente saúde». Explicando o estigma, o orador referiu como «Inocêncio III, sempre bem informado, e que tinha Sancho I sob severo escrutínio, variadas vezes menciona a grave doença do monarca português (designadamente em 1206 e 1212, nas bulas em que lhe certifica os testamentos) comparando-o, mais do que metaforicamente, ao Rei Ozias da Bíblia, a quem Deus castigara com lepra, em

razão dos abusos que cometera» e ainda o testamento redigido em Março de 1188 em que Sancho I «faz uma misteriosa referência... “aqueles dos meus nobres que não me quiseram servir...” esta alusão torna-se mais compreensível, se subentender o que não foi expresso, e se completarmos a frase: ... por temor ou repulsão da lepra de que o Rei é portador».

No fim da sua vida, «este Rei, debilitado e gravemente doente concedeu uma ampla lista de regalias, privilégios e doações ao clero português. O seu último testamento, com 6 cópias, pode considerar-se com uma desbaratada dispersão dos seus bens reais. (...) Sancho I manda dar aos doentes de lepra o conteúdo do seu “repositório” (repositório é o sítio, o depósito, onde se guarda qualquer coisa, neste caso, roupas de uso pessoal, peças de vestuário, panos, lenços...). Compreende-se bem serem os doentes de lepra os destinatários das roupas pessoais de alguém

com esse mal. Quaisquer outros teriam recusado tal oferta. Da sua arca pessoal manda tirar 10.000 morabitanos (o equivalente a 48 quilos de ouro) para construir, de raiz, um leprosário».

A doença de Afonso II condiciona-o de forma muito diferente: «ao longo de doze anos do seu curto reinado, Afonso II só por uma vez ele se terá decidido por um esforço guerreiro (...). A razão escondida para a lassidão castrense, para a sua aversão pela acção bélica, terá ficado a dever-se ao facto,

já mencionado, de ser portador de uma modalidade particular de lepra lepromatosa, sob forma de uma síndrome endócrina, expressa por um conjunto de sintomas que, verdadeiramente, não caracterizam um ícone de cavaleiro medieval: ausência de barba e pêlos, macromastia bilateral, com aumento da circunferência de todo o tórax (o que impedia o uso de couraças,



cotas de malha ou peitoral), voz áfona, epistaxis repetidas, morosidade de movimentos, inclusive)».

Conforme foi explicado por Campos Magalhães, Santarém foi, quer para Sancho I quer para seu filho Afonso II, «a estância escolhida para amparo médico da enfermidade comum aos dois, bem como, o local de abrigo e refúgio em situações de dificuldade e crise» porque «além da especial assistência médica dos reputados físicos árabes, há que considerar que

Santarém se encontra a meia distância entre a fidelidade dos Templários, defensores de uma inexpugnável fortaleza (Tomar), e a lealdade firme dos vassalos amigos do concelho de Lisboa».

Esta palestra terminou com alguns dados relativos ao estigma e exclusão social ligados à enfermidade sociocultural que é a lepra.

Gafos e gafarias no Portugal medieval foi o tema apresentado por **Ana Maria Rodrigues** tendo realçado que a pesquisa sobre a lepra na Idade Média sofreu um grande impulso graças a teses de doutoramento sobre as leprosarias. A oradora começou por explicar que em tempos medievos a sociedade desenvolveu pelos leprosos sentimentos ambivalentes que se traduziam por um lado na existência de legislação para manter as leprosarias longe mas também na canalização da caridade cristã para o socorro e desconstruiu na sua intervenção algumas ideias pré-concebidas

nomeadamente a de que os leprosos seriam todos pobres: «os historiadores actuais consideram que na idade média portuguesa havia três tipos de leprosos; em primeiro lugar os que vivam nos seus próprios domicílios e de que ouvimos mesmo agora falar, nomeadamente o rei D. Afonso II, (...); um segundo tipo de leprosos eram os que viviam em leprosarias; é em relação a estes que se diz ser pobre, excluído e estar afastado do mundo que o teme e que por isso o encerra numa instituição». Contudo

estudos indicam que não seria assim e que esse é apenas um estereótipo construído a partir do que se viveu no final de século XIX e início do século XX e não uma realidade vivida na época medieval» O terceiro tipo são «os que leprosos errantes destituídos de enquadramento institucional» que por vezes eram mal tratados; o monarca D Pedro I tem piedade deles e em 1365 ordena que os deixem pedir esmola e que não lhes façam mal. A vereação do Porto no século XV expulsou da cidade os Lázaros errantes ameaçando-os caso voltassem. «Estes sim eram os pobres e excluídos e não aqueles a quem a sociedade dava acolhimento». O acesso às gafarias tinha condicionantes como existir uma ligação ao concelho onde ela estava sediada, «quer por naturalidade quer por ter sido aí que havia sido contraída a doença», restrição que podia ser contornada se o rei o permitisse. Em Santarém ou Coimbra, «para entrar na leprosaria havia que pagar uma espécie de dote ou preço de entrada em dinheiro ou em géneros». Os bens eram benefício do leproso até à sua morte e revertiam então para a leprosaria. «A entrada numa leprosaria era assim uma espécie de privilégio e não propriamente um estigma pois estava reservada a quem tivesse algo de seu. Isto era contrariado em Lisboa pela obrigação de quem padecia da doença ser internado na Casa de São Lázaro quer quisesse quer não». Esta obrigação faz parte do regimento de 1460, altura em que já havia uma actitude mais repressiva em relação a estes doentes e que seria caso único. Quando as regras das leprosarias não eram cumpridas havia lugar a multas pecuniárias ou a perda

de razão. «Mas em Santarém os gafos podiam mesmo ser expulsos de casarem ou pecassem contra a castidade no interior da instituição. É que as gafarias acolhiam leprosos de ambos os sexos, por isso a tentação estava sempre à espreita». Esta noção agravava-se porque «considerava-se que a lepra se transmitia sexualmente e era em si mesma o resultado de práticas sexuais anormais, por exemplo uma criança concebida durante a menstruação da mulher ou nos dias santos em que as relações sexuais estavam proibidas pela igreja teria lepra no futuro. Daí que a preocupação com a castidade no interior da instituição não fosse uma questão apenas de ordem moral mas também profiláctica».

Ana Maria Rodrigues explicou a cadeia hierárquica existente nas gafarias e a forma como eram escolhidos os ocupantes de cada cargo, sendo que o provedor era a autoridade máxima mas o escrivão era outro oficial importante. Em Coimbra este tinha que ser um clérigo de missa porque também assegurava os ofícios religiosos. Podia haver outros oficiais: medidor, procurador e o mambusteiro. O cabide era o órgão que representava a casa, os leprosos, e dele não estavam excluídas as mulheres. Em Lisboa, por exemplo, para alienar os bens da gafaria era obrigatória a presença do cabide. «A institucionalização dos leprosos não os destituía totalmente da capacidade de decidir sobre matérias do seu interesse e de exigir em conformidade». A vida dos leprosos desenrolava-se no interior dos muros das gafarias. De Santarém podiam sair para ir às Caldas receber

tratamento, pedir esmola, etc. De Coimbra podiam sair para efectuar romarias e procissões e ir às compras. Noutros locais da Europa eram obrigados a usar roupas específicas para cobrir as chagas ou até mesmo usar objectos que fizessem ruído para alertar osãos da sua aproximação. Mas em Portugal não se encontram testemunhos que indiquem iguais exigências. Em troca do seu encerramento na instituição os Lázaros eram sustentados pela instituição e recebiam quantidades básicas de comida, pão, vinho, azeite, sal e dinheiro e em ocasiões e festas especiais eram pagas quantias específicas em especiarias, mel, peixe, fruta, carne e mais dinheiro que podia ser utilizado naquilo que quisessem.

Em Santarém os casados podiam ser servidos pelas mulheres e havia trabalhadores que entravam na gafaria para, por exemplo, fazer o pão, em Lisboa eram servidos por mancebas que residiam em conjunto numa casa que ficava fora dos muros da gafaria, sendo elas que abasteciam a casa. Em Coimbra além dos servidores, havia outras pessoas saudáveis que tinham contacto com os leprosos. Pelo menos a partir de 1326 há referência aos chamados merceiros que eram pobres que recebiam uma mercê do Rei e que consistia de uma razão que era paga na gafaria mesmo não sofrendo do mal de são lázaro. «Não havia apenas repulsa e afastamento mas também convívio entreãos e gafos nomeadamente dentro das instituições onde estes eram encerrados supostamente para afastar o contágio».

Pelo perigo de contágio as gafarias deviam situar-se em espaços afastados, nomeadamente fora

de muralhas, sendo que por vezes se recorria a barreiras naturais como um rio ou um pântano. Mas também não deviam estar tão longe que os seus internos não pudessem ser objecto da caridade dos saudáveis. As gafarias deviam estar munidas de todas as dependências necessárias para a sua auto-suficiência para evitar as saídas para o exterior. Na maior parte havia jardins com hortas e pomares onde se colhiam os legumes e frutos usados na dieta dos leprosos. O poço também era fundamental pois os doentes não deviam aproximar-se das fontes para não contaminarem as águas. Havia uma cadeia própria dentro das gafarias e a existência de capelas e cemitérios também está registada e entre as obrigações dos gafos contava-se a assistência à missa dominical e às festas litúrgicas.

A evolução histórica do diagnóstico da Lepra foi o tema abordado por **A. Poiães Baptista** que começou por explicar que «não se sabe bem qual o foco primitivo da lepra mas parece ter sido na Índia no séc. VI a.C.» com propagação à China no séc. III a.C. (referência no escrito “Su-wen”) e expansão pelo Médio Oriente, África, Oceânia e Europa julga-se que no séc. X. Em Portugal os primeiros escritos que confirmam a existência de lepra datam de 950, 968, 1107. Na América do Sul foi bastante mais tarde, séc. XVI, por altura da colonização portuguesa e espanhola «Na medicina greco-romana,

mais avançada, com *Aristoteles*, *Hipocrates falava-se de lepra* ou leontíase designando sobretudo lesões descamativas, *Galeno* falava já de lesões infiltradas, inflamatórias, ulceradas: elefantíase dos gregos (face), elefantíase dos árabes (membros), leontíase (face), ofíase (perda dos pelos e cabelos). Algumas dessas lesões sabemos agora que nada têm a ver com a lepra». Tal como já havia sido referido,



esta doença teve muitas designações: «lepra, elefantíase, elephancia (nome empregue por Bernardino António Gomes, por exemplo), gafeira, morfeia (o termo ainda se emprega hoje mas é para nós uma doença específica cutânea), mal de S. Lázaro (daí o nome de hospital de São Lázaro que se dava, por vezes, às gafarias), gangrena seca, figo, etc. Esta variedade de designações e a imprecisão do seu significado

torna impossível, histórica e medicamente, um diagnóstico provável e torna impossível um diagnóstico comparativo. Muito raramente há referência a alterações da sensibilidade cutânea». «As descrições antigas podem corresponder a múltiplas doenças hoje individualizadas como é o caso da psoríase, pitiríase alba, morfeia, vitiligo, peladas, tumores vários, e as sobretudo importantes entre nós:

siringomielia, acropatias úlcero-mutilantes, entre outras... Se hoje virmos imagens antigas estamos impossibilitados de fazer a devida identificação se é ou não lepra».

E quais eram as causas? «A lepra era considerada uma punição divina por desobediência a Deus e, até muito tarde, foi considerada uma doença hereditária e possivelmente contagiosa.

Após o séc. XIV a lepra sofreu um declínio cujas causas podemos tentar intuir: «em resultado das medidas da segregação, da grande mortalidade devida às frequentes e extensas epidemias de peste (às vezes desaparecia um terço da população consequência da peste, mesmo cá em Portugal isso sucedeu), varíola e cólera, com diminuição populacional, da diminuição dos grandes movimentos das populações (cruzadas, guerras e até peregrinações eram um dos grandes veículos de transmissão da doença), melhoria das noções de higiene, de contágio e da alimentação, com progressiva melhoria das condições de vida,



de habitação, hipotética expansão da tuberculose, com provável efeito “imunisante” contra a lepra pois existe uma exclusão entre essas duas doenças (a certa altura usava-se a tuberculina para tentar diminuir a lepra) e variações inexplicáveis da intensidade das epidemias (“génio das epidemias” que aparecem e desaparecem às vezes sem explicação aparente)». Conforme explicou Poiães Baptista, hoje em dia a doença já está localizada apenas em alguns países da América do Sul, particularmente no Brasil, África, Índia e China (muito poucos casos).

Do ponto de vista clínico dava-se nome de lepra a coisas muito diferentes umas das outras e que nada tinham a ver com essa doença. O palestrante mostrou diversas imagens e as diferentes classificações que cabiam na definição de ‘lepra’ ao longo dos tempos, demonstrando assim a confusão de nomenclatura que se verificava. «Bernardino António Gomes, em 1820, no primeiro tratado de dermatologia escrito em português, também descreve a lepra (numa descrição que nos leva a concluir que descreve a psoríase, quando refere a elephantíase aí, sim, parece corresponder a lepra)».

«A caracterização clínica feita por dois autores noruegueses D. C. Danielssen (1815-1894) e C. W. Boeck (1808-1875) no “*Traité de la Spédalskhed ou Eléphantiasis des Grecs*”- 1847 define os sintomas da lepra como ‘Doença hereditária por discrasia sanguínea com acumulação de albumina no

sangue, com deposição nos tecidos (lepra tuberosa) ou nos nervos (lepra anaesthetica). Deve ser combatida pelo isolamento dos doentes impedindo a sua “reprodução”. Danielssen defendeu a etiologia hereditária mesmo após a descoberta do bacilo por Hansen (1873), seu aluno, no hospital onde trabalhava, baseado na negatividade das várias auto-inoculações!»

Hansen terá observado bastonetes microscópicos nos “elementos cinzentos” (células de Virchow) em preparações fixadas com solução de ácido ósmico e descreveu o *Mycobacterium leprae* – Bacilo de Hansen. Mas quem vem a confirmar, seis anos depois, que é um bacilo é Albert Neisser (Alemanha) em 1879. Ao confirmar a natureza bacteriana, bacilar, com a coloração de Weigert, Neisser não fez qualquer referência ao trabalho de Hansen nem às conversas que tinha tido com ele sobre as suas investigações. É o primeiro bacilo a que se atribui uma doença considerada hereditária. «A sua origem hereditária foi ainda defendida por vários autores (Zambaco – Pacha e Hallopeau – grandes nomes da dermatologia – ainda

não acreditavam que a doença era contagiosa) no X Congresso Internacional de Medicina (1906) realizado em Lisboa, no qual participaram Hansen, Neisser, Unna, Metchnikoff, Zeferino Falcão, etc.».

Poiães Baptista explicou quais os elementos clínicos e laboratoriais úteis para fazer um diagnóstico correcto e mostrou algumas imagens de diagnósticos diferenciais de doenças que se podem confundir, explicando ser normal que há um século atrás algumas dessas condições se confundissem (linfoma cutâneo, sarcoidose, tuberculose, etc.). Referiu a confusão possível entre a lepra nervosa e a Polineuropatia Amiloidótica Familiar, vulgarmente conhecida como Doença dos pezinhos e explicou que Rocha Brito estudou e descreveu uma família com essa patologia e publicou um artigo que intitulou de «Lepra tuberculoides familiar? Seringomieli familiar?»; O que lhe faltou foi uma leitura do diagnóstico que lhe permitisse a identificação correcta da doença. Seria Corino de Andrade a fazê-lo. Dos grandes nomes portugueses sublinhou ainda, entre outros, o papel de Zeferino Falcão.

A versão integral ou resumos mais completos destas palestras podem ser consultados no site nacional da Ordem dos Médicos em www.ordemdosmedicos.pt na área destinada à história da medicina.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos

Sessão temática

22 de Junho, sábado, 15h

«A medicina portuguesa no século XVI, no Oriente»

«Descobrimientos portugueses: higiene, dieta e doenças entre os marinheiros» - João Frada

«A introdução da medicina ocidental pelos portugueses no Japão» - A. Aires Gonçalves

«A assistência médica e hospitalar no Estado da Índia» - Germano de Sousa

Junho a Novembro
de 2013

Conferência

9 de Julho, terça-feira, 21h

«Cirurgias portuguesas dos séculos XVII, XVIII e cancro da mama» - Fortuna Campos

Conferência

17 de Setembro, terça-feira, 21h

«Da Herança do Saca-Moelas à Moderna Estomatologia e Medicina Dentária Portuguesas» - Ivo Furtado

Sessão temática

19 de Outubro, sábado, 15h

“Pedro Hispano Lusitaniensis, médico e papa, vulto da cultura europeia no séc. XIII”

«Pedro Hispano e a arte dos olhos no século XIII» - Alfredo Rasteiro

«Pedro Hispano, carreira eclesiástica, percurso académico e médico ao serviço do papado» - A. Aires Gonçalves

Pedro Hispano Português: da eleição papal às vicissitudes da tumulação – José Paiva Boleo Tomé

Razão e experiência na obra “Thesaurum Pauperum” – Maria Helena da Rocha Pereira

Local da sessão: Ordem dos Médicos - Avenida Afonso Henriques, nº39 - 3000-011 Coimbra

Sessão temática

12 de Novembro, terça-feira, 21h

Sessão de homenagem a José Leite de Vasconcellos, Médico, integrada na comemoração dos 120 anos do Museu Nacional de Arqueologia, e evocando a criação do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, durante o lançamento do livro “Medicina dos Lusitanos” a 21 de Janeiro de 2009, em colaboração com o Museu Nacional de Arqueologia e a Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa.

A sessão conta com a presença do Bastonário da OM, José Manuel Silva, António Carvalho, Director do Museu Nacional de Arqueologia e de José Luís Doria, Presidente da Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa.

Abertura da sessão:

José Manuel Silva, seguida de intervenções de António Carvalho e de José Luís Doria

«Assomos da formação Médica» - Maria José Leal

«A fascinação e seus sinónimos – considerações etnopsiquiátricas» - José Morgado Pereira

«Alguns contributos a respeito do cariz medicinal da tríade capitolina na Hispânia: o contributo de José Leite de Vasconcelos»

Pedro Marques

Breves considerações sobre a obra “Medicina dos Lusitanos” - Maria do Sameiro Barroso

Salvo indicação em contrário, as sessões realizam-se na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos

Av. Almirante Gago Coutinho, 151 – 1749-084 Lisboa

Informações e inscrições:

D.ª Manuela Oliveira

manuela.oliveira@omcne.pt

História da
Medicina



Demografia médica: emigração ou diferenciação?

A crise é uma oportunidade ou uma fatalidade? Devemos desejar ser tudo o que quisermos no nosso país ou experimentar ser tudo no estrangeiro? Qual o tamanho das nossas fronteiras? O território ou a língua? Devemos considerar que a emigração médica é um factor de diferenciação, promoção e reconhecimento dos nossos médicos ou um drenar de cérebros que irá ter reflexos negativos na medicina que se praticará dentro de alguns anos em Portugal? Estas foram algumas das questões levantadas numa conferência organizada pelo Distrito Médico de Setúbal no passado dia 22 de Março.

José Manuel Silva, presidente da Ordem dos Médicos, Tiago Villanueva, representante da OM na UEMO, e Gabriel Oliveira, interno de 6º ano no Hospital Garcia de Orta, debateram a temática 'demografia médica: emigração ou diferenciação?', numa conferência incluída na cerimónia de recepção aos médicos internos do Distrito Médico de Setúbal. Esta conferência teve ainda como comentadores os médicos José Poças e Vítor Augusto e foi moderada por Valente Fernandes e Manuel Rodrigues Pereira.

Tiago Villanueva, o primeiro interveniente da conferência, apresentou exemplos de médicos que trabalham em sítios

tão diferentes como Inglaterra, Canadá ou Suécia, e convidou a assistência a reflectir sobre as motivações que podem levar à emigração. Relembrando que a emigração médica qualificada é um fenómeno antigo, Tiago Villanueva referiu os exemplos de Corino de Andrade, eminente neurologista, que trabalhou, por exemplo, em Estrasburgo e Berlim, e António Damásio, outro distinto neurologista, que está radicado na Califórnia. «A emigração médica sempre houve. (...) Por enquanto ainda está muito ligada à formação profissional e perspectivas de carreira. Mas quando o sistema começar a não absorver os médicos que se formam e não houver vagas de internato

suficientes, aí sim a situação será muito preocupante». Embora não existam ainda estatísticas sobre os números da emigração médica, existem alguns indicadores do aumento desse fenómeno como, por exemplo, a proliferação dos pedidos à Ordem dos Médicos de certificados de boa conduta. Enquanto áreas como a financeira permitem uma mobilidade facilitada, na área médica este conferencista aponta algumas dificuldades acrescidas: «se for fora da Europa há exames que temos que realizar; se é na Europa temos pelo menos que pedir a certificação dos documentos; (...) também temos os exames linguísticos». A Directiva europeia que regula

a mobilidade está em revisão e «pode ser que no futuro emigrar se torne mais fácil e mais rápido». Uma ideia que foi veiculada como potenciadora da simplificação seria a criação de uma ‘carteira profissional europeia’. Defensor das virtudes do contacto com a realidade de outros países, Tiago Villanueva explicou que, em seu entender, «quando resolvem emigrar, as pessoas devem estar bem informadas e preparadas; não há

emigração médica é crescente, este conferencista não hesitou em afirmar que, «não sendo o el dourado, a emigração médica também não é uma fatalidade» e defendeu que o necessário é que nos preparemos para ser um «profissional global, num mercado de trabalho global».

Já Gabriel Oliveira considera que a crescente emigração médica corresponde à «fuga de capital humano» pois serão os que têm maiores aptidões

emergentes: além dos países europeus, há o Brasil, a Arábia Saudita, etc. Mas quais as razões pelas quais está a aumentar a emigração de jovens médicos? Porque em Portugal há «falta de estabilidade no trabalho, falta de perspectivas de carreira, gestão ineficiente ou injusta do serviço de saúde, falta de oportunidades de diferenciação pós-graduada, baixos vencimentos, etc.» Não é por acaso que Gabriel Oliveira coloca a questão salarial no



Tiago Villanueva

nada melhor do que aproveitar a fase do internato para obter competências específicas através dessa exposição internacional», explicou referindo que assim se desenvolvem competências clínicas, de liderança, linguísticas, de diplomacia, independência, flexibilidade, etc. Bibliografia nesta área não falta e muitos são os artigos que abordam a internacionalização e o intercâmbio. Um dos projectos que foi referido por Tiago Villanueva foi o EMM – European Medical Mobility, entidade que visa facilitar a formação na área médica (<http://www.medicalmobility.eu/>). Sendo que a tendência para a

técnicas e conhecimentos que mais facilmente encontrarão um espaço no mercado de trabalho global. Reconhecendo que houve um aumento na aposta na formação, Gabriel Oliveira questiona: «para quê? O que vamos fazer agora com este potencial que gerámos?» Apesar de não existirem dados concretos, alguns apontam que há 20% dos licenciados a emigrar. As consequências são claras para este jovem médico. «Além de serem os mais qualificados que emigram há também consequências demográficas pois são os jovens quem se irá reproduzir». Há muitos mercados de trabalho

fim da sua lista: «apesar de ser naturalmente importante, a questão salarial não é suficiente para motivar os profissionais de saúde. A falta de reconhecimento tem um papel muito importante nestas decisões». Este conferencista defendeu que as medidas que visam evitar que os países menos desenvolvidos percam os seus profissionais não são eficazes e que as consequências desse *brain drain* podem ser muito negativas para o sistema dos países de origem dos profissionais: «perda ou degradação dos serviços, perda de supervisores, de tutores e de investigadores; podem perder-se serviços vitais, inovação,



mão de obra especializada, empreendedores, investimento nacional e impostos»; já no país de destino/acolhimento as consequências para os profissionais são, segundo Gabriel Oliveira, o «*downgrading* das capacidades e o aceitar de empregos menos diferenciados». Mas, então, o que fazer para que essa espiral de perda de profissionais de qualidade não se torne uma inevitabilidade? Mudar a nossa cultura, afirma o interno do Hospital Garcia

realidade da demografia médica portuguesa e explicou que a OM encomendou um estudo independente para poder fazer essa análise. Ainda como forma de enquadramento da temática desta conferência, José Manuel Silva salientou a importância da mobilização médica, que se sentiu de forma acentuada em 2012, para travar certas medidas, não tendo excluído a possibilidade de ser necessária outra mobilização idêntica. Especificamente sobre

na verdade só se reflectiria no número de licenciados do ano de 2025... Muito crítico de várias medidas políticas, José Manuel Silva salientou mais uma vez o contrassenso que é, «num país em que muitos jovens desistem neste momento do ensino superior por não terem meios económicos para continuar a estudar, o Governo está a dar uma segunda licenciatura em medicina a quem já possuía um curso superior». Relembrando que Portugal tinha excelentes



Gabriel Oliveira



de Orta. «Temos um SNS que vale a pena defender, que ocupa o 12º lugar no *ranking* dos melhores sistemas de saúde da OMS, temos uma formação de qualidade, um nível elevado de satisfação com o sistema de saúde, temos séniores que continuam a 'ter paciência' para nos ensinarem, doentes que nos valorizam», etc., tudo factores pelos quais vale a pena lutar. «Queremos ser felizes em Portugal», concluiu. O bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, iniciou a sua intervenção referindo que para planear o futuro é preciso conhecer a

a dicotomia desta conferência, afirmou: «a falta de vagas para o internato, que irá acontecer porque os serviços não têm capacidade formativa para absorver tantos recém-licenciados quantos se estão a formar neste momento, deixa aos jovens duas possibilidades: ficar em Portugal como médicos indiferenciados ou emigrar», uma situação que no entender do presidente da OM não irá sofrer alterações porque «enquanto a população tiver a sensação de que faltam médicos, nenhum governo diminuirá o *numerus clausus*», ainda que, caso o actual executivo o fizesse,

indicadores de saúde e a baixo custo, quando comparados resultados e despesas com as médias da OCDE, José Manuel Silva falou daquilo que denomina como «uma guerra permanente na saúde para defender a qualidade da medicina», uma guerra que terá como baixas muitos jovens recém licenciados pois irá empurrar-los para a emigração. Já na fase de comentários, José Poças explicou ser desígnio do Governo português obrigar os médicos a emigrar mas explicou que, «se é mau para o sistema a falta de médicos, o excesso de profissionais é

ainda pior para a qualidade da medicina praticada»: «pretende-se fragilizar, ou melhor, fazer desaparecer os vínculos e baixar o custo». Considerando que o futuro não parece risonho, este médico referiu que, ao ser convidado para um projecto de faculdade, recusou participar porque não quer contribuir para «formar médicos para o desemprego» e frisou ainda que «só na cabeça de um engenheiro poderá fazer algum sentido formar médicos para exportar». A continuar desta forma, a formação irá perder qualidade pois «não há massa crítica e já se vê, neste momento, um doente a 'dividir' por dois internos». O futuro dos jovens? «O mundo é grande», concluiu.

O médico Vítor Augusto lembrou outro grande da história da medicina portuguesa que emigrou: Ribeiro Sanches. «Não é uma questão nova mas ganhou uma nova dimensão», explicou: devido «à falta de planificação de quem tinha o dever de gerir os interesses das populações», «a emigração é um problema inevitável, hoje somos todos médicos sem fronteiras». Para este comentador, uma das principais causas da emigração de jovens médicos é «a falta de horizontes de carreira profissional». Além de se perder o investimento que se fez na formação, com a saída dos jovens, a população médica vai continuar a envelhecer. Acresce que, na fase final da sua formação, «os jovens médicos em vez de estarem preocupados com os estudos, estão já preocupados com a falta de perspectivas de integração no mercado de trabalho». Durante a discussão do tema com a plateia, vários jovens médicos



Valente Fernandes, José Poças e Vítor Augusto

manifestaram o seu apreço por ver os 'seniores' «preocuparem-se com a sua formação e futuro» e a vontade de encontrar um caminho sem ter que recorrer à emigração e concluiu-se que é importante manter um ratio de médicos adequado ao país e às necessidades e expectativas da população bem como evitar a redução dos locais de formação e que o investimento em saúde não pode ser analisado como uma despesa. Com algum consenso, foi igualmente

defendido que a emigração por opção como forma de valorização profissional ou formação é algo desejável como opção. A emigração, por falta de opção, é um caminho que ninguém deseja ver progredir ainda mais no nosso país.



Ao encontro dos colegas da Península de Setúbal

No dia 22 de Março, o presidente da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, deslocou-se à península de Setúbal onde teve reuniões com colegas que prestam cuidados nas unidades do CHBM, com o objectivo de conhecer de perto as dificuldades sentidas no terreno.

Amaral Canelas, presidente do Conselho Distrital de Setúbal da OM, Anita Vilar, presidente da Mesa da Assembleia Distrital de Setúbal, Palma Rodrigues, vice-presidente da Mesa da Assembleia Distrital de Setúbal, Daniel Travancinha e Jorge Espírito Santo - membros consultivos do Conselho Regional do Sul, pelo Distrito Médico de Setúbal -, e Manuel Rodrigues Pereira, vogal do Conselho Distrital de Setúbal da OM acompanharam esta visita ao Centro Hospitalar Barreiro - Montijo (CHBM). O encontro com os colegas desse Centro Hospitalar teve lugar no Hospital do Barreiro, onde a delegação da OM se reuniu com o economista Silveira Ribeiro, nomeado em Novembro de 2012 presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Elisabete Gonçalves, directora clínica e Luísa Alves

da Luz, enfermeira directora. Foi efectuado um enquadramento do CHBM, através da apresentação de algumas estatísticas sobre a população abrangida e a capacidade instalada, bem como a situação económica. O Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE foi criado em 2009 e integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo. O CHBM presta assistência ao nível do internamento, consulta externa, urgência, hospital de dia, assistência domiciliária e assegura, praticamente, todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica daí decorrentes. Com uma área de influência que engloba os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, a instituição serve uma população de cerca de 214 mil habitantes (de acordo com o Censo de 2011). O presidente do conselho de

administração referiu a unidade de cirurgia ambulatória do Hospital do Montijo como «uma das melhores» e referenciou que «o desafio é rentabilizá-la» pois existem dificuldades em termos de «alocação de anestesiólogistas». «O Hospital do Montijo também tem urgência básica, serviço de internamento, imagiologia de baixa diferenciação e várias consultas e ainda áreas devolutas que se pretende rentabilizar, nomeadamente através de um acordo com o ACES que poderá vir a utilizar uma parte do edifício para a instalação de uma USF». Amaral Canelas alertou que a cirurgia em ambulatório com eventual pernoita poderia ser mais eficaz para o aproveitamento, rotatividade e aumento do número de doentes. «Uma unidade dessas, bem dimensionada, na Península de Setúbal, pouparia muito

dinheiro», concluiu. «A ARS está a tentar pôr os hospitais a ‘falar uns com os outros’ e a procurar a complementariedade dos serviços», explicou Silveira Ribeiro, referindo que o problema é a alegada falta de massa crítica de cada uma das instituições. «A solução ambulatorial do Montijo é ‘light’ para não aumentar os riscos de recobro e com isso ter que haver transferências de doentes». Uma das dificuldades apresentadas em termos de gestão de recursos é o próprio contrato-programa: «o hospital tem um contrato a cumprir o que implica reduzir os tempos de espera mas não temos recursos médicos para dar apoio a outras actividades e, ao mesmo tempo, cumprir a actividade programada. Temos que encontrar uma forma de fazer uma gestão mais criativa dos recursos humanos. (...) Preferia que a unidade de cirurgia ambulatorial fosse aqui porque a gestão dos recursos humanos, e dos próprios doentes, seria mais fácil. Mas a realidade é outra. (...) Daí que a escolha para a unidade ambulatorial seja feita pelos doentes que, à partida, não apresentam riscos de complicações». A directora clínica também realçou algumas dificuldades: «há doentes com alta clínica que aguardam internados soluções de problemas sociais ou vaga na rede; (...) Os doentes que têm alta clínica do Barreiro mas que não têm condições para serem mandados embora, são transferidos para o Montijo... (...) Em medicina interna tivemos uma redução de recursos humanos que leva a que a assistência seja assegurada pelos dois médicos da urgência interna». Ainda sobre a questão dos recursos humanos



Jorge Espírito Santo e José Manuel Silva

Palma Rodrigues realçou que a redução dos mesmos origina, necessariamente, o empobrecimento da prestação. Silveira Ribeiro defendeu que falta uma geração em termos de recursos médicos situação que, conforme explicou o presidente da OM, foi agravada com as reformas antecipadas mas que já está compensada para o futuro mas que, no presente, o Ministério terá que contratar médicos reformados para assegurar devidamente a prestação de cuidados de saúde à população. Concordando com a falta de dimensão dos cuidados continuados, o presidente da administração contou o caso de um doente contumaz que, tendo alta clínica, aguardou mais de um ano internado, sem solução para a sua situação e referiu ainda a título de exemplo que o Hospital Beatriz Ângelo já tem 30 camas ocupadas com casos destes. Questionado por José Manuel Silva sobre se Portugal terá ou não camas a mais, tendo em conta que faltam camas para os doentes de que se estava a falar, o economista Silveira Ribeiro referiu que «quando

comparados com os dados da OCDE, temos camas a menos; (...) no somatório não temos camas a mais; Depende...» Ainda sobre esta questão, o presidente da OM defendeu que há claramente falta de camas de crónicos, e deu o exemplo de Coimbra onde foram fechadas camas de agudos, transformando-as em camas de crónicos mas reduzindo o seu número, «sucede que as camas que foram fechadas em Anadia e Cantanhede eram baratas e o que aconteceu aos doentes que as ocupavam? Passaram a ser internados em camas mais caras nos HUC»... Jorge Espírito Santo realçou as particularidades da península e referiu que «o essencial não é discutir que serviços fechar mas sim como gerir o que temos, juntar o que existe, numa situação em que os recursos são escassos, para que tudo funcione da melhor forma e consigamos tratar todos os doentes com excelência».

José Manuel Silva explicou que a OM propôs ao Ministério da Saúde fazer-se um levantamento por especialidade (questionando os especialistas, naturalmente) de quais as reais necessidades

Bastonário da OM com Amaral Canelas e Palma Rodrigues



de recursos humanos do país e com que referênciação. E, com base nesse estudo, «não devemos pensar na menor ou maior qualidade mas sim na máxima qualidade no que for efectivamente necessário. (...) A DGS tentou fazer redes de referênciação mas como estão desenquadradas da realidade nunca avançaram. Para uma reforma hospitalar veja-se primeiro o que o país precisa, em cada área médica, e construa-se a partir daí», concluiu. Palma Rodrigues reforçou esta ideia, questionando: «não há conhecimento epidemiológico real das necessidades; o que parece haver é instalação ao acaso de equipamentos; apenas temos algumas ideias da demografia médica; Como é que se pode montar uma rede que responda às necessidades concretas sem esse conhecimento?» Silveira Ribeiro referiu a título de exemplo que o CHBM «tem equipamentos que não estão na rede de referênciação como a unidade de radioterapia» e que, muitas vezes, «a realidade ultrapassa em velocidade as actualizações administrativas». Outros exemplos de dificuldades que são sentidas neste centro hospitalar são o facto de existir urgência básica no Montijo e

médico-cirúrgica no Barreiro ou as limitações impostas pela Lei dos Compromissos: «concordo com a necessidade de contenção mas a Lei dos Compromissos origina problemas graves», referiu o presidente do Conselho de Administração. A este propósito, José Manuel Silva alertou que ser presidente do CA é mais complicado do que ser Ministro da Saúde porque existe responsabilidade civil e criminal associada às potenciais decisões desse órgão de gestão. O presidente da OM recusa a terminologia 'contenção' e prefere que se fale em «boa gestão», nomeadamente na questão da estrutura de compra de medicamentos e alertou que a Central de Compras que existe é disfuncional. Silveira Ribeiro explicou que na Península de Setúbal se está a tentar efectuar a compra conjunta para todos os hospitais mas frisou que não se pretende de forma alguma criar uma espécie de estrutura de central de compras regional: «isso seria a melhor forma de garantir que não ia funcionar; o que vamos é abrir propostas em conjunto e negociar em conjunto para obter melhores resultados», explicou. Jorge Espírito Santo alertou para a necessidade de se manter a qualidade dos exames

complementares de diagnóstico, pois fala-se na prática de preços incompatíveis com a qualidade dos mesmos. José Manuel Silva exemplificou com exemplos de disfuncionalidades da estrutura implementada: «como é que se consegue compreender que hospitais que distam 20 quilómetros entre si possam comprar o mesmo medicamento uns a 48 euros e outros a 55?», questionou, realçando que é «nestas situações, que é possível corrigir o desperdício». Referindo-se ao projecto de actividades para 2013, os representantes do Conselho de Administração do CHBM explicaram que, entre outras coisas, se pretende reduzir as listas de espera. A este propósito foram referenciadas algumas situações menos correctas: Amaral Canelas explicou que tem acontecido, doentes de especialidades sem lista de espera, serem, em menos de 15 dias, transferidos para o sector privado ou para outros hospitais públicos, sendo que quem assume a despesa é o hospital de origem (isto no caso de doentes que não ultrapassam o tempo de espera definido pela tutela). Além desta redução, os objectivos planeados incluem o aprofundamento da relação com



Manuel Rodrigues Pereira e Daniel Travancinha acompanharam esta visita

o ACES, complementaridade com os outros hospitais da Península e procura de soluções para a sustentabilidade económico-financeira.

As questões de financiamento também foram abordadas nesta reunião, tendo-se concluído que o sistema não é o mais correcto: «um doente que vá ao Hospital do Montijo mas que tenha que ser transferido para o Hospital do Barreiro, será pago como tendo sido atendido numa instituição com urgência básica – o que existe no Montijo - e não com urgência médico-cirúrgica que é o que existe no Barreiro», exemplificou a directora clínica. José Manuel Silva e Amaral Canelas comentaram essa situação como sendo «grotesca» e originadora de subfinanciamento. «Um hospital tem que ser financiado pelas suas competências e não pelo índice de case mix; (...) cada cirurgia deve ser adequadamente financiada e não por médias porque essa forma pode originar a exclusão

de doentes», referiram.

Seguiu-se uma visita à urgência geral do Hospital do Barreiro, acompanhada pelas médicas Elvira Camacho e Teresinha Ponte, tendo sido explicado que há falta de espaço e que são necessários melhoramentos a esse serviço. Pelo corredor existem várias macas com doentes (o chamado 'S.O. corredor') numa clara situação de total falta de privacidade. Falta uma unidade de recobro e, por vezes, os doentes vêm as suas cirurgias adiadas por não haver vaga para o pós-operatório; A unidade seguinte nesta visita foi a urgência pediátrica, onde se abordou a questão da triagem e da necessidade da mesma ser efectuada por médicos para que os sintomas sejam devidamente valorizados. Neste serviço as condições são mais adequadas: o S.O. é suficiente e a sala de enfermagem está muito bem equipada. O último serviço por onde passou esta delegação da OM foi o de Medicina Interna que

tem camas espalhadas por outros serviços (seis camas de medicina interna no serviço de cardiologia, ou 20 no Hospital do Montijo, por exemplo). Sobre a flexibilidade da gestão para resolver questões de privacidade entre doentes do sexo masculino e feminino, por exemplo, o presidente da OM foi peremptório: «o problema é que a taxa de ocupação é excessivamente elevada o que dificulta a gestão; quando procuramos resolver problemas que outros deviam resolver, não é uma boa gestão; Faltam camas; As salas não deviam ter 3 camas mas sim 2. Estamos a inventar soluções para 'empacotar' os doentes?! A verdade é que quer a realidade quer a estatística contrariam essa ideia de que existem camas a mais em Portugal»

Esta visita incluiu igualmente reuniões com colegas do ACES Arco Ribeirinho, as quais divulgámos na anterior edição da ROM.

Maria Fernanda Ventura

Presidente da Associação de Mulheres com Patologia Mamária

Alguns dos problemas existentes no CHBM poderiam ser resolvidos...

Na sequência da visita ao CHBM, a ROM entrevistou Maria Fernanda Ventura, presidente da associação de Mulheres com Patologia Mamária (AMPM). Numa breve conversa, ficámos a conhecer as principais preocupações em relação à valência oncológica do Hospital do Barreiro, nomeadamente no que se refere à falta de profissionais médicos em várias especialidades que contribuem para o diagnóstico e tratamento do doente oncológico. A presidente da AMPM salientou «o esforço do grupo multidisciplinar de profissionais de saúde, que apesar das restrições existentes, tem continuado a prestar um serviço da melhor qualidade possível aos doentes oncológicos».

Revista da Ordem dos Médicos - Qual tem sido a intervenção da AMPM na defesa do serviço de oncologia do Barreiro?

Maria Fernanda Ventura - A AMPM afirmou-se desde a sua constituição como sendo uma associação de defesa dos direitos dos utentes de saúde. Nesta conformidade o nosso empenho em defesa do serviço de oncologia do Hospital do Barreiro tem-se manifestado nas várias acções que temos desenvolvido. Após a tomada de conhecimento da saída de dois oncologistas no ano de 2012 (um em Março e outro em Junho) foi nossa principal preocupação recolher informação junto do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Barreiro Montijo sobre as soluções que estariam a ser equacionadas para resolver o problema.

Dado que o problema não parecia ter solução à vista e após reunião do Observatório Municipal de

Saúde do Concelho do Barreiro decidimos que a constituição do Movimento Cidadania (que incluiu a representante da petição pública levada a cabo por doentes oncológicas do Hospital do Barreiro, bem como representantes das freguesias do concelho e a representante da Plataforma Cidadã Resistência à Destruição do Serviço Nacional da Saúde) seria uma maneira mais eficaz de coordenar esforços na defesa da valência oncológica do Hospital do Barreiro.

No sentido de alertar os responsáveis políticos e debater esta situação, requeremos audiências aos vários Grupos Parlamentares. Fomos recebidas, até esta data, pelo Grupo Parlamentar do PCP (15-11-2012), do Bloco de Esquerda (28-11-2012) e do Partido Ecologista "Os Verdes" (28-11-2012). Com este último já tínhamos tido uma reunião no dia 11 de Outubro de 2012 na Junta de Freguesia da

Verderena (Barreiro).

Fomos igualmente recebidas pela Relatora da Petição, Dr^a. Mercês Borges a 9 de Janeiro de 2013. No dia 6 de Fevereiro de 2013 fomos recebidas pela Comissão Parlamentar de Saúde, presidida pela deputada Maria Antónia Almeida Santos na qual estiveram presentes deputados de todos os partidos com acento parlamentar e onde mais uma vez fizemos eco das nossas preocupações relativamente ao funcionamento da valência de Oncologia (Unidade Oncológica-Anatomia Patológica e Serviço de Radioterapia).

No dia 19 de Fevereiro convocamos uma conferência de Imprensa em que demos a conhecer aos órgãos de comunicação social todas as acções levadas a cabo até essa data. No dia 25 de Fevereiro de 2013 realizou-se mais uma reunião com o Conselho de Administração do CHBM em

que voltamos a relatar todas as nossas preocupações em relação a este assunto.

ROM - O Movimento de Cidadania (do qual a AMPM faz parte) surge como reacção à falta de recursos humanos médicos no CHBM. Em que especialidades a falta de recursos humanos tem sido mais sentida pelos utentes?

MFV - A falta de recursos humanos faz-se sentir em várias especialidades, nomeadamente oncologia, radioterapia, imuno-hemoterapia, gastroenterologia, dermatologia, cirurgia plástica, urologia, medicina interna (onde se verificou a saída de 6 médicos), cardiologia, podendo ainda acrescentar-se a saída de 26 enfermeiros do Hospital. O Serviço de Medicina encontra-se actualmente com falta de camas e o atendimento no Serviço de Urgência denota grande falta de meios para funcionar de forma eficaz.

ROM - Já foram recebidos pela ARS-LVT?

MFV - Até esta data (11 de Abril) não tivemos qualquer resposta ao nosso pedido de reunião com a ARS-LVT em Novembro do ano transacto, o que lamentamos pois seria vantajoso para nós esclarecer alguns pontos que nas reuniões com o Conselho de Administração do CHBM têm ficado sempre sem resposta por a responsabilidade da sua solução ser imputada à ARS.

ROM - Qual é, do ponto de vista dos utentes, a situação em que se encontra a valência de Oncologia?

MFV - As informações que nos chegam através das nossas associadas, doentes do serviço de oncologia, fazem-nos manter

algumas preocupações com o funcionamento da Unidade. Embora tenhamos que salientar o esforço do grupo multidisciplinar de profissionais de saúde, que apesar das restrições existentes, tem continuado a prestar um serviço da melhor qualidade possível aos doentes oncológicos, a verdade é que o elevado número de consultas que os mesmos são forçados a efectuar por falta de oncologistas obriga a muitas horas de espera por parte dos doentes. Igualmente a distribuição de medicamentos obriga a deslocações semanais (no caso de alguns dos medicamentos dispensados pela farmácia hospitalar) o que representa um esforço físico e monetário para pessoas já de si fragilizadas pela doença. Não podemos esquecer que o CHBM abrange 4 concelhos (Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete) e que alguns dos doentes tratados na Unidade de Oncologia são de concelhos mais distantes da zona Sul, tal como Sines, Santiago do Cacém, etc.

ROM - Quais as vossas principais preocupações no que se refere ao funcionamento da Unidade de Oncologia?

MFV - As nossas preocupações no que se refere ao funcionamento da unidade de oncologia do Hospital do Barreiro centram-se principalmente na falta de médicos oncologistas provocada pelas saídas verificadas em 2012. Esta falta de médicos provoca uma sobrecarga de trabalho aos médicos existentes causando um desgaste tanto físico como psicológico que se irá reflectir em última análise nos doentes por muito boa vontade e espírito de sacrifício que exista por parte das equipas. Quanto à valência de

oncologia as nossas preocupações são mais vastas pois incluem a falta de físicos e técnicos de rádio no Serviço de Radioterapia que podem provocar o encerramento de um dos aceleradores lineares existentes no Hospital.

ROM - Como têm sido os contactos com a Administração do Hospital e que perspectivas vêem para o futuro?

MFV - Os contactos com o Conselho de Administração têm decorrido da nossa parte numa perspectiva construtiva pois queremos estar do lado das soluções e não do lado do problema embora a manifestação das nossas preocupações nem sempre seja entendida como tal. Quanto a perspectivas para o futuro tememos que elas não sejam as melhores pois os cortes verificados na saúde espantam de certo modo a actuação dos Conselhos de Administração dos Hospitais, e o Barreiro não é excepção. De qualquer modo pensamos que alguns dos problemas existentes no CHBM poderiam ser resolvidos se para tal houvesse vontade e disponibilidade.





Miguel Guimarães

Presidente do CRNOM

Desqualificação e Dignidade dos Médicos

A desqualificação pública que se pretende fazer dos médicos não serve os interesses dos doentes nem do País.

As recentes notícias na comunicação social, procurando denegrir publicamente a imagem dos médicos, e as consequentes declarações de altos responsáveis do Ministério da Saúde e dos seus mandatários políticos e afins não são boas notícias para o SNS e para os portugueses. Introduzir publicamente uma ideia negativa dos médicos para de seguida procurar implementar medidas altamente penalizadoras para os profissionais de saúde e para os doentes, é uma estratégia inqualificável que não tem paralelo na história do SNS. Os médicos, em geral, têm sido os primeiros e principais defensores dos direitos dos doentes e da qualidade da Medicina e dos cuidados de saúde. Por isso, para que o Ministério da Saúde possa prosseguir a sua política de total desmantelamento do património do SNS, tem que enfraquecer os principais defensores da Saúde dos portugueses: os médicos. A desqualificação pública que se pretende fazer dos médicos não serve os interesses dos doentes

nem do País. Quem não se lembra das declarações do Secretário de Estado Fernando Leal da Costa, no período que precedeu a Greve dos Médicos, de que “os médicos são uns privilegiados e não querem trabalhar”? É este o espírito demolidor que alimenta muitas das notícias que diariamente nos

*“Não é fácil
desqualificar os
médicos e retirar-lhes
a sua Dignidade”*

invadem. Sem qualquer respeito pela verdade e pela dignidade daqueles que diariamente dão o seu melhor contributo em prol da saúde dos doentes.

Paralelamente, as situações de total desrespeito pelos acordos estabelecidos caracterizaram a actuação do Ministério da Saúde nos últimos seis meses, e constituem um precedente muito grave num Estado democrático. Os responsáveis pelo Ministério da Saúde não estão a cumprir o

acordo assinado com os Sindicatos Médicos, não aplicando na prática a Carreira Médica. Não estão a cumprir com a Ordem dos Médicos, violando ou tentando violar de forma sistemática as competências específicas dos médicos. De resto, engavetaram a proposta de acto médico apresentada pela Ordem dos Médicos, não respeitaram o acto médico e a relação médico-doente na prescrição de medicamentos e preparavam-se para substituir médicos por enfermeiros em nome da sustentabilidade do SNS. Sem qualquer preocupação pelos doentes ou pela qualidade da Medicina.

Numa altura de crise social, em que todos nós portugueses nos sentimos injustiçados, e em que o bom senso deveria constituir um imperativo público, no sentido de devolver uma réstia de esperança ao nosso presente a pensar no futuro, este tipo de atitudes são absolutamente inaceitáveis, e por isso não toleráveis. Não é seguramente uma posição de Estado. Apenas contribuem para

aumentar a indignação dos médicos e de todos os portugueses. É com muito orgulho que os médicos exercem a sua missão ao serviço da Saúde e da Vida, no respeito pela dignidade do ser humano, pela Ética Médica e pelo Código Deontológico, desempenhando uma relevante função social ao serviço do Homem e da comunidade. Neste sentido, é para nós um privilégio poder servir os doentes e o País. E fazemo-lo com responsabilidade disciplinar, civil e penal, o que parece não acontecer em muitas outras actividades, como todos os portugueses bem sabem. De resto, se existem médicos que transgridem, devem ser julgados e condenados, se for caso disso. Um estudante de medicina é médico especialista ao fim de cerca de 13 anos após ter entrado numa Faculdade de Medicina, depois de muito estudo, aquisição de competências específicas e prestação pública de múltiplas provas, que lhe permitem o exercício da medicina e auferir de um ordenado miserável que não está minimamente de acordo com as suas responsabilidades. A progressão profissional na Carreira

Médica significa a existência de concursos e a prestação de mais provas públicas. Os médicos, como pilar essencial do SNS, são os principais responsáveis pela melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e pelo sucesso do SNS numa comparação internacional, estando associados aos méritos do nosso SNS relatados pela OCDE e pela OMS. Os médicos portugueses são internacionalmente reconhecidos como excelentes profissionais, e os que mais prestigiaram um serviço público em Portugal. Os médicos sentem diariamente o peso da responsabilidade dos actos que praticam. Sabem que, potencialmente, podem influenciar e determinar a vida de outros seres humanos, e que qualquer erro ou descuido pode ser fatal ou impossível de corrigir. Não é fácil desqualificar os médicos e retirar-lhes a sua Dignidade.

A última Greve Nacional dos Médicos convocada pelos Sindicatos Médicos e apoiada pela Ordem foi fundamentalmente uma questão de justiça social. Por isso, no comunicado conjunto emitido em 6 de Junho de 2012 se fez a

defesa do SNS e dos Portugueses. É que o SNS tem sido e é absolutamente indispensável numa sociedade que preza os direitos humanos e a dignidade das pessoas. O respeito pela dignidade do ser humano, a igualdade de acesso e tratamento e a solidariedade social são o código genético em que assenta o nosso SNS. Por isso, a sustentabilidade do SNS é obrigatória, porque este é um factor decisivo de coesão social.

Por mais que o Ministério da Saúde procure transferir para os médicos o odioso da sua política anti-social, não o irá conseguir se soubermos encontrar nas nossas diferenças aquilo que nos une. A defesa da dignidade dos médicos, dos doentes e do SNS são princípios de que não devemos abdicar nunca. Como ontem, hoje e no futuro. A Bem dos Doentes, da Medicina, do SNS e do País.

Este é o momento de, mais uma vez, unirmos esforços e assumirmos em conjunto os desafios que são de todos nós.

(Texto publicado como editorial no Norte Médico).

notícias

Mensagem de reconhecimento

«Sou uma mulher de 37 anos residente em Aveiro que, em Janeiro de 2012, sofreu uma rotura de aneurisma cerebral. Recorri ao Hospital Infante D. Pedro e fui atendida pelo Dr. Marcelo Alfaro que após alguns exames fez um diagnóstico assustador - hemorragia cerebral devida provavelmente a um aneurisma. Neste dia os corredores do hospital estavam particularmente cheios de macas. Mandou-me imediatamente para os HUC onde fui operada algumas horas depois. Obviamente tudo correu bem e fui até um caso de 'recuperação recorde' como alguns enfermeiros diziam! Passados alguns meses já restabelecida dirigi-me ao hospital de Aveiro para agradecer ao Dr. Marcelo Alfaro a prontidão e profissionalismo com que me atendeu, um dos factores responsáveis pela minha sobrevivência. No entanto fui informada que ele não trabalha lá. É esta a razão pela qual deixo esta mensagem: de algum modo gostaria que chegasse até este médico a expressão da minha gratidão. Quem passa por um susto destes nunca se esquece nem esquece aqueles que com o seu profissionalismo e cuidado contribuíram para voltarmos à nossa vida!

Aos médicos (especialmente ao Dr. Gonçalo), enfermeiros e auxiliares que me trataram tão bem em Coimbra já agradeço pessoalmente e continuo a fazê-lo todos os dias.» - Ana Rito



Philippe Botas

Interno de Medicina Geral e Familiar
USF Topázio, Coimbra

Contrassenso

“Artigo 31.º - Emissão do atestado médico e do certificado de avaliação psicológica

1 - O atestado médico e o certificado de avaliação psicológica são emitidos respetivamente pelo médico e pelo psicólogo e contêm a menção de «Apto» ou «Inapto», consoante o caso, e a indicação, nos casos de «Apto» e se existirem, das restrições impostas ao condutor e ou adaptações do veículo.”¹.

Alguém, 50 anos, desempregado. A profissão que sempre exerceu foi de condutor de veículos pesados. Foi despedido há 1 ano. O que o preocupa, para além de não conseguir emprego, são as rendas em atraso e os filhos que estão na Universidade. A sua saúde não é a melhor. Foi submetido a cirurgia por hérnia discal lombar. Ao realizar esforços intensos tem dores lombares, com necessidade de recorrer a analgésicos. A sua esposa também não tem emprego.

Alguém tem que renovar a carta de condução. Essencial para a profissão que sempre exerceu. Vai a consulta com o seu Médico de Família. Já se conhecem há muito tempo, apesar de não ser assíduo em consultas. Alguém diz que as dificuldades económicas não permitem gastos com consultas (“Existem outras coisas mais importantes” sic). Após uma breve avaliação no consultório, o Médico de Família preenche o atestado médico

necessário. Referencia para o Psicólogo que trabalha na Sede do Centro de Saúde.

No dia seguinte, Alguém recebe um atencioso telefonema do Psicólogo que lhe diz não poder preencher o certificado de avaliação psicológica. Explica-lhe a necessidade de testes específicos que não possui no seu consultório. Sugere-lhe algumas clínicas onde é possível realizar esta avaliação.

Alguém fala com o seu Médico de Família, que decide fazer referência para o Hospital da área de residência. Alguns dias depois, Alguém recebe um atencioso telefonema do Psicólogo em funções no Hospital. Explica-lhe que o preenchimento do certificado de avaliação psicológica exige a utilização de aparelhos e instrumentos sofisticados que não estão disponíveis naquela instituição.

Alguém começa a perder a paciência. Procura por informação que o esclareça

sobre as possibilidades que tem para obter o certificado. Afinal de contas, precisa da carta de condução. É a sua fonte de rendimento. O suporte para a sua família. A garantia de manter uma luz de esperança em relação a possibilidades futuras. A saúde e bem-estar da sua família dependem deste certificado.

Alguém desespera. Mais um problema para juntar aos muitos que já tem. O número de discussões em casa aumenta.

Todas as informações que obtém apontam para entidades privadas que lhe garantem a avaliação psicológica. Alguém não tem muitas opções. Na escola de condução realizam esta avaliação. Faz a marcação. Na consulta, Alguém não identifica aparelhos sofisticados. A consulta é rápida e já tem o certificado. Só ele sabe o quanto necessário é a quantia que pagou. E esta saga ainda não acabou...

1 - Decreto-Lei nº 138/2012. Diário da República, 1.ª série – Nº 129 – 5 de Julho de 2012



Jorge F. Seabra

Membro da Comissão da Ordem dos Médicos para o SNS

O SNS, os swaps, e o desastre do nosso quotidiano

Para quem, nos últimos três artigos para a revista da OM, tentou tornar claro que a alegada insustentabilidade financeira do SNS é uma história da carochinha, o desbaratar cerca de 2.600 milhões de euros nos agora famosos “swap”, aparece apenas como uma dispensável confirmação de tudo o que foi escrito.

Ainda nesse caminho, apenas dois apontamentos: António José Seguro, líder do PS, apontou agora, como outros já o tinham feito, uma forma de arranjar dinheiro que posso acrescentar à minha lista das alternativas ao “não há alternativa”: 3.000 milhões de euros que o BCE ganhou, só neste ano, no mercado secundário com a dívida portuguesa, e que podiam (e deviam) ser devolvidos a Portugal, como foi feito a outros países. O Vice-Presidente do BCE está de acordo (Expresso 27-4-13). Só com isso, Portugal resolveria muitos problemas. Também Martim Avelaz Figueiredo, um dos jornalistas apoiantes dos caminhos recessivos da moda, refere que, segundo a consultora Merryl Lynch, existem doze mil portugueses com mais de 640 mil euros de rendimentos anuais (!), esses sim, verdadeiros ricos. Se fossem taxados mais 3% ao ano, haveria mais 223 milhões de euros (Expresso, 16-2-13). Se lhes fossem cobrados mais 12% seriam quase mil milhões para o Estado Social sem que os visados deixassem de jogar golf

ou de passear nos seus iates. Mas voltemos aos “swaps”. A verdade é que quando me preparava para continuar a denúncia do ataque ao SNS com números e estatísticas – que, como alguém já disse, são tantas vezes usadas como os biquínis servindo para mostrar a sugestão escondendo o essencial – desabaram abruptamente os milhões perdidos nessas estrelas da constelação especulativa. Embora correndo o risco de este artigo ser datado pela rapidez com que os acontecimentos se vão sucedendo, a importância presente e futura desses “produtos financeiros” – que literalmente não são nem uma coisa nem outra – faz com que, pelas piores razões, o tema não possa ser deixado para trás quando se procura abordar a alegada falta de dinheiro que põe em causa o financiamento da SNS e do Estado Social. Com a hipocrisia que lhes deve ser ensinada nas universidades de Verão dos pequenos jotas, uma alcateia de governantes, gestores e comentaristas, fustigaram os cidadãos e a função pública (médicos incluídos) por

trabalharem pouco e viverem bem demais, enquanto por trás da cortina as suas alminhas empreendedoras escavavam buracos nos dinheiros da nação num valor que, só no exemplo de “swapismo” dos transportes públicos (também considerados insustentáveis), ultrapassa tudo o que dizem ser necessário cortar no SNS.

Para se perceber melhor o esquema, citemos o insuspeito Prof. Victor Bento, economista e Conselheiro de Estado, que, numa explicação dada ao Diário Económico há quase um ano (Julho de 2012), o resumiu assim:

“Suponha que os gestores de uma empresa pública iam a um casino e apostavam na roleta umas centenas de milhões de euros do dinheiro da empresa, perdendo-os. Qual seria a reação social?”.

Perceberam?

O círculo do deslante completa-se com a renegociação do Estado a ser dirigida por João Moreira Rato, ex-funcionário da Goldman-Sachs, o gigante mal afamado, um dos bancos implicados. O atual presidente do Instituto de Gestão da



Tesouraria e do Crédito Público (IGCP) senta-se agora do lado oposto da mesa “regateando” com ex-colegas e ex-patrões, sob a tutela da Secretária de Estado do Tesouro, Maria Luísa Albuquerque, também ela no duplo papel de investigadora e investigada, já que, enquanto Diretora do Departamento de Gestão da REFER, contratou uma dose de “swaps”, logo desculpados por envolverem “apenas” quarenta milhões de euros de perdas.

Mas o que tem isto a ver com a sustentabilidade do SNS?

Pode parecer distante mas, na realidade, tudo isto está

no carço da ideologia e da argumentação dos que lhe cortam as veias debitando um discurso falsamente puritano e grávido de superioridade moral, afirmando que é esse o caminho da redenção, tentando fazer passar uma mensagem que colide dramaticamente com a realidade.

Dirão alguns que estes casos não são estruturais, constituindo episódios pontuais, sem continuidade ou impacto duradouro. E há falta de melhor, esse poderia ser um argumento plausível.

De facto, esta é uma época em que passou a ser aceitável uma especulaçãozinha sofisticada,

uma jogatina na bolsa, uma “alavancagem” de risco (para mais com dinheiros do Estado), sendo esse o sabor e o cheiro da aventureira vida dos gestores cá da terra, com que pretendem justificar os salários obscenos. E se dá para o torto, logo há gente credenciada a assegurar que o buraco que criaram pouco abala a economia e nada tem a ver com questões nucleares como produtividade ou opções de desenvolvimento.

Mas será que se podem considerar pontuais os repetidos escândalos envolvendo dinheiros públicos? Não serão eles um reflexo (local, nacional ou

européu), de uma filosofia com interesses próprios, que cria o facilitismo e a promiscuidade institucional e o ambiente propício para que esses casos aconteçam e se multipliquem?

Será que podemos interpretar a ininterrupta cascata de casos como o do BPN (pré e pós intervenção), do BPP, do BCP, das contas Madeira, da Estradas de Portugal, do SIRESP, das rendas da energia, das PPP's, das Fundações inúteis, dos processos "Furacão", "Monte Branco", "Face Oculta", da "Parque Escolar", dos estaleiros de Viana, das contrapartidas dos submarinos, dos 600 milhões de F-16 encaixotados, dos 1.000 milhões emprestados a Joe Berardo, dos 2.000 milhões perdidos pelo Fundo de Estabilização da Segurança Social, dos 2.600 milhões desbaratados nos *swaps* - sem contar com os de âmbito local ou regional e os que estão na sombra mas que irão aparecer (uma aposta segura), - como episódios pontuais e pouco influentes?

Na realidade o aparecimento de novos casos de incompetência,

má gestão ou corrupção com dinheiros públicos, passou a acompanhar, ou mesmo ultrapassar, o ritmo do anúncio de novos cortes e de novos planos de austeridade, e implicam perdas tão vultuosas que têm de ser consideradas estruturais, porque, para além do que retiram à economia real em investimentos produtivos, atingem valores que dariam para evitar os brutais confiscos que são feitos aos cidadãos em nome do "Santo Graal" da correção do défice e da dívida que, de resto, nem sequer assim é alcançado.

"A nossa postura é negocial", afirmou João Moreira Rato (RTP 1 em 3-5-13), ex-gestor da Goldman-Sachs e "nosso" negociador dos 2.600 milhões iniciais em perda nos "swaps". E se o governo, em vez de quebrar o contrato que tem com os cidadãos, sua primeira e constitucional obrigação, dissesse "basta!" ao pagamento de juros agiotas e de dívidas "maliciosas", assim designadas por serem criadas com desonestidade e má-fé?

"Enfrentar os credores dos swaps, a

*finá-flor da pirataria internacional (Goldman-Sachs, JP Morgan, Deutch Bank, BNP Paribas) - e dizer-lhes: meus senhores, pagaremos o que emprestaram, mais os juros contratados, mais o prémio do seguro; quanto ao que é especulativo e injustificado não pagamos um euro. Estamos numa situação de emergência nacional em que cortámos salários, pensões e subsídios, subimos impostos a um ponto inaudito, temos 20% de desempregados e uma recessão sem fim à vista. Era o que faltava se fossemos sobrecarregar os portugueses com uma nova dívida absolutamente imoral. E deixávamo-los ir para tribunal, onde nos defenderíamos invocando enriquecimento sem causa, burla e gestão danosa...", escreveu e mesmo assim tolerante Miguel Sousa Tavares** (Expresso 27-4-13), insuspeito de ser revolucionário e pouco dado a amores pelos funcionários públicos.

Acham que o governo vai seguir esse caminho ou vai continuar a cortar no SNS e no Estado Social "porque não há alternativa"?



Inês Guerra

Assistente Social do Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos

Fundo de Solidariedade da OM na perspectiva do Serviço Social

O Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos (FSOM) nasceu da extinção da Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses, e foi criado pelo decreto-lei nº 27/87. Tem como principal finalidade a concessão de benefícios sociais à classe médica, sendo gerido pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos nos termos estabelecidos em regulamento aprovado pela respectiva Ordem.

A Comissão do FSOM é formada por três elementos cada um pertencente aos diferentes Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos, uma assistente social e uma secretária. O FSOM completou 11 anos em Setembro de 2012 e têm como função avaliar todos os pedidos efectuados face a um diagnóstico social realizado previamente pela Assistente Social.

Inicialmente, começou-se por avaliar inúmeras situações sociais recebidas através da Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses das quais a Ordem dos Médicos não possuía qualquer conhecimento e para as quais era premente encontrar uma solução.

Durante o primeiro ano de actividade existiu a preocupação de avaliar todos os casos recebidos através da Caixa de Previdên-

cia. Sobre estes Beneficiários não existia qualquer tipo de informação, ou conhecimento das reais condições socioeconómicas. A informação disponível era muito escassa, mas sabia-se que estas pessoas faziam questão de receber efémeros apoios da Ordem dos Médicos (500\$00, 1000\$00) o que nos fazia crer que se encontravam em situações de grande vulnerabilidade social. Desconheciam-se os motivos de atribuição dos apoios, quem os tinha atribuído e qual a situação ou contexto em que estas pessoas viviam.

Para avaliar estas situações o FSOM contou desde o início com a colaboração de uma Assistente Social. Os casos avaliados neste primeiro ano estavam relacionados com o envelhecimento, nomeadamente com questões relacionadas com a dependência, com a falta de recursos económi-

cos/pobreza, com a falta de redes familiares, entre outros. Em termos gerais, o valor das pensões destes Beneficiários era muito baixo, o que os colocava em situação de grande fragilidade social. Este facto, associado ao grau de dependência e aos elevados custos com a saúde fez com que o FSOM acompanhasse algumas situações de “pobreza envergonhada”. Outro facto que promove esta vulnerabilidade social é que a maior parte destes Beneficiários não tem familiares directos que os apoiem, nem qualquer rede de suporte. A maioria das situações avaliadas necessitaram de intervenção, para a melhoria da sua qualidade de vida e do seu bem-estar.

Na generalidade dos casos recebidos através da Caixa de Previdência, a idade dos Beneficiários era muito avançada ou o estado de saúde muito



Assistente Social com: Yglesias de Oliveira (Presidente da Comissão Executiva), Maria dos Prazeres Francisco e Alberto Pinto Hespanhol (Membros da Comissão Executiva de Gestão do FS).

frágil (doenças crónicas e grande dependência).

No que diz respeito às respostas e apoios concedidos, inicialmente não estavam definidos. Isto deveu-se ao facto de não existir um conhecimento prévio das situações sociais e das reais necessidades dos Beneficiários. Assim, tentou-se que tanto as respostas como os apoios sociais pudessem responder não só às necessidades apresentadas mas, também viessem ao encontro de algumas expectativas expressas pelos Beneficiários. Deste modo, criou-se como critério de atribuição um quadro definido pelo cruzamento dos indicadores de rendimento/despesas com os indicadores de conforto/consumos culturais.

A par da avaliação dos processos recebidos através da Caixa de Previdência, durante o ano de 2001, o FSOM recebeu inúmeros pedidos de apoio. As problemá-

ticas eram muito variadas e não nos encontrávamos preparados para responder. Naquele momento, percebemos que dependíamos para responder a alguns destes pedidos, da intervenção dos recursos da comunidade, nomeadamente lares, serviços de apoio domiciliário, entre outros. Estes primeiros anos de intervenção do FSOM foram fundamentais para desenvolver o actual projecto.

A estratégia adoptada pela Assistente Social para uma aproximação e relação mais facilitada com os Beneficiários, foi realizar visitas domiciliárias. A justificação para a utilização desta técnica deveu-se ao facto da população-alvo ter características muito específicas, nomeadamente ser uma população que preserva muito a sua privacidade, tem algumas resistências em pedir apoio social e tem alguma dificuldade

em expor as suas fragilidades e vulnerabilidades.

Ao mesmo tempo, as visitas domiciliárias permitiram conhecer as reais condições habitacionais de cada Beneficiário, isto é, facilitaram um conhecimento mais objectivo sobre a dinâmica familiar e individual dos Beneficiários, como também da rede de suporte existente, observar as condições ambientais em que a família/indivíduo vive e ainda perceber o seu meio envolvente. O que permitiu uma visão mais real e um conhecimento da situação em que o indivíduo/ família se encontrava.

A visita domiciliária contribuiu ainda para um relacionamento assistente social/ beneficiário/ família mais próximo e confiante, permitindo uma maior adesão à intervenção, uma vez que as pessoas tendem a enfrentar

melhor as suas dificuldades quando estão no seu próprio meio social, familiar ou comunitário. Assim, a visita domiciliária demonstrou ser um instrumento importante para a prática desenvolvida.

É de destacar que ao longo destes 11 anos de intervenção, a relação entre a Assistente Social e os diferentes Beneficiários tem sido sempre uma relação bastante facilitada. A nosso ver esta circunstância deve-se ao facto de se criarem critérios de avaliação diagnóstica e adoptarem estratégias de um relacionamento de proximidade. São factores facilitadores:

- A Assistente Social deslocar-se à residência do Beneficiário.

Este facto preserva a privacidade dos Beneficiários. Por outro lado, valorizam muito o facto de este atendimento ser na sua residência, pois a formalidade de se deslocarem à Ordem dos Médicos, como também a distância, poderia inibir alguns Beneficiários de exporem o seu caso.

- Uma resposta célere.

O tempo entre o pedido efectuado e a resposta ao pedido ser realizada com brevidade.

- Repostas personalizadas.

Não existem respostas pré-definidas aos pedidos efectuados, isto leva o Beneficiário a sentir que existe preocupação em responder à sua situação individual e concreta e não estar perante um padrão de respostas massivas, pré-formatadas para os problemas apresentados.

- Maior divulgação do trabalho do FSOM.

Existe, actualmente, um maior conhecimento da intervenção do FSOM, o que tem atenuado alguns preconceitos ou resistências dos Beneficiários que solicitam o apoio.

- Valorização da solidariedade inter-pares

Face ao actual contexto, de crise socioeconómica, valorizar-se a importância que a Ordem dos Médicos dá às questões sociais e à solidariedade entre os seus membros.

Pelo FSOM já passaram mais de 138 processos. Estes processos podem ser de pessoas individuais como de famílias. Alguns destes processos foram resolvidos com sucesso mas uma grande parte destes continua a ser acompanhado pela Assistente Social.

O número de pedidos nos últimos dois anos tem aumentado consideravelmente. Crê-se que o aumento de pedidos é reflexo da actual conjuntura socioeconómica. Por outro lado, a complexidade dos casos sociais abrangidos tem vindo a aumentar, dada a multidimensionalidade dos problemas dos novos pedidos.

Nos últimos anos, os pedidos efectuados assumiram novos contornos, isto é, inicialmente a intervenção centrava-se exclusivamente em questões que envolviam o envelhecimento, o baixo valor das reformas e a dependência. Actualmente tem vindo a receber outro género de pedido, que nos tem exigido outro tipo de intervenção. Existe uma grande diversidade de problemáticas, nomeadamente: velhice e situações de dependência; saúde mental; acesso/ mediação com os recursos da comunidade; apoio escolar a órfãos; insuficiência económica/ pobreza; entre outros.

A grande complexidade das situações sociais faz com que o acompanhamento social exigido para a resolução das situações tivesse que ser repensado, tornan-

do-se necessário ser mais presente e contínuo. Para além das ajudas financeiras e materiais torna-se fundamental o acompanhamento psico-social, a mediação/selecção e encaminhamento para os recursos sociais necessários a cada Beneficiário.

Neste contexto, a imprevisibilidade das mudanças que ocorrem na sociedade, traduzida na crescente complexidade dos problemas, entendidos estes, como situações que os indivíduos e famílias não conseguem resolver por si, determinam a necessidade de implementar novas formas de abordagem e procedimentos que possibilitem uma intervenção mais adequada, susceptível de influenciar e alterar os modos de vida dos indivíduos que recorrem ao FSOM. Contribuir para a prevenção e resolução dos problemas, exige um trabalho com as pessoas, com os sistemas e com as políticas, no sentido da valorização do factor humano e do local como espaço de vida, numa perspectiva de inserção social facilitadora de cidadania. Mais do que nunca o FSOM é um projecto de relevo dentro da Ordem dos Médicos, onde se procura responder às questões sociais que afectam a classe médica e a sua família, tentando sempre contribuir para o bem-estar dos seus Beneficiários, para o reforço da solidariedade e a procura de um envelhecimento activo, significativo e com projectos pessoais e grupais.

Contactos:

Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos
Avenida Almirante Gago Coutinho nº 151
1749 - 084 LISBOA
Telefone Secretariado: 218 427 160
Fax: 218 427 199
email: vania.relvas@omcne.pt



Teresa Lopes

Chefe de Serviço de MGF, Coimbra

Os CSP, as USF e as UCSP em jeito de balanço

“É um fenómeno curioso:

O país ergue-se indignado, moureja o dia inteiro indignado, come, bebe e diverte-se indignado, mas não passa disto.

Falta-lhe o romantismo cívico da agressão.

Somos, socialmente, uma colectividade pacífica de revoltados.” – Miguel Torga

“Está tudo bem assim e não podia ser de outra forma”. Esta frase era dita, antigamente, por um responsável político, quando não havia mudanças e não se podia expressar qualquer opinião.

Actualmente, vivemos num país e numa Europa em convulsão económica e social, a várias velocidades, com repercussão em todos os sectores, inclusive o da Saúde.

Os cortes são muitos, alguns cegos, outros cirúrgicos.

E esta problemática da crise e da Troika leva-nos mais uma vez às pretensas reformas em curso e, neste caso particular, à reforma dos CSP e às modificações em discussão, acredito, sempre no sentido de otimizar e de melhor servir os doentes.

Dizia-se, quando eu era bem mais nova, utilizando duas marcas conhecidas de cigarros - Prefiro Definitivos provisoriamente que Provisórios definitivamente.

Esta reforma, supostamente para melhorar as condições de trabalho e funcionamento dos

CSP e, consequentemente, os cuidados a prestar aos doentes, será definitiva.

Contudo, devido às desigualdades criadas e até agora não resolvidas, às constantes mudanças, avanços e recuos, consoante a crise, a reforma mantém-se provisória.

Portanto, a leitura possível, nesta fase, é de que será uma reforma provisória mas definitivamente instalada, com um desenho definitivo ainda muito incerto e sempre provisório até ao próximo corte de Troika.

Actualmente, com a criação e generalização das UCSP (“USF-like”, mas parentes mais pobres da reforma, visto não haver verba para condições físicas adequadas, não haver rácio adequado nos vários profissionais da equipa, continuarem a existir utentes sem médico, sendo contudo obrigados a contratualizar indicadores, embora ainda sem incentivos...) poder-se-á dizer que a reforma está em vias de conclusão, visto os vários modelos de USF

finalmente abrangerem todos os profissionais com formação adequada e, geograficamente, todo o país?

Se assim é, a reforma é, enfim, transversal. Contudo, as desigualdades entre os vários patamares de USF continuam, no mínimo, aberrantes.

Segundo a Constituição, “a trabalho igual, salário igual”. Mas podemos estar a falar de trabalho igual nos três níveis de organização – modelo A, B e UCSP?

UCSP e USF modelo A “pouca” diferença fazem, se excluirmos que os segundos são de constituição voluntária, têm um rácio adequado de profissionais entre si e de profissionais / utentes, instalações condignas, e têm incentivos institucionais segundo a produção. O outro grupo abrange os profissionais existentes nos antigos Centros de Saúde e, actualmente, ainda nada se sabe de incentivos.

Convém referir aqui que os incentivos institucionais, devidos ao empenho dos profissionais,

revertem para formação e a favor da própria instituição. Quer dizer que, na realidade, o Estado está a autofinanciar-se.

Já as USF modelo B têm um estatuto diferente. Ao acederem a este modelo passam ao vencimento base de 35 horas em exclusividade, embora efectivamente não se encontrem obrigados a esse regime de trabalho e possam acumular com actividades privadas. Têm depois suplementos remuneratórios – pelo maior número de utentes em lista acima da base legal, pelos domicílios efectuados, pagos à peça, pela orientação de internos e para actividades de coordenação, pelo facto do médico nessa situação acumular uma lista de utentes completa.

Além disso, têm outros incentivos pelo cumprimento dos indicadores contratualizados – actividades específicas, indicadores financeiros e carteiras adicionais.

Tudo isto somado leva a um vencimento muito acima da média dos médicos em geral e dos restantes colegas da mesma carreira em particular. E aqui começa a residir toda a diferença, que levou ao que se considerou como colegas e utentes de 1ª e de 2ª.

Convém lembrar que, para além destas diferenças, as USF possuem uma autonomia organizativa que as UCSP não têm actualmente, podendo organizar o seu trabalho segundo os interesses e necessidades sentidas.

Em verdade, foi constatado que o modelo USF, por ser voluntário, prima pela maior organização e coesão da equipa, nem sempre alcançado pelas UCSP, devido ao facto da sua constituição não obedecer a uma escolha por perfil.

Mas será só por isso? Não haverá outros incentivos para essa coesão?

Devido à possibilidade de alteração nos incentivos e nos suplementos, levando ao corte na retribuição, as opiniões quanto ao futuro vão surgindo e nem sempre as justificações para manter o panorama actual e afastar o negro panorama que se adivinha são as mais correctas ou honestas.

“Desculpem, mas eu li”...

Parafraseando algumas opiniões:

As USF modelo A funcionam tão bem como as B, e conseguem objectivos semelhantes, porque trabalham para as alcançarem, no sentido de atingirem a nova retribuição.

Ao ser dificultada essa passagem, que incentivos há para o seu “óptimo” funcionamento? Então instalar-se-á o desinteresse dos profissionais na mudança, conduzindo a degradação da qualidade dos serviços prestados.

As USF modelo B, se lhes retirarem ou diminuïrem os incentivos e suplementos, não terão interesse no esforço para atingirem os objectivos. Então, no futuro, haverá mais custos para o Estado, mais doentes sem médico e menor qualidade no atendimento?

E as UCSP?

Que incentivos têm?

Que suplementos recebem?

Em que condições trabalham?

De que lhes serve contratualizar objectivos?

Para medir a produtividade alcançada, foram criados indicadores. Contudo, os indicadores utilizados são de execução e não de impacto. Medirão realmente o que se pretende, produção de qualidade e ganhos em saúde?

Em última análise eles terão de espelhar o fim último do nosso

trabalho – zelar pela saúde dos nossos doentes segundo as *leges artis*. Necessitam de ser recriados?

Se, para atingirmos uma maior equidade, o modelo de contratualização das USF tiver de ser revisto, que seja feito tendo em conta as particularidades em análise.

O Estado acumula as funções de pagador, regulador e fiscalizador da Reforma, o que pode desvirtuar logo toda a discussão e negociação futura.

Então o que restará da reforma e destes modelos organizativos?

Qualquer deles terá de cumprir o seu principal papel – defender os doentes e a saúde, mas com o respeito que é devido à responsabilidade assumida por todos os profissionais envolvidos.

As diferenças de vencimento terão de ser esbatidas, mantendo uma base e depois o acréscimo pelo desempenho numa lógica de discriminação positiva, mas a que todos tenham acesso qualquer que seja o modelo de reforma em que estejam incluídos.

E para fazer essa revisão com equidade quem nos representa?

Às UCSP, parentes pobres da reforma, que organização as representa e defende?

APMGF - ainda existe? Em que águas anda a navegar?

No seu Jornal, órgão mais visível da Associação, apenas se fala em USF e nos seus problemas e futuro...

SINDICATOS - Alguma vez os ouviram falar nas UCSP e nos seus problemas? Acredito que aceitem que é um modelo provisório e de passagem para modelo A, mais cedo ou mais tarde. Contudo, actualmente, a maioria da reforma ainda é

constituída por UCSPs...

ORDEM DOS MÉDICOS - Através do Colégio, é a única organização que dá a conhecer os problemas que nos afectam. Mas os médicos não sabem disso, pois tudo se passa em reuniões...

Então o que nos resta, visto que parece estarmos, na prática, quase sozinhos nesta luta?

Um dia ouvi dizer a um membro da Igreja - A Igreja não impôs Fátima, Fátima impôs-se à Igreja.

Da mesma maneira, a reforma não foi ideia do Governo mas dos médicos, que a "venderam" com êxito. Contudo, não sendo fácil sustentá-la em época de crise, o Governo, que só faz contas de mercearia, irá modificá-la segundo os seus interesses e sempre com a "justificação" de melhor serviço para os utentes - não há médicos suficientes, o mesmo trabalho pode ser feito com menos despesa...

Recentemente, nas VII Jornadas de Endocrinologia para o Clínico Geral, a Prof. Manuela Carvalheiro, no Simpósio Diabetes e Dislipidemia, apresentou dados acerca dos objectivos no seguimento e controlo da Diabetes (fonte: ACSS). Curiosamente, ou não, os resultados entre USF e UCSP não foram muito diferentes, apesar das condições de trabalho e falta de incentivo. E o Governo tem acesso aos mesmos dados...

É tempo de preparar o futuro.

As USF trabalharam a sua imagem e criaram a sua Associação, que os representa em todas as situações, que está sempre atenta a rumores e dificuldades, que luta pelas conquistas alcançadas e que une os profissionais nos mesmos

objectivos.

E as UCSP, volto a perguntar?

É tempo de acordar e de nos unirmos, sobretudo os mais jovens, ainda com esperança num futuro melhor.

Porque não organizar uma Associação de UCSP?

Por enquanto somos o grupo mais numeroso, como tal mais representativo, portanto com possibilidade de ter força nas negociações, sendo primordial estarmos presentes para sermos ouvidos.



Uma outra hipótese é a criação de um Sindicato dos Médicos de Cuidados de Saúde Primários...

Para terminar, volto ao início.

Tal como nos tempos idos, na era pré-revolução, em que nem tudo estava bem e havia outras formas de ser e estar, embora proibidas, agora, em plena democracia, nem tudo está bem assim e pode ser diferente. Se quisermos fazer diferente. Para melhor.

A reforma, mantendo o que de bom ela tem, pode levar novo

rumo, mais equitativo e que devolva a satisfação e o orgulho de ser Médico de Família aos profissionais, sem a colaboração dos quais não é possível prestar os melhores cuidados aos doentes, fim último da nossa existência como médicos.

Numa época em que vão sobrar doentes e faltar médicos portugueses qualificados, que já estão a começar a emigrar, é tempo de nos unirmos e lutarmos por uma reforma justa e equilibrada. Uma reforma que não divida mas congregue os médicos, não esquecendo a valorização e a discriminação positiva e exigindo sermos tratados pela tutela como parte da solução e não do problema. Quem se disponibiliza para a construção de uma nova realidade?

Deixo-vos um repto, para-fraseando os Deolinda:

"Agora sim, damos a volta a isto / Agora sim, há pernas para andar / Agora sim, eu sinto optimismo / Vamos em frente, ninguém nos vai parar".

E nunca...

"Agora não, que me dói a barriga / Agora não, dizem que vai chover / Agora não, que joga o

Benfica / E eu tenho mais que fazer".

E, sobretudo, nunca:

"Vão sem mim que eu vou lá ter..."



Cansado Carvalho

Médico Radiologista

Um SNS sustentável

Uma gestão das coisas da Saúde honesta, explicada, que não finja o impossível, arrisca-se a, sem mais dinheiro, fornecer resultados significativamente melhores à população...

Com os novos cortes na Saúde anunciados após o chumbo do Orçamento de Estado pelo Tribunal Constitucional, mais uma vez o financiamento do SNS entra na ordem do dia.

A insustentabilidade dos sistemas de saúde europeus do tipo do nosso é um tema que só se tornou candente nos últimos anos, embora a impossibilidade de manter estes sistemas por muito tempo sem os adaptar profundamente fosse prevista por alguns há várias décadas, devido a modificações demográficas radicais, deslocação dos centros geradores de riqueza e aos custos explosivos de grande parte dos avanços da medicina de ponta.

No entanto, por cá muitos recusam-se ainda a admitir esta realidade, mesmo pessoas sensatas e inteligentes. Insistem em falar do buraco do BPN e dos F-16 encaixotados que, por mais inadmissíveis que sejam, são quase irrelevantes se considerarmos o custo do SNS num período de 15 anos... além de que está por descobrir, aqui ou em qualquer lado do mundo, a solução mágica para acabar com escândalos financeiros e

com desperdícios. E reclamam contra o sub-financiamento que os governos fazem ao SNS, omitindo que, mesmo que todo o PIB fosse consagrado à Saúde, nunca chegaria para providenciar a todos tudo o que a medicina consegue.

Escrevendo no Expresso (26/1/2013), Pedro Pitta Barros, conhecido economista na área da saúde, apresenta como princípio básico sobre a sustentabilidade do SNS que todos os tratamentos realmente justificados, mas apenas esses, devem ser oferecidos pelo Estado a baixo preço à totalidade da população.

Como se as coisas fossem assim tão simples! O que é um tratamento justificado?

Veja-se a minha boca, um desastre crónico. A solução minimalista é ir arrancando os dentes e acabar numa dentadura completa, à moda antiga. No entanto, com muitos patamares intermédios, sempre melhores e a custo crescente, o meu dentista particular, propõe-me cirurgias, enxertos ósseos, 8 implantes e um resultado perfeito... a 20 mil euros; proposta considerada razoável numa segunda opinião

independente que solicitei.

Seguindo o critério de justificação de Pitta Barros, o SNS deveria pagar-me este tratamento, inquestionavelmente útil, mas suponho que nem o mais empedernido defensor das políticas sociais irá defender que isto seja possível ou sensato.

Se fosse pela utilidade apenas, o SNS iria pagar a substituição de incontáveis radiografias por TACs, de ecografias por ressonâncias, de próteses baratas por próteses caras, de máquinas normais por modelos topo de gama – é muito fácil gastar mais dinheiro e obter resultados inequivocamente mais úteis...

O critério de utilidade, como está à vista, é utópico, se não for tido em conta de forma explícita o custo financeiro dessa utilidade. Mesmo nas situações limite, de vida ou de morte.

Habitado a lidar com as coisas de forma prática, não tenho a mais pequena dúvida que se formos tentar discutir e definir o que o Estado Social ou o que o SNS deve cobrir, para depois lhe atribuímos um orçamento, nunca chegaremos a lado nenhum. Essa via só criará

animosidades, divisões, perdas de tempo. A via tem que ser absolutamente a oposta.

Tem é que se definir por consenso partidário um envelope financeiro global para o SNS – tendo em conta a “crise”, seis mil milhões de euros, por exemplo, indexados ao PIB - sem admitir sequer um euro de desvio - e fraccionar sucessivamente essa quantia por numerosíssimos itens e sub-itens, tomando como ponto de partida o que tem sido já gasto nos últimos anos. E depois, dentro de cada uma destas parcelas, os administradores, os médicos, os doentes, etc., que lutem para espremer o máximo resultado de cada cêntimo. A nível intermédio a discussão será sobre a redistribuição de dinheiro entre os vários itens. Por exemplo, entre mais medicina hospitalar (com mais quimioterapia no cancro avançado) ou mais medicina comunitária (com mais saúde oral infantil) mas não as duas coisas. A discussão também versará naturalmente as condições de compra de serviços aos privados.

E as remunerações estão dentro e não fora. Um hospital que queira pagar menos aos médicos e restante pessoal poderá ter mais dinheiro para cirurgia plástica mas não pode ignorar que o abaixamento dos salários reais afastará os melhores e desmotivará os que ficam... Por outro lado, quando o pessoal reivindicar melhores salários sabe que o dinheiro terá que vir de qualquer lado deste orçamento, por exemplo das manutenções preventivas ou da qualidade dos consumíveis. O alargamento do plano de vacinação para passar a incluir a meningite infantil ou o HPV nos rapazes, a inclusão dos novos

agentes - eficazes mas caríssimos - no tratamento da hepatite C ou o rastreio do cancro do pulmão inicial tem obrigatoriamente que ser financiado com dinheiro que teremos de ir retirar a outras rubricas orçamentais. Idem quanto ao alargamento da cobertura dos diabéticos desconhecidos, da dermatologia, da psiquiatria...

Ao falarmos assim claro, resolveremos muitos problemas. Os médicos deixarão de reclamar por não poderem obter tudo o que entendem prescrever – porque isso fica explícito para todos. Os administradores hospitalares deixam de ter de fingir que é por falta de empenho dos médicos que nos blocos operatórios não se fazem mais cirurgias – é porque mais cirurgias pesam no orçamento. Deixa de ser preciso atulhar os médicos de burocracias para evitar que eles passem mais receitas – o tempo ganho é muito melhor gasto a falar com os pacientes. Etc, etc.

E temos que nos habituar a pensar mais à distância.

Se generalizarmos evacuação de emergência por helicópteros, além dos custos directos e indirectos do serviço em si, teremos que aumentar o orçamento de grande ortopedia, de grandes queimados e de reabilitação pesada de longo prazo. Se anos depois quisermos voltar atrás, no entanto, a reconversão dos meios humanos e materiais da grande ortopedia e dos grandes queimados para novas áreas não é fácil nem barata e, naturalmente, não podemos interromper a reabilitação pesada daqueles que foram salvos devido à evacuação por helicóptero. Muitos compromissos são irreversíveis. Num outro exemplo, se formos

iniciar rastreios sistemáticos do cancro pulmão ou do cancro do cólon – que inequivocamente salvam vidas - não devemos embarcar nas fantasias de que iremos poupar dinheiro. É precisamente o contrário. Os tratamentos sofisticados que a detecção precoce de alguns cancros inicialmente irá poupar são muito inferiores em custo ao rastreio, à vigilância e tratamento das patologias que o rastreio descobre, às doenças terminais que eventualmente qualquer sujeito rastreado virá a ter. E, além disso, o prolongamento das vidas salvas pelo rastreio acarretará todas as outras despesas inerentes a um indivíduo sustentado pela sociedade para além da sua fase produtiva.

Se continuarmos a diminuir a retribuição financeira dos médicos e, ao mesmo tempo, a impôr-lhes cargas burocráticas e riscos de litigância crescentes, oferecendo cada vez menor satisfação profissional, tenhamos a certeza que os alunos mais capazes deixarão de procurar a medicina como primeira escolha. Exactamente o que já está a acontecer neste momento nos Estados Unidos, com algumas das melhores faculdades a tentarem pescar alunos até no Nepal (!) e com reitores a assumirem publicamente que vão ter de reduzir o nível de exigência dos cursos...

Com as devidas adaptações, tudo isto é válido também para as outras profissões da Saúde. Por muito desagradável que isto pareça, é mesmo assim. Continuarmos a decidir baseados em pressupostos truncados ou indevidamente optimistas só nos leva ao desastre. Quem quiser contestar, insistindo

acriticamente no chavão de que as pessoas não são números – óbvio que não – apenas demonstrará em público as suas próprias insuficiências...

Se ficar absolutamente claro para todos os portugueses que não temos meios económicos para prolongar ou melhorar até ao limite teoricamente possível todas as vidas, as expectativas ajustam-se e o sofrimento diminui. O transplante de fígado que Steve Jobs da Apple fez e que lhe aumentou a vida quase um ano quando o seu cancro do pâncreas já estava em metastização avançada valeu para cima dum milhão de dólares, uma bagatela para ele; mas é de tal forma distante do que nos parece expectável que não dispormos dessa terapêutica milionária não agrava o sofrimento nem de quem morre nem dos que lhe são próximos.

E este manuseamento sensato das expectativas para as colocar dentro do que é atingível com os nossos meios pode ajudar a sociedade a perceber, duma forma humana e progressiva, que muitas vidas andam a ser mantidas para além do que é desejável, em primeiríssimo lugar para os próprios pacientes. Desde sempre o objectivo da medicina foi adiar a morte, mas, até ao século 20, com poucos resultados. A situação mudou radicalmente e agora, vítimas do seu sucesso, a medicina está a produzir legiões incontáveis de pessoas que passam em condições de sofrimento, isolamento e degradação os seus últimos meses ou anos de vida. Está na altura de mudar de paradigma e de começarmos a pensar na máxima qualidade total de vida e não simplesmente no máximo número de anos. A

esperança de vida já não é um bom indicador de qualidade, é preciso afirmá-lo!

Uma paciente a quem faço as mamografias pediu-me conselho sobre o seu pai querido de 90 anos, agora preso no leito e já incapaz sequer de a reconhecer, cuja empregada tinha cada vez maior dificuldade em o alimentar. Disse-lhe que a morte podia ser uma amiga e que deixasse o pai acabar os seus dias no carinho dos seus, que o deixasse partir quando ocorresse a próxima e inevitável infecção. Telefonou-me depois porque três médicos particulares que procurara se tinham recusado a assistir o pai, dizendo que era imperativo ser internado para ser entubado. E acabei por ser eu – médico radiologista – a possibilitar aquele senhor morrer em casa com dignidade.

Uma antiga empregada minha de 86 anos, vítima de AVCs graves, praticamente incapaz de comunicar ou compreender, passou o último ano a fazer terapêutica com morfina tais eram as dores que as incontáveis escaras lhe provocaram. Durante este ano foi três vezes internada em hospital por causa de infecções, para ter depois alta e regressar a esta vida indigna. E faleceu quando uma das filhas estava em Fátima justamente a rezar para que não se prolongasse mais o horrível sofrimento da mãe...

Uma amiga de 65 anos, a quem detectei um tumor do estômago com extensa invasão circundante há dez meses, já foi submetida a três operações e fez cinco ciclos de quimioterapia; esteve quase à morte por várias vezes mas nunca a deixaram morrer e agora encontra-se em terapêutica paliativa terminal.

Estes casos recentes não são

a excepção, infelizmente, e mostram como gastar mais dinheiro pode ser contrário ao interesse dos pacientes. Mas é preciso ajudar as pessoas comuns a compreenderem isto. A pedagogia tem que ser lenta, sensata, carinhosa.

E seria bom repensar muitas outras coisas. Por exemplo, a questão de um idoso viver 15 anos com uma reforma miserável de 175 euros por mês e de, tendo um cancro aos oitenta, o Estado despende ele 100 mil euros nos dois anos terminais de péssima qualidade de vida – não faz sentido nenhum.

Se eu olhar de forma global para o que o Estado irá gastar no total com o meu neto ao longo da sua vida, percebo que não está correcto que metade dessa despesa seja efectuada no último ano de vida, que é o que está cada vez mais a passar-se nos países avançados, Portugal incluído. Visto que os recursos são limitados, é uma péssima gestão. Note-se que, ao contrário de se ser mulher, ou negro, ou heterossexual, ser velho não é bem ser, é uma mistura de ser e de estar – gerir a despesa de saúde a investir numa pessoa não a reservando desmesuradamente para os meses finais de vida não é discriminação, é inteligência, é o que eu desejo para mim e para os meus próximos.

Devemos também re-equacionar numerosas regras, controles e direitos, supostamente virados para o benefício de todos mas que acabam por ter o efeito contrário. Regras que premeiam exames e tratamentos desnecessários, controles que criam empecilhos administrativos inacreditáveis, direitos que induzem despersonalização e medicina defensiva – um verdadeiro cancro em

crescimento - normas de segurança desajustadas da realidade.

Não podemos aqui abordar tudo mas vejamos as regras de determinação do prazo de validade dos medicamentos: não estão escritas no céu, não são imutáveis. Se os critérios forem menos estritos – como nesta altura uma ampla corrente defende em muitos pontos do mundo – o prazo de validade será mais longo, o preço dos medicamentos baixará e o acesso será facilitado, sem que as farmácias tenham que ir à falência.

E a utilização de ampolas previstas para um só paciente mas que contêm dose que chega para vários? Por vezes são ampolas de quimioterapia a custarem milhares de euros por unidade e que, se ignorarmos as recomendações dos fabricantes, permitem tratar cinco, com correspondente redução do custo para um quinto.

Mas as reduções dos níveis de segurança não acarretam risco? Claro que sim, irão sem dúvida ocorrer alguns acidentes. Mas se a Teresa falecer e se o Manuel cegar por causa destes acidentes, com o dinheiro que assim pouparmos iremos salvar a vida do João, do Pedro, da Francisca e do António, evitar AVCs no Tiago e na Leontina e poupar a visão na Alda, na Zita e no Nicolau. São pessoas, não são números... e estas decisões são políticas, não são técnicas.

Sobre direitos, a excessiva preocupação com a equidade formal leva a aberrações que agravam o fosso entre quem tem posses para recorrer aos serviços privados e quem não tem. Veja-se uma pessoa que tem cataratas e estrabismo: a catarata pode

ser corrigida com uma prótese (lente intra ocular) barata e o estrabismo com óculos mas as duas patologias poderiam ser corrigidas simultaneamente por uma prótese cara, que dispensaria o uso de óculos. Se o SNS apenas puder fornecer a prótese barata, porquê impedir - como querem os fundamentalistas da equidade Constitucional - o paciente de pagar do seu bolso a diferença para a prótese cara que lhe dispensará os óculos? É incomparavelmente mais discriminatório obrigá-lo, para beneficiar da prótese cara, a ter que pagar não só esta mas também toda a cirurgia inteiramente do seu bolso, na "privada". Quem diz isto diz também a escolha de um exame mais sofisticado, melhor e mais caro ou a escolha de um medicamento mais dispendioso, mais confortável, mais eficaz, mediante pagamentos extras por parte dos pacientes.

Questões como esta são aos milhares e podem ter um impacto substancial a nível macro.

A melhoria qualitativa e quantitativa do que o SNS faz é possível mas deve ser obtida, sobretudo, pelo aumento generalizado de eficiência e pela criatividade na modificação de paradigmas e de processos, já que através do crescimento económico é uma miragem. Ora a pressão para obter esta melhoria de desempenho será muito maior quando toda a gente souber que o orçamento é mesmo, mesmo, rígido e que não permite salvar toda a gente.

As decisões dolorosas de não pagar, por razões económicas, tratamentos de que dependem a vida ou a morte duma pessoa são imperativas mas não devem ser tomadas nunca pelo ou pelos

médicos assistentes, sob pena de gravíssima quebra da essencial relação de confiança. Têm que ser tomadas a montante, e de forma explícita e transparente, compreendidas pela sociedade.

Mas, mesmo em clima de carência extrema como o actual, uma parte do orçamento do SNS deverá ficar reservada para o sonho. Uma pequena parte, que poderá contemplar aleatoriamente despesas fugindo à fria racionalidade dos números - seja uma mamoplastia para tornar uma rapariga feliz e capaz de se relacionar ou um qualquer especial tratamento que seria normalmente chumbado por critérios de custo/eficácia: a possibilidade, mesmo remota, de uma pessoa comum alcançar essas metas mantém na população uma esperança que tem que ser mantida.

No final, uma gestão das coisas da Saúde honesta, explicada, que não finja o impossível, arrisca-se a, sem mais dinheiro, fornecer resultados significativamente melhores à população.



M. M. Camilo Sequeira

Chefe de Serviço de Medicina Interna

Exclusividade? – Não. Quase sempre nunca!

A exclusividade do trabalho dos Médicos é um tema recorrente mormente depois da queda do Estado Novo. É uma “bandeira” do Partido Comunista que teve o apoio do Governo onde pontificou, na Saúde, a Ministra Leonor Beleza. Mas a proximidade termina aqui. Porque no caso desta ideia resulta de um preconceito da tutela de então que entendia que os malandros dos Médicos ainda tinham poder, que devia ser eliminado, para ser uma opinião. E era assim porque exploravam o serviço público em seu pessoal interesse e enricavam a trabalhar no serviço privado.

Transparência?

A tese que quer justificar o racional da exclusividade do trabalho Médico tem como base uma repetida necessidade de “promover a transparência”. Não parecendo que alguém se dê conta que este é um chavão, cujo verdadeiro significado (é esta a minha profunda convicção) nem sequer os que honestamente afirmam, sabem o que seja.

Porque promover a transparência significa anular a obscuridade. E é esta que não sei onde se encontra. O trabalho no serviço público, para a muito grande maioria dos Médicos, sempre foi o espaço privilegiado para estudar o doente complexo, para partilhar o raciocinar clínico, para se estruturarem os benefícios que a cooperação com saberes diferentes implica, para se adquirir a competência crítica que faz o Médico experiente. Este treino foi sempre considerado o melhor suporte de aprendizagem

que podíamos ter.

E continua a ser assim. O serviço público ao ser dirigido a “todos” permite que “todos” sejam tratados, estudados, discutidos estritamente em função das suas queixas. Sendo a carência de meios compensada ou pela partilha entre instituições (cada uma dá o que tem) ou pelo recurso a serviços privados que vendam essas condições.

Na actividade privada os Médicos procuravam, procuram, compensar financeiramente as limitações do parco rendimento público (que a maioria não excluía pelas suas vantagens formativas) e, sem qualquer atropelo à “transparência”, era e ainda é o local de onde enviam para o serviço público os casos que justificam discussão alargada, investigação vigiada, tratamento complexo.

Hoje, com instituições não públicas que podem satisfazer este propósito, é possível que

a consulta particular privada possa orientar os doentes para a instituição, também privada, onde o Médico pode procurar discutir, investigar e tratar o seu doente complexo. Mas é óbvio que esta possibilidade deixa de ser verdadeira se o Médico privado da consulta não puder ser o Médico privado da instituição por ambos trabalharem em exclusividade.

Refira-se a propósito que quando a exclusividade lhes foi apresentada como alternativa os Médicos, decerto bem contra a expectativa preconceituosa da tutela da época, a aceitaram numa percentagem superior a 50%. Mas é bom recordar que o grupo que mais aderiu à ideia foram os Clínicos Gerais-Médicos de Família que a aceitaram porque a carreira implicava, como seu próprio, um percurso formativo hospitalar periódico que nunca foi respeitado.

O que é a exclusividade?

Ou seja, a ideia da exclusividade deste grupo de Médicos, com actividade de enormíssima pressão pela presença do doente, diária e permanentemente, à porta do consultório e pela absurda e infindável diversidade de funções e responsabilidades, tinha como regra uma programada permanência, por períodos, em instituições públicas. Onde reviam casos clínicos, se aproximavam de interlocutores preferenciais para o envio dos seus doentes e onde tinham a possibilidade de reapreciar conceitos, recordar normativos, tomar contacto com meios de estudo menos comuns mas essenciais para bem realizarem o apoio a que se comprometeram para com os seus doentes.

Esta nova forma de trabalhar no serviço público foi a razão da escolha desta Especialidade por muitos Médicos. Que, embora percebessem na exclusividade uma forma de segurança profissional, reconheceram como relevante o estar esta inequivocamente associada à cooperação com outros Colegas em instituições próximas do seu consultório.

Mas a tutela não tinha esta forma de entender a exclusividade. O que pretendia era, por falta de cultura social, demonstrar que os Médicos, os malandros dos Médicos repito, o que queriam era poder e dinheiro sendo os doentes um “efeito colateral” da sua actividade.

O resultado desta imbecil leitura social foi um acréscimo brutal do custo do trabalho médico, de um dia para o outro, sem qualquer contrapartida em termos de serviço prestado. Porque os horários de trabalho se mantiveram exactamente os mesmos e a grande maioria dos

Médicos cumpria-os.

Sim, porque também vale a pena recordar que aqueles profissionais que eram “apontados” como nada fazendo continuaram a nada fazer com o novo regime salarial. Tal como se justifica deixar bem claro que estes eram “casos” isolados que o sistema nunca resolveu. Por laxismo, por falta de meios de mando, por, sei lá, haver sempre alguém que fazia o seu trabalho.

Exclusividade?- Não!

Mas se reconheço que houve uma adesão enorme à exclusividade quando proposta pelo consulado Beleza o propósito deste texto é afirmar porque sou contra esse modelo de trabalho médico.

Os Médicos têm uma formação prolongada e extremamente exigente. Há múltiplos estudos que analisam este percurso e o associam a perturbações sócio clínicas mais frequentes do que noutras profissões e na população em geral. Embora com “desenhos” nem sempre precisos e sem que existam estudos perfeitamente comparáveis parece claro que as horas de trabalho e a responsabilidade da função são factores muito perturbadores embora a incerteza sobre o ganho de competência seja, para muitos, a causa primeira de sofrimento e doença.

Com uma cada vez maior tecnicização do exercício clínico este tipo de formação implica ainda mais horas de trabalho, mais incertezas, mais necessidade de partilha de saberes com Colegas. Que, porém, também estarão mais ocupados, menos disponíveis, mais centrados nos seus problemas do que nos dos seus pares. Com a consequente criação de hábitos

de individualismo, de modelos de resolução de problemas “de circunstância”, de perda da capacidade relacional que é, de facto e realmente, um agente de poder social, o poder médico.

O único poder que existe para se proteger o outro, o doente. E protegê-lo quer dos poderes, políticos ou outros, que o queiram instrumentalizar em seu interesse quer do poder dos próprios Médicos que quanto mais individualistas forem menos capazes serão de cumprir esse dever de protecção: dos seus potenciais erros e dos interesses terceiros.

E porque não a exclusividade?

A exclusividade promove este risco. Mas a diversidade de experiências clínicas e sociais que permite relativizar problemas, integrar socialmente sofrimentos, apoiar pedagogicamente muita expressão de desadequação relacional que se “mostra” como doença, não.

Não tenho dúvidas que o trabalho, por exemplo, em Cuidados Intensivos, com utilização óptima de tecnologias que requerem repetição treinada para serem bem executadas obriga a uma quase exclusividade do nosso trabalho. Mas também não tenho dúvidas que este tipo de dedicação trata excepcionalmente bem o doente mas, lenta e paulatinamente, afasta o Médico da obrigação de ver, primeiro, a pessoa que sofre. O reconhecimento como erro médico da Obstinação e do acriticismo no decidir utilizar meios tecnológicos “apenas” porque a situação clínica satisfaz os cânones dessa utilização é a prova do que afirmo. Porque estes Médicos deixaram de o ser. Passaram a ser tratadores de doenças. O que é bom. Tal como é

bom, e necessário para os manter vivos, ser-se tratador de animais nos zoológicos. Mas é pouco. E principalmente não é satisfazer o compromisso assumido quando se aceitou “tratar, cuidar e apoiar quem sofre *segundo a sua necessidade e a sua dignidade*”.

É minha convicção que esta perspectiva do tratar de hoje faz parte das reflexões de muitos dos Médicos que se confrontam com situações clínicas de extrema gravidade e que exigem decisões rápidas e precisas. Mas o risco de este tipo de reflexão se ir perdendo é grande. Mormente se a realidade profissional for monotonamente sempre a mesma.

A diversidade de experiências clínicas obtida pela prática da actividade em contextos diferentes humaniza o Médico. Porque lhe mostra a realidade de fora da instituição hospitalar com “cores” que nada têm que ver

com esta. Porque lhe permitem perceber que as pessoas temem a doença mas também temem os cuidados a que têm direito. Se receiam a morte e o sofrimento também receiam, por vezes mais, o sofrimento e a dor que associam aos actos médicos que identificam nas notícias ridículas, ou nos filmes, que quase todos os dias preenchem algum do seu tempo perdido em frente das televisões.

E se este relativizar da vida pode ser construído na diversidade das actividades assistenciais não pode deixar de ser referido o importante que é para o Médico não se “exclusivar” no limitado (abrangentíssimo mas condicionado) saber clínico. É essencial para o Médico ter uma formação, mesmo desorganizada, de outros saberes. Porque a vida de bem-estar que nós assumimos como o valor primeiro que devemos preservar

no doente não é só a semiologia. Nem a angústia existencial, nem o desencanto pelo fracasso. Ou talvez melhor nem o desencanto pela constatação de que o êxito não é um fenómeno natural. Claro que também é isto. Mas é principalmente estar atento à diversidade de gostos, de interesses, de expressões culturais, de objectivos sonhados, de planos de vida. E, depois, de doença quando esta surge.

Ser capaz de integrar esta realidade diferencial na prática clínica é uma obrigação do Médico. Hoje como ontem. E quer na prática dependente da tecnologia quer na que depende de uma relação.

A minha convicção (a minha fé) é que este modelo funcional não é conciliável com a exclusividade.

II Curso de Pós-Graduação em Acupunctura Contemporânea

Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga
Janeiro 2014 a Junho de 2014



“ Já não é necessário passar centenas de horas a aprender artes mágicas complexas de Medicina Tradicional Chinesa. A ciência tornou esses rituais obsoletos. O caminho está agora aberto para novas descobertas resultantes de pesquisa científica, pois sabemos cada vez mais como a Acupunctura consegue desencadear os seus efeitos. Esta técnica de estimulação neuro-eléctrica possibilita a estimulação dos mecanismos homeostáticos no SNC para o controlo da dor e outras patologias.” George A. Ulett

A Acupunctura é uma técnica terapêutica na qual agulhas sólidas são inseridas nas estruturas corporais com o fim de modular a atividade anormal do sistema nervoso periférico e central e a atividade dos seus sistemas efetores.

A Acupunctura Contemporânea constitui a mais recente evolução da acupunctura, na qual o estudo da anatomia e da fisiologia permitem explicar os mecanismos de ação desta técnica terapêutica, facilitando a sua integração na prática médica atual.

O Curso tem como objetivos principais dotar os alunos dos conhecimentos teóricos e das capacidades técnicas fundamentais para a prática segura e eficaz de acupunctura e a metodologia de ensino deste Curso reflete estes objetivos, potenciando a aprendizagem de técnicas seguras e eficazes de Acupunctura, de acordo com as normas definidas pela Organização Mundial de Saúde.

Este curso interessa a todos os médicos que desejem integrar esta técnica terapêutica na sua prática clínica, especialmente a médicos das Especialidades de Medicina Geral e Familiar, Medicina Física e de Reabilitação, Anestesiologia, Medicina Desportiva, Ortopedia, Reumatologia, e todos os médicos com interesse no tratamento da Dor.

Organização:

António Encarnação, Armando Almeida

Duração do Curso: o Curso terá a carga horária de 300 horas, divididas por 6 módulos presenciais de 25 horas, e 150 horas de trabalho domiciliário, e decorrerá entre **17 de Janeiro de 2014 e 29 de Junho de 2014**

As inscrições para a primeira fase de seleção decorrerão até **30 de Junho de 2013**

Propinas: o valor da propina para a 1ª fase de seleção são de 3950€ dividido em 3 parcelas. Este valor inclui todo o material do Curso, dois aparelhos de electro-acupunctura (ES-130 e Pointer Excel II) e os DVDs *Anatomy for acupuncture* da Primal Pictures e *Physiology for acupuncture* da British Medical Acupuncture Society

Corpo docente

Dr.ª Helena Pinto Ferreira
Dr. António Encarnação
Dr. Gustavo Quaresma
Dr.ª Carla Afonso
Dr. Eduardo Coelho
Dr. José Santos
Dr. Pedro Graça

Professores Convidados

Professor Doutor Thomas Lundeberg - Danderyds Hospital, Estocolmo - Unidade de Tratamento de Dor e palestrante senior da British Medical Acupuncture Society na área da fisiologia
Dr. Mike Cummings - Diretor Médico da British Medical Acupuncture Society e palestrante senior da British Medical Acupuncture Society

O programa do Curso está de acordo com os Critérios definidos para a obtenção da Competência em Acupunctura Médica pela Ordem dos Médicos.

Toda a informação encontra-se disponível em

www.spma.pt

e

<http://www.icvs.uminho.pt/postgraduation/acupunctura>

A.Poiares Baptista
A.Rasteiro

Professores Jubilados da Faculdade de
Medicina de Coimbra

Da história da Faculdade de Medicina de Coimbra

Por ocasião do dia da Faculdade, em 26 de Outubro 2012, foi inaugurada pelo actual Director, Professor Joaquim Murta, uma exposição evocando os primórdios do ensino médico em Coimbra e simultaneamente a notável figura do Professor Doutor António Augusto da Costa Simões (1819-1903).

A exposição esteve nas duas salas do Conselho Científico da Faculdade (fig. 1 e 2), no edifício situado na Rua Larga e ainda ocupado pelos seis Institutos que aguardam a transferência para o Pólo III da Universidade, o das Ciências da Saúde, situado junto aos Hospitais da Universidade. Podemos informar que na mesma área da exposição será instalado o núcleo museológico da Medicina, integrado no Museu da Ciência da Universidade de Coimbra.

A exposição evocativa do início do ensino médico em Coimbra é constituída por um valioso conjunto de livros dos séculos XVI e XVII pertença do acervo histórico da Faculdade. Muitos deles são oriundos da biblioteca do mosteiro de S.ta Cruz de Coimbra, fundado em 1131 que, desde o seu início, prestava assistência e ensino médico. É de notar que o mosteiro tenha adquirido livros de Medicina até

ao tempo do Marquês de Pombal, isto é, cerca de dois séculos depois da instalação definitiva da Universidade em Coimbra em 1537¹. É também curioso, talvez porque no mosteiro se lia grego, latim e língua hebraica, os livros adquiridos não eram censurados pela Inquisição ao contrário do que sucedeu com os mesmos títulos adquiridos por outras bibliotecas como aconteceu, por exemplo, com o livro "In Dioscorides" de Amato Lusitano. Lembremos também que naqueles tempos o ensino era baseado essencialmente na leitura dos livros (donde a designação de "lentes") e nos comentários dos professores. Os exemplares expostos são edições das clássicas obras de Galeno ("Librorum Quinta Classis", Veneza, 1576), de Avicena ("Canon Medicinae", 1522) (fig.3), de Hipócrates ("Opera Omnia", Veneza, 1737) (fig.4), de Eustáquio ("Theatrum

Anatomicum", Génova, 1717) (Fig.5), de André Vesálio ("De humanis corporis fabrica libri septem", edição de A. Boerhaave e B. Albini, Leiden, 1725) e de J. Baptista Morgagni ("Adersaria Anatomia Omnia", Pádua, 1765). São igualmente expostas obras de autores portugueses: - de Amato Lusitano ("In Dioscorides Anazarbei de Medica Matéria", 3ª edição, Lyon, 1558) (fig.6), de Tomás Rodrigues da Veiga ("Pratica Médica", Lisboa, 1668), de Rodrigo de Castro ("Universa muliebrium morborum medicina", Hamburgo, 1662), de Castro Sarmiento ("Matéria Medica", Londres, 1758) (fig.7) e de Caetano José Pinto de Almeida ("Prima Chirurgiae Therapeutices Elementa", Coimbra, 1790) (fig.8). Junto a cada uma destas obras estão expostos um ou dois objectos, também do acervo histórico da Faculdade, que, embora não sejam todos contemporâneos dos livros,



Fig.1 – Exposição dos livros antigos



Fig. 3 – Avicena (1595)

correspondem à matéria versada. Assim, por exemplo, junto ao livro de Amado Lusitano está exposta uma folha do Herbário Médico da Faculdade de Medicina (1882), de Frederico Moller, jardineiro chefe do Jardim Botânico, com o “lírio branco”, a primeira planta referenciada na obra de Amato. Também junto ao livro de Caetano José Pinto de Almeida estão duas pequenas seringas metálicas de 1794. De sublinhar que ao lado da obra de Castro Sarmento, médico formado em Coimbra e emigrado em Londres, está o microscópio por si oferecido em 1731, o primeiro introduzido em Portugal (fig.8). Na sua



Fig. 2 – Exposição evocativa de Costa Simões

caixa (não exposta) está a placa com a indicação “*Jacob de Castro Sarmento medicus lusitanus, regallis Collegii, medicorum londinesium collega, regine que Societatis socius, donavit Academiae conimbrigenci, in usum medicinae professorum ad observationes botanicas et anatomicas conficiendas. Anno MDCCXXXI (Cupeper Londinens, invenit et facit)*”.

A exposição evocativa do Professor Dr. A.A. Costa Simões (fig. 9) é plenamente justificada

pelo seu lugar cimeiro na história da Faculdade.

Natural de Moinhos de Reconco (Mealhada), licenciado em 1843 e doutorado em 1848, foi professor de Anatomia (1860) e de Histologia (1863), Reitor da Universidade (1892-1898) após a sua jubilação (1882). Desempenhou também as funções de Presidente da Câmara Municipal de Coimbra (1856-57), de Director dos Hospitais da Universidade (1870-1886), de



Fig. 4 – Hipócrates (1737)

deputado (1868) e de par do reino (1885). Foi o promotor das Termas do Luso. Nestas múltiplas e sucessivas funções teve importantes iniciativas: - estimulou o ensino médico, sobretudo o das ciências básicas, reformulou e equipou os laboratórios de Fisiologia e de Histologia, remodelou profundamente os Hospitais da Universidade, baseando-se no ensinamentos colhidos nas visitas efectuadas aos principais hospitais franceses e alemães, melhorou o cemitério da Conchada de Coimbra, implementou a água canalizada na Alta de Coimbra, fundou a Escola de Enfermagem de Coimbra (de existência efémera, reactivada anos depois por Ângelo da Fonseca), construiu, em 1856, o primeiro pavilhão balnear das termas do Luso, equipado com 18 banheiras com água quente, etc. Podemos afirmar que como muitos poucos docentes universitários, viveu e trabalhou afincadamente e desinteressadamente para a Universidade de Coimbra, para a Faculdade, para a cidade e para



Fig. 6 – Amato Lusitano, 1558

sua região natal. De notar também que em 1882-83 foi administrador do Hospital de Santo António do Porto.

Na exposição figuram, além da sua fotografia e das insígnias doutorais, doadas à Faculdade, diversa documentação bibliográfica, nomeadamente os livros "Elementos da Physiologia Humana" (1864), "Histologia e Physiologia Geral. Secção I - Histologia dos músculos" (1878), um exemplar de um dos projectos e estudos relativos à remodelação dos Hospitais da Universidade. Numerosos são os aparelhos



Fig. 5 – Bartolomeu Eustáquio, 1717

laboratoriais que fazem parte do acervo da histologia e da fisiologia, adquiridos por Costa Simões nas duas viagens de estudo efectuadas, em 1864 e 1866, aos principais centros científicos em França e na Alemanha e cujos relatórios foram publicados, em 1866, pela Imprensa da Universidade. Durante elas teve a oportunidade de conviver ou de trabalhar com numerosas figuras de renome (Claude Bernard, Étienne Marey, Theodor Schwan, Rudolph von Kolliker, Emil du Bois-Reymond, Rudolph Virchow,...)²

De entre os aparelhos expostos e que estão relativamente bem conservados, destacamos o "cronoscópio de Hipp", o "estimulador nervoso de Gaiffe", o "telegrafo muscular", o "óculo de Steinheil para bússula de espelho de Wiedeman", o "interruptor mecânico de Sauerwald", o "galvanómetro chronoscópio de Helmholtz". De destacar igualmente o microscópio composto de

Fig. 7 – Castro Sarmento (1758) e microscópio por si oferecido em 1731

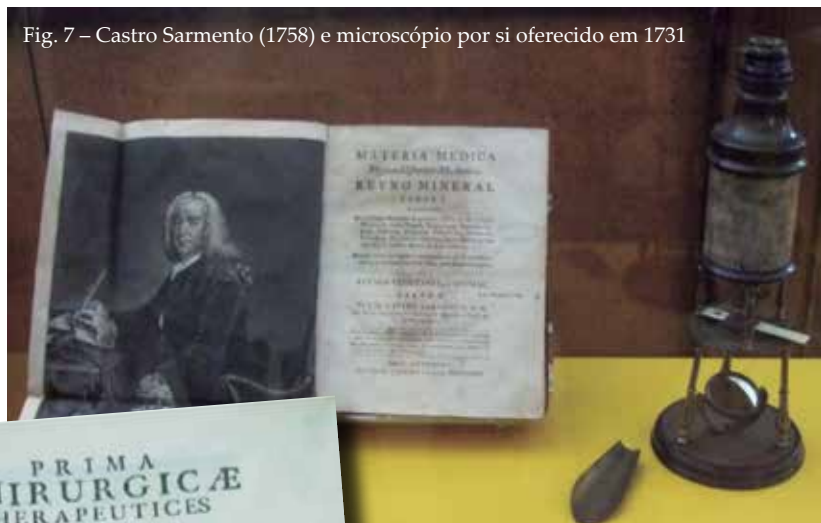


Fig. 9 – Prof. Costa Simões

histórico, o esqueleto datado de 1779, de um jovem de 14 anos, preparado pelo Professor Caetano Pinto de Almeida, dois modelos anatómicos clásticos, em “papier maché”, obras de Auzoux, de uma criança e de um adulto, em razoável estado de conservação, e dois outros excelentes modelos de crânios humanos, executados por Tramond (fig.10), todos eles adquiridos em Paris, entre 1877 e 1883.

A organização da exposição teve a estreita colaboração dos doutores Pedro Casaleiro, Filipa Heitor e Gilberto Pereira, do Museu da Ciência da Universidade de Coimbra, e o apoio científico dos professores jubilados A. Rasteiro e A. Poiares Baptista.



Fig.10– De Tramond (c.1877)

Referências

- “Catálogos dos livros dos séculos XV, XVI, XVII e XVIII existentes na Biblioteca Central da Faculdade de Medicina de Coimbra” – Coimbra, B.C.M.C., 1985.
- Bernardo A. Serra de Mirabeau – “Memória histórica e comemorativa da Faculdade de Medicina nos cem annos decorridos desde a reforma da Universidade de 1772 até o presente” – Imprensa da Universidade, Coimbra, 1872
- Rasteiro, A. – “O ensino médico em Coimbra – 1131-2000” – Quarteto, Coimbra, 1999
- Branquinho de Carvalho, J A – “Costa Simões, a pessoa mais importante de Coimbra” – Revista da Ordem dos Médicos, 21, 11, 2008.
- Nuno Salgado – “O Professor Doutor Costa Simões, o passado como exemplo do futuro” – Imprensa da Universidade, Coimbra, 2003.

1 - Relembremos que os “Estudos Gerais” fundados em Lisboa, em 1290, por D. Diniz, foram transferidos por três vezes : -para Coimbra de 1308 a 1339, depois para Lisboa, novamente para Coimbra de 1354 a 1387, regressou a Lisboa e, em 1537, é transferida e fixada definitivamente nos Paços Reais de Coimbra, por decisão de D. João III.

2- Infelizmente desconhecemos o paradeiro do álbum de fotografias e respectivas dedicatórias dos 64 professores com quem conviveu, assim como de um outro álbum com as fotografias dos alunos do seu último curso (1881-1882).

3- May Figueira (1829-1913) foi aluno em Coimbra. Licenciado em 1855, doutorado em Bruxelas e professor na Escola Médica de Lisboa, é considerado dos estudos de microscopia em Portugal.

Fig. 8 – C.J. Pinto deAlmeida, 1790

Lerebours & Secretan (Paris, c. 1846), oferecido em 1853, pelo então aluno May Figueira³ a seu mestre J. José de Melo, antecessor de Costa Simões que, em 1863 foi o primeiro titular da disciplina de histologia então criada.

Estão também expostas curiosas fotografias de 1889, das instalações da Faculdade e da autoria de Augusto Bobone, nomeadamente da sala de aula da Anatomia Normal, do gabinete de Anatomia Patológica e do laboratório de Fisiologia e de Histologia.

Integradas na mesma exposição figuram, também do acervo

Definição de 'valor insignificante' estipulada em 25 euros

O Gabinete do Secretário de Estado da Saúde definiu através do Despacho n.º 4138/2013 o que é entendido como sendo 'oferta de valor insignificante' como sendo qualquer objecto cujo preço de aquisição seja igual ou inferior a 25 euros. No Despacho, que pode ser consultado no site nacional da OM, pode ler-se:

«1 – São considerados de valor insignificante, para os efeitos do n.º 1 do artigo 158.º do Decreto -Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, na sua redação atual, os objetos de valor insignificante e relevantes para a prática da medicina ou da farmácia, cujo custo de aquisição pelo titular de uma autorização de introdução no mercado, ou empresa responsável pela informação ou pela promoção de um medicamento ou pelo distribuidor por grosso, não ultrapasse os 25 euros.

2 – O valor definido no número anterior é também o valor mínimo a partir do qual são obrigatórias as comunicações ao Infarmed nos termos dos números 5 e 6 do artigo 159.º do Decreto -Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, na sua redação atual.»

Formação complementar para médicos – 2013

O Conselho Nacional Executivo aprovou vários Cursos como formação complementar para médicos: Formação de tutores, ensinar a ensinar; Comunicar com o Doente e a Família; as boas e as más notícias; Comunicar o “fim de vida”; Ética e Deontologia Médicas; Avaliar e ser avaliado; Estatística, Epidemiologia e Investigação para utilizadores; Liderança em saúde; Gestão do stress; Noções básicas de gestão; Consentimento informado e partilha de decisão; Direito e litigância médica; Pós-graduação na Competência de Perícia de Medicina Pericial da Segurança Social. **Para a concretização dos cursos mencionados, ou outros a definir, a Ordem dos Médicos pretende encontrar parcerias e patrocinadores institucionais.**

Curso de introdução às revisões sistemáticas e meta-análises

O *Portuguese Collaborating Center of the Iberoamerican Cochrane Network* e o *Cochrane Movement Disorders Group* vão realizar um curso de “introdução às revisões sistemáticas e meta-análises”, destinado aos profissionais na área da saúde e/ou do medicamento ou investigadores na área biomédica e ciências da saúde com interesse neste tipo de metodologia. O curso decorre nos dias 28 e 29 de Junho de 2013 no Centro Académico de Medicina de Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Edifício Egas Moniz, Sala 7. Os conteúdos programáticos incluem entre outros: Como “ler” uma revisão sistemática; Como desenhar e realizar uma RS sobre uma intervenção terapêutica; Pesquisa da informação, seleção dos estudos e extracção dos dados; Análise crítica dos resultados; Que resultados agregar numa meta-análise?; Como agregar os resultados?; Análise da heterogeneidade; Viéses em meta-análises e técnicas complementares, e incluem exercícios práticos (EPIDAT 3.1). O curso será ministrado por António Vaz Carneiro, João Costa, Aurelio Tobias, Ricardo Fernandes, Daniel Caldeira e Joana Alarcão. A data limite para as inscrições é o dia 3 de Junho de 2013. Informações adicionais: Ema Roque - *Cochrane Movement Disorders Group* do Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica da FM da Universidade de Lisboa - Tel: + 351 21 7802120 ou, em alternativa, movementdisord@fm.ul.pt

Prémio Boas Práticas em Saúde

Na continuidade do trabalho que vem a ser desenvolvido, no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, e com base no protocolo de colaboração entre a APDH e a DGS, o qual entre outras atividades formaliza a organização e realização anual do Prémio Boas Práticas em Saúde, a APDH e a DGS estão a organizar a 7ª edição do Prémio, em parceria com a ACSS e as ARS. A edição do ano de 2013 do Prémio de Boas Práticas em Saúde - Qualidade e Inovação (PBPS) pretende, continuar a reforçar a imagem de qualidade dos projetos apresentados, acompanhando os desafios que se colocam à gestão e disponibilização de cuidados de saúde, mediante a escolha de temas anuais que se enquadrem nas Grandes Opções do Plano – Saúde, concretamente no que respeita à estratégia “Melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do doente”. O prazo para apresentação de candidaturas decorre entre 2 de maio e 11 de junho de 2013. O regulamento do prémio pode ser consultado no site nacional da OM.

Quer ser revisor AMP?

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

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

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

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

