



Edição incluída
na Revista
da Ordem dos Médicos
de Novembro de 2008



Carreiras no centro de debate sobre o SNS



Jornadas do Internato Médico 2008

SUMÁRIO

EDITORIAL

Isabel Caixeiro

ACTUALIDADE

Futuros especialistas "encheram" OM

A Ordem dos Médicos promoveu, pelo quarto ano consecutivo, um conjunto de sessões de esclarecimento para os jovens médicos,

DEBATE

Primeira sessão do ciclo «30 anos SNS»

Defesa das carreiras é uma causa comum

A primeira sessão do ciclo de debates que assinala as três décadas do SNS assentou na intervenção dos três conferencistas convidados – João Lobo Antunes, José Luís Biscaia e Eduardo Santana

Ficou clara a preocupação geral de defender um modelo de carreiras médicas adequado à nova realidade em que trabalham os médicos.



FICHA TÉCNICA

Medi.com
www.medi.com.pt



BOLETIM INFORMATIVO DA SECÇÃO REGIONAL DO SUL DA ORDEM DOS MÉDICOS

DIRECTORA Isabel Caixeiro; CONSELHO EDITORIAL Cipriano Justo, Eduardo Pacheco, Florindo Esperancinha, Jaime Azedo, José António Salgado, José Correia, José França, José Poças, Martins dos Santos, Nuno Cunha, Pedro Vasconcelos; REDACÇÃO Diamantino Cabanas, Dora Guerreiro, Liliana Fernandes; SECRETARIA DE REDACÇÃO Manuela Oliveira; FOTOGRAFIA Luciano Reis, Vera Vidigal; PROPRIEDADE Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos - Av. Almirante Gago Coutinho, 151 - 1749-084 Lisboa; SEDE E REDACÇÃO Av. Almirante Gago Coutinho, nº 151 - 1749-084 Lisboa Tel. 21 842 71 00 - Fax 21 842 71 01; GRAFISMO Helena Figueiredo; TIRAGEM 18 000 exemplares; PRODUÇÃO GRÁFICA E IMPRESSÃO MultiComp-Artes Gráficas, Lda. Praceta José Gomes Ferreira, 9 - 2725-553 Mem-Martins Tel. 21 921 33 13 multicom@netcabo.pt; DEPÓSITO LEGAL nº 153809/00; Isento inscrição ICS, nº 1, art. 12, DR nº 8/99

Envie-nos o seu endereço de email e receba informações sobre todas as iniciativas da Secção Regional do Sul

O Gabinete de Comunicação quer fazer chegar ao maior número de médicos possível e o mais rapidamente possível informações sobre as iniciativas do Conselho Regional do Sul, nas mais diversas áreas, desde as realizações culturais ou de lazer até aos debates, conferências ou outras reuniões abertas.

Para receber estas informações na sua caixa de correio electrónico, basta enviar-nos o seu endereço de email para um dos seguintes endereços:

gab.com@omcne.pt

medi.com@omsul.pt

A essas e outras informações pode também aceder online através do site www.omsul.pt



Concursos, vagas e outras trapalhadas – “Yes we can!”

Neste clima de instabilidade global, com países a falirem e economias ultraliberais a nacionalizarem sectores da banca indiscutivelmente lucrativos, o comum cidadão fica confuso e preocupado.

Quando os gigantes económicos europeus e mundiais encaram o encerramento de indústrias florescentes, com o conseqüente desemprego de milhares de indivíduos, qualquer médico começa a perceber a dimensão da crise.

Pouco percebo de macroeconomia, *sub-prime*, carrossel bolsista a subir e a descer, *off-shores* e tantos outros termos cabalísticos que nos fazem rezear o futuro.

Hipoteca tem, por outro lado, um significado muito próximo e indexado à Euribor. Todos sabemos que se não cumprirmos as nossas obrigações corremos o risco de ficar sem abrigo. Se não entregarmos religiosamente a uma instituição bancária uma parte significativa do resultado do nosso trabalho, o nosso futuro não se afigura risonho.

Mas porque acreditamos no futuro, como já vem sendo habitual, o CRS organizou, com os Colégios de Especialidade e o Conselho Nacional do Médico Interno, as Jornadas do Internato Médico, entre os dias 21 e 23 de Outubro, para permitir aos jovens médicos uma escolha mais fundamentada da especialidade a que pretendem dedicar a sua vida profissional.

Informações úteis, sessões muito participadas, mas em ambiente de incerteza, pois só, posteriormente, a 31 de Outubro, estes colegas iriam saber a que especialidade se poderiam candidatar e em que hospital ou centro de saúde iria decorrer o seu futuro mais próximo.

Partindo da má experiência no início da sua vida profissional, em que o Ano Comum começou atrasado e em datas diferentes, conforme o local de colocação, passando por sucessivas informações contraditórias prestadas pelos funcionários da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), as dúvidas avolumavam-se.

Entretanto, a data de publicação do mapa de vagas foi adiada, a sua composição foi “corrigida” não se sabe em que moldes e, por último, saiu um despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde a alterar o regime de vagas protocoladas, na véspera da escolha.

Mesmo quando já nada parece capaz de nos espantar, a falta de respeito de que têm sido vítimas os jovens

médicos é algo só admissível num país de telenovela. De resto, não se entende em que estudo ou tipo de planeamento se baseiam mapas de vagas que num ano são maioritariamente no Norte do país e no ano seguinte no Sul. Será uma das consultadorias externas em que foi desbaratado o orçamento do Ministério da Saúde?

Em contraponto, há muito que dirigentes da OM trabalham gratuitamente para o país na verificação de idoneidades e capacidades formativas, na definição dos programas de especialidade, nos júris de exame, na elaboração de pareceres técnicos para tribunais e cidadãos, na apreciação de legislação e em tantas outras áreas. Com este esforço voluntário de centenas de colegas empenhados temos construído uma formação de qualidade reconhecida e de que nos orgulhamos.

Também por isso, não se consegue perceber que um departamento de um ministério responsável de uma área tão sensível como a Saúde não seja capaz, a tempo e horas e com critérios perceptíveis, de dar resposta às necessidades do país, concluindo um concurso de colocação de jovens desejosos de dar um rumo à vida. Há que “fazer as malas”, procurar casa, já que a especialidade que se escolhe implica muitas vezes mudar do local onde se fez o curso ou o ano comum.

Não se questiona a necessidade de fixar médicos nas zonas mais carenciadas, periféricas ou no interior do país, mas é necessário criar verdadeiros incentivos que motivem os jovens médicos a optar por uma especialidade fora dos grandes centros e aí prosseguir o seu futuro pessoal e profissional.

Se os primeiros contactos com o Ministério que os tutela e é responsável pelo Serviço Nacional de Saúde demonstram este nível de incapacidade, o futuro será certamente encarado com cepticismo.

Será com estes exemplos que queremos motivar os futuros especialistas, de quem esperamos o desenvolvimento da excelência da medicina portuguesa e da qualidade do nosso SNS?

Não estaremos a hipotecar o futuro?

Mas apesar de tudo, mesmo considerando que o que vem dos Estados Unidos nem sempre é de copiar, é com abertura de espírito para considerar novas propostas e desafios que aqui deixo o desejo vindo do outro lado do Atlântico: – “Yes we can”.

Há que “fazer as malas”, procurar casa, já que a especialidade que se escolhe implica muitas vezes mudar do local onde se fez o curso ou o ano comum.

A presidente do Conselho Regional do Sul, Isabel Caixeiro, presidiu à abertura das Jornadas do Internato Médico; com Álvaro Belez, vice-presidente do CRS (à direita, na foto), e Nélson Milagre, do Conselho Nacional do Médico Interno (à esquerda, na foto)



Jornadas do Internato Médico

Futuros especialistas “encheram” OM

A Ordem dos Médicos promoveu, pelo quarto ano consecutivo, um conjunto de sessões de esclarecimento para os jovens médicos, que visa apoiá-los na escolha da sua especialidade. Ricardo Mexia, do Conselho Regional do Sul, mostrou-se satisfeito com a participação, enquanto muitos dos internos manifestaram ainda muita indecisão.

Entre o final do mês de Novembro e início de Dezembro, chega a altura de os internos do ano comum optarem pela especialidade em que querem fazer carreira médica. É uma altura que suscita dúvidas e hesitações, pois muitos dos novos médicos, além de estarem ainda sujeitos ao número de vagas abertas pelo Ministério da Saúde, mantêm alguma incerteza sobre a especialidade que querem escolher.

Para os apoiar nesta fase inicial das suas carreiras, decorreram, entre 21 e 23 de Outubro, no auditório da Ordem dos Médicos (OM), as Jornadas do Internato Médico, uma iniciativa que abordou um vasto conjunto de conhecimentos sobre as 47 especialidades.

Ricardo Mexia, membro do Conselho

Regional do Sul e um dos organizadores do evento, manifestou a sua satisfação, no final dos três dias de trabalho, sobretudo quanto à afluência de interessados, realçando: “As coisas correram lindamente. Todas as especialidades foram representadas; uma participação maciça dos colegas, auditório sempre cheio, o que nos alegra sempre muito”.

O dirigente passou também, não há muitos anos, pela hesitação entre optar por uma ou outra especialidade e, por isso mesmo, defende que “é sempre um prazer ouvir a visão de cada um dos colegas, de cada uma das especialidades”, pois, como disse, “não há uma só medicina, existe um fio condutor que é comum a todas”, ao mesmo tempo que “existem maneiras muito próprias de pensar subjacentes a cada uma”.

“Houve uma grande interactividade entre os que vieram para ouvir e os que vieram para fazer as apresentações”

Interactividade

Para Ricardo Mexia, um dos objectivos desta iniciativa é o de esclarecer os futuros médicos relativamente a cada uma das especialidades existentes. Por isso, “acredito que depois destas apresentações, haja alguns colegas que ainda ficaram mais confusos”, afirmou, aludindo à possibilidade de poderem ser atraídos por uma especialidade que não tivessem ponderado até aí. Isto porque,

é da maior importância que nas Jornadas sejam divulgadas especialidades ainda pouco em voga, como o caso da Medicina Desportiva ou da Medicina do Trabalho. Por outro lado, pretende-se, igualmente, que este evento funcione como um espaço de interacção entre os oradores e os participantes, sendo que, na opinião de Ricardo Mexia, tal aconteceu: “Houve uma grande interactividade entre os que vieram para ouvir e os que vieram para fazer as apresentações”. Acrescenta, assim, que estas Jornadas foram “uma aposta ganha”, uma alavanca que se creê mais do que motivadora para que para o ano haja mais.

Uma aposta a não perder

As Jornadas proporcionam algo que, durante o curso, nem sempre se revela possível: o contacto mais directo e próximo com diversos especialistas e um maior conhecimento de cada uma das áreas. Deste modo, os jovens médicos presentes nas Jornadas tiveram a oportunidade de ouvir cada um dos médicos oradores, interagir com estes, fazendo todas as perguntas sobre qualquer das especialidades representadas. Esta sessão pode ajudar os internos a decidir o seu futuro ou, por outro lado, motivar-lhes para uma área distinta da que imaginavam exercer, suscitando, assim, algumas dúvidas ou dissipando outras.

Catarina Barradas sempre quis ser médica e nem se imagina a fazer outra coisa. Já concluiu o curso, está agora no internato e chegou a fase da tomada de decisão. Participou nas jornadas para esclarecer incertezas e conhecer melhor “outras medicinas”. Acredita que ficou elucidada e, por isso, vai “fazer uma escolha mais consciente”.

Das Jornadas, além de várias respostas, leva, consigo, outros aspectos positivos, como a “entredajuda entre os colegas. Esta é uma iniciativa que eu recomendo vivamente”.

Não foi apenas Catarina que se mostrou receptiva quanto a esta iniciativa. Álvaro Nunes afirmou que as Jornadas “são de louvar, sobretudo num momento importante da carreira médica”, pois contribuem para estarem “em contacto com especialidades que estavam mais distantes, com as quais não há um contacto prático”.

A explicação mais detalhada, fê-lo

Os jovens médicos presentes nas Jornadas tiveram a oportunidade de ouvir cada um dos médicos oradores, interagir com estes, fazendo todas as perguntas sobre qualquer das especialidades representadas. Esta sessão pode ajudar os internos a decidir o seu futuro ou, por outro lado, motivar-lhes para uma área distinta da que imaginavam exercer, suscitando, assim, algumas dúvidas ou dissipando outras

despertar para pormenores que passaram a causar-lhe a incerteza quanto ao futuro: “Admito que pode ter criado alguma confusão. Vinha com algumas ideias definidas e as cartas voltaram a baralhar-se. Tenho mais dúvidas agora”.

Ainda assim, acredita pender para a área cirúrgica, embora admita que “a Cirurgia Geral, uma opção viável, saiu beliscada”.

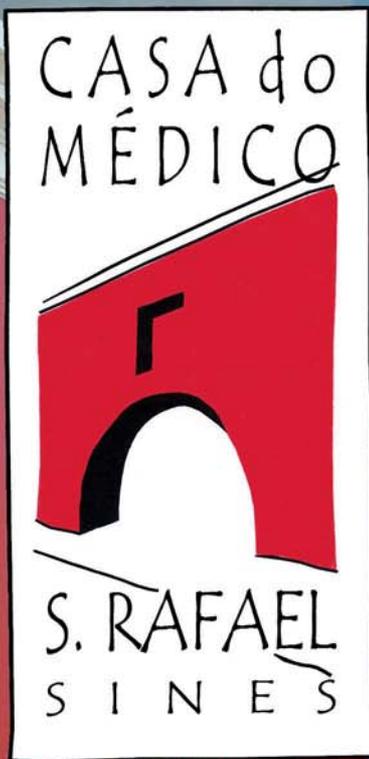
(In)certezas

O Medi.com conversou com outros internos participantes, assumindo posturas bem distintas: uns mais cautelosos que outros. “Tenho alguma ideia, sei o que é que não quero e acho que só quando saírem as especialidades e o número de vagas é que vou saber qual escolher”, afirma Pedro Gomes, 25 anos, interno do ano comum. Mas se a incerteza persiste quanto à escolha, o mesmo não se pode dizer relativamente às opções a evitar: “Não quero especialidades cirúrgicas e outras especialidades como Patologia Clínica ou Medicina Legal”. Relativamente à sessão, Pedro Gomes não hesita quanto à sua utilidade: “Acho que é muito boa e tenho gostado de algumas apresentações, que me têm criado mais dúvidas. Ajudam a perceber como são estas especialidades, mas ainda não me ajudou a decidir a especialidade que gostaria de seguir”.

Quanto a Teresa Almeida Alexandre, 26 anos e interna do Hospital de Santa Maria, a escolha quanto ao futuro está tomada: “Quero seguir Oncologia. Está definido”. Firme nas resposta, explica o porquê da escolha: “Gosto muito deste tipo de doentes. São doentes muito exigentes, não só a nível humano”, mas por obrigar a que o profissional de saúde “lide com a fronteira entre a vida e a morte”. A vontade de exercer é tal, que a jovem médica acredita que vai conseguir entrar na especialidade, até porque vai candidatar-se a qualquer zona do país. Na opinião de Teresa Almeida Alexandre, estas Jornadas “são muito proveitosas. Proporcionam não só reencontrar muitos colegas, como contactar com especialidades que, se calhar, durante o curso nunca tive oportunidade de lidar, como a Pediatria ou a Genética Clínica”. A futura médica de Oncologia afirma: “Apesar de já saber o que vou seguir, quero saber mais, saber o que é que os outros fazem”.

Quanto ao futuro, Teresa Almeida Alexandre tem um desejo: “Gostaria de dizer que tinha sido uma boa opção, que me sentia realizada com aquilo que fazia”. Na opinião da interna, existem algumas características que devem estar intrínsecas a quem quer ser médico. Enumera, por isso: “Em primeiro lugar gostar daquilo que faz. Acho que tem de ser uma pessoa bastante humana”. Quanto a si, admite procurar ter estas qualidades, referindo, porém: “Procuro aperfeiçoar-me no dia-a-dia. Os próprios doentes ensinam-nos a crescer interiormente”. Sabe que o ritmo de trabalho tende a intensificar-se, mas, mesmo assim, “procuro ter um equilíbrio e não deixar que o sistema altere as minhas características de me relacionar com os doentes”, salienta.

Apesar da segurança com que expõe as suas ideias, Teresa Almeida Alexandre receia o futuro: “Tenho medo de não ter a capacidade psicológica que é preciso para esta especialidade, porque sei que é dura”. Igualmente consciente, fala, sem pudor, do medo que tem dos sinais que o tempo lhe possa vingar no carácter: “Tenho medo de me tornar uma pessoa fria e com menos paciência para os doentes porque a nossa carga horária vai começar a aumentar”. Porém, aponta uma estratégia para fintar os receios: “A primeira coisa é ficar atenta, detectar o problema para depois resolver e procurar lidar com pessoas que admire”.



Reservas e informações
Casa do Médico, Quinta de S. Rafael, lote 36, 7520 - 266 Sines
telefone 269 860 800, email casadomedico@omsul.pt

No centro de uma cidade tranquila

Clima ameno todo o ano • Vista soberba sobre o mar



APOIO A MÉDICOS QUE QUEIRAM RESIDIR EM SINES cuidados básicos • serviços de limpeza
• fornecimento de refeições • tratamento de roupas • apoio médico e de enfermagem

ALOJAMENTO DE LONGA DURAÇÃO OU POR CURTOS PERÍODOS

todos os quartos com casa de banho privativa, quartos preparados para pessoas com dificuldades motoras
• gabinete de apoio médico • biblioteca • sala multiusos • sala multimédia • restaurante • bar • capacidade para reuniões científicas ou sociais até 100 pessoas • estacionamento



Primeira sessão do ciclo «30 anos SNS»

Defesa das carreiras é uma causa comum

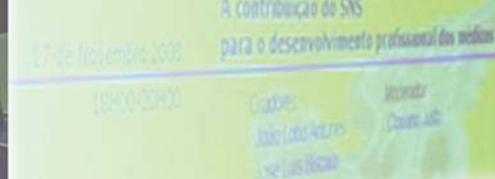
A primeira sessão do ciclo de debates que assinala as três décadas do SNS assentou na intervenção dos três conferencistas convidados – João Lobo Antunes, José Luís Biscaia e Eduardo Santana – e no debate que se lhe seguiu. Ficou clara a preocupação geral de defender um modelo de carreiras médicas adequado à nova realidade em que trabalham os médicos.

No passado dia 17 de Novembro, o auditório da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos recebeu o primeiro dos vários debates previstos o Serviço Nacional de Saúde (SNS). O tema geral do ciclo, que se prolongará por quase todo o próximo ano, é «30 anos SNS» e esta primeira sessão visou debater «A contribuição do SNS para o desenvolvimento profissional dos médicos». João Lobo Antunes, José Luís Biscaia e Eduardo Santana foram os conferencistas, enquanto o

moderador foi Cipriano Justo, presidente do Conselho Distrital da Grande Lisboa, a quem cabe a organização executiva deste ciclo.

O discurso de João Lobo Antunes abordou as carreiras médicas e os internos; José Luís Biscaia optou por uma retrospectiva das leis aplicadas no âmbito do SNS e, finalmente, o de Eduardo Santana que focou as transformações sociais que o SNS provocou e o modelo de carreiras.

Aqui fica o essencial de cada uma das intervenções.



João Lobo Antunes “Relatório das Carreiras Médicas é precursor do SNS”

João Lobo Antunes, neurocirurgião, professor e investigador, começou por dizer: “Penso que não é legítimo falar do SNS sem dizer uma palavra sobre o relatório das carreiras médicas. O «Relatório das Carreiras Médicas» reconhecia que havia cinco sectores de actividade médica principais: a saúde pública (nunca seduziu os médicos), a medicina organizada, os serviços médico-sociais, os hospitais e depois a clínica livre. Isto é de 1961”, assinalou o neurocirurgião.

“Por outro lado, qual era o propósito das carreiras médicas?”, questionou João Lobo Antunes, que respondeu com a citação de um excerto do Relatório: «criação de carreiras hierarquizadas com garantias seguras, de acesso, de estabilidade económica e de previdência, que coloque os médicos ao abrigo das incertezas da clínica livre cada vez mais minguada devido ao progresso da medicina organizada».

Segundo o médico, “este ponto de vista histórico é muito interessante porque, de facto, o grande inimigo, assim o entenderam, eram as caixas de previdência. De facto, o relatório das carreiras médicas é precursor do SNS. Nessa altura, invocando o que chamam seguro social, ele dizia que estava na ordem das ideias sociais do nosso tempo. A grande palavra era a liberdade do médico, a medicina da profissão liberal”.

João Lobo Antunes continuou: “O modelo proposto do «Relatório das Carreiras Médicas» era novo e garantia uma





carreira que estava indissociavelmente ligada ao treino hospitalar. Portanto, o conceito de formação estava já consagrado de uma forma inequívoca na doutrina das carreiras médicas; ao mesmo tempo que se entrelaçava a carreira hospitalar e universitária porque, de facto, a grande parte dos redactores da forma final do relatório eram académicos de formação, eram professores de faculdade e um dos fenómenos que valia a pena analisar foi o afastamento progressivo dos académicos das organizações profissionais, pelo menos com a força, com o

peso, com a visibilidade que tinham há 30 anos. De facto, aparece a lei de 1979 que cria o SNS. No seu artigo 7.º consagrava que devia ser gratuito, sem prejuízo das taxas moderadoras diversificadas. Esta ideia de taxa moderadora estava evidentemente presente no documento das carreiras médicas. Ao mesmo tempo criava, como órgão do SNS, um departamento de ensino e investigação que tinha como missão promover e coordenar actividades de investigação na saúde”.



Hoje, a medicina está dependente das tecnologias.

Uma consequência do desenvolvimento tecnológico e do progresso científico foi a subespecialização, a necessidade de alargar o tempo de formação; ao mesmo tempo que se tem nos últimos anos observado a tendência para reduzir o número de horas de trabalho

O que mudou ao fim de 30 anos?

“Um dos fenómenos que, de facto, marca 30 anos de medicina é a expansão brutal das tecnologias médicas, quer tecnologias de suporte de vida, quer de diagnósticos, quer cirúrgicas, com uma expressão cada vez mais visível e, de facto, eu diria que hoje em dia julga-se um hospital público ou um hospital privado pelas tecnologias que oferece. Hoje, a medicina está dependente das tecnologias. Uma consequência do desenvolvimento tecnológico e do progresso científico foi a subespecialização, a necessidade de alargar o tempo de formação; ao mesmo tempo que se tem nos últimos anos observado a tendência para reduzir o número de horas de trabalho”, considerou o neurocirurgião.

João Lobo Antunes prosseguiu: “A subespecialização tem exigências muito próprias; nasce, por um lado, de motivos relacionados com a doença – tomei a Neurocirurgia como paradigma –, a idade dos doentes (Neurocirurgia Pediátrica), a patologia (vascular, tumoral), a anatomia (nervos periféricos). Depois, cognitivas, geradas pelo conhecimento e pelo progresso do conhecimento, forças sociais que determinam e muito a necessidade de subespecialização e particularmente

o prestígio profissional; razões relacionadas com o uso da tecnologia; alguém que domine uma técnica, de alguma forma

se torna distinto no conjunto das especialidades médicas. Obviamente, a subespecialização tem vantagens em termos de aperfeiçoamento técnico. Obriga a uma creditação própria que muitas vezes continua a ser difícil de estruturar; razões corporativas; académicas e pessoais, padrões de referência, reconhecimento pelos pares e de alguma forma do prestígio que daí advém. Tem por outro lado, desvantagens, de fragmentação da prática clínica, interfere com o treino dos residentes ou dos internos de especialidade, ou seja, quando um serviço é apenas composto de superespecialistas de áreas muito distintas, e tem, certamente, hoje em dia, já repercussões claras na forma como a medicina é ensinada. Finalmente, a vulnerabilidade legal, ou seja, argumentar-se que um médico pratica uma técnica para a qual não está preparado”.

Os internos

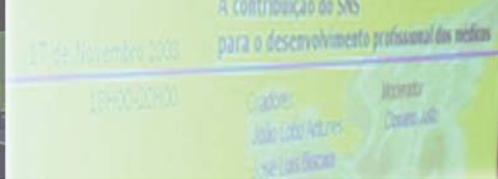
O neurocirurgião recordou, então a propósito dos tempos de formação, referindo-se a números estudados nos Estados Unidos: “Até 2003, o tempo de trabalho de um interno de Neurocirurgia era de 80 horas por semana, às quais se acrescentavam oito horas de educação; em 2008 reduziram para 56”. Esta redução, segundo João Lobo Antunes, “afectou a continuidade dos cuidados prestados aos doentes” e acabou por exigir “recrutamento de pessoal com outra formação”.

Analisando o que se passa na Europa, continuou: “Uma semana reduzida para 48 horas teve como consequências que os dias de trabalho passaram de 225 para 150 a 160 por ano, o que levou os internos a fazerem menos 30 por cento de intervenções, ou seja, há o sentimento, nas especialidades cirúrgicas, que com este tempo de trabalho não é possível treinar de uma forma eficaz o especialista”.

Médicos vs indústria

João Lobo Antunes passou, então, à relação entre os médicos e a indústria. “O médico é investidor, investe, entre nós, muito mais nas tecnologias que pratica; há o problema da publicidade médica que, devo dizer, o novo Código Deontológico a meu ver não cobre com a modernidade que o fenómeno exigiria, e, finalmente, os conflitos de interesse que decorrem dos vários aspectos de qualquer prática profissional. De facto, a investigação biomédica é obviamente parte integrante daquilo que fazemos. De facto, cada vez mais a indústria farmacêutica é o grande fornecedor de investigação biomédica, cada vez mais as universidades americanas investem em empresas. Está-se, ao mesmo tempo, a tentar que isso seja uma realidade em Portugal, sobretudo porque o financiamento é cada vez mais escasso. Além de a indústria farmacêutica dominar em grande parte a agenda de investigação biomédica, na realidade, domina completamente a formação pós-graduada. Não há congressos médicos sem o apoio financeiro da indústria e este apoio continua a ter, entre nós, na minha opinião, uma regulação deficiente ou inexistente”, considerou o neurocirurgião, que recordou um texto do Bastonário na ROM, em que Pedro Nunes disse a propósito deste assunto: “A situação é chocante, quando não escandalosa”.

Segundo o médico, “continuamos numa situação que não se tem alterado sensivelmente nos últimos anos, em que a indústria determina em grande parte o que é a actividade, na selecção dos oradores, no financiamento e, portanto, esta dependência da



indústria tem repercussões seríssimas na forma como o SNS acaba por interferir, por participar na educação pós-graduada”.

Os médicos dão a segunda opinião

João Lobo Antunes considerou a seguir que os dias de hoje trouxeram uma maior exigência dos “utentes”, termo que, assinalou, não usa quotidiano, mas trouxeram também uma “multiplicação das organizações de doentes, maior conflitualidade, maior escrutínio dos média e novas formas de informação”. Segundo o médico, agora há “uma nova colega; nunca trabalhou num hospital, que não é responsabilizada pelo que diz, não se cansa, tem uma infinita paciência, não se zanga e está disponível a qualquer hora, que é a internet”.

Perante isto, de facto, acabam por ser os médicos “a dar uma segunda opinião”, considerou o neurcirurgião. O que, do seu ponto de vista, “significa que hoje em dia a assimetria de conhecimento começa a estar diluída porque os doentes entendem que sabem pelo menos tanto e por vezes mais do que os médicos”.

A propósito da conflitualidade, o conferencista disse: “É uma matéria que não nos pode escapar: eu trago o número de processos recebidos no Conselho Médico-Legal desde a criação do Instituto Nacional de Medicina Legal, em 2001, que eram 32, e este ano, até Setembro, já havia 160. Escamotear o facto de que a conflitualidade aumentou de forma exponencial e cada vez mais sofisticada, obriga, em meu entender, a que os internos sejam educados pelos contornos de prática clínica, sobre o erro, sobre o risco, sobre a incerteza e comecem a perceber que a medicina não é uma actividade tão pacífica; é arriscada, é difícil, é complexa e é perigosa”.

O sector privado

Quanto à possibilidade de ser necessário um dia os internos pagarem a educação que receberam, o que João Lobo Antunes recusa, recordou: “É função social do Estado preparar os seus profissionais e os profissionais bem preparados têm obviamente uma influência decisiva na qualidade da medicina que se pratica e eventualmente dos custos e, de facto, quando os internos estão a trabalhar nos nossos serviços, estão a servir o SNS”. A capacidade formativa do sector privado mereceu uma abordagem e várias questões do conferencista, para reflectir: “Será a ecologia do sector privado favorável à formação? Será o treino dos especialistas a vocação do sector privado? Aceitarão os subsistemas, as seguradoras e os clientes serem tratados por médicos em treino? Haverá diferença entre especialidades médicas e cirúrgicas?”.

Declínio da investigação por médicos

João Lobo Antunes abordou também alguns aspectos que afectam a investigação, para tanto, começou por recordar os trabalhos de Bello de Moraes, que remontam a 1898, em que se apontavam vantagens a actividades de investigação durante o internato. “Curiosamente era uma experiência basicamente restrita aos cirurgiões, internos de cirurgia dos hospitais civis e, de facto, hoje há uma grande preocupação em toda a Europa, em relação ao declínio de investigação por médicos. Os factores que contribuíram para isto são vários: o progresso científico é muito rápido, os médicos têm que aprender a investigar, a

dominar técnicas cada vez mais sofisticadas, o treino clínico absorve mais, é mais exigente, é muito fraca a recompensa académica, é difícil financiar programas de investigação de internos e de especialistas e a questão que se põe é se às vezes é possível compatibilizar as duas carreiras”, questionou.

O conferencista recordou então que, em Fevereiro, o Ministério da Ciência e o Ministério da Saúde, “depois de muito tempo de maturação, publicaram uma portaria, visando preparar uma nova geração de médicos altamente qualificados que possam contribuir para uma boa prática clínica.

Mencionam apenas investigação clínica, não mencionam investigação básica”, disse considerando que esse aspecto “é grave”.

De resto, João Lobo Antunes enalteceu o Programa Gulbenkian de formação avançada, que, do seu ponto de vista “tem corrido muito bem, é extraordinariamente exigente do ponto de vista científico, mas pode ser um primeiro passo, um mecanismo de articulação”. Recordou então a iniciativa de criar uma unidade de investigação que congrega o Instituto de Medicina Molecular, a Faculdade de Medicina de Lisboa, o Serviço de Reumatologia, portanto os três serviços articulados, com sede no Instituto de Medicina Molecular e com áreas especializadas: um serviço hospitalar com as várias consultas e uma unidade de investigação no Instituto Molecular.

O neurocirurgião deixou algumas questões pendentes, como “a selecção dos candidatos em treino”, que “continua a ser extremamente satisfatória, a rigidez dos programas de formação, a certificação das instituições, novas áreas de treino ou especialização – aí a função da Ordem dos Médicos –, a verificação de competências de certificação”.

SNS indispensável

João Lobo Antunes concluiu, então: “O SNS é indispensável para a educação médica e formação profissional e esta é uma indeclinável função social; ainda não se inventou método de formação melhor que o internato; a articulação das instituições de saúde a todos os níveis e as instituições de ensino é fundamental para melhor eficácia do sistema; as alterações profundas científicas, tecnológicas e socio-económicas obrigam a repensar esta formação e a forma de avaliação da competência profissional e, finalmente, o declínio do médico-cientista tem consequências graves na qualidade dos cuidados prestados, na translação do conhecimento, na investigação clínica e nos ensaios das novas tecnologias”.



O SNS é indispensável para a educação médica e formação profissional e esta é uma indeclinável função social; ainda não se inventou método de formação melhor que o internato



José Luís Biscaia “SNS e desenvolvimento profissional médico essenciais para os bons resultados”

José Luís Biscaia, que foi subdirector-geral para a Qualidade em Saúde, é médico de família e integra uma USF na Figueira da Foz. Este médico começou por considerar que “o SNS existe da maneira que existe porque surgiram as carreiras médicas”. O conferencista assinalou igualmente a importância do «Relatório das Carreiras Médicas» e achou “interessantíssimo” que no livro houvesse esta frase: “Encarar isoladamente as carreiras médicas... compromete a instauração do Serviço de Saúde”, o que, defendeu, “caracteriza esta questão relacional que está subjacente a todos os elementos que tivemos no nosso sistema de saúde. Encarar e discutir as carreiras médicas sem perceber o contexto organizacional ou discutir o sistema de saúde sem perceber que modelo de carreiras é um equívoco tremendo”. José Luís Biscaia resumiu então o que vai defender na sua intervenção: “O SNS e o desenvolvimento profissional médico foram essenciais para a profissionalização dos profissionais de saúde e para os bons resultados de saúde que têm sido alcançados”.

O médico de família passou a explicar: “Ao longo destes anos aconteceu o que chamaria a funcionarização, leia-se mais acentuadamente no início deste século XXI, e, portanto, os desafios que neste momento temos é como é que descobrimos para as carreiras médicas um novo impulso de profissionalização, como é que poderíamos fazer um novo relatório das carreiras médicas. Pareceu-me importante clarificar o que para mim é a carreira médica. O que é que significa? Qual é o conceito? O que é que está subjacente? O que é mais singular no «Relatório das Carreiras Médicas» é que a maior parte dos conceitos são extremamente actuais. Falam do que é a matriz de desenvolvimento da profissão médica e há uma visão da matriz dessa profissão integrada num contexto organizacional. Falam dos modelos remuneratórios com uma base fixa e outra ligada ao desempenho, isto em 1961. Centrando na carreira médica e assumindo-a como matriz do desenvolvimento da profissão, eu penso que de uma forma simples poderíamos assumir que é o trajecto profissional que todos nós devemos ter, com uma progressiva diferenciação técnico-científica e responsabilidade funcional, clínica e organizacional e é importante esta consequência entre a diferenciação e o que acontece no nosso dia-a-dia, obtida através de provas públicas de competência e de desempenho”. A seguir, José Luís Biscaia colocou “três questões importantes”: “As modalidades de formação e de ensino (os internatos, o acesso, como é que é feita a sua regulamentação), o exercício (acesso, progressão, vínculo, remuneração, contexto organizacional, auto-regulação) e investigação, que é fundamental numa carreira médica. O que tem acontecido?”. O «Relatório das Carreiras Médicas» é “um documento ímpar na história da nossa administração”, disse o conferencista recordando o que dizia o ministro da Saúde, Henrique Carvalho, em 1961. “Esta declaração foi importante porque assumiu que uma profissão conseguiu ultrapassar ou ter uma visão para além da sua imagem, do seu interesse; teve uma visão de como devia ser o desenvolvimento do sistema de saúde. Este contributo da profissão médica de então para o que deveria ser o sistema de organização de saúde é hoje uma marca indelével”, rematou.



Quando surgiu a carreira médica

José Luís Biscaia contou um pouco da história da criação do SNS: “É importante perceber que a carreira médica hospitalar não surgiu com o SNS. Em 1971-73, houve um Decreto-lei que definiu o quadro e progressão na carreira e criou o primeiro regulamento do internato médico. Foi um internato, pelo que li, de grande dificuldade de acesso porque havia poucas vagas, tinham de fazer uma prova extremamente difícil e o resto dos profissionais organizavam-se na antiga saúde pública. Já em 1971, criaram-se os centros de saúde, extremamente importantes em termos de saúde pública, ligados à promoção da saúde, à prevenção da doença.

Em 1974, foi criada a rede hospitalar nacional, integração dos hospitais regionais administrados pelas misericórdias. Um outro facto marcante foi o serviço médico à periferia (1976-83), que tem vários pontos que gostaria de realçar: nova forma e contexto de exercício; autonomia e reconhecimento profissional; a criação de uma necessidade e a saúde como um direito.

O SNS, em 1979, trouxe os grandes princípios de universalidade, equidade; acessibilidade; unidade de concepção, direcção e organização; integração do regime das carreiras. Os serviços de saúde de então deviam organizar-se, tendo uma unidade concentrada da sua concepção, da sua direcção ou organização, permitindo que o grau de precisão estivesse em três ou quatro pontos. Em 1982, apareceu outro marco, que foi o Decreto-lei das carreiras médicas e que criava carreira de Clínica Geral e Saúde Pública (a regulamentação do exercício profissional), a hospitalar já existia de uma forma autónoma. E foi feita a grande regulamentação do exercício profissional, com os regimes de trabalho, com formas de acesso, com a progressão ao longo da



carreira. E só em 1983 é que veio a regulamentação dos centros de saúde, criados em 1971, que tentou consolidar aquela integração de serviços médico-sociais, os serviços ditos preventivos ou dispensários.

Outro marco importante, para a Medicina Geral e Familiar, a partir de 1987, quando a clínica geral foi assumida como sendo uma especialidade, foi preciso resolver o problema dos milhares de médicos que tinham entrado par a carreira de clínica geral, criada em 1982. Portugal fez uma coisa avançada para a época e foi o único país da Europa que fez o processo de formação específica em exercício (1987-95).

Em 1990, surge o Decreto-lei que regulamentava de forma diferente as carreiras. Só realço: reforçou a igualdade de estatuto das três carreiras; perda da singularidade da Medicina Familiar; redefiniu os regimes de trabalho e retirou os médicos de família das urgências hospitalares.

Outro processo muito interessante foi em 1993, titulação única, ou seja, nesta altura a OM assumiu que há um processo formativo, que é idóneo, se de facto as mesmas pessoas só mudavam de camisola quando estavam do lado dos elementos do júri, não havia razão para os médicos fazerem dois exames para terem uma titulação para ser reconhecidos pela OM e pelo Estado, ou se quiserem pelo SNS. Isso foi resolvido. O estatuto do SNS, que saiu em 1993”.

Mudanças nos centros de saúde

O conferencista abordou a seguir vários aspectos das mudanças que foram sendo introduzidas nos centros de saúde e nas formas de trabalho e de remuneração ao longo dos anos: “Todos os que trabalhavam no SNS eram pagos por salário. Em 1998, houve uma experiência inovadora, que foi fazer um Decreto-lei que permitia pagar aos médicos uma remuneração ligada ao desempenho.

Foi nesta altura que surgiu uma legislação de centros de saúde de 3ª geração (1999), legislação essa que nunca saiu da gaveta ou do papel, se quiserem, mas que foi importante. Os centros de saúde tinham um conceito de autonomia gestonária e de criação de uma hierarquia técnica. Sistemas locais de saúde (1999), outro conceito bondoso, um dispositivo de integração de cuidados que neste momento está a ser reinventado como unidade local de saúde e que, na altura, beneficiou de algumas experiências residuais. A única forma que as carreiras médicas tinham de se assumir era pelo lado da qualidade, liderança clínica no processo do hospital ou dos centros de saúde. Foi criado o Instituto da Qualidade em Saúde que teve uma vida efémera, quatro/cinco anos, e com a reestruturação que houve agora no Ministério da Saúde ficou encostado em algum lado na Direcção-Geral de Saúde”.

Gestão hospitalar e USF

José Luís Biscaia fez também uma síntese da evolução do sistema hospitalar e do recente processo de criação de USF: “Em 2005, apareceram os hospitais EPE, que levaram ao desaparecimento das carreiras médicas. Nesse mesmo ano, foi feito o Regulamento do Internato Médico, com o objectivo de criar um trajecto único de formação, e a OM assume o júri da avaliação final. Um ano depois, surgem as USF, pequenas unidades autónomas em que se privilegia a autonomia, acessibilidade, efectividade, eficiência e em que se procura replicar a questão da remuneração ligada ao desempenho. Na sequência das unidades de saúde familiar, está

em curso a criação de agrupamentos de centros de saúde, um processo muito complicado porque mexe onde dói muito – a difícil reforma das ARS”.

Aspectos positivos e negativos

José Luís Biscaia apontou os aspectos positivos das reformas que enumerou: “Profissionalização, os internatos médicos, a diferenciação profissional, hierarquia clínica (hospital), investigação clínica (hospital), estabilidade profissional, que se reflectem nos resultados em saúde”.

Como aspectos negativos referiu “a funcionarização, isto é, o progressivo peso da hierarquia administrativa e o desaparecimento da liderança clínica, a má gestão de recursos humanos; o SNS nunca fez gestão de recursos humanos, ou seja, não sabe dizer ao longo destes anos quantos somos; não tem o mínimo planeamento estratégico do que é que vai acontecer. Por outro lado, a própria gestão operacional, se quiserem dos recursos humanos, é catastrófica. Depois, um problema que, se calhar, faz parte da nossa cultura portuguesa, nós não conseguimos sustentar estes processos de mudança”.

Desafios

O conferencista apontou alguns desafios importantes no momento que vive o SNS: “A autonomia clínica tem de ser assumida como um privilégio e não como um direito. É óbvio que ninguém consegue regular a nossa prática; é para isso que existe uma Ordem, em que está delegada essa competência. Mas isto pressupõe que devemos ter um controlo do diagnóstico e do tratamento, controlo da avaliação dos cuidados, controlo da natureza e organização do trabalho, independência contratual; auto-regulação efectiva e transparente; trajecto formativo único e independente do contexto e diferenciação clínica clara e consequente”.

Nada mudou no SNS

Para José Luís Biscaia no SNS “não mudou nada”, mas explicou melhor: “O SNS continua a ter os seus princípios de acessibilidade, equidade, universalidade, nos quais agora estão muito mais prementes a efectividade e a eficiência e aqui é que gera uma questão diferente. De uma forma simples, o SNS quando surgiu era um compromisso de oferta e, neste momento, o SNS é um compromisso de resultados. Isto é uma mudança radical; esta é que é verdadeiramente a mudança. Ser um compromisso de resultados inclui as expectativas diferentes dos cidadãos, os diferentes resultados em saúde, a capacidade de dizer se o resultado era esperado ou não. Portanto, o grande desafio que o SNS tem que fazer é discutir este compromisso de resultados. Isto tem a ver com a capacitação; contratualização e transparência. Em suma, todos os profissionais devem ter boas práticas; doentes devem ser protegidos das más práticas; maus desempenhos devem ser melhorados; abertura e demonstração reforçam a confiança. As carreiras médicas, em relação ao SNS, seriam uma exigência ética de responsabilidade individual e colectiva”.

O SNS continua a ter os seus princípios de acessibilidade, equidade, universalidade, nos quais agora estão muito mais prementes a efectividade e a eficiência e aqui é que gera uma questão diferente



Eduardo Santana “SNS, a mais importante conquista social do século XX”

Eduardo Santana, gastroenterologista, director do Hospital da Força Aérea e membro do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, foi o último orador da primeira sessão de debate do ciclo «30 anos SNS». Este médico confessou-se um “incondicional defensor do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e um entusiasta, muitas vezes incontinente, de tudo o que lhe diga respeito”.

Eduardo Santana leu então um discurso escrito que considerou “totalmente despretensioso e sem preocupações de carácter cronológico ou valorativo”, que admitiu deixar “para os historiadores e estudiosos”, e que visou transmitir “uma visão estritamente pessoal”, do que considera “ter ocorrido de mais relevante neste já longo percurso”.

O especialista fez a seguinte intervenção que se segue na íntegra.

“Quando, em 1979, o então deputado Dr. António Arnaut apresentou a proposta de lei que iria consagrar o SNS mais não fez que verter para a legislação os princípios consagrados na Constituição de 1976 e que resultavam de uma clara opção política já anteriormente assumida pelos primeiros Governos Provisórios.

Iniciava-se desta forma aquela que considero a mais importante conquista social do século XX e escrevia-se a primeira página daquela que iria ser uma história de enorme sucesso, pelo bem-estar que trouxe à população em geral e aos mais desfavorecidos em particular. A medida, por ser inovadora e surpreendente entre nós, era também a expressão do atraso que o país apresentava neste sector, à semelhança do que acontecia com outros, comparativamente aos seus congéneres europeus. Em boa verdade, com pequenas diferenças na concepção, nos recursos empregues, e no modo de financiamento, eram vários os países que desde há alguns anos apresentavam serviços de saúde universais e gratuitos ou fortemente comparticipados pelo Estado. Todos resultantes de políticas sociais que se enquadravam na concepção do «estado providência», pela qual muitos já tinham optado e que era estudada e experimentada um pouco por toda a Europa desde o início do século, maugrado as sucessivas tragédias que o iriam ensombrar”.

Apoio não foi unânime

“Convém recordar, para memória futura, e por razões que não vêm agora a propósito, que a aprovação legislativa do SNS não contou, já nessa altura, com a unanimidade das forças políticas então com assento na Assembleia da República.

Este facto, aparentemente irrelevante, talvez nos ajude a melhor compreender as dificuldades e contestações que o SNS tem vindo a enfrentar ao longo da sua existência e para as quais parece nunca ter faltado motivação e vontade.

Numa sociedade profundamente carenciada e desigual, onde o pouco que existia era mal distribuído e inacessível à maioria da população, a adesão a um projecto generoso e solidário só poderia ter sido entusiástica e catalisadora. Convém referir que esse clima de entusiasmo e de generosidade que se vivia à época era fruto de uma compreensível imaturidade democrática



e resultava da utopia que muitos alimentavam em ver construída uma sociedade mais justa e solidária onde a discriminação e a desigualdade não tivessem lugar.

A irreverência da contestação então vivida, algum oportunismo e precipitação impediam a maioria das vezes que fossem tomadas decisões ponderadas e razoáveis que permitissem encontrar as soluções adequadas aos problemas, nos mais diversos sectores da vida pública.

Aconteceu assim com as Faculdades de Medicina que se encheram precipitadamente de um exagerado número de alunos e não tiveram outra solução que não fosse formar licenciados de forma pouco ortodoxa e, nalguns casos, demasiado rápida para o que seria prudente e desejável que acontecesse. Ironicamente, este processo arriscado e imprudente viria a mostrar-se decisivo para triplicar o número de médicos então existente num tempo recorde e deixar-nos a falsa ilusão de ter encontrado solução fácil para um problema que nunca haveríamos de ver solucionado. Apesar de tudo, o futuro viria a mostrar-se surpreendentemente generoso ao demonstrar-nos que a qualidade dos profissionais então formados não destoava do todo já existente.”

Orientação para a comunidade

“A política de saúde de então modificava os seus objectivos, deixando de estar centrada no indivíduo e na visão estritamente hospitalar do homem doente, para se orientar para a comunidade, para a prevenção e profilaxia da doença, para a promoção da saúde e do bem-estar das populações e para a educação sanitária das comunidades. Apesar das dificuldades sociais que o país enfrentava, dava-se início ao programa de cobertura



médica de todo o território nacional. Assistia-se assim à criação de centros de saúde com vocação na área preventiva da Saúde Pública, em conjunto com os postos da então denominada Caixa de Previdência, a que eram atribuídas responsabilidades no âmbito da medicina curativa. Anos mais tarde, da sua fusão nasceriam os chamados centros de saúde de segunda geração.

O serviço médico à periferia, entretanto criado, dava continuidade ao Internato Policlínico que antecedia a especialização médica pós graduada. Daqui iria resultar a melhoria da assistência médica das populações, o enriquecimento da formação e experiência dos profissionais envolvidos e a qualificação da política de saúde até então praticada.

Muitos médicos não regressariam às suas origens, radicando-se nos locais de colocação e assumindo uma opção de vida até então pouco vista e que se viria a mostrar decisiva para a descentralização da cobertura médica até então confinada aos grandes centros urbanos.

Aos clínicos gerais era então facultada a possibilidade de se especializarem como médicos de família, num processo valorativo de formação em exercício que mais tarde viria a originar a especialidade de Medicina Geral e Familiar, verdadeiro pilar do nosso sistema de saúde.

Rapidamente, o acesso às consultas e aos exames auxiliares de diagnóstico deixavam de ser uma miragem distante para se tornarem uma realidade ao alcance de todos. Facilmente se ultrapassariam os quarenta milhões de consultas/ano, o número de internamentos subiria em flecha e as urgências atenderiam mais de um milhão de utentes em igual período, demonstrando, por um lado, a vitalidade do processo e as necessidades existentes, mas, por outro, pondo já a descoberto algum imprevisto e falta de organização e planeamento nas soluções encontradas.

Apesar disso, a cobertura médica atinge rapidamente números nunca antes imaginados, alcançando-se num curto espaço de tempo mais de 98% da população nacional, apesar das marcantes desigualdades e assimetrias que ainda se verificavam nos acessos e nos tempos de espera pelo atendimento que, em muitos casos, perdurariam até hoje.

As transformações sociais e as profundas alterações verificadas na educação e no acesso ao rendimento transformariam para melhor as condições de vida das populações, aumentando o consumo de bens essenciais e melhorando os seus hábitos, contribuindo desse modo para elevar o bem-estar das famílias.

Como resultado, os indicadores médico-sanitários que nos colocavam, antes da criação do SNS, na cauda da Europa, transportar-nos-iam, por critérios da Organização Mundial de Saúde, em pouco mais de vinte anos, para um surpreendente 12.º lugar entre as nações, na avaliação do desempenho do nosso Sistema de Saúde.

Para além das modificações sócio-económicas já enunciadas, o sucesso ficou em boa parte a dever-se à vontade política dos decisores, à estratégia escolhida, mas sobretudo à competência e à qualidade do trabalho efectuado pelos profissionais envolvidos e dentre estes, o realizado pelos médicos.

O *numerus clausus* entretanto criados eram mais fruto da limitada capacidade formativa dos estabelecimentos de ensino e dos interesses corporativos instalados do que resultado de qualquer planeamento, visando acautelar o futuro. Apostava-se tudo na quantidade em detrimento da excelência, facto que mais tarde iria ter consequências muito negativas nas mais diferentes áreas do pensamento, da cultura, da investigação científica e da liderança no nosso país.

Construíram-se novos hospitais, centros de saúde, faculdades, institutos e escolas técnicas superiores, públicos e privados. Aumentaram-se os meios e recursos indexados à formação e à especialização profissional. As instituições adquiriam prestígio proporcional ao trabalho que produziam e tornavam-se motivo de orgulho para os que nelas trabalhavam e de referência para aqueles que procuravam os seus serviços.”

Conselhos de Gerência dos Hospitais

“Nascem os Conselhos de Gerência dos Hospitais que irão juntar médicos, administradores e enfermeiros nas suas direcções, inicialmente presididas apenas por médicos. Esta situação, que perdurou durante mais de dez anos, viria a ser modificada com a clara oposição da classe médica em tempos de forte conturbação para com o poder político, nos finais dos anos oitenta. O mesmo aconteceria anos mais tarde com os directores clínicos, inicialmente eleitos entre os seus pares para depois serem alvo de nomeação pelas administrações hospitalares, num processo de clara clivagem das relações institucionais entre os médicos e a sua hierarquia que se arrasta até hoje e ao qual urge pôr cobro para benefício das instituições, dos seus profissionais e da transparência de processos.

Adquiriram-se progressivamente novos sistemas de recolha e tratamento da informação e inicia-se a informatização progressiva dos serviços, de um modo nem sempre bem

Maria de Belém: “SNS tem importância estratégica”

Maria de Belém, ex-ministra da Saúde e actual presidente da Comissão Parlamentar da Saúde, referiu, sobre o SNS, que “é um serviço em grande transformação, que continua a ter uma importância estratégica absolutamente essencial.

Podemos dizer que foi o serviço público da era democrática, mais bem conseguido, isto na lógica e na óptica dos serviços consagrados.

Foi realmente um percurso de sucesso até aqui.

Evidentemente que todas as coisas precisam de ser permanentemente ajustadas às exigências do mundo moderno, que, aliás, assim o exigem.

A velocidade a que as coisas hoje acontecem é muito superior ao que acontecia no passado e é necessário, se quisermos continuar a salvaguardar a excelência de resultados que o SNS teve, ir mais à frente e não ter medo de sermos ousados”.

A Ordem dos Médicos em cooperação com o Ministério da Saúde cria a titulação única para o ensino médico pós graduado, assumindo-se como única autoridade competente para atribuir idoneidade formativa aos serviços do SNS

planeado e que iria originar muitas das vezes inesperadas resistências. Algumas, que infelizmente ainda perduram e se devem ao *deficit* de comunicação e de formação adequada promovida pelos seus responsáveis. Apesar de tudo, a referenciação de doentes entre unidades de saúde torna-se uma importante mais-valia que irá potenciar os recursos disponíveis e permitir dar resposta às situações mais graves e complexas ao mesmo tempo que irá conferir coerência ao sistema e segurança aos utentes, disfarçando algumas das suas graves carências. A iniciativa e o empenhamento pessoal dos profissionais, o conhecimento inter pares das capacidades instaladas, o reconhecimento das competências dos serviços e do mérito dos colegas desempenham um papel determinante para o êxito deste processo, em clara oposição à desnatação de doentes e à escolha selectiva de patologias com que hoje em dia, somos frequentemente confrontados.

As instituições remodelam-se e reequipam-se num notável esforço colectivo de actualização e modernidade, mau grado o

subfinanciamento que desde sempre as penalizará e que apenas será temporariamente amenizado com as verbas recebidas da CEE após 1985, ao abrigo dos fundos estruturais então disponibilizados para o sector.

Persiste a indefinição de acto médico, que cada vez mais se torna necessário concretizar mas que se arrasta ao longo do tempo, atravessado diferentes governos, facto a que não será estranho a instabilidade decorrente dos ciclos eleitorais que temos vivido e a falta de vontade política para o fazer.

Entretanto, todas as unidades de saúde, dos hospitais aos centros, são postas à disposição do ensino, da formação e da investigação científica nas mais diferentes áreas do conhecimento e da formação profissional. Esta é assegurada em exclusivo pelo Estado através dos meios que coloca ao serviço nas instituições de que é detentor com recurso a profissionais diferenciados que assumem funções docentes complementares à sua profissão. Simultaneamente, assiste-se a uma invulgar colaboração interministerial entre Cultura, Saúde e Ciência, nunca antes observada e que irá possibilitar a integração do ensino e da formação a todos os níveis e possibilitar o acesso a programas multidisciplinares e de dimensão internacional até então pouco viáveis.”

O poder das tecnologias

“O exercício da Medicina torna-se mais complexo, exigindo recurso a novas tecnologias, a diagnósticos mais rápidos e seguros. O trabalho especializado e em equipa com certificação de procedimentos e de boas práticas torna-se preponderante ao inverso do até então praticado. Nesse sentido promovem-se auditorias, creditam-se Serviços e certifica-se a sua qualidade,

ao mesmo tempo que se sistematizam processos, adoptando-se códigos de nomenclatura e grupos de diagnóstico homogéneo que irão permitir monitorizar a produção, comparar resultados, padronizar o custeio e quantificar objectivos.

Os utentes tornam-se mais informados e conhecedores dos seus direitos contribuindo desta forma para a melhoria da assistência prestada ao tornarem-se consumidores mais qualificados e exigentes. Isso apesar de esse poder ter sido, algumas vezes, incorrectamente manipulado por alguns sectores políticos contra os profissionais de saúde com as desastrosas consequências que daí advieram e que todos conhecemos.”

Titulação única

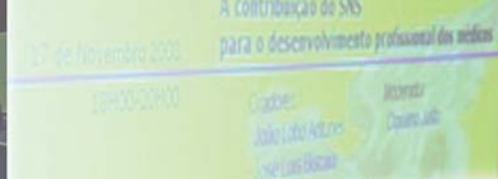
“A Ordem dos Médicos em cooperação com o Ministério da Saúde cria a titulação única para o ensino médico pós graduado, assumindo-se como única autoridade competente para atribuir idoneidade formativa aos serviços do SNS, responsabilizando-os deste modo e aos seus tutores pelos internos a seu cargo. Consegue-se desta forma prestigiar as instituições, os colégios, os clínicos e a formação médica em geral.

Dinamizam-se os colégios que se abrem a novos especialistas após um polémico período de titulações por consenso que os irá retirar do marasmo e da exclusão a que se haviam remetido. Criam-se novas especialidades e emergem diversas competências e subespecialidades em diferentes áreas da ciência médica. De entre estas, merece particular referência a Competência em Gestão de Unidades de Saúde, patrocinada pela Ordem, que irá dotar os médicos das ferramentas necessárias para assumirem qualquer função dirigente nas instituições onde trabalham ou para melhor poderem participar nas transformações actualmente em curso na área da saúde.

Os internatos passam a ser regulados tendo em conta a transparência e a igualdade de processos e de oportunidades entre os candidatos, valorizando o seu mérito individual. A escolha das especialidades obedece a critérios onde se conciliam as capacidades instaladas, a idoneidade dos Serviços e acima de tudo as necessidades do País e do seu Serviço Nacional de Saúde. Promove-se a especialização e diferenciação profissional de todos os médicos numa feliz iniciativa tendente a acabar com profissionais indiferenciados e desqualificados. Diversas áreas da especialização médica constituem-se como núcleos de excelência e são motivo de referência internacional e exemplo para outros serviços e sectores. A qualidade técnica e científica dos médicos e o nível da sua formação são sobreponíveis às dos melhores centros e são raras as situações que aconselham e recomendam o recurso ao estrangeiro para intervenções qualificadas a não ser em casos raros que encontram justificação na baixa casuística ou falta de experiência.”

Medicina sem vínculo contratual

“A medicina estritamente liberal, desligada de qualquer vínculo contratual, assume papel residual no espectro da profissão médica. Em contrapartida, a medicina convencionada nos termos propostos pela Ordem continuará a ser uma solução adiada tendente a solucionar os problemas de acessibilidade e da demora média no atendimento existentes no SNS. Aparentemente viável do ponto de vista financeiro, permitiria recuperar os benefícios decorrentes de uma relação médico-doente personalizada resultante da livre escolha, por parte



destes, do seu médico assistente.

Assistimos à intenção de tornar a medicina convencional exclusiva dos grandes operadores levando à falência os médicos convenionados em nome individual e os pequenos consultórios, sem qualquer consideração pelos investimentos efectuados, um pouco à semelhança do que aconteceu com o comércio de retalho e as grandes superfícies mas, neste caso, não por iniciativa dos consumidores mas sim por decisão do único emissor credenciado.

Contudo, subsistem graves e estruturais problemas que nunca conseguiram ser ultrapassados. O crescimento da despesa pública com a saúde torna-se exponencial, quase quadruplicando nestes trinta anos, a percentagem do PIB que lhe é destinada.

Por força das circunstâncias, o SNS torna-se “tendencialmente gratuito” a partir de 1989 e assiste-se a uma aproximação deste às ideologias de mercado. Nasce a concepção ampla do sistema de saúde sendo-lhe reconhecida uma componente pública e outra privada. Criam-se os Centros Regionais de Saúde Pública, reforçando esse importante sector da actividade médica na vigilância e promoção da saúde das populações. Mais recentemente promove-se a articulação em redes locais das unidades de saúde, redefina-se a rede de referenciação das urgências a nível nacional, debaixo de forte polémica e contestação por parte de profissionais, utentes e autarcas. Tudo à semelhança do que já pouco antes acontecera com o fecho de maternidades, ditado apenas por razões de ordem técnica e de segurança, mas que se iriam revelar de uma precipitação descontrolada só compreensível pela necessidade em concentrar recursos para desesperadamente diminuir despesas.

O sobreconsumo de cuidados, as listas de espera, as variações da actividade e dos custos unitários, a indução ao consumo, a falta de coordenação entre prestadores e as enormes desigualdades persistentemente observadas nas acessibilidades tornam o sistema vulnerável a todo o tipo de detractores e alvo de recorrentes contestações.

Os custos de todo o processo crescem em flecha e para isso contribui decisivamente o desenvolvimento tecnológico, o envelhecimento da população, o preço dos medicamentos, a crescente complexidade da prática médica, a alteração do padrão das doenças, a expansão e diferenciação dos serviços, as expectativas crescentes dos doentes e a nossa dependência do exterior, pondo em causa a sustentabilidade do sistema e tornando crescente a insatisfação dos utentes.

Incrementa-se a cirurgia ambulatória e os internamentos de curta duração, privilegiando-se os cuidados continuados e o apoio domiciliário. Implementam-se as taxas moderadoras e criam-se programas de combate às listas de espera para cirurgias. Torna-se crescente a insatisfação dos utentes aumentando rapidamente o número dos que aderem a seguros complementares de saúde os quais não se assumem como alternativa válida capaz de assegurar a custos razoáveis o risco completo de saúde dos seus segurados sem previamente os discriminar por idade ou patologias associadas ou promovendo a inacessibilidade contratual por custos inaceitáveis face ao risco e ao poder de compra dos interessados nos casos que não lhes interessam.

Adoptam-se novas políticas na área do medicamento e promove-se o consumo de genéricos ao mesmo tempo que se sujeita o recurso a novas moléculas à prévia comprovação dos seus benefícios face aos custos. Formam-se comissões hospitalares de farmácia e consultas de decisão terapêutica que tornam a prescrição de imunomoduladores, antibióticos de nova geração, quimioterápicos, e fármacos com actuação no sistema nervoso, mais rigorosa e controlada com a imprescindível colaboração dos médicos envolvidos.”



Migração do sector público para o privado

“Aumenta o número de unidades privadas de saúde e assiste-se ao êxodo de profissionais do sector público para o privado, a coberto de um vazio legislativo que permite que tal aconteça sem a devida compensação pelos custos de formação despendidos pelo Estado, a exemplo do já anteriormente ocorrido noutros sectores da vida pública.

Reformulam-se os centros de saúde e a sua forma de relacionamento com a população através das USF, as quais assumem uma intervenção mais autónoma mas mais responsável

Cipriano Justo: “Carreiras devem ser um pilar”

Cipriano Justo, presidente do Conselho Distrital da Grande Lisboa, o moderador deste primeiro debate do ciclo que assinala os 30 anos de SNS, e salientou: “O que ficou de todas as intervenções foi a questão das carreiras médicas para o reforço do SNS, e da necessidade de todos os actores

que estão no terreno elaborarem as novas carreiras médicas. A esses actores pedimos que o façam com rigor e transparência, no sentido das carreiras médicas constituírem, no futuro, um pilar para a maioria dos cuidados de saúde e inclusivamente também para os profissionais de saúde”.



Tenho a certeza que apenas por mera coincidência e sem qualquer outra intenção, simultaneamente ao início destas comemorações, disparavam notícias nos meios de comunicação social alertando para a “desastrosa” derrapagem financeira do SNS e para a queda vertiginosa do país no *ranking* das nações quanto à qualidade do seu Sistema de Saúde nos últimos sete anos.

para com as populações que servem e cuja avaliação da mais-valia que trouxeram para doentes e profissionais envolvidos é ainda prematuro fazer. As actividades de saúde a nível das organizações centram-se nos resultados, não interessando quem faz e como faz. Descuram-se os processos e ocorrem os primeiros desvios à equidade dos procedimentos resultante do recurso a meios de diferente qualidade para solucionar situações idênticas. Nasce, assim, uma das mais inquietantes preocupações a que os médicos e todos os profissionais de saúde terão de dar resposta cabal, num futuro próximo, nunca esquecendo que o seu compromisso e dever ético são para com os doentes por quem são responsáveis e não para com gestores ou empresários.

Nasce as parcerias público-privado. Ensaia-se nos hospitais públicos um novo modelo de gestão do tipo empresarial. Altera-se a Lei de Bases da Saúde e nascem novas modalidades de contrato de trabalho, novos modelos de financiamento das instituições e uma nova lei de gestão hospitalar. Os hospitais privados candidatam-se à formação de especialistas nos seus serviços, não sendo claros os termos em que se propõem fazê-lo e as motivações que lhes estão subjacentes. Desconhece-se se se trata de um modo de potenciar os recursos que detêm e, desta forma, contribuir para o esforço colectivo do país ou antes uma forma de explorar uma nova área de negócio, ao mesmo tempo que resolvem as necessidades exclusivas das suas empresas. Importante é saber se o pretendem fazer à revelia do que se encontra definido para o sector pelo Ministério da Saúde e pela Ordem dos Médicos, fomentando desigualdade de processos, ou, antes, respeitarem essas regras e assim contribuírem para aumentar a qualidade do serviço público.”

Saldo negativo ou positivo para o SNS?

“Passados estes trinta anos, e mau grado as dificuldades e os erros cometidos, o saldo é, indiscutivelmente, positivo. As alternativas conhecidas, pelo que se observa nos países em que constituem modelo, não despertam entusiasmo nem se mostram atractivas. Na verdade, como se podem aceitar sistemas de saúde liberais, regidos pelas leis de mercado, se não conseguem gerar poupança para o erário público nem trazer mais-valia para os contribuintes? Como confiar em modelos privados de financiamento da saúde ou de segurança social tendo em conta os exemplos recentemente observados com bancos, seguradoras e fundos de pensões em sociedades onde a poupança e a actividade mutualista eram a única forma de os garantir?

É esta, como qualquer outra, uma boa ocasião para reequacionarmos o futuro do nosso SNS. Tudo recomenda que o futuro passe pela convergência

entre as virtudes dos modelos públicos, mais estatizados, e as dos modelos privados, conceptualmente mais liberais, numa tentativa de diluir o fosso das divergências que os separam. Tenho, infelizmente, sérias reservas quanto à sua viabilidade. Por um lado, porque a separação entre prestadores e financiadores que ela preconiza, não tem necessariamente de ser a única solução viável para o conseguir. Por outro, porque as motivações que impulsionam os dois modelos não conduzem a resultados de valor idêntico para os consumidores nem se regem pelos mesmos princípios de solidariedade e coesão. Finalmente, porque a exemplo do que se vê noutros sectores de actividade, a regulação que lhe está inerente não nos pode merecer confiança. Na verdade, num mercado pequeno como o nosso em que a cartelização é difícil de impedir, regula quem sabe e quem sabe está normalmente ligado a quem produz, sendo determinante para a sua captura ou para a ineficácia do processo.

Ideal e provavelmente utópico seria um sistema em que coexistissem os dois modelos de forma sustentada, unidos ou separados, de modo a permitir retirar o que de melhor cada um tem, expurgando-os dos seus defeitos. Ao mesmo tempo, permitiria que exercessem auto-regulação, sob supervisão do Estado, partilhando ambos os encargos inerentes à satisfação dos bens públicos.

Aos médicos deslumbrados com o clima de excepção que vivem no acesso ao mercado de trabalho convém recomendar-lhes alguma moderação em relação ao que o futuro lhes reserva e que parece, tudo o indica, não vir a ser particularmente auspicioso. Melhor será que se unam em torno da revisão das carreiras médicas, actualmente em discussão, o que me parece ser a única forma de prestigiarem a sua profissão, assegurarem a qualidade dos cuidados prestados e o nível da sua diferenciação, numa hierarquia de conhecimento e experiência imprescindível à aquisição do saber, como desde tempos imemoriais acontecia com o aprendiz, o oficial e o mestre, venham eles agora a ter o nome que lhes quiserem dar.

Tenho a certeza que apenas por mera coincidência e sem qualquer outra intenção, simultaneamente ao início destas comemorações, disparavam notícias nos meios de comunicação social alertando para a “desastrosa” derrapagem financeira do SNS e para a queda vertiginosa do país no *ranking* das nações quanto à qualidade do seu Sistema de Saúde nos últimos sete anos.

Nesta data que se deseja festiva, a conclusão parece-me simples: mais do que um problema de financiamento e de boa gestão das instituições, que não se pode nem deve menosprezar, a sustentabilidade do SNS é, desde sempre, uma questão de opção política, de modelo organizacional, de justiça social e de maturidade cívica da sociedade.”



No final das intervenções dos oradores, os participantes empenharam-se no debate.

Debate muito participado

Após as três intervenções, foi aberto o espaço de debate e de questões colocadas pelos participantes. Carreiras Médicas foi o assunto que revelou suscitar as maiores preocupações. O bom funcionamento dos serviços, os internatos, a qualidade da medicina e a dedicação dos profissionais foram igualmente temas abordados neste primeiro ciclo de debates dedicados ao SNS.

Os internos

Relativamente aos internos, João Lobo Antunes defendeu que deviam ser confrontados com a especialidade o mais cedo possível, de maneira a terem uma ideia mais bem definida sobre o dia-a-dia do exercício de uma determinada especialidade. A vocação também é importante e “dá defender a existência das entrevistas. São mais justas e determinam uma escolha mais vocacionada, no entanto, em Portugal, há o medo da responsabilidade de assumir uma escolha”, argumentou.

Em contrapartida assume-se terminantemente contra os testes de escolha múltipla que na, na sua opinião, não o são. “Escolha múltipla é a prática da medicina, essa sim implica várias escolhas. O teste é exactamente o contrário, admitindo apenas uma opção. Os testes são completamente descabidos”, defendeu. E concluiu com uma frase que traduz em pleno a sua visão: “Este sistema é uma aberração mas não temos outro, resigno-me!”. José Luís Biscaia, por seu turno, referiu que “em relação à escolha da especialidade, há coisas que se podem melhorar. Actualmente não há capacidade de escolha. Ao introduzirmos a entrevista há uma escolha natural. Mas é mais confortável a existência de um concurso público. Na verdade, temos de ter capacidade de escolha, de tomar uma decisão e de aprender a lidar com a discriminação”, que decorre da entrevista em vez do actual teste de escolha múltipla que classifica os internos com um valor que lhes dá o acesso a determinada especialidade. Quanto aos internatos, na opinião de deste médico de família, estes “não têm mudado muito. O maior problema é o do contexto do internato, onde são feitos, quantas cirurgias fazem, como é o dia-a-dia etc. Mas aí intervêm os colégios, são eles que determinam os internatos, nomeadamente a duração. Se há algum problema é de sistema, mas o sistema somos nós. Nós fazemos o sistema”, alertou.

Eduardo Santana, por seu turno, quanto a este aspecto, discordou de João Lobo Antunes e recordou: “Defendo um

critério mais equitativo, mais justo, menos tendencioso. O teste de escolha múltipla pretende ser uniforme e hierarquiza. É para mim uma forma justa de escolha porque é igual para todos”.

Relativamente ao internato, considerou que “não devem ser tão balizados. A escolha deve ser mais eclética, indo de encontro às necessidades dos serviços mas também atendendo à vocação de quem cumpre os internatos. Por vezes perde-se a noção de conjunto porque são demasiado direccionados para determinadas técnicas”, alertou.

Carreiras médicas

Quanto às carreiras, o neurocirurgião alertou para o facto de a questão ser delicada. Embora defenda uma alteração, a verdade é que considera o assunto complexo. “Assisti a situações verdadeiramente absurdas e defendo que se deve ter a liberdade de escolher os profissionais com quem se quer trabalhar e que fazem falta numa equipa. O actual sistema não é perfeito, mas, como dizia Churchill, “a democracia é o pior sistema de Governo se excluirmos todos os outros”, recordou João Lobo Antunes. Por outro lado, José Luís Biscaia optou por fazer a distinção entre dois elementos que considera fundamentais e que são por vezes motivo de confusão. “Temos de separar dois universos distintos: um que é o universo da carreira, composta pelo que construímos e que depende das competências, das capacidades e da qualidade de cada um. Outra coisa é o contexto do exercício, nomeadamente as relações laborais que vamos tendo e desenvolvendo. Este é outro universo. Não podemos confundir os dois. São distintos!”, reforçou.

Em relação às contratações defende o princípio da flexibilidade. “É óbvio que devia ser possível a qualquer chefe de equipa escolher o profissional com quem quer trabalhar. Devia haver uma maior flexibilidade para escolher com quem se quer trabalhar”, considerou José Luís Biscaia.

30 anos

SNS

Ciclo de Debates

17 de Novembro 2008

18H00-20H00

A contribuição do SNS para o desenvolvimento profissional dos médicos

Oradores:

- . João Lobo Antunes
- . José Luís Biscaia
- . Eduardo Santana

19 de Janeiro 2009

18H00-20H00

A contribuição dos médicos para o desenvolvimento do SNS

Oradores:

- . Mário Jorge Neves
- . Carlos Arroz

16 de Fevereiro de 2009

18H00-20H00

A contribuição do SNS para o desenvolvimento social

Oradores:

- . Alfredo Bruto da Costa
- . Manuel Villaverde Cabral

Perspectivas de evolução do SNS

Oradores:

- | | | |
|---------------------|---------------|-------------------------------|
| 16 de Março de 2009 | . 18H00-20H00 | . Francisco Louçã |
| 20 de Abril de 2009 | . 18H00-20H00 | . Paulo Portas |
| 18 de Maio de 2009 | . 18H00-20H00 | . Jerónimo de Sousa |
| 15 de Junho de 2009 | . 18H00-20H00 | . Manuela Ferreira Leite |
| 13 de Julho de 2009 | . 18H00-20H00 | . José Sócrates (a confirmar) |

15 de Setembro de 2009

18H00-20H00

Encerramento

- . Presidente da Ordem dos Médicos
- . António Arnaut
- . Ministra da Saúde



Conselho
Regional
do Sul

Organização executiva
Conselho Distrital da Grande Lisboa

ENTRADA LIVRE

Os debates terão lugar em Lisboa,
na sede da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos,
Avenida Almirante Gago Coutinho, 151 - LISBOA



BOAS FESTAS

Vamos entrar num período de Festas Natalícias.

O Conselho Regional do Centro deseja

a todos os colegas

um Natal Feliz,

na companhia

de todos os

familiares, e um

2009 pródigo em felicidade.

editorial

Dr. Fernando Gomes

(...) Nos últimos dias a opinião pública viu-se confrontada com a aparente descida do nosso SNS de um honroso 12.º lugar para um 26.º. Nem interessava ver se as classificações eram comparáveis no seu âmbito e objectivos. O importante era o NÚMERO.

opinião

Que futuro para os HUC e o SNS?

Prof. José Manuel Silva

USF em choque tecnológico

Dr. Ricardo Gabriel

A receita do nosso descontentamento

Dr.ª Teresa Lopes

Código Deontológico

Dr. José Diniz Vieira

Mas então, afinal...

Prof. Carlos Costa Almeida

Vinismo

Prof. Massano Cardoso

Presente e futuro do Internato de MGF



A necessidade de publicação do programa do internato de Medicina Geral e Familiar (MGF), o aumento do tempo de formação, a verificação das idoneidades e capacidades formativas, quer dos orientadores de formação, quer dos serviços, e a falta de médicos de família foram algumas das questões abordadas durante a mesa redonda realizada na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, em Coimbra, com o tema "Os Internos e a Medicina Geral e Familiar – presente e futuro".

Memórias da vida da Dr.ª Luísa Paiva de Carvalho

Com 91 anos, a Dr.ª Maria Luísa Paiva de Carvalho mantém a juventude de espírito. Todos os dias, seja Verão ou Inverno, sai de casa às 8h30 para ir tomar café e ler os jornais, acompanhando com atenção e preocupação tudo o que se passa no mundo. Para homenagear uma vida dedicada à Medicina, a SRC visitou a médica, em Coimbra.



Boletim Informativo

Secção Regional do Centro
Av. Afonso Henriques, 39.
3000-011 – Coimbra
tel. 239792920, telm. 962128252
e-mail: o.medicos@omcentro.com
site: www.omcentro.com

**FICHA TÉCNICA**

Propriedade:
Secção Regional
do Centro

Director:
Prof. Doutor José
Manuel Silva

Redacção:
GABINETE DE
COMUNICAÇÃO

Coordenadora:
Dr.ª Paula Coutinho

Assessor:
Dr.ª Maria Filipa
Seabra Pereira

Colaboradores:
Dr.ª Ana Bento
Dr. Ávila Costa
Dr. Carlos Ordens
Dr. Celso Cruzeiro
Dr.ª Marília Pereira
Dr.ª Teresa Lopes

**Presidentes dos
Conselhos Distritais:**
Dr.ª Constança Maria
Tipping Miranda
(Aveiro)
Dr. Ernesto Rocha
(Castelo Branco)
Dr. José Couceiro
(Coimbra)
Dr. Augusto Lourenço
(Guarda)
Dr.ª Ana Rodrigues
de Barros
(Leiria)
Dr. José Pedro Saraiva
(Viseu)

Tesoureira:
Dr.ª M.ª dos Prazeres
Francisco

Secretariado:
Isabel Santos

Fotografia:
Foto Paulos

iniciativa

Almoço de solidariedade na Casa dos Pobres de Coimbra

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, reconhecendo a meritória obra da Casa dos Pobres de Coimbra, decidiu associar-se a esta instituição promovendo um almoço-convívio para o qual convida todos os médicos que a ele se queiram juntar.

Este almoço-convívio terá lugar no dia 21 de Janeiro de 2009.

Aceitam-se inscrições na sede da Secção Regional do Centro da OM, por telefone (239 792 920) ou e-mail (o.medicos@omcentro.com). O preço por pessoa é de 20 euros.

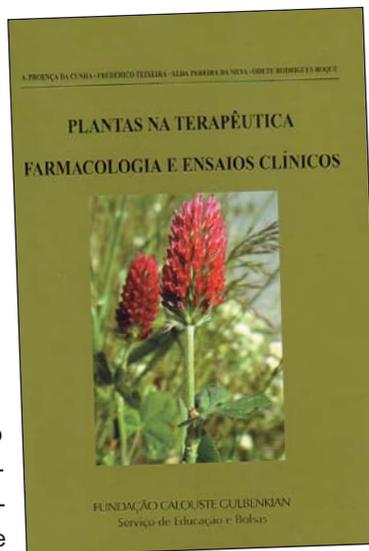
Porque a solidariedade não pode ser uma palavra vã, a SRC gostaria que os Médicos enchessem o refeitório da Casa dos Pobres.

**livros**

Leituras para todos

“Voo adormecido” e “Momento”, livros de poesia da autoria do Prof. Norberto Canha, professor jubilado e antigo director do Serviço de Ortopedia dos Hospitais da Universidade de Coimbra e editado pela editora Minerva Coimbra, foram apresentados recentemente na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

Também o livro “Até o Diabo Tem as Malas Feitas”, da autoria do Dr. Henrique Pinto, especialista em Saúde Pública e consultor da Organização Mundial de Saúde, da UNICEF e do Centers for Disease Control and Prevention, foi lançado na Secção Regional do Centro. O livro reúne um conjunto de crónicas escritas pelo autor nos últimos anos, que surgem como reflexões sobre acontecimentos significativos, mas também acerca das suas muitas viagens, quer como



consultor das organizações de saúde, quer como membro do movimento rotário, no âmbito do qual tem estado envolvido no plano de erradicação da poliomielite em diversos Países.

De igual modo, se sugere a leitura do livro “Plantas na Terapêutica – Farmacologia e Ensaio Clínicos”. Da autoria de dois médicos e dois farmacêuticos, a obra é um manual para o ensino na área da saúde, que pretende colmatar a falta de uma publicação em língua portuguesa que aborde este tema de uma maneira cientificamente correcta e independente. Os autores de “Plantas na Terapêutica” são A. Proença da Cunha, Frederico Teixeira, Alda Pereira da Silva e Odete Rodrigues Roque e a edição é da Fundação Calouste Gulbenkian. Os pedidos podem ser feitos a montra@gulbenkian.pt.

Horário de funcionamento da Secção Regional do Centro

Secretaria: Manhã – 9h00 às 12h00
Tarde – 14h00 às 18h00

Gabinete jurídico:
Sextas-feiras – 14h00 às 17h30

Sanosseguros:
Diariamente – 15h00 às 18h00

editorial

Em 26.º...

Nos últimos dias a opinião pública viu-se confrontada com a aparente descida do nosso SNS de um honroso 12.º lugar para um 26.º. Nem interessava ver se as classificações eram comparáveis no seu âmbito e objectivos. O importante era o NÚMERO. O mote estava dado e para alguns críticos, como eu, da bondade de algumas “reformas” na saúde, aí estava a confirmação!!!

Fui então ler o estudo, “*The 2008 European Health Consumer Index*”, da responsabilidade da Health Consumer Powerhouse, que nos colocava em 26.º num ranking de 31 países europeus. Aparentemente nada de novo para quem anda habituado a ver o país na cauda dos ditos rankings.

Os autores, na sua introdução, até afirmam que o estudo serve também: *To media, the ranking offers clear-cut facts for consumer journalism with some drama into it.*

Deparei então com algo um pouco diferente daquilo a que estamos habituados entre nós: tratava-se de um estudo que dizia pretender comparar 34 indicadores, na sua grande maioria pela óptica dos consumidores. A curiosidade aumentou, pois bem me lembrava de um estudo pioneiro, entre nós, de Villaverde Cabral, que causou muitos engulhos àqueles que com o objectivo de implementarem investimentos comerciais na Saúde (ainda me lembro de ver na TV uma sra. engenheira dizendo que melhor que o negócio da saúde só o das armas!!!) pretendiam denegrir o Serviço Nacional de Saúde.

Estava pois à espera de que as fontes dos dados fossem organizações de utentes e já tinha preparado alguns argumentos, como as diferenças culturais, as diferenças de informação, etc. Mas não, a grande maioria dos dados tem origem naquelas fontes habituais, OCDE, WHO, etc., e outras muito localizadas. Os próprios autores se queixam da fiabilidade dos dados, apontando para uma melhoria da sua qualidade como uma necessidade óbvia, e lamentam: *“The HCP would love to have national consumer organisations represented in our expert panels. Sadly, these groups seldom engage in healthcare matters”*.

O primeiro ponto do relatório ainda me deixou mais cauteloso. Habitualmente, em relatórios de muitas páginas, a tendência do leitor é de ler o princípio e de seguida as conclusões, porque o tempo que temos é limitado. E eis que o primeiro ponto – **1.1 BBB; Bismarck Beats Beveridge – yet again!** – informa que os 10 primeiros classi-



↓ Dr. Fernando Gomes *

ficados são dos de Bismarck!!! Em linguagem comum, seguros de saúde contra os beveridgeanos Serviços Nacionais de Saúde.

Perante este início, que afrontava as minhas convicções, a resolução foi ler com maior cuidado o dito relatório, cuja leitura continuo a aconselhar. E foi compensador. Não vou discutir a metodologia do trabalho, nem o sistema classificativo e seus critérios (bom, assim-assim e não tão bom), nem a falta de adequação de algumas classificações atribuídas ao nosso sistema de saúde, que saltam aos olhos.

É também curioso verificar que dizem os autores: *“This procedure had been prepared for during the spring and summer of 2008 by extensive mail, e-mail, telephone contacts and personal visits to ministries/agencies”*.

E apresentam em quadro os países que responderam. **Portugal não respondeu nem em 2007, ao relatório anterior, nem em 2008.**

Outro factor curioso é o dos “pagamentos informais aos médicos”, incluídos na rubrica **Black Market for Healthcare Information:** *“The cross-European survey on informal payments is, in spite of its obvious imperfections, the first one in history, which also illustrates the low level of attention paid by nations and European institutions to the problem of parallel economy in healthcare.*

This observation gives reason for two questions:

1. Unlike other professionals, such as airline pilots, lawyers, systems engineers etc. working for large organisations, doctors are unique in being allowed to run side jobs without the explicit permission of the main

employer. What is the reason(s) for keeping that?

2. What could be done to give doctors “normal” professional employment conditions, i.e. a decent salary and any extra energy spent on working harder (Yes, and making more money) for the main employer?”

Interessantes perguntas, que mereceriam interessantes respostas.

Sublinho um dos factores novos introduzidos no estudo e que foi a **e-Health**. Faço-o, não pela confusão de designação em que os próprios autores caem ao generalizarem o conceito (prescrição electrónica, registos clínicos, etc.) e ao não o analisarem na perspectiva do consumidor (quem é o dono dos dados, quem os armazena, quem os pode alterar). Realço este factor para dizer quão atrasados estamos neste campo e que se torna urgente uma ampla discussão deste tema. Quando há dois anos questioneei publicamente uma Secretária de Estado da Saúde, ela respondeu-me em termos de existência de computadores e de redes informáticas. Mas o que está aqui em causa é muito mais relevante em termos de direitos, liberdades e garantias dos cidadãos.

O que está em causa é de quem é a propriedade da informação que está nos tais computadores e na tal rede. Se neste momento há Estados na Europa em que a propriedade é levada ao extremo de o doente poder apagar a informação (com ou sem “rasto” informático) que vai apresentar ao próximo médico que o observe, noutros procura-se separar os dados objectivos do que pode ser considerada propriedade intelectual do médico.

O que está em causa é quem tem o direito ao acesso e que salvaguardas de segurança.

O que pode estar em causa é algo que consta em todos os Códigos Deontológicos e que se chama sigilo profissional.

Será este um preço que como cidadãos vamos ter que pagar?

Àqueles que se servirão deste relatório para mais uma vez denegrir o Serviço Nacional de Saúde deixo a pergunta:

Este posicionamento em 26.º lugar foi influenciado pela proliferação explosiva de hospitais privados, seguros de saúde e pela tão apregoada empresarialização feita por empresarializadores de curricula partidário?

*Membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos

destaque

A necessidade de publicação do programa do Internato de Medicina Geral e Familiar (MGF), o aumento do tempo de formação, a verificação das idoneidades e capacidades formativas, quer dos orientadores de formação, quer dos serviços, e a falta de médicos de família foram algumas das questões abordadas durante a mesa redonda realizada, a 4 de Novembro, na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, em Coimbra. Intitulada “Os Internos e a Medicina Geral e Familiar – presente e futuro”, a mesa redonda foi moderada pelo Bastonário da Ordem dos Médicos, Dr. Pedro Nunes, e contou com as intervenções dos Dr.s João Pedro Pimentel, Presidente da Administração Regional de Saúde do Centro, José Silva Henriques, Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar, Isabel Caixeiro, Presidente do Conselho Regional do Sul e representante da UEMO, Maria dos Prazeres Francisco, membro do Conselho Regional do Centro, Rui Nogueira, Coordenador do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Centro, e Inês Rosendo, membro do Conselho Nacional do Médico Interno. Nas páginas seguintes publicamos as intervenções apresentadas pelos oradores na mesa redonda.



Na mesa, os Drs Inês Rosendo, Silva Henriques, Isabel Caixeiro, Pedro Nunes, João Pedro Pimentel, Maria dos Prazeres e Rui Nogueira

Internato de MGF e reforma da Saúde

O papel do clínico de Medicina Geral e Familiar no actual contexto da reforma da Saúde, que elegeram como uma das suas prioridades a reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, é incontornável.

A actuar na primeira linha do Sistema de Saúde, o médico de família desenvolve uma das práticas clínicas mais complexas e desgastantes. Aborda tipologia vária de problemas de saúde, assiste a todo o tipo de pessoas, e de doentes, nos mais diversificados contextos familiares e sociais. Depara-se com situações complexas sem as protecções técnicas de que dispõem os especialistas hospitalares. Com todo o rigor da palavra, é uma arte ser médico de família, ser especialista em pessoas. Assim, o internato médico em MGF terá que conter em si particularidades que deverão permitir o treino adequado para um desempenho de sucesso no futuro.

Estes tempos actuais colocam, inquestionavelmente, novas necessidades e exigên-

cias em Saúde e crescentes desafios à prática da Medicina Geral e Familiar. O envelhecimento da população portuguesa, e da região Centro em particular – onde vive cerca de meio milhão de cidadãos com mais de 65 anos – veio trazer, concomitantemente, um maior número de cidadãos com doenças crónicas incapacitantes a que a MGF tem de dar resposta. A sociedade actual, movida por um consumismo

agressivo, profissionalmente mais exigente e muito complexa a nível de valores e relacionamento humano e social, tem contribuído para um mau estar psicológico gerador de comportamentos e hábitos que demandam dos cuidados primários uma intervenção rápida e direccionada. O alcoolismo, as toxicodependências, a violência fa-



Dr. João Pedro Pimentel*

miliar exigem hoje a atenção do médico de MGF, bem como as novas epidemias como a obesidade, as doenças cardiovasculares e, naturalmente, as neoplasias.

O treino em internato deve, por isso, privilegiar estas áreas.

Detenhamo-nos agora, um pouco detalhadamente, sobre alguns dos principais aspectos da re-

forma da Saúde no que respeita aos Cuidados de Saúde Primários, nos quais os novos internos deverão participar e enquadrar-se activamente:

Como sabem, os Cuidados de Saúde Primários têm vindo a assumir novo figurino, consentâneo com novos tempos que demandam essa verdadeira essência da me-

dicina familiar e respostas prontas e eficazes às necessidades dos utentes dos serviços de saúde.

* **Criação de USF:** organizadas voluntariamente pelos profissionais em equipa, baseadas no modelo da intersubstituição apoiadas por um sistema de informação que regista e processa a informação necessária e útil, e um regime remuneratório que se pretende que seja, cada vez mais, associado ao desempenho, medido por objectivos e metas contratualizadas e avaliáveis.

* **Criação dos ACES:** estão em formação. Gozam de autonomia administrativa e são constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, tendo por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica e assentam numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

Destas unidades funcionais constam:

- Unidades de Cuidados na Comunidade;
- Unidades de Saúde Pública;
- Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados;

As USF e as unidades de cuidados de saúde personalizados são as unidades onde a aprendizagem dos internos deve ser mais focalizada.

* **Unidades Locais de Saúde:** Modelo que visa otimizar a resposta dos serviços através de uma gestão integrada das várias unidades de saúde da região. A criação das ULS procura ser uma via para melhorar a interligação entre centros de saúde e hospitais e ainda com outras entidades ligadas à saúde regional ou local.

Pretende-se, em suma, rentabilizar uma capacidade hospitalar instalada, através da definição de uma carteira de serviços de diagnóstico e terapêutica disponíveis nos centros de saúde da sua área de acção, criar consultadoria hospitalar nos centros de saúde, a partir dos principais serviços de referência de cada um, coordenadas e acompanhadas em conjunto pelos directores dos serviços hospitalares envolvidos e dos centros de saúde.

* **Cuidados Continuados Integrados:** Implicada na ampla reforma da saúde, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados pretende ser uma resposta cabal para os cidadãos com necessidades assistenciais especiais – idosos e pessoas com dependência – e acaba por implicar igualmente as equipas de profissionais dos centros de saúde.

Os cuidados continuados não são apenas unidades de internamento. Os cuidados domiciliários são agora a forte aposta a este nível e exigem uma verdadeira articulação da RCCI com os centros de saúde.

OS MÉDICOS DE MGF NA REGIÃO CENTRO

Actualmente, existem cerca de 1500 (1485 número exacto) médicos de MGF em exercício nos 6 distritos da região Centro. Mais de 60% destes médicos tem idades compreendidas entre os 50 e os 60 anos, logo seguidos de uma faixa etária que vai dos 40 aos 50, o que determinará que, por volta do ano de 2015, o número de médicos de família possa ser insuficiente.

Independentemente do número de médicos de MGF em exercício, factores há que dificultam a sua distribuição de forma mais eficaz: a existência de um elevado número de extensões de saúde dispersas na região centro (cerca de 700), bem como a desactualização das 400 bases de dados do SNS, que, logo que concluída a actualização já em curso, constituirá um excelente instrumento de planeamento em cuidados de saúde primários.

Tendo em conta as reais necessidades de saúde da população anteriormente referidas, o seu envelhecimento, bem como o envelhecimento dos médicos de MGF, é preciso aprofundar o aumento do número de internos e de MGF que tem vindo a ser feito nos últimos anos, sendo que a ARSC propôs, para 2009, a abertura de mais de 60 vagas no internato de MGF, o que nos aproxima do objectivo definido pelo ministério da saúde e que é de 30% de vagas de MGF sobre o total de vagas. É imperioso prosseguir este caminho ainda que, episodicamente, possa haver algum excesso de médicos de MGF.

No fundo, deseja-se que todas as entidades responsáveis pelo internato (ARS, ACSS, Ordem dos Médicos e os organismos dos Internatos) convirjam para que o

reconhecimento das idoneidades e a fixação das capacidades formativas sejam rigorosas e adequadas.

Face ao anteriormente exposto, em que a novos desafios e novas exigências técnicas se colocam ao médico de MGF do século XXI, a actualização dos currículos e o aumento do tempo de formação são duas condições essenciais para a adequação do papel do interno às exigências, em saúde, desta sociedade do século XXI. Há, sem dúvida, que desenvolver novas capacidades.

Entre essas novas capacidades requeridas, insere-se a necessidade de domínio das novas tecnologias de informação e comunicação, área que deverá obrigatoriamente fazer parte da formação dos médicos de MGF. Aqui se insere o exercício da telemedicina, instrumento precioso de ligação entre hospitais e centros de saúde, no âmbito de especialidades como a pediatria, cardiologia, imagiologia, dermatologia, endocrinologia, obstetrícia.

Outra área a valorizar no internato será a melhoria da comunicação entre profissionais da medicina. Aperfeiçoamento da comunicação entre profissionais entre si, e a comunicação médico-doente é fundamental para o êxito dos novos modelos organizacionais em curso nos centros de saúde. A comunicação directa e em tempo útil contribui para a eficiência e eficácia dos serviços e a confiança que deve existir entre as equipas de profissionais.

Por outro lado, num tempo como o nosso, neste como noutros internatos, deve ser permitida e estimulada a realização de programas de investigação clínica e programas de doutoramento, favorecendo-se a aproximação entre as unidades de saúde e outros centros do conhecimento.

Finalmente, num tempo de recursos finitos, é necessário no internato uma primeira abordagem aos impactos económicos financeiros que as propostas, os actos médicos e as opções terapêuticas determinam. Por isso, o ensino da economia da saúde deverá, obrigatoriamente fazer parte do programa de internato.

Caros colegas, ficaram aqui, de uma forma despretenciosa, algumas notas, não exaustivas, sobre as múltiplas potencialidades do internato médico da MGF e do cenário que o envolve.

destaque

O programa do Internato de MGF e o mito da falta de médicos de família



Dr. Rui Nogueira *

A evolução do programa de Internato de Medicina Geral e Familiar (MGF) de 3 para 4 anos é uma necessidade sentida e desejada por todos os envolvidos no processo. Há mais de 10 anos que se discute o assunto. Em Outubro último, a Ordem dos Médicos enviou os fundamentos do novo programa elaborado pelo Colégio de MGF para o Conselho Nacional do Internato Médico. Falta

agora a publicação da portaria de modo a poder entrar em vigor em Janeiro de 2009.

A falta de médicos de família foi um dos argumentos usados no passado para não publicar o programa de 4 anos. Hoje não é argumento válido. Por vários motivos, mas principalmente pela necessidade de desenvolver a formação médica da especialidade em áreas julgadas fundamentais.

E, se outros argumentos não houvesse, deve referir-se que a evolução do número de médicos de família do SNS no continente teve uma variação positiva de 2,3% no período de 2002 a 2006 (**Gráfico 1**).

Por outro lado, o número de ingressos no internato da especialidade de MGF teve um aumento de quase 50% nos últimos quatro anos (2005 a 2008), em relação aos quatro anos anteriores (2001 a 2004). E é previsível que venha a aumentar a um ritmo maior nos próximos anos (**Gráfico 2**), quer devido ao aumento relativo de vagas atribuídas a MGF, quer pelo aumento absoluto de candidatos ao internato médico decorrentes do aumento de ingressos nas faculdades de medicina. Em 2009 ultrapassaremos pela primeira vez os 300 ingressos no internato de MGF e em 2011 passaremos os 400 ingressos.

Nos últimos 10 anos os ingressos nas faculdades de medicina aumentaram 188%. É bom notar que o aumento do número de alunos de medicina começou a ser notório a partir de 2000 e só agora está a produzir efeitos nos ingressos no internato médico. Os internos que receberemos em Janeiro do próximo ano nos internatos de especialidade entraram nas faculdades de medicina no ano lectivo de 2001/02, isto é, ainda no início da curva ascendente de ingressos nas faculdades. Estamos apenas no início da formação médica em larga escala.

O trabalho das faculdades de medicina está a produzir os seus efeitos. Mas é preciso saber esperar pelas consequên-

GRÁFICO 1

Médicos de Família no Continente

(Fonte: DGS Dezembro 2007)

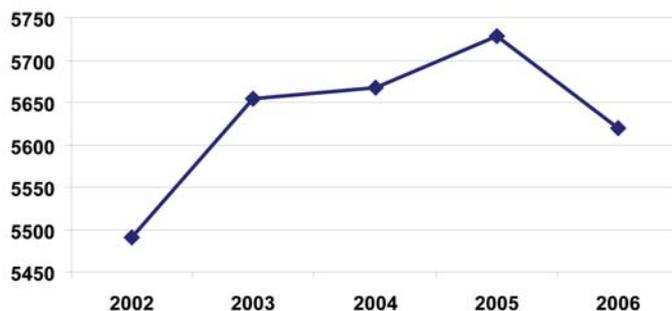


GRÁFICO 2

VAGAS OCUPADAS POR ANO E PREVISÃO 2009 A 2011

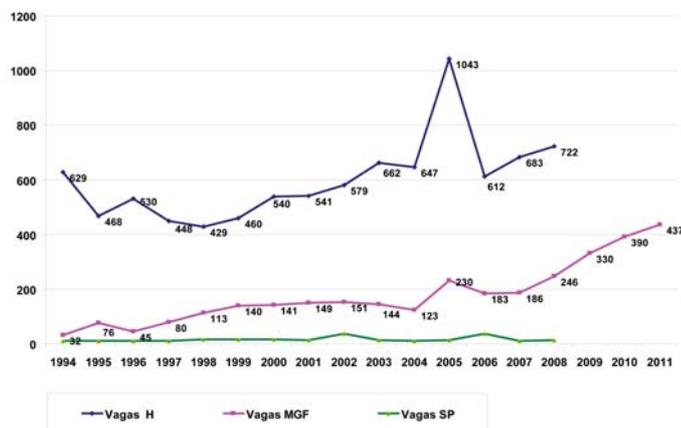
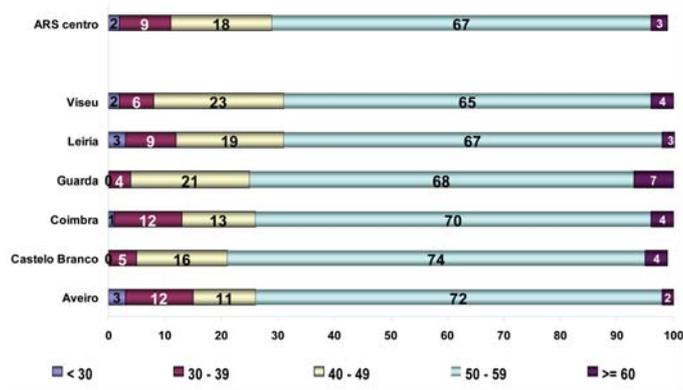


GRÁFICO 3

DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA NA ARS CENTRO EM JUNHO 2006 (%)

(Fonte: ARS Centro)



destaque

O Internato Médico da Medicina Geral e Familiar

cias da planificação. E não deve ser esquecida a necessidade de olhar o futuro e avaliar as necessidades de médicos a 10 anos de distância. Quantos médicos teremos em 2020 no SNS? Os ingressos nas faculdades em 2010 deverão depender das necessidades do país lá para 2020. A diminuição progressiva de vagas nas faculdades de medicina não é difícil de prever a partir de 2010 para evitar nova acumulação de médicos.

O esforço na formação médica nesta especialidade justifica-se pela acumulação de médicos de família numa faixa etária e a consequente aposentação massiva num curto espaço de tempo. Na ARS Centro, 67% dos médicos de família estava na faixa etária dos 50-59 anos em Junho de 2006 (**Gráfico 3**). A situação é semelhante em todo o país.

Em 2009 ultrapassaremos pela primeira vez os 300 ingressos no internato de MGF e em 2011 passaremos os 400 ingressos.

Mas até 2015 aposentar-se-ão cerca de 4000 médicos de família. E até lá formaremos apenas cerca de 2500. Mesmo com o aumento significativo do número de vagas no internato da especialidade. Mas não é o programa de 4 anos que vai atrapalhar esta falta, antes pelo contrário.

Em Janeiro de 2009 teremos a última oportunidade de aumentar o internato de MGF de 3 para 4 anos sem causar dificuldades de falta de médicos de família. Devido à reforma do internato médico (DL 203/2004 de 18 de Agosto) ocorreram três ingressos de internos (além dos 3 concursos extraordinários) num curto espaço de 16 meses. Esta concentração vai originar uma acumulação de médicos de família recém-formados em 2010, ainda antes do período crítico de aposentações em grande número. A passagem de 3 para 4 anos de internato em Janeiro de 2009 facilita o desgestionamento desta acumulação.

É urgente aprovar e publicar o novo programa de MGF. A oportunidade é esta. A necessidade há muito que é sentida.

A Especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF) é uma especialidade complexa, pela sua abrangência e modo de abordar a pessoa, podendo o seu exercício tornar-se desgastante, quando as condições para a sua praxis não são as melhores, como más instalações ou quando a burocracia impera, sendo esta já, uma autêntica instituição nacional.

A escolha da Especialidade de MGF pelos estudantes de Medicina e jovens médicos é um problema multifactorial. Depende entre outras variáveis: de uma formação pré-graduada com pouco investimento numa Medicina preventiva e de Cuidados de Saúde Primários, de proximidade das populações, em detrimento de uma formação fortemente “hospitalocêntrica” e tecnológica e, também na pouca importância da transmissão de valores éticos e humanísticos nessa formação; da existência de poucos professores de Medicina Geral e Familiar nas Faculdades; do acompanhamento dos estudantes durante o seu estágio nos Cuidados Primários por tutores de MGF qualificados; de um programa de formação atractivo e bem estruturado, quer do ponto de vista das técnicas de comunicação, procedimentos técnicos e de gestão; da qualidade de Orientadores de Formação de MGF no campo pedagógico, assim como no desempenho técnico-científico; de espaços físicos onde decorre a formação pós-graduada.

O prestígio da especialidade é também um factor importante para a sua escolha. A MGF é uma especialidade cujo prestí-



Dr. José Silva Henriques*

gio se afirmou e se impôs junto dos cidadãos, como revela um estudo de 2005 (*Hespanhol A: A imagem dos serviços de saúde e dos médicos de família em Portugal. Rev Por Clin Geral; 21:185-91*).

Voltando ao Programa de Formação Específica de MGF, torna-se imperioso, pela abrangência da sua prática, formar os futuros Médicos de Família com um Programa

que contemple um tempo de formação de pelo menos de 5 anos, não sendo escandaloso se passasse a ser de 6 anos, proporcionando um treino mais adequado às exigências da praxis da Especialidade, em serviços e com orientadores, logicamente, idóneos para a formação em Medicina Familiar.

As idoneidades formativas são uma competência da Ordem dos Médicos (OM), através dos seus órgãos consultivos, os Colégios da Especialidade. Os Orientadores de Formação de MGF têm obrigatoriamente de estar inscritos no Colégio da Especialidade.

A atribuição das capacidades formativas, a nível nacional, é uma prerrogativa do Ministério da Saúde, baseada nas idoneidades formativas facultadas pela OM. No entanto, esta prerrogativa poderia e deveria ser alargada a entidades privadas, cooperativas ou de solidariedade social, de prestação de cuidados de saúde, sempre no pressuposto que os respectivos serviços tivessem a idoneidade formativa atribuída pela Ordem dos Médicos.

O prestígio da especialidade é um factor importante para a sua escolha. A MGF é uma especialidade cujo prestígio se afirmou e se impôs junto dos cidadãos.

*Médico de Família, Centro de Saúde Norton de Matos, Coimbra

*Presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

destaque

Será que a Europa pode aprender com Portugal?

A minha experiência nas reuniões médicas internacionais fez-me olhar para a nossa realidade com outros olhos. Partindo da nossa quase intrínseca sensação de estarmos atrasados para apanhar o comboio do desenvolvimento, verifiquei que afinal nos países que considerava avançados algo estava bem pior do que no nosso “carrinho à beira mar plantado”.

Nas primeiras reuniões da UEMO – União Europeia dos Médicos de Clínica Geral a que assisti em 1999, um grupo de trabalho sobre igualdade de oportunidades debatia problemas como o pagamento diferenciado pelo sexo (com as médicas a receberem menos que os médicos na Suécia) ou as especialidades hospitalares melhor remuneradas que a clínica geral.

Em Portugal há muito que as Carreiras Médicas Hospitalar, de Clínica Geral e de Saúde Pública tinham igual estrutura e remuneração, a especialidade de Medicina Geral e Familiar era já um dado adquirido e não passaria pela cabeça de ninguém que se pagasse mais aos médicos que às médicas!

Aos poucos fui conhecendo melhor a realidade europeia e fui constatando que os nossos internatos de especialidade eram dos melhores estruturados.

Apercebi-me também que, na Directiva que regula a livre circulação de profissionais na UE pelo reconhecimento automático das suas qualificações, a Medicina Geral e Familiar estava num Anexo diferente das outras especialidades e que em muitos países europeus não era considerada sequer especialidade.

Muito se evoluiu desde que a UEMO foi fundada, em 1967, tendo sido reconhecido que para se exercer medicina geral nos sistemas de segurança social dos diferentes países era exigível ter feito uma formação específica de dois anos (actualmente três) após a licenciatura.

Cada vez mais se reconhece que a sustentabilidade dos Sistemas de Saúde é influenciada positivamente pela existência de cuidados primários qualificados e estruturados.

O principal objectivo da Presidência Por-



Dr.ª Isabel Caixeiro *

tuguesa da UEMO, que se iniciou em 2007, é o reconhecimento da Especialidade de Medicina Geral e Familiar em todos os países europeus com igual dignidade e reconhecimento socioeconómico das outras especialidades.

O futuro da Especialidade é também uma das nossas preocupações, objecto de um grupo de trabalho. O envelhecimento dos médicos de família e a insuficiente opção pela MGF, pelos mais jovens, são transversais a todos os países e daí a importância deste debate.

Comparativamente com os 24 países que actualmente estão representados na UEMO, Portugal tem um programa de formação de MGF com vasta experiência e qualidade que nos coloca muito à frente de outros países europeus. Por exemplo, a França só recentemente reconheceu a especialidade e o Reino Unido, muitas vezes apresentado como modelo, ainda pondera esse reconhecimento.

Muito tem sido feito, mas urge que seja aceite pelo Ministério da Saúde a proposta do aumento do tempo de formação da MGF de quatro para cinco anos (incluindo o Ano Comum), há muito aprovado pela Ordem dos Médicos e enviado à tutela.

Muito há ainda a corrigir e melhorar, mas acredito que o futuro da especialidade está garantido, com o entusiasmo dos jovens médicos que escolhem a MGF como primeira opção, a experiência e a motivação dos orientadores de formação e o empenhamento do Colégio de Especialidade.

*Representante da UEMO; Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos

A Ordem e o Internato de MGF



Dr.ª M.ª dos Prazeres Francisco

Esta mesa redonda foi organizada pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos na sequência da necessidade sentida por internos de Medicina Geral e Familiar (MGF) e também dos respectivos orientadores em discutir com todas as estruturas responsáveis o estado presente e o futuro do Internato.

Temos o péssimo hábito de só nos reunirmos para debater situações que são tidas como problemáticas de preferência para apontarmos o dedo ao culpado e com isso encerrarmos alegremente a situação.

A nossa reunião hoje tem um perfil diferente deste. Encontram-se nesta mesa todos os responsáveis pelo Internato em MGF: ARS Centro, Coordenação do Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Centro, Ordem dos Médicos, Internos. E o objectivo é identificar o que não tem corrido bem, como aconteceu, e de que forma o podemos resolver.

Para tudo o que fazemos na vida, quer em termos profissionais, quer em termos pessoais, regemo-nos por regras. Em relação ao Internato de MGF existem leis e regras: Decreto-lei 60/2007, de 13 de Março; Regulamento Geral dos Colégios das Especialidades; Normas do Colégio de Medicina Geral e Familiar de 1995. Independentemente de podermos concordar ou não com estas regras, se elas fossem cumpridas muitos dos problemas que hoje vão ser aqui elencados pura e simplesmente não surgiriam.

Apesar de, pessoalmente, me sentir muito lisonjeada quando todo e qualquer diri-

destaque

Os internos e a MGF: presente e futuro

gente da Saúde que fala sobre esta especialidade, que é a minha, o que é certo é que depois a prática pouco corresponde aos elogios rasgados e o exemplo mais evidente é sermos a única especialidade que não tem o seu programa de formação publicado em Diário da República. Esta é uma questão com a qual sempre vivemos, mas que inegavelmente nos fragiliza e é de fulcral importância.

Cabe à Ordem zelar pela qualidade da medicina prestada à comunidade e como tal é responsável por fazer cumprir o programa de formação através de parecer técnico sobre a verificação de idoneidade dos Orientadores de Formação e dos respectivos Serviços, assim como da fixação da capacidade formativa dos serviços e profissionais. A Ordem não vai deixar de exercer o seu dever.

Também é de referir a responsabilidade da tutela do SNS em colocar os médicos recém-especializados, tarefa que, nos últimos anos, tem sido inaceitavelmente problemática, com os sucessivos adiamentos dos concursos, não falando sequer no hipotético número de vagas que desconhecemos.

Todos os presentes têm o seu papel e quota de responsabilidade neste processo formativo. Todos queremos ser bem sucedidos, e portanto há que dialogar, acertar detalhes, limar arestas, equacionar soluções e, o que é mais difícil, mas de enorme importância, colocá-las no terreno.

Uma última palavra para verberar o baixo número de internos de MGF presentes neste debate, apesar da ampla divulgação do mesmo, quando seria de esperar que todos estivessem interessados em discutir e questionar os vários responsáveis presentes, nesse lote incluindo o próprio moderador, o nosso Bastonário, relativamente aos múltiplos problemas que putativamente os possam preocupar. Ou será que devemos concluir que a nossa juventude não tem problemas nem preocupações? Se assim for, tudo bem. Mas se esse não for o caso, depois ninguém venha dizer que a Ordem não se interessa e não se empenha na resolução desses mesmos problemas. Todavia, para os presentes, esperamos que tenham dado por bem empregar o tempo que despenderam neste debate.

*Membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos

Quanto à visão dos internos e, para melhor expor os seus pontos de vista, foi feito um inquérito online, de 1 a 4 de Novembro de 2008, sobre o assunto, que obteve 93 respostas. Esta amostra era 72% do sexo feminino (que é o sexo mais prevalente nos internos da especialidade) e equitativamente distribuída pelo país:

32% da zona Norte, 37% da zona Centro e 31% da zona Sul (incluídos neste grupo cinco das ilhas), segundo a divisão das coordenações de Internato de Medicina Geral e Familiar. A maioria das respostas (94%) eram de internos (34% há 1 ano, 41% há 2 anos, 23% há 3 anos e 1% há 4 anos) e, dos recém-especialistas, 33% eram-no há 1 ano e 67% há 3 anos.

A maioria dos inquiridos declarou que voltaria a escolher Medicina Geral e Familiar como especialidade (93%) e os que não a voltariam a escolher eram todos internos (há 1, 2 ou 3 anos, equitativamente distribuídos): 67% do sexo feminino e maioritariamente da zona Norte, seguidos do Centro e do Sul.

As razões mais importantes mencionadas para voltar a escolher a especialidade (**figura 1**) foram o lado humano da medicina (86,7%) e a diversidade de conhecimentos e abrangência do dia-a-dia (84,3%), seguidas da satisfação como profissional (77%). Também foram muito apontadas razões pessoais /familiares /tempo livre (65%) e a importância da especialidade (49%). Já menos de um terço apontam como razões que ponderariam para voltar a escolher a especialidade o horário de trabalho (30,1%), as perspectivas de futuro (27,7%) e facilidade de emprego (21,6%), a autonomia (25,3%) e o trabalho em equipa (24%).

Os internos que não voltariam a escolher a especialidade apontam como principais razões as económicas e perspectivas de futuro (83,3%), seguidas da (in)satisfação



como profissional (66,7%). Metade referiu também o isolamento e a escassez de recursos e investimento nos cuidados de saúde primários como razões para não voltar a escolher a especialidade. Excesso de trabalho e dificuldade de emprego foram também mencionados, em um terço dos

casos.

Foi questionada a opinião quanto à formação de Médicos de Família em Portugal nos tempos que correm e esta foi considerada organizada (53% dos inquiridos) e acompanhada/tutorizada (57%). O ponto positivo mais referido foi de que esta prepara para abordar o utente no seu todo (74%), preparando para intervir em estilos de vida e na prevenção (70%), para abordar uma família (58%) e para abordar clinicamente uma grande diversidade de patologias (56%). O ponto negativo que reuniu mais respostas foi a duração insuficiente do internato (95% dos respondentes concordaram com isto), sendo o tempo passado no centro de saúde insuficiente (78%). Logo se seguiu a falta de uniformidade no País (94%), que se sente muito entre as coordenações do internato no Norte, Centro e Sul. Foi também apontado que a formação não promove o conhecimento de outras realidades (72%), nomeadamente de outros centros de saúde, quer a nível nacional, quer internacional. Apontou-se a falta de abrangência da formação (65%), que não promove o trabalho em equipa (69%), na comunidade (68%), nem a investigação (65%), e não prepara para a gestão do dia-a-dia ou dos recursos de saúde (65%). Sobre este tema foi também opinado que o excesso de internos ainda não leva a pouca qualidade na formação (72%) e a formação não é necessariamente melhor nas Unidades de Saúde Familiares (72%).

Foi pedido aos inquiridos que escolhes-

sem os pontos mais importantes a melhorar na formação do médico de família (**figura 2**) e o aumento do tempo de formação foi o mais referido (65,6%), assim como a formação em áreas de psicologia (comunicação, intervenção motivacional, aconselhamento), formação em áreas técnicas (infiltrações, pequena cirurgia, etc.) e formação de tutores. Cerca de metade ainda achava importante mais formação prática em mais áreas médicas, 40% em urgência/emergência e 37,6% em medicina baseada na evidência. Também cerca de metade dos inquiridos são da opinião que era essencial aumentar o incentivo a conhecer outras realidades nacionais e internacionais, uniformizar o internato e cerca de um terço ainda achavam importante uniformizar a avaliação.

Quanto a perspectivas pós-especialidade estas são bem negativistas (**figura 3**): não há noção de facilidade em arranjar emprego no presente (66,6% dos inquiridos são desta opinião) e no futuro pensa-se que esta facilidade será inferior (77,4% dos inquiridos pensam que não será fácil arranjar emprego no futuro). É quase unânime a dificuldade em trabalhar em zonas de preferência dos médicos, no momento presente e no futuro (97,8%). Esta dificuldade de emprego sente-se nos centros de saúde (73,1% no presente e 81,7% no futuro) e na dificuldade em criar USF (86% no presente mas com menor percentagem no futuro 83,3%). Também não há noção de facilidade em trabalhar na privada (81,7% são da opinião que é difícil no presente e 82,8% no futuro). Os contratos são considerados precários, sem tendência a melhorar (61,3%), mas a remuneração, apesar de baixa no presente (75,3% são desta opinião) terá tendência a ser menos reduzida (apenas 66,7% pensam que será baixa no futuro), talvez aliado à ideia de maior facilidade em criar mais USF no futuro. Quanto aos postos de trabalho no presente, estes são, segundo os inquiridos, muito isolados (56%) e, quanto ao futuro, as perspectivas de subir na carreira são nulas (0%) e as perspectivas de haver mais carreiras universitárias na área são baixas (14% são desta opinião). Ainda assim, há esperança de que a imagem da especialidade vá melhorar (59% são desta opinião).

Concluindo, é da opinião dos internos e

Razões para voltar a escolher MGF (n=83)	% relativa	% total
Razões económicas	3 1%	3,6%
Razões de satisfação como profissional	64 15%	77%
Razões pessoais (família tempo livre)	54 13%	65%
Facilidade de emprego	18 4%	21,6%
Dificuldade de emprego	0 0%	
Prespectivas de futuro	23 6%	27,7%
Diversidade (conhecimentos abrangência dia-a-dia)	70 17%	84,3%
Lado humano da medicina	72 17%	86,7%
Excesso de trabalho	0 0%	
Meior horário de trabalho	25 6%	30,1%
Investigação	5 1%	
Trabalho em equipa	20 5%	24%
Isolamento	1 0%	
Autonomia	21 9%	25,3%
Escassez de recursos e investimento nos cuidados de saúde primários	1 0%	
Importância da especialidade	39 9%	49%

Figura 1 – Razões para voltar a escolher Medicina Geral e Familiar indicadas no inquérito

Formação em MGF: o essencial a melhorar (n=93)	% relativa	% total
Formação de tutores	56 10%	60,2%
Formação em áreas técnicas (infiltrações pequena cirurgia eco...)	57 11%	61,3%
Formação em áreas psicologia (comunicação/intervenção motivacional/aconselhamento/intervenções breves...)	58 11%	62,4%
Formação em medicina baseada na evidência	35 7%	37,6%
Formação prática em áreas médicas	50 9%	53,8%
Formação teórica em áreas médicas	12 2%	13%
Formação de urgência/emergência	37 7%	40%
Uniformização	43 8%	46,2%
Organização	14 3%	15%
Aumento do tempo de formação	61 11%	65,6%
Investigação	16 3%	17,2%
Avaliação mais uniforme	32 6%	34,4%
Utilização de novas tecnologias na formação	20 4%	21,5%
Maior incentivo a conhecimento de outras realidades nacionais e internacionais	45 8%	48,4%

Figura 2 – O essencial a melhorar na especialidade de Medicina Geral e Familiar, indicado no inquérito efectuado

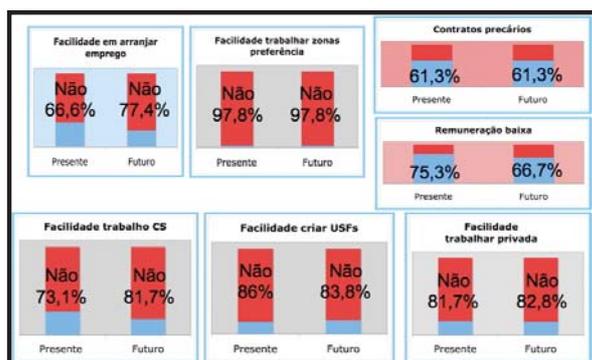


Figura 3 – Perspectivas pós-especialidade no presente e futuro segundo opinião expressa no inquérito

recém-especialistas incluídos neste estudo que a formação em Medicina Geral e Familiar é organizada, prepara para uma abordagem holística, mas é pouco uniforme, pouco virada para o exterior, para a comunidade, para o trabalho de equipa, para a gestão e a investigação. Sugerem que seria importante ter uma duração maior (nomeadamente mais tempo no centro de saúde), com mais formação em áreas da psicologia e técnicas. E ainda que a formação de tutores é essencial.

Na minha opinião, é necessário não só criar mais oportunidades mas também mais condições para haver esta formação de tutores. A visão quanto ao presente e futuro da pós-especialidade é de que são tempos difíceis em termos de emprego e em termos económicos, havendo no presente um grande isolamento dos recém-

especialistas nos postos de trabalho em que são colocados.

Apesar de tudo isto, a maioria dos inquiridos voltaria a escolher Medicina Geral e Familiar como especialidade pela sua humanidade, diversidade e globalidade e há uma confiança na melhoria da imagem da especialidade. Na minha opinião, apesar de o inquérito ter um viés por seleccionar talvez os mais interessados e informados (a divulgação foi via internet e a resposta voluntária), ele revela uma geração de futuros médicos de família preocupados em relação ao futuro mas interessados, activos, e sobretudo aceitando o desafio e esperando poder ajudar na melhoria da qualidade da especialidade de Medicina Geral e Familiar.

espaço do interno

O importante é ser médico

É já a medo que, dia sim, dia não, espreito o site da ACSS à procura do mapa de vagas para o Internato Complementar que iniciarei em 2009. A anterior ansiedade deu, agora, lugar à angústia e à esperança de que passe mais um dia sem ter de montar um plano. A impaciência – e urgência! – para dissecar um mapa de vagas, estudar todas as opções, reflectir sozinho e em conjunto, fazer um plano A, um plano B, C e D, deram lugar a um desinteresse forçado.

À hora a que escrevo este texto (às 22 horas do dia 17 de Novembro), encontro-me exactamente uma semana do início do período de escolha. E ainda não há sinal do mapa de vagas. Se tivesse acesso, neste preciso momento, a esse mapa, sobrar-me-ia uma semana para decidir os meus próximos cinco anos e, em última análise, os próximos trinta e cinco. Tendo em conta que a data limite estabelecida para a publicação do malfadado mapa é o final desta semana (e nestas coisas o melhor é mesmo contar com o pior), sobrar-me-ão três dias. Um dia útil e um fim-de-semana para fazer listas de prioridades – de especialidades, de hospitais de forma-



Dr. Manuel Mendes Gomes*

ção, de cidades –, para pedir conselhos a colegas mais velhos, para visitar serviços, para ponderar novamente e refazer as listas... Não é difícil perceber que este período de reflexão não passa de um “não-período”, mero *pro forma*, para que não se diga que escolhemos às escuras, sem conhecer de todo as vagas. E torna-se, assim, inevitável pensar em razões que justifiquem este adiamento – um atraso, pela certa. Propositado? Ou simples apatia? Seja qual for a razão, revela uma ausência total de compreensão, de empatia, de comiseração por parte das entidades res-

ponsáveis.

Impõe-se uma chamada à razão, para que os atrasos não se repitam no futuro. Contudo, a manterem-se as datas do período de escolha, já não há muito a fazer por nós, os que escolhemos este ano.

Começo, por isso, a achar que o melhor é que este mapa não saia de todo. Porque, no dia em que sair, começa o gotejar das horas e dos minutos, vertiginoso, imparável. E eu vou ter de me decidir, a bem ou a mal. Bem ou mal. Vou ter tempo para fazer apenas o esboço de um plano, a caminho da ARS, numa qualquer folha onde outrora imprimira umas análises. Com a sorte que eu tenho, vou de certeza cometer alguma estupidez ou, pelo menos, escolher alguma especialidade que, dentro das possibilidades, não era bem o que queria ou onde queria. Sinto-me, cada vez mais, tentado a acreditar que tudo isto é um esquema para nos passar uma mensagem dissimulada, superior às preferências de qualquer IAC: *o importante é ser médico, não interessa onde nem a fazer o quê, pois tudo o resto é paisagem* – será?

*Interno do Ano Comum – HUC

MostrEM – Mostra de Especialidades Médicas

Decorreu entre os dias 20 e 22 de Outubro, na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, mais uma MostrEM – Mostra de Especialidades Médicas.

Organizado pelo Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI), em parceria com o Núcleo de Estudantes de Medicina de Coimbra e com a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRC-OM), este evento vai já na sua 3.^a edição, e tem como principais destinatários os colegas que estão agora a frequentar o Ano Comum, e que brevemente escolherão a sua especialidade.

Consiste numa curta e informal apresentação feita por internos de cada uma destas especialidades, em que se procuram focar aspectos como as principais áreas de inovação, empregabilidade e potenciais vantagens e desvantagens da área médica em

que se encontram.

Para além das apresentações propriamente ditas, outra das virtudes desta iniciativa é colocar de forma instantânea em contacto os potenciais interessados numa especialidade com quem já a frequenta, potenciando-se assim a troca de ideias e mesmo a visita aos serviços em causa.

Estiveram também presentes o Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Prof. José Manuel Silva, e o Presidente do Conselho Nacional do Médico Interno, Dr. Rui Guimarães, que prestaram à audiência valiosos conselhos para a caminhada profissional agora iniciada por muitos, assim como uma mensagem de disponibilidade e apoio por parte das estruturas que representam.

A resposta à divulgação deste MostrEM foi maciça, tendo-se contabilizado mais de

200 presenças, só na Secção Regional do Centro. Em todos os presentes se denotava a curiosidade e ansiedade inerentes ao momento especial nas suas vidas profissionais e pessoais que se aproxima. Alguns ansiavam pelo conhecimento do último detalhe que os conduzisse a uma escolha mais fundamentada e esclarecida, a arma que resta a muitos depois das irregularidades verificadas na última prova de seriação.

Da parte da Comissão Organizadora, fica o agradecimento à Secção Regional do Centro, que patrocinou este evento, assim como aos internos que disponibilizaram o seu (quase sempre escasso) tempo para vir falar à MostrEM, e desta forma ajudar os seus colegas mais novos.

A estes últimos, boas escolhas!

Membros do CNMI

um médico, uma vida

Dr.^a Maria Luísa Paiva de Carvalho – uma médica de imenso saber

Continuando o contacto e a troca de vivências com a nossa memória colectiva, os colegas que nos precederam, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos visitou a Dr.^a Maria Luísa Paiva de Carvalho, nascida em 16 de Outubro de 1917, ano de grandes acontecimentos históricos.

A Dr.^a Maria Luísa, tia de dois distintíssimos colegas nossos, Rui Pedro, especialista em Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde de Celas/USF Cruz de Celas, e José Humberto, professor de Pneumologia da Faculdade de Medicina, Chefe de Serviço dos HUC e actual Governador Civil do Distrito de Leiria, formou-se em 1942, na véspera do seu 25.º aniversário. Aluna brilhante, foi a melhor do seu curso, formando-se com 18,3 valores de média! Do mesmo curso faziam parte apenas mais duas senhoras e 51 homens. Partilhou as salas de aula com colegas como Fernando Namora, Fernando de Oliveira, Viegas de Carvalho e Perestrelo Cavaco.

Enquanto estudante de Medicina habitou no n.º 1 da Rua de Tomar, um local celebrizado por Egas Moniz.

Terminada a licenciatura foi assistente do Prof. Novais e Sousa na Clínica Dr. Daniel de Matos, antiga maternidade, onde trabalhou de 1943 a 1945.

Sentindo-se atraída por outras aventuras concorreu e ganhou o lugar de Directora da Colónia Correccional de S. Bernardino, numa localização aprazível a sul de Peniche. Aí se manteve até 1949. Lembra-se muito bem de tudo e não esquece as horas agradáveis que passou na praia.

Sentiu novamente o apelo da mudança e concorreu para médica escolar no Liceu Infanta D.^a Maria, onde ficou até à idade da reforma, em 1987. Tantos jovens e professores passaram pelas suas mãos e beneficiaram do seu imenso saber! É caso para dizer, com propriedade, que, em Coimbra, toda a



Dr.^a Luísa Paiva de Carvalho, acompanhada pelos sobrinhos, os Drs. José Humberto e Rui Pedro, e pelo presidente da Secção Regional do Centro, Prof. José Manuel Silva

gente a conhecia.

Durante muitos anos viveu num dos torreões do Colégio Rainha Santa, até se mudar para a Rua do Brasil. Actualmente vive na Rua do Teodoro, com um casal que lhe presta o apoio e ajudas necessárias.

Mas não se pense que se trata de uma velhinha, bem pelo contrário! Continua a ser uma mulher livre e independente, com a forte personalidade que sempre a caracterizou. Não admite que lhe digam o que deve fazer nem tolera grandes conselhos.

Todos os dias, seja Verão ou Inverno, sai de casa às 8h30 para ir tomar café e ler os jornais, acompanhando com atenção e preocupação tudo o que se passa no mundo.

Sublinha que sempre fez aquilo de que gostava e que sempre foi muito feliz e mimada. À pergunta provocatória

sobre a razão do seu celibato responde, sem hesitar, que não se casou porque não estava nos planos de Deus. Todavia, alguém ao lado sussurrou que a verdadeira razão seria a de não estar disposta a aturar um homem sempre a condicioná-la e a dizer-lhe o que tinha de fazer... Mas afirmou, com uma pontinha de emoção, que há um menino que lhe chama avó!

*Imbuída
de grande espírito
filantrópico,
depois da reforma
foi voluntária
na Penitenciária,
nos HUC
e na Maternidade
Dr. Daniel
de Matos.*

Imbuída de grande espírito filantrópico, depois da reforma foi voluntária na Penitenciária, nos HUC e na Maternidade Dr. Daniel de Matos.

Ficámos impressionados com a sua juventude de espírito e resistência física, apenas maculada por uma ligeira presbiacúcia. Nem um pequeno enfarte do miocárdio que teve

há três anos a condicionou. O segredo talvez seja o de sempre ter andado a pé!

opinião

Que futuro para os HUC e o SNS?

De forma esperada e anunciada, poucos anos após o desmoronamento do Comunismo, consumou-se a falência dos arautos do Capitalismo ultraliberal. Depois de colaborar e permitir a ruína do sistema financeiro mundial, foi patético ver Alan Greenspan reconhecer que se enganou! Talvez agora haja condições para aqueles que defendem a necessidade de alguma prudência na empresarialização massiva da saúde serem escutados com mais atenção e ponderação.

Sublinhe-se que não contestamos a introdução de regras de gestão de tipo empresarial na saúde, mas sim a mudança de paradigma, pois os algarismos financeiros passaram a substituir os doentes na missão dos hospitais! A gestão hospitalar de tipo empresarial terá as suas virtualidades, nem sequer o contestamos, mas também liberta uma verdadeira Hidra de Lerna de problemas, quase totalmente varridos para debaixo do tapete quando se faz a análise política e as contas do deve e haver dos hospitais EPE. Da mesma maneira como, durante anos, os riscos e problemas do subprime foram ignorados, até explodirem nas mãos dos teóricos do ultraliberalismo.

Sem quaisquer dúvidas, uma das grandes lições da crise americana é que é necessário governar com mais rigor, mais seriedade, mais verdade, mais competência, mais transparência, mais regulação e um muito maior sentido de serviço público.

Ora, alheado de toda esta nova realidade, recentemente o Presidente do Conselho de Administração (PCA) dos HUC afirmou fascinado que os HUC obtiveram um resultado líquido em 2007, leia-se lucro, de 16,5 milhões de euros!

No exercício daquilo que Mário Soares apelidou, e bem, de direito à indignação, não podemos deixar de comentar, sob vários ângulos, esta afirmação do PCA dos HUC, por tudo aquilo que ela traduz relativamente ao actual primado da gestão hospitalar, alicerçada na mesma filosofia contabilística que está na base da crise financeira mundial. Fazemo-lo particularizando os Hospitais da Universidade de Coimbra, que agora vivem a experiência de passa-

gem recente a EPE, mas temos a consciência que os problemas se repetirão em muitos outros hospitais deste País, colocando cada vez mais em causa a qualidade da medicina portuguesa e do SNS.

Em primeiro lugar, recorde-se que, em meados de 2007, o anterior PCA dos HUC se demitiu afirmando publicamente que os HUC eram ingeríveis com os cortes financeiros que lhe estavam a ser impostos pelo Governo. Pois bem, não é estranho que, mesmo tendo recebido um reforço de verbas, de repente apareça um Midas que, no mesmo ano, transforma a ingovernabilidade dos HUC numa choruda actividade lucrativa?! O que estará por detrás deste resultado líquido?...

É evidente que se trata de uma impressionante contabilidade criativa e completamente desvirtuada. Como diz uma velha máxima da estatística, "os números podem ser martelados até confessarem a verdade"... Razão tem o Tribunal de Contas quando afirma que os hospitais manipulam a sua contabilidade! Faça-se uma auditoria séria à contabilidade real dos HUC, porque fontes fidedignas garantem que não deu lucro real nenhum!

E o que dirá o Governo perante um tão vasto "lucro"? Os HUC devolveram verbas ao Governo? Será que para o ano o Governo vai reduzir o orçamento dos HUC num montante correspondente?!

Mais grave ainda, e muito estranho, é um PCA, escondendo o crescente rol de dificuldades e deficiências que o seu hospital enfrenta, regozijar-se por obter um "lucro", ainda que fictício, de tantos milhões! É revelador de que nem sequer entendeu que a missão de um hospital é tratar doentes com qualidade e não dar "lucro"! Demonstra uma gestão virada exclusivamente para os números e para agradar ao Governo e não orientada pelas necessidades do hospital e dos doentes. São desnecessários comentários adicionais...



Prof. José Manuel Silva *

Face a este paradoxo financeiro, é caso para perguntar: se o hospital deu tanto lucro, porque é que não se investiu na sua modernização tecnológica? E porque é que existem serviços a funcionar abaixo dos mínimos? E porque é que foi necessário esperar pela primeira tranche do capital estatutário para comprar camas novas, há tantos anos requeridas? E

porque é que se pressionam alguns médicos para gastarem menos dinheiro em fármacos, contra as boas práticas da medicina? E como podem as agulhas descartáveis de medulograma esgotar no serviço de Hematologia? E porque é que até na Sala de Emergência chegam a faltar seringas para as bombas perfusoras? E porque é que se fazem mediáticas campanhas de lavagem das mãos mas o papel para as limpar continua a faltar, obrigando a utilizar toalhas colectivas e encharcadas? E porque é que a Medicina Interna não tem uma Unidade de Cuidados Intermédios para vigiar e tratar convenientemente os doentes mais instáveis, reduzindo o risco de complicações evitáveis (e que actualmente nem sempre são evitadas, com as inerentes consequências...)? Porque é que o sistema ALERT está cada vez mais lento e continua com inúmeras insuficiências e falhas e problemas nas interfaces? Porque é que não há mais investimento na informatização para deixar de ser necessário passar recetário à mão e para informatizar os velhos processos clínicos (nesta área o hospital tem um enorme atraso relativamente aos Centros de Saúde!)? E para quando a requisição digital de análises clínicas? E porque é que a resposta aos pedidos de renovação de material ou de pequenos investimentos nos diferentes Serviços é invariavelmente negativa? E porque é que até para passar um pequeno cheque de poucos euros para a assinatura de revistas científicas, com o dinheiro que legalmente pertence aos Serviços e não ao hospital, os

HUC demoram tantos meses que o acesso às revistas acaba por ser bloqueado? E porque é que não se contratam os recursos humanos de que o hospital e os doentes tanto carecem, nomeadamente na Urgência, onde a procura ultrapassa quase sempre a capacidade de resposta com qualidade, aumentando o sofrimento dos doentes? E porque é que, mais uma vez na Urgência, há doentes a urinarem-se porque não há ninguém disponível para lhes chegar um simples urinol (etc., etc.)? E porque é que, de forma desumana e com risco de agravamento da sua situação clínica, se deixam doentes horas infindáveis à espera de serem transferidos da Urgência dos HUC para outros hospitais apenas porque não existem meios próprios ou contratados para o transporte de doentes e não há uma escala de enfermeiros para fazer o acompanhamento destes doentes? E porque é que o bloco cirúrgico da urgência está oficialmente fechado na maior parte do dia (o que já teve consequências...)? Etc., etc., etc., etc! Tudo com o único objectivo de contribuir para os tais 16,5 milhões de euros de “lucro”... É isto a que alguns chamam e elogiam de reforma do SNS?!

Infelizmente, todos os profissionais dos HUC sabem, e os doentes e os seus familiares também já o começam a perceber, como no caso do recente esgotamento das fraldas nos HUC, que foi objecto de reclamação formal e pública por parte de um familiar, que a missão do actual PCA dos HUC, cumprida sem remorsos, foi a de efectuar cortes chocantemente cegos e irracionais em tudo o que fosse despesa/compra dos HUC, independentemente das consequências sobre a qualidade de funcionamento da instituição ou das dificuldades colocadas aos profissionais. Até os simples cliques estiveram esgotados, sendo as faltas do mais diverso material uma situação recorrente nos HUC, porque os respectivos concursos são invariavelmente adiados para evitar despesa, independentemente das consequências! Só os números interessam, com a preocupação da qualidade a passar para um plano completamente secundário! Mas isto é que é boa gestão?!

Os nossos aprendizes de gestores precisam de ler e estudar William Deming (1900-1993), que há muitos anos afirmou uma verdade insofismável: “Quando as pessoas e as organizações se concentram na qualidade, então a qualidade tende a

aumentar e os custos diminuem com o tempo. Porém, quando as pessoas e as organizações se focam primeiramente nos custos, então a qualidade diminui com o decurso do tempo e os custos tendem a aumentar”.

Em vez de auto-elogiar despropositadamente a sua gestão, talvez fosse mais conveniente que o PCA solicitasse a certificação externa de qualidade dos HUC. Saliento o recente exemplo do Hospital de Santo António (HSA), no Porto, cujo Serviço de Urgência recebeu, no passado mês de Setembro, a certificação de qualidade pela norma internacional ISO 9001:2000, tornando-se no primeiro do País com esta distinção. Isto sim, é trabalhar com qualidade e com factos e não apenas com jogos florais.

Deixo aqui bem explícito o desafio público para que os HUC entrem imediatamente num processo consequente e profissionalizado de certificação de qualidade. Haja coragem! Eu bem sei que há longos anos existe uma Comissão, mas nada avança porque não é dado seguimento às propostas apresentadas, nem tão pouco são criadas as condições para que, de facto, a Comissão funcione. Será que não há interesse em que funcione? Será que os HUC não se sentem com o mesmo nível de qualidade de tantos hospitais que já foram certificados?... Faça-se algo de concreto para que os HUC, apesar dos empenhados esforços dos seus profissionais, não continuem a perder terreno relativamente a outros hospitais pelo acumular de sucessivos erros e adiamentos de gestão!

As preocupações dos profissionais dos HUC agudizaram-se com o anunciado capital estatutário. Infelizmente, não obstante estar afinal previsto um capital estatutário de 108,5 milhões, os nossos receios iniciais, motivados pelos valores que vieram a público, eram totalmente fundamentados. Efectivamente, ao contrário do que foi erradamente afirmado por alguns responsáveis e alguma comunicação social, o capital estatutário dos HUC não será constituído em cinco anos. O que consta da resolução 140/2008 do Conselho de Ministros é que a esmagadora maioria do putativo capital

estatutário dos HUC será constituído em 2010 e anos seguintes, sem referência, sublinhe-se, a qualquer prazo! Ou seja, o Governo pode dar 1 milhão de euros por ano durante 93 anos que está a cumprir a sua resolução! Será que alguma vez os

HUC chegarão a receber a totalidade do seu putativo capital estatutário que, em qualquer altura, pode ser reduzido por um simples despacho conjunto do Ministério da Saúde e das Finanças? NINGUÉM sabe!...

Este faseamento sem limite temporal coloca os HUC e o seu Conselho de Administração

totalmente dependentes das prioridades e das disponibilidades financeiras do Governo e sem quaisquer possibilidades e autonomia para definir e calendarizar planos estratégicos de investimento. Com a agravante dos reflexos da crise financeira dos EUA, que estão a afectar a economia mundial e o investimento público em Portugal, em paralelo com a política liberal deste Governo, favorecendo os grandes grupos privados em detrimento do SNS, serem fortíssimos indícios que acentuam os motivos de preocupação quanto ao real futuro dos HUC e do seu financiamento.

De uma coisa todos podem estar certos. A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos não silenciará a defesa incondicional e continuará a pugnar pela qualidade dos HUC, do SNS e da Medicina privada com verdade, frontalidade e determinação. Por isso lançamos um forte apelo a todos os profissionais de saúde para que não tenham medo e comuniquem à Ordem dos Médicos todas as dificuldades que lhes forem artificialmente levantadas e para que defendam a qualidade do seu exercício profissional contra todos aqueles que, apenas motivados pelo objectivo de agradar servilmente à tutela e apresentar as ditas “boas contas”, não se importam de colocar em risco a excelência do tratamento dos doentes em benefício de um economicismo obscuro. Racionalidade e qualidade sim, racionamento de fraldas, não!

*Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos

(Artigo publicado no Tempo Medicina a 10/11/08 e, em três partes, no Diário de Coimbra)

E o que dirá o Governo perante um tão vasto “lucro”? Os HUC devolveram verbas ao Governo? Será que para o ano o Governo vai reduzir o orçamento dos HUC num montante correspondente?!

opinião

USF em choque tecnológico

A expressão “choque tecnológico” entrou definitivamente no quotidiano português há não muito mais de três anos. Promessas foram feitas no sentido de transformar Portugal num país informático, de processos simplificados e acelerados, menos sujeitos aos erros inerentes à burocracia que tanto gostamos de enfatizar como característica dos serviços em Portugal.

No que concerne à Medicina, e em especial à área que me diz directamente respeito, o choque passava (e passou) pela equipagem dos Centros de Saúde com *hardware* informático actualizado e com um sistema de *software* que pudesse integrar as funções administrativas e clínicas. Tornou-se até um ponto fulcral na Missão para os Cuidados de Saúde Primários a informatização do processo clínico dos utentes. Dela depende a premissa de um melhor registo de dados clínicos e é a base de dados que permite a avaliação da Unidade de Saúde Familiar (USF) no que se refere ao atingimento dos objectivos contratualizados pela mesma.

Hoje, mais de um ano e meio depois da abertura da USF Cruz de Celas em Coimbra, a expressão de choque tecnológico mudou de sentido. Tornou-se até talvez mais próxima do próprio sentido etimológico de cada uma das palavras que a constitui. O choque a ser verdadeiro pelo impacto negativo que teve no dia-a-dia do funcionamento da própria USF e na influência desgastante que condiciona na consulta médica (e não só).

Desde o início que o sistema demonstra fragilidades graves. Na prática, e para que se perceba bem, essas fragilidades passam, em primeira instância, pela lentidão atroz com que o *software* corre. Cada clique no rato é seguido de uns bons 10 a 20 segundos, na melhor das hipóteses, à espera que algo aconteça. Posso supor que em cada consulta eu tenha que fazer pelo menos cerca de 20 cliques... Pior ainda são os mais do que frequentes bloqueios do sistema. Em dias bons o computador bloqueia apenas quatro ou cinco vezes

numa manhã... Numa manhã má dificilmente se consegue fazer seja o que for utilizando o computador, estando constantemente a desligá-lo com a esperança que ao ligar tudo se tenha resolvido. A cada novo dia colocamos a hipótese ingénua de que os problemas estarão resolvidos. E nunca estão.

Inicialmente parecia natural. Novo sistema, novos hábitos, novos problemas a ser resolvidos pela recente inovação tecnológica. Hoje o desalento é grande. A incompreensão maior. As justificações são muitas. A falta de um servidor mais potente, a necessidade de um computador base em cada consultório, alguns *bugs* do *software*. As soluções – nenhuma até hoje.

Não se pense no entanto que isto é um problema exclusivo da USF Cruz de Celas. Relatos semelhantes vão-se ouvindo de outros lugares do país.

Parece que a paciência chegou ao fim... Ninguém quer ouvir falar em vantagens informáticas. Ninguém já consegue dizer aos utentes que houve um problema informático, tão gasta que está a justificação. Ninguém consegue suportar os atrasos contínuos que estragam a consulta com o doente ou que atrasam o esquema diário de consultas.



Dr. Ricardo Gabriel*

Parece que a paciência chegou ao fim... Ninguém quer ouvir falar em vantagens informáticas. Ninguém já consegue dizer aos utentes que houve um problema informático, tão gasta que está a justificação. Ninguém consegue suportar os atrasos contínuos que estragam a consulta com o doente ou que atrasam o esquema diário de consultas.



E ainda nos pedem que informatizemos todas as análises e exames complementares de diagnóstico. Que contabilizemos a nossa produtividade com base numa prática diária inserida informaticamente. Que melhoremos a nossa assistência. Que reduzamos o tempo de espera dos utentes.

E ainda assim é possível. A USF Cruz de Celas atingiu os seus objectivos para o ano de 2007. À custa de um esforço contínuo de dedicação e paciência.

Mas já chega de manter a situação dentro de portas. É preciso relatar esta situação. Chamar a atenção para o que eu considero uma falta de respeito injustificável para com os profissionais de saúde. Em última instância para com os utentes.

Encontre-se uma solução. Rápida e eficaz. Sem demagogias ou justificações.

Deverá – ou deveria – haver alguém com o poder de exigir uma resolução.

Porque agora tudo o que apetece é desligar a ficha. Meter o computador num canto e puxar da caneta. Pelo menos, quando essa

falha, podemos sempre ir buscar outra.

*Interno de Medicina Geral e Familiar
Membro do Conselho Distrital de Coimbra
da Ordem dos Médicos

opinião

A receita... do nosso descontentamento

Muitos colegas me têm pedido que aborde o modelo de receita actual e os problemas existentes devido ao seu formato e conteúdo.

Tentarei hoje ser o seu porta-voz.

A palavra receita nunca foi exclusiva da área médica. No dicionário, entre outras definições pertencentes a outras áreas, pode ler-se que receita deriva de recepta, feminino de receptus, recebido; é a fórmula que prescreve um remédio ou indica a composição de certos medicamentos. Mas também pode ser o produto de venda de mercadorias numa loja ou empresa...

Desde estudante que nos foram ensinando que uma consulta culmina sempre numa receita, seja ela escrita, oral, encaminhamento, conselho...

O modelo de receita foi variando, contudo o resultado manteve-se – a escolha terapêutica do médico para melhor tratar o doente.

Melhorámos muito quando, podemos dizer que ainda recentemente, foi introduzida a receita tripla, o que evita a vinda mensal de doentes só para renovar receituário, e a receita informática, o que evita os erros devido à dificuldade de leitura.

Com o aparecimento dos genéricos e a necessidade de os implementar, no sentido de controlar os custos em medicamentos, houve campanhas de sensibilização para médicos e doentes, estes no sentido de os solicitar ao médico e aqueles para que os prescrevessem como primeira escolha.

Não me cabe a mim, ou aos médicos, duvidar da eficácia dos genéricos, comparativamente aos produtos originais, uma vez que a sua introdução no mercado tem a chancela do Infarmed, sendo este responsável pelos estudos de equivalência, entre outros. Contudo, a experiência ensinou-nos que nem todos são iguais... nos resultados e na tolerância... o que leva à escolha do médico, entre os vários genéricos e não só entre originais e genéricos.

Sendo a vontade do médico ainda soberana na escolha do melhor medicamento para o seu doente, numa qualquer situação clíni-

ca, a ele caberá escolher entre um genérico e um produto de marca ou entre dois medicamentos genéricos de casas comerciais diferentes, segundo a sua experiência, a *leges artis* e a informação veiculada ao doente.

Então não deveria ser possível, em nenhum caso, um farmacêutico, ou mesmo um técnico de farmácia, alterar a sua prescrição.

Contudo, este modelo de receita assim o permite, ao ter-lhe sido introduzida essa hipótese. O doente, aconselhado pelo farmacêutico ou pelo técnico de farmácia, pode alterar a prescrição do médico, desde que este se abstenha de colocar umas cruzes a não autorizar a substituição da prescrição

por um medicamento genérico, ou desde que o doente assine no verso da receita que autoriza a troca, muitas vezes nem sabendo que o faz... se tem de assinar num local, assina em dois...

Porque é que o médico terá de colocar umas cruzes numa prescrição em que é soberano, se foi esse o medicamento que prescreveu e é nesse que tem mais confiança?

Actualmente, o médico que não coloca as ditas cruzes estará implicitamente a deixar alterar a sua prescrição?

Não! Simplesmente, a maioria já chegou à conclusão que, mesmo com as cruzes, a receita pode ser alterada e, para isso, como já disse, basta que o doente consinta e assine. Então para quê colocá-las e ser desautorizado por quem não deveria ter o direito de o fazer, não fora terem-lho dado...

Todos sabemos também que a iliteracia é o nível de escolaridade mais alto numa grande percentagem da nossa população... ler e

não compreender equivale a ser mais facilmente orientável...

E também sabemos que há muitos doentes que adquirem os medicamentos a crédito numa determinada farmácia, não podendo ir a outra quando a sua não tem o medicamento prescrito, e aceita a troca porque o doutor da farmácia lhe disse ser o mesmo...

Então, nesta situação, a quem pedir responsabilidade quando houver reacção adversa ou ineficácia da terapêutica?

Ao farmacêutico? Ao técnico de farmácia? Ao médico que não colocou as cruzes?

O frequente é o doente, cada vez que vem à consulta,

ser portador de um genérico diferente, mesmo na mesma farmácia. Mas nesse caso o preço não muda. Então para quê as trocas frequentes?

Sendo tão grande o número de medicamentos genéricos, a farmácia pode não ter, no momento, o escolhido pelo médico, mas pode adquiri-lo em pouco tempo, sem ter de o trocar.

E, contudo, as maiores trocas são efectuadas em situação de não urgência...

Então porquê tanta troca?

Não é segredo para ninguém os incríveis negócios que se farão nas farmácias, as mais-valias de algumas empresas às farmácias em troca da saída do seu produto, as empresas cujo "negócio" principal é a farmácia, deixando de se preocupar em informar o médico sobre as características e vantagens do seu medicamento.

As histórias que se ouvem contar de compra cem e leva mais duzentas (quinhentas?!) de borla são inesgotáveis!



Dr.ª Teresa Lopes *

À Sr.ª Ministra, que também é médica e que não recusará a sua análise e solução, pedimos um modelo que não suscite dúvidas quanto à vontade do médico.

opinião

Código Deontológico

“Já é homem aquele que o será”

Tertuliano

E para quê convencer e provar ao médico que o seu medicamento é de confiança, quando lhe basta negociar com a farmácia e aproveitar-se da receita, que lhe irá permitir todas as alterações?

Para que não surjam algumas dúvidas, cabe dizer nesta altura que nunca ouvi nenhum médico ser contra os genéricos, apenas porque sim... E as taxas de utilização assim o vão demonstrando. O problema está na sua troca tão frequente...

E quanto aos circuitos mundiais de branqueamento de medicamentos?... O Infarmed tem capacidade instalada para garantir o controlo de todos os lotes de medicamentos que entram no mercado nacional?

O Ministério, uma vez alertado para estas problemáticas, deveria tomar as medidas necessárias para evitar estes abusos. Para fomentar a venda de genéricos e diminuir a despesa em medicamentos não é necessário deixar que se cometam ilegalidades e colocar depois a cabeça na areia... pois, como diz o ditado, “tão ladrão é quem rouba a horta como o que fica à porta”.

A receita é parte integrante do acto médico e como tal deve ser respeitada.

Mas então a quem aproveita este modelo de receita?

Aos médicos?

Aos doentes?

Às farmácias?

Ao Ministério?

Penso que encontraremos facilmente a resposta, assim o queiramos.

À tutela pedimos, porque somos responsáveis pelo receituário que produzimos, que seja respeitado o acto médico na sua integridade, que culmina com a receita.

À Sr.^a Ministra, que também é médica e sensível certamente a este problema, e que não recusará a sua análise e solução, pedimos um modelo que não suscite dúvidas quanto à vontade do médico, responsável último pelo tratamento do doente que tem à sua responsabilidade.

Então para quando um modelo sem cruces?

Ficamos a aguardar um novo modelo de receita, sem cruces, onde o que prescrevemos seja respeitado, pois a decisão final é nossa, assim como é nossa a responsabilidade quando nos acusam de erro médico ou negligência e por eles temos de responder.

O código deontológico médico é omissivo na definição de “início de vida humana” (IVH), deixando este começo ser determinado pela consciência individual do médico assistente.

A nossa actividade só tem sentido na presença de vida humana, sendo que a Medicina é também uma forma mista de conhecimento, mas com um fundo inequivocamente científico. As dificuldades sentidas pelos relatores na definição de IVH prendem-se a múltiplos factores, mas poderão ter origem na não diferenciação das expressões “vida humana” e “pessoa humana”.

A pessoa é um “ser autónomo de relação”, fazendo os seres humanos parte da natureza, embora como sujeitos livres, dotados de valores morais e espirituais, transcendendo assim a natureza. A “pessoa humana” é assim fundamentalmente um conceito cultural que procura compreender uma realidade enigmática e é normal haver dúvidas acerca do momento do seu início.

A vida humana, embora englobe mui-



Dr. José Diniz Vieira*

As dificuldades sentidas pelos relatores na definição de “início de vida humana” prendem-se a múltiplos factores, mas poderão ter origem na não diferenciação das expressões “vida humana” e “pessoa humana”.



tos dos aspectos acima referidos, tem um referencial mais vasto e um cunho marcadamente biológico (natural), pelo que o seu início pode e deve ser datado. Na minha opinião e à luz de toda a evidência científica, a vida humana tem início em cada um de nós no momento da concepção.

Em conclusão:

a) A Medicina é uma actividade norteada pelos princípios éticos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, juntando ao pensar científico (demonstrativo) o pensar simbólico (representativo)

b) A pessoa humana é um conceito multifacetado cultural (simbólico)

c) A vida humana brota da natureza de que o ser humano é parte e o seu conceito não é sobreponível ao de pessoa humana

d) O começo da vida humana em cada um de nós é passível de ser datado, até porque o ser huma-

no é também história (narrativa) – memória de si e dos outros.

*Médica de família, Centro de Saúde Fernão de Magalhães; Membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos

*Assistente graduado de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra

opinião

Mas então, afinal...

O Verão que passou trouxe três factos novos à saúde do nosso país. O primeiro é a constatação de que há falta de médicos, e uma falta grande e com tendência para se agravar nos próximos anos, e os outros são duas maneiras que o Governo engendrou para a corrigir, “adquirindo” de repente ou num tempo muito curto mais umas centenas de licenciados em Medicina.

Mas então afinal há falta de médicos em Portugal?! E esse panorama vai piorar dentro de alguns anos? Mas isso não se passava já há quatro ou cinco anos atrás? Nessa altura não veio o Governo afirmar que não havia nada falta de médicos, se calhar até havia demais, estavam era mal distribuídos? E a comissão governamental nomeada especificamente para avaliar a situação não transmitiu essa conclusão? Estaremos todos a ser vítimas de um acidente vascular cerebral colectivo que nos apaga memórias recentes e confunde o espírito?

Há erros grosseiros, com repercussões dramáticas, que simplesmente não se podem ter. Não quando implicam a governação de um País, ainda por cima numa área tão sensível e tão importante para os seus cidadãos como é a saúde. Não se pode errar tanto. E principalmente não se pode depois vir calmamente dizer tudo ao contrário, no fundo esperando que, como de costume, a culpa seja “da política”. É verdade que “a política” tem sido responsável por tanta coisa mal feita neste País, tanta que já nos habituámos. Mas quem lida com a saúde sabe que há hábitos fatais, quer isto dizer que têm de se perder porque senão podem conduzir rapidamente à morte.

A limitação da entrada de estudantes nas nossas Faculdades de Medicina assentou afinal em contas e cálculos mal feitos. Pois expliquem isso agora aos alunos com médias de 17 e 18 va-

lores no 12.º ano que não conseguiram seguir a sua vocação para médico. E ao jovem estudante com média de 18,43 que não pôde entrar em Medicina porque a nota mínima nesse ano foi de 18,45. E afinal faziam falta, deviam ter entrado, eles e muitos outros, já que a classificação mínima exigida tem apenas que ver com o número total de alunos a admitir. E esse deveria ter sido muito maior, dizem-nos agora: às centenas. Como é possível errar tanto?! Mas perguntamos também, à cautela: as contas de agora estarão bem feitas? Serão precisos tantos?...

Os médicos são processados judicialmente pelos seus erros; os conselhos de administração dos hospitais EPE são responsabilizados pessoal e individualmente pela má gestão económico-financeira (e tarda que o sejam também pelo malbaratar ou desbaratar dos recursos humanos e da capacidade instalada nos hospitais que lhes foram confiados); já se percorreu algum caminho no sentido de responsabilizar os juizes quando cometem erros (no Egipto antigo o Faraó mandava cortar as orelhas aos juizes que julgavam mal). E os nossos políticos? Continuarão a esconder-se impunemente atrás da “política”?...



Prof. Carlos Costa Almeida *

Os médicos são processados judicialmente pelos seus erros; os conselhos de administração dos hospitais EPE são responsabilizados pessoal e individualmente pela má gestão económico-financeira. E os nossos políticos? Continuarão a esconder-se impunemente atrás da “política”?...

Na sequência daquele erro vem o segundo facto notável deste Verão: o anúncio da importação de centenas de médicos do estrangeiro (da inevitável Cuba, mas também doutros países, fora e dentro da CEE), responsabilizando-se o nosso Governo pelas despesas com o processo de equivalência dos oriundos de fora da Comunidade Europeia, cubanos incluídos. Quer dizer, tem de se pagar para virem para cá, e virão por certo não os melhores da terra deles, esses ficarão lá ou emigrarão para locais mais apetecíveis para médicos bem preparados, com aptidão científica e desejo de progredir enquanto profissionais. Isto porque a nossa medicina pública, tradicionalmente mal paga mas que tinha ainda

assim, numa medida razoável, atractivos nesse aspecto, deixou de os ter com a sua empresarialização e o fim das carreiras médicas. Atente-se, por exemplo, no predomínio exigido da quantidade sobre a qualidade nos hospitais-empresa; na substituição da grande cirurgia por pacotes enormes de cirurgia de ambulatório ocupando nalguns hospitais o espaço operatório daquela, perante a indiferença ministerial; no encerramento da prestação de serviços em algumas patologias, com

afastamento dos doentes para outros hospitais, por ficarem caros à empresa-hospital; na dificuldade crescente de introdução de medicamentos novos e de aquisição e pagamento de instrumentos e material de consumo mais sofisticados e com aplicação menos frequente. Nos hospitais públicos a gestão clínica cedeu lugar à gestão puramente administrativa, atulhados que estão de

administradores limitando, complicando e encarecendo a actividade clínica, razão de ser da sua existência. Estabeleceu-se uma enorme dificuldade em fazer investigação clínica, com equipas médicas desmotivadas e compostas e recompostas a bel-prazer de quem manda no hospital, sempre numa lógica economicista de contratação dos mais baratos e cordatos, que não dos melhores. E nem vale a pena falar

duma quase absoluta falta de investigação experimental. Se juntarmos a tudo isto o facto da saída de muitos dos médicos mais experientes desses hospitais, uns para hospitais privados, outros por reforma, a grande maioria antecipada (porque?...), ficamos com o panorama que no momento presente a medicina pública hospitalar em Portugal oferece.

Compreende-se assim que a maioria dos médicos que para cá venham o façam apenas numa lógica de emigrante mercenário, que vem ganhar “o seu”,

empregar-se por exemplo como tarefeiro à hora numa dessas empresas de aluguer de médicos que por aí agora pululam, geridas por administradores hospitalares, por médicos ou mesmo por enfermeiros. E eu a esses colegas até os compreendo (afinal o nosso Ministério da Saúde não lhes oferece muito mais), enquanto que outros, os de cá, se desqualificam desempenhando

um trabalho médico desgarrado, ocasional e indiferenciado a troco apenas de um pagamento principesco em comparação com o que auferem do seu trabalho hospitalar específico. E o político responsável por esta aberração ainda escreve livros a vangloriar-se dela!

Mas o Governo não aposta só nos estrangeiros, anunciou também que vai produzir médicos rápidos no Algarve, num curso de quatro anos – terceiro facto.

Fico espantado – e espanta-me ainda mais o silêncio

generalizado – quando se anuncia um curso rápido de medicina, para formar “clínicos gerais”. Estarão a falar daquela especialidade para cujo internato se concorre depois de tirar o curso de Medicina e fazer um ano de internato comum? Ou de outra coisa, eventualmente com o mesmo nome mas até agora desconhecida? Ainda pensei que fosse alguma brincadeira (teria de ser de mau gosto), mas não, foi apresentado com pompa e circunstância pelas mais altas individualidades do Governo. E

semelhante anúncio não pareceu preocupar a Associação dos Médicos de Clínica Geral, pelo menos publicamente, nem do mesmo modo a Ordem dos Médicos. Mas será que esses profissionais serão inscritos na Ordem dos Médicos? E depois poderão concorrer com os outros para uma especialidade diferente? É conhecido o programa de formação acelerada anunciado? Não poderá ele, quem sabe, ser aplicado às Escolas de Medicina, aligeirando a formação dos médicos portugueses e adaptando-a ao futuro que se começa a prever da nossa realidade em termos de saúde, com a Espanha aqui tão perto para os casos mais complicados (leia-se “mais caros”)?...

A verdade é que das Faculdades de Medicina também não se ouviu qualquer comentário, nem expressaram pelo menos curiosidade. Por um curso anunciado oficialmente para começar antes do fim do ano, dirigido expressamente àqueles que queriam ser médicos, que tinham essa vocação e não conseguiram entrar em Medicina, por uma limitação de entradas considerada agora desadequada. Se se quiser de algum modo compensá-los – admitindo o erro – permita-se a sua entrada numa Faculdade de Medicina com as equivalências a que tiverem direito. Apoucá-los para o resto da vida dando-lhes “uma espécie” de curso de medicina, apoucando ao mesmo tempo os clínicos gerais, é que não me parece minimamente razoável. O que parece pretender-se é usá-los para aumentar rapidamente a mão-de-obra médica em Portugal através de “médicos rápidos”, acompanhando afinal a época de “comida rápida” em que vivemos. Esquecendo primariamente que está demonstrado que a *fast food* não é boa para a saúde.

*Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Carreira Hospitalar

A limitação da entrada de estudantes nas nossas Faculdades de Medicina assentou afinal em contas e cálculos mal feitos. Pois expliquem isso agora aos alunos com médias de 17 e 18 valores no 12.º ano que não conseguiram seguir a sua vocação para médico. E ao jovem estudante com média de 18,43 que não pôde entrar em Medicina porque a nota mínima nesse ano foi de 18,45.

Artigos de opinião

O Boletim Informativo da Secção Regional do Centro está aberto e desejoso de publicar artigos de opinião enviados pelos Colegas. Agradecemos que os textos que nos queiram enviar não excedam, como limite máximo, os 5.000 caracteres (com espaços).

A Redacção

opinião

“Vinismo”

As virtudes do vinho têm sido, nos últimos anos, divulgadas à exaustão. Não há dia que não surja uma notícia sobre os efeitos benéficos na saúde, apontando como responsáveis, entre outras, substâncias como os polifenóis e o resveratrol.

As doenças cardiovasculares são a principal atracção desta campanha, a que não devem ser alheios muitos produtores e industriais. Quanto mais venderem, mais lucram, além de oferecerem à população um meio profilático de preservar a saúde e prolongar a vida! Enriquecem as economias nacionais e evitam doenças. Nada mau.

Mas não se pense que esta ideia de o vinho fazer bem à saúde é de agora. Qual quê! Já tem muitos anos.

A este propósito, não queria deixar de comentar um interessante ensaio sobre “O Vinho na Medicina” da autoria de um português, Fernando de Castro Pires de Lima, incluída na obra, “Ensaíos”, publicada em 1943.

O autor, que era médico, dedicava-se à etnografia, facto que o levou a escrever um ensaio com o objectivo de demonstrar que o vinho é um importante elemento terapêutico em diversas doenças, chegando ao ponto de considerar esta hipótese como “revolucionária”.

Descreve exemplos curiosos, sobretudo das pessoas do Minho, que usavam, segundo o Padre António Vieira, “aquele cordal simples, medicado pela natureza para alegrar o coração humano”. “As cefaleias desaparecem com um bom copo de vinho verde” (*Dói-me tanto a cabeça, Que me quer cair ao chão, Dai-me mais uma pingui-nha, Ou ela me caia ou não...*). Dores de ouvidos? Lançar um pouco de vinho morno no ouvido doente! E eu que levei com leite de mulher! Laringites e faringites? Nada melhor do que meia dúzia de copos de vinho verde com açúcar. O indivíduo está fraco? Uma tigela de vinho tinto com sopas de boroa fortalece-o rapidamente. Espinhela caída? Pão-de-ló embebido em excelente vinho verde! Aqui fiquei furioso! Quando era pequeno, talvez porque devia andar meio enfezado, fizeram-me o diagnóstico popular de que devia ter a espinhela caída. Cha-

maram uma mulher, meia trombuda e seca, lá das bandas do Rossio, para me levantar a espinhela. Foi um tormento. Entre rezas, lamparinas e movimentos bruscos, fui sujeito a uma besuntada, nos bracos, nos punhos e no peito, com azeite. Não suportava aquela gordura e muito menos o cheiro que me fazia lembrar o azeiteiro que cheirava a ranço que tre-sandava. Se tivesse tido conhecimento desta medida exigiria de imediato que me dessem pão-de-ló embebido em vinho em vez daquele ritual assustador. Se não houvesse vinho verde sempre havia tinto!

O ensaísta continua na sua longa lista de efeitos benéficos. Para aumentar a diurese, vinho verde e muito! Para tratar as diarreias e a obstipação, vinho. Para combater as dores do tubo digestivo, vinho. Para curar furúnculos e feridas exteriores, vinho. Em certos tipos de doenças cardíacas, algumas doenças infecciosas, incluindo blenorragias e enterites (!), nas bronquites e nas anginas, e sei lá que mais, vinho. Não há praticamente doença nenhuma que, na perspectiva de antanho, não possa ser tratada com vinho, excepto, talvez, as úlceras gastro-duodenais e o cancro do estômago, afirma o autor. No entanto, até nas úlceras, se o vinho for fraco ou traçado com água, os efeitos benéficos manifestam-se quase de imediato.

A apologia ao vinho é de facto extraordinária. O autor recomenda que toda a gente devia beber vinho, inclusive até as crianças. Deveria ser um imperativo nacional! Obviamente que descreve alguns cuidados a ter com a ingestão que deve ser moderada e adequada a cada caso e a cada tipo particular de afecção. Muitas vezes preconiza o uso de vinho fraco ou então misturado com água, em proporções adequadas.

A este propósito, vinho misturado com água, recordo que, em miúdo, nos decursos das brincadeiras com os meus amigos, ficar, naturalmente, com muita sede. Batia



Prof. Massano Cardoso*

à primeira porta e pedia um copo de água. – Água? Nem pensar nisso meu menino! Espera um pouco que eu faço-te um refresco. Passados alguns minutos, era apresentado com uma generosa caneca de barro cheia de uma mistura de água e vinho a que juntavam um pouco de açúcar. Vinha mesmo a matar. Sabia tão bem! Noutras casas não

me davam este tipo de refresco, mas sim um à base de groselha ou de capilé. Pessoalmente preferia o outro, mais saboroso e mais energético...

Daqui a alguns anos, quando os seres humanos andarem cheios de próteses, de fios, de mecanismos nanotecnológicos, implantes e órgãos artificiais, é provável que apareçam artigos, e as correspondentes notícias, a afirmarem que está provado, cientificamente, que as próteses duram mais, os fios não fazem curto-circuitos, os dispositivos nanotecnológicos são muito mais eficientes, enfim, que os doentes, para não falar dos sãos, viverão muito mais anos, caso bebam vinho! Espero que não digam: – Mas só do tinto!

Também fiquei a saber que o famoso professor Portman, que presidiu ao “Primeiro Congresso do Comité Internacional para a propaganda do vinho” (Lausanne, 1935), citou, na abertura do congresso, a seguinte frase de Mussolini: “O homem doente que bebe vinho chega a mais velho que o médico que lhe proíbe”. Nem mais. Não sei se o dito bebia vinho! Pelo menos não evita mortes violentas! Deve ser por isso que, ainda hoje, depois de muitos conselhos dietéticos, higiénicos e farmacológicos, lá vem, no final da consulta, a pergunta sacramental: “Senhor doutor, eu posso beber um copito de vinho?”. Ou não fôssemos portugueses e... portuguesas!

VINISMO – termo utilizado no Estado Novo em contraponto ao alcoolismo: “vício benigno e salutar”!!!...

*Professor da Faculdade de Medicina da UC

A propósito do SNS

O professor doutor António Correia de Campos, ex-ministro da Saúde, vai publicar um livro sobre notas à sua governação no Ministério da Saúde. Pelas notas prévias à sua publicação e entrevista ao jornal PÚBLICO depreendo que venha explicar detalhadamente a sua política na Saúde, as reformas que promoveu durante o tempo em que foi ministro da Saúde, com medidas económica e financeiramente correctíssimas, estratégia de contenção de custos e aumento de produtividade mais do que justas, orientações de grande rigor para as administrações hospitalares, no sentido de melhorar a prestação de cuidados de saúde em Portugal.

Tudo muito bem, com a certeza que será um livro para leitura avisada dos estudantes de Administração Hospitalar e de mestrandos da Escola Nacional de Saúde Pública.

É necessário, todavia, para sermos totalmente justos, analisar o ambiente e a qualidade da prática médica antes e depois de o prof. doutor António Correia de Campos ter estado no Ministério da Saúde:

– Antes, os médicos pensavam que eram peças fundamentais no bom funcionamento dos hospitais e centros de saúde, que a sua actividade diária exercida em muitos casos em situações tão penosas deveria ser enaltecida, já que tão mal retribuída, que tinham

direito a serem reconhecidos no seu trabalho, a progredirem nas suas carreiras, a sentir-se estimulados para ensinar os mais novos e lutar pela melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, onde se integra obrigatoriamente a formação contínua;

– Após a passagem do prof. António Correia de Campos pelo Ministério da Saúde, a era que fica é aquela em que, como recentemente alguém comentava, os médicos que permanecem no SNS são simplesmente tratados como meros “pontómetros” de horários (quantas vezes em seu prejuízo), recebendo vencimentos mensais de 1900 euros brutos para 35 horas de trabalho como especialista, sem vínculo, com contratos a termo de um ano, sem hipóteses de progressão na carreira, sem qualquer estímulo ao ensino e formação (actividade fundamental para a garantia de uma medicina de qualidade), ao sabor de administrações hospitalares que apenas pretendem ver o trabalho médico traduzido em números (mais consultas, mais internamentos, mais episódios retribuíveis em valores de GDH), muitas vezes com recurso a engenharias financeiras ridículas.

Onde estão consideradas as horas de formação dos mais novos, o trabalho de equipa, a dinâmica dos serviços, a discussão de casos e a aprendizagem contínua? Tudo is-

so vai-se esfumando, não há tempo a perder, é preciso trabalhar para os números, colocar o dedo no “pontómetro” à hora certa (nem que isso signifique fazer esperar os doentes para que o médico tenha obrigatoriamente que cumprir a sua hora de almoço).

Trabalhar no SNS actualmente como médico é, como recentemente um ilustre colega referia, trabalhar no âmbito de uma comissão liquidatária do SNS, porque sem avaliação e reconhecimento da qualidade médica (progressão na carreira profissional), sem lugar à formação, sem remunerações justas e transparentes, o SNS terá os seus dias contados como prestador de cuidados de qualidade.

O prof. doutor António Correia de Campos analisou bem os números, delineou a estratégia económica que lhe pareceu mais justa, esqueceu-se porventura do aspecto mais importante de um gestor bem sucedido: gerir com justiça as pessoas, os recursos humanos qualificados e escassos... Como médica do SNS, não tenho saudades do seu legado e anseio por uma mudança de rumo.

Helena Sá, médica

Carta publicada no Público de 26/09/08, na rubrica Cartas ao Director, que aqui se reproduz na íntegra

CONSELHOS DISTRITAIS		
	Morada	Horário
Conselho Distrital de Aveiro	Rua Cristóvão Pinho Queimado, n.º 5, 1.º Dtº 3800 – 012 AVEIRO	15h00 – 19h00
Conselho Distrital de Castelo Branco	Rua Dr. Henrique Carvalhão, Lt. 13, Loja 5 6000 – 235 CASTELO BRANCO	14h00 – 16h00
Conselho Distrital de Coimbra	Av. D. Afonso Henriques, 39 3000 – 011 COIMBRA	09h00 – 12h00 14h00 – 18h00
Conselho Distrital de Guarda	Rua D. Sancho I, n.º 14 a 22 (Lg Paço do Biu) 6300 – 548 GUARDA	14h30 – 17h30
Conselho Distrital de Leiria	Qta de Santo António – Rua José Oliveira Zúquete, Lt. 70 2415 – 581 LEIRIA	16h00 – 19h00
Conselho Distrital de Viseu	Rua Alexandre Herculano, 43 – 3.º Dtº e Esq. Posterior 3510 – 036 VISEU	15h00 – 17h00

ecós

Da nobreza do voluntariado...

“Não entendo que se façam reformas com base em voluntariado, que é condicionado por mil e um factores, nem sempre os mais nobres. Não pode haver reformas feitas desta maneira! Espero assistir, no futuro, a uma verdadeira reforma da MGF e do SNS”.

Silva, José Manuel, Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, sobre a reforma em curso nos CSP. Cerimónia de Abertura das XXIII Jornadas de MGF de Coimbra, 15 de Outubro de 2008, 17H25, Hotel Tryp, Coimbra, Portugal

Foi pena a incursão do dirigente da Ordem em campo de análise conceptual da reforma dos CSP ter ficado assim, qual Convento do Carmo, inacabada.

Uma vez mais, ficámos todos sem perceber, exactamente, o que José Manuel Silva tem a apontar, de concreto, ao movimento reformista, de que as USF são o testemunho mais visível.

Como também ficámos todos sem saber o que entende o senhor por “uma verdadeira reforma da MGF e do SNS”.

É evidente que já estamos habituados, no internista coimbrão, à análise da crítica por falimento da substância em crise.

Há quem garanta ter o lapso raiz na propensão para a dieta, nascida da lipídica tese que lhe conferiu estatura de Doutor. O que não é caso isolado, convenhamos.

Resta-nos, pois, conjecturar...

Desde logo, surge evidente que, para José Manuel Silva, uma qualquer associação entre o sujeito e o predicado é espúria, por ser passível à contaminação por “mil e um factores, nem sempre os mais nobres”.

A dimensão numérica da objecção que, *in extremis*, pode degenerar na falta de nobreza dos factores que con-



dicio-
nam a adesão do sujeito, leva-nos a concluir pela existência, a montante, de uma imensidão de factores que, não estando maculados pelo anátema são, ainda assim, repudiados pelo factótum de Coimbra. Ou seja, numa análise sematológica, é possível depreender, da invectiva, uma multiplicidade de objecções e uma gradação adjectiva da malfeitoria. De facto, nem todos (o que é possível deduzir da condicionante “nem sempre”), os “mil e um factores” pecam por “falta de nobreza”.

Ainda que José Silva não avance com qualquer exemplo concreto, é possível encaixar, em cada um destes dois grupos, um sem número de situações potencialmente criticáveis. Avançamos com algumas, a título meramente exemplificativo.

No grupo restrito dos factores “nem sempre os mais nobres”, poderíamos incluir, por exemplo, aquelas situações em que um grupo multidisciplinar, integrando médicos, enfermeiros e administrativos, decide voluntariamente – o que numa dimensão jurídica, configura dolo – juntar-se (associação criminosa) numa USF para assaltar os utentes, aproveitando-se dos muitos momentos em estes são obrigados a abandonar os seus pertences para serem observados e submetidos a tratamentos vários, por médicos e enfermeiros.

Já no grupo mais vasto dos factores

não afectados por “falta de nobreza”, mas ainda assim criticáveis, estava capaz de incluir, por exemplo, aqueles casos em que médicos, administrativos e enfermeiros decidem aderir a uma USF, voluntariamente, movidos pelo facto de viverem próximos uns dos outros, e assim poderem parti-

lhar boleias de e para o trabalho, contribuindo, deste modo, para um desagravamento das despesas individuais com transportes e para a contenção do aquecimento global. Ou ainda aquelas situações em que as equipas se constituem em função de afinidades futebolísticas (diz-se baixinho, que terá sido esse o caso da USF Horizonte, bem conhecida pelo fanatismo portista de alguns dos seus elementos... Ou o da Briososa...)... Ou ainda aquelas USF que se constituem por causa das vistas (foi certamente esse o motivo que levou à constituição da USF Marginal, no Estoril, instalada num maravilhoso edifício, virado para o mar)...

Claro está que à falta de exemplos apresentados pelo responsável da Consulta Externa de Lipidologia e Dislipidemias no Hospital Universitário de Coimbra, apenas podemos especular. O que por força da lacuna, é perfeitamente legítimo. Como também é legítimo arquitectar sobre o modelo que o mesmo adoptaria em alternativa ao da adesão voluntária...

Estou até a ver cena...

O nosso caricaturista, também...

MMM
Jornal Médico de Família, em 4/11/08

NOTA – Sobre este assunto, sugere-se a leitura do comentário escrito pelo Prof. José Manuel Silva, intitulado “A Análise da Crítica” (página seguinte).

A analose da crítica

Como nem sempre recebo o Jornal Médico de Família (JMF), com grande pesar meu porque é interessante, embora talvez demasiado alinhado, mão amiga, com um comentário pouco abonatório para a peculiar prosa, fez-me chegar o editorial do seu Director, Miguel Múrias Mauritti (MMM), publicado numa das últimas edições do JMF. Com a devida vénia decidi transcrevê-lo integralmente no nosso Boletim, assim como a respectiva caricatura, porque me merecem alguns comentários.

Em primeiro lugar não posso deixar de salientar que me sinto lisonjeado por merecer uma tão cerrada atenção por parte do meu amigo MMM. É uma honra que faço questão de agradecer.

Em segundo lugar, e é a principal razão porque escrevo esta réplica, não queria deixar de dizer ao meu amigo MMM que, tendo os meus contactos, se não sabia o que eu queria dizer, podia ter-me perguntado! Era simples, bastava um mero e-mail ou um telefonema. Nada de demasiado complicado nos tempos que correm, nem mesmo para uma criança. E como MMM até escreve com palavras tão elaboradas e reveladoras de uma aprimorada e exigente cultura, não tenho dúvidas que também dominará estas novas tecnologias.

Devo concluir, pois, que foi deliberado o não esclarecimento da minha frase, retirada do contexto em que foi proferida, para que possibilitasse ao autor do editorial do JMF assestar baterias de uma censura ácida, verrinosa e fantasiosa sobre a minha modesta pessoa. Não me parece um jornalismo elegante. Mas as atitudes ficam com quem as assume. E as críticas assim artificializadas acabam por sofrer de irreversível analose.

Não quero alongar esta pequena redacção, mas não posso deixar de salientar que as minhas críticas à reforma das USF, que tanto preocupam MMM (e não só...), são mais de forma do que de conteúdo e não são novidade nem arrego a sua autoria, porque são partilhadas por muitos, quiçá pela grande maioria dos interessados.

Além de que, uma reforma que envolve

somente uma minoria dos profissionais de saúde e dos cidadãos, não é uma verdadeira reforma dos CSP. E de quem é a responsabilidade?

De modo algum pretendo tirar o mérito a quem tanto se empenhou e entregou à reforma dos CSP, quem sou eu para o fazer, mas talvez seja sintomática a lentidão da sua implementação e as fracturas e incomodidades que têm afectado o seu percurso.

E a verdade é que a forma como as mudanças foram regulamentadas permitiu, entre outros problemas, demasiados atropelos e aproveitamentos, por um lado, e frustrou legítimas expectativas de muitos Colegas, que depositavam na habitual abertura de lugares por concurso a esperança de recompensa pelo seu trabalho e dedicação com a aproximação dos locais desejados.

É fácil dar um exemplo prático. Uma Colega que ia integrar uma USF elogiava entusiasticamente a reorganização dos CSP, o que me levou a perguntar-lhe se também integraria uma USF se isso implicasse fazer o percurso inverso, ou seja, deslocar-se da cidade para uma pequena vila periférica e distante. A resposta foi uma honesta negação.

Entre várias outras questões, também não concebo que a reorganização dos CSP imponha a Centros de Saúde que funcionam bem e como verdadeiras USF's a necessidade de se esquartejarem em pequenos grupos.

Mas a tutela decidiu que seria assim. Pois bem, mantendo a minha visão crítica da reforma e as minhas dúvidas, só me resta desejar que seja um êxito, para bem dos profissionais de saúde, dos cidadãos e do País.

Mais uma vez repito, para acalmar alguns espíritos mais clubistas, que não estou contra o espírito das USF e o funcionamento em equipa. Permitam-me o direito, porque

Uma reforma que envolve somente uma minoria dos profissionais de saúde e dos cidadãos, não é uma verdadeira reforma dos CSP. E de quem é a responsabilidade?

vivemos em Democracia, de considerar que a metodologia da reforma, que ostracizou e ultrapassou tantos Colegas e introduziu enormes disparidades no sistema, podia ter sido diferente, para melhor, bem menos polémica, mais equilibrada, mais abrangente e estar já concluída. Noutras ocasiões já referi quais se-

riam as minhas opções e prioridades.

É interessante verificar que para a constituição dos Agrupamentos dos Centros de Saúde, também eles de resultados duvidosos e em risco de serem partidarizados (uma análise demasiado longa para a prolongarmos neste texto), a prática já foi completamente diferente. Aqui não se apelou ao voluntariado!...

Enfim, é evidente que muito haveria a dizer e a explicar sobre uma reforma que já fez correr tanta tinta e despertar tantas paixões. Mas esta não é a oportunidade adequada, nem é o objectivo deste pequeno escrito.

O terceiro motivo para garantir estas linhas é o de dizer que adorei a caricatura, aliás reveladora da impressionante capacidade artística e técnica do seu autor. Aquele ar rejuvenescido, musculado e dominador agrada-me e lisonjeia-me! E entre os chicoteados parece-me vislumbrar os traços faciais de um ex-ministro da saúde e de outros adversários dos Médicos e da qualidade e coerência do SNS, o que ainda mais me enaltece e estimula! Um genuíno agradecimento ao caricaturista e ao JMF!

Por último, para o meu amigo MMM e com um grande abraço, aqui fica toda a minha disponibilidade para explicar qualquer frase minha que porventura não consiga entender na plenitude. Não vale a pena queimar tempo e neurónios com tanta lucubração e especulação!

auditoria

Colégio da Especialidade de Anestesiologia analisa condições no Hospital de Cantanhede

● **ASSUNTO: AUDITORIA. CONDIÇÕES EXISTENTES E EXIGÍVEIS PARA A ANESTESIA PEDIÁTRICA NO HOSPITAL ARCEBISPO JOÃO CRISÓSTOMO – CANTANHEDE**

A responsável do Bloco Operatório e as Anestesiologistas do Hospital de Cantanhede invocaram ausência de condições técnicas adequadas para a Anestesia Pediátrica no referido Hospital, em 16 de Abril de 2008, posteriormente esclarecendo os requisitos julgados necessários para o efeito em 07 de Maio de 2008.

Em 21 de Abril de 2008, a Direcção Clínica do Hospital solicitou internamente dados sobre as condições técnicas necessárias, realizou uma reunião interna em 08 de Maio de 2008 e, em 16 de Maio de 2008 (com dados rectificadas em 23 de Junho de 2008), solicitou parecer à Ordem dos Médicos.

Em 04 de Junho de 2008, é endereçado pela Secção Regional Centro da Ordem dos Médicos ao Colégio da Especialidade de Anestesiologia pedido de apreciação da situação, tendo dois elementos da direcção do mesmo sido indigitados para, em 03 de Setembro de 2008, efectuar uma visita ao Hospital e elaborar relatório com parecer do Colégio.

Analisada a documentação fornecida ao Colégio de Anestesiologia, realizada a visita ao Hospital, e tendo havido oportunidade para, *in loco*, tomar conhecimento das alegações e argumentos das partes envolvidas, considera-se pertinente informar o seguinte:

São princípios gerais:

1. A Ordem dos Médicos constitui o organismo independente e idóneo para a deliberação sobre questões técnicas respeitantes ao exercício da medicina.

2. No contexto da Ordem dos Médicos, o Colégio de Anestesiologia constitui a entidade com autoridade para se pronunciar sobre as áreas de actuação da Anestesiologia, incluindo as questões colocadas no processo em apreço.

3. Reconhecido o devido respeito pelas Sociedades Científicas, o parecer técnico do Colégio de Especialidades constitui o precedente e a força maior e final na determinação da *leges artis* em Anestesiologia.

4. Todo o Anestesiologista possui formação obrigatória em Anestesia Pediátrica.

5. Se as condições locais assim aconselharem, a eventual dedicação e diferenciação numa área temática poderá ser benéfica, com acumulação de perícia e saberes.

6. O facto de existir o investimento sectorial numa área temática específica decorrente do tipo de exercício profissional verificado ao longo da carreira médica, implica o respeito pela diferenciação técnica, mas não diminui a idoneidade geral que advém da formação geral.

7. Em nenhuma circunstância, deve a referida diferenciação desresponsabilizar os demais Anestesistas em relação às suas obrigações profissionais.

8. Não se advoga a sub-especialização da especialidade de Anestesiologia.

9. Desejavelmente, como forma de aumentar a segurança e prever a possibilidade de entre ajuda em situações mais complexas, a actividade do médico Anestesista deve-se enquadrar numa equipa de Anestesia onde, no mínimo, existem dois médicos simultaneamente de serviço. Esta questão é obrigatória em caso da existência de Serviço de Urgência.

10. Em todas as circunstâncias, o médico Anestesiologista somente deve exercer a sua profissão se entender que existem as condições adequadas para a provisão de cuidados em ambiente adequado e seguro.

São princípios especialmente relevantes em relação às questões colocadas na presente situação:

11. Entende-se que, em função das especificidades técnicas existentes, será aceitável e desejável que crianças de pouca idade (igual ou menos do que 3 anos de idade) devam prioritariamente ser tratadas em centro cirúrgico especializado em Pediatria. Deve ser enfatizado o carácter prioritário do referido encaminhamento, não havendo uma obrigatoriedade absoluta.

12. Respeitando o enunciado, entende-se que, na generalidade dos casos, centros cirúrgicos de âmbito geral poderão proceder com intervenções em crianças, inclusiva-

mente menores a 12 anos de idade, se forem reunidas as condições para a provisão de cuidados de forma adequada e segura.

13. Entende-se que, a provisão de cuidados de forma adequada e segura implica equipamentos, recursos humanos e saberes técnicos.

14. Quanto aos saberes técnicos, faz sentido que a casuística relacionada com a mesma patologia, ou faixa etária, seja concentrada em determinada equipa multidisciplinar e multiprofissional, com consequências inerentes na feitura das escalas de serviço (onde se deve concentrar os referidos casos).

15. Como regra geral, não é bom princípio o investimento em técnicas ou intervenções com baixa casuística, seja em termos de patologia ou faixa etária.

Valorizando o acima descrito e analisada a realidade do Hospital de Cantanhede, considera-se o seguinte:

16. Não se afigura que, presentemente, o hospital possua casuística apreciável que motive o investimento específico à cirurgia pediátrica ou à faixa etária pediátrica

17. Caso venha a possuir casuística apreciável na área pediátrica, seria desejável que se procedesse à concentração dos casos em determinadas equipas e tempos operatórios, a fim de obter ganhos em procedimentos técnicos.

18. Devem ser elaborados protocolos e normas orientadoras na selecção e preparação dos doentes a serem submetidos a intervenções cirúrgicas, que sistematizem os critérios de inclusão e exclusão, o circuito de encaminhamento e gestão do doente ao longo do seu trajecto de avaliação e preparação para o acto cirúrgico/anestésico, bem como o conteúdo funcional e responsabilidades dos profissionais para que as obrigações e deveres sejam assumidos e universalmente conhecidos.

19. Como forma de melhor se preparar para os diversos desafios técnicos que possam surgir, inclusivamente na faixa etária pediátrica, recomenda-se a actualização do equipamento de monitorização e ventilação

mecânica no bloco operatório.

a) O monitor de sinais vitais deverá possuir módulos e acessórios pediátricos bem como, em geral, prever todos os requisitos mínimos da ASA – American Society of Anesthesiologists, com especial relevo adicional para a possibilidade de monitorização dos gases anestésicos (inspirados e expirados), da capnometria/capnografia e a monitorização hemodinâmica invasiva e contínua. O existente na Sala Operatória é adequado apenas faltando os módulos/acessórios pediátricos.

b) O ventilador mecânico deverá possuir módulos compatíveis com ventilação de adultos e crianças, por volume (controlado e garantido), por pressão (controlada e assistida), com ciclos respiratórios obrigatórios e/ou doente dependentes, com ou sem sincronização, aplicação de pressão positiva no fim da expiração, controlo de pressão na via aérea e expirometria numérica e gráfica. O equipamento existente, embora utilizado nalgumas instituições, é antigo e não dispõe de um leque alargado de módulos ventilatórios, entre outras possíveis considerações, pelo não nos figura como sendo representativo do tipo de equipamento mais desejável, actual e polivalente para o local em apreço. Mais, não possui sistema de alarme de pressão nas vias aéreas funcionando, algo que se considera fundamental para a segurança.

20. Ainda no que se refere ao equipamento do Bloco Operatório, considera-se que deve haver cuidados na atribuição exclusiva de meios a funções específicas, como, por exemplo, que o Carro de Anestesia seja unicamente para esse fim (e não simultaneamente o Carro de Emergência para outras áreas do Hospital, como parece ser o caso verificado) e que o frigorífico para o armazenamento dos fármacos seja exclusivamente para esse fim (e não, em simultâneo, o depósito de alimentos dos profissionais, como foi verificado).

21. No que se refere ao pessoal de enfermagem nas Salas do Bloco Operatório, considera-se boa prática que haja, sempre e em contínuo, enfermeiro adstrito à anestesia (com formação e integração adequada). Pelo descrito, a equipa de enfermagem mínima na sala de operações deve fixar-se num enfermeiro de anestesia, num enfermeiro circulante e num enfermeiro instrumentista (sendo como as funções de circulante e de instrumentista, e como estas são asseguradas, constituem matéria que não nos diz respeito). Se bem que o descrito se trate de uma exigência permanente, suportada por documentos oficiais do Ministério

da Saúde, é muito mais premente e notória a sua necessidade quando se consideram doentes em situações especialmente graves ou com exigências técnicas específicas, como é o caso da Pediatria.

22. No que se refere à Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (Recobro), é obrigatório prever, no mínimo, condições de observação e manutenção de doentes de acordo com o habitualmente entendido por nível intermédio de cuidados e, se e quando necessário, durante um período de tempo limitado até o encaminhamento adequado, a provisão de cuidados intensivos.

23. Obrigatoriamente, o nível intermédio de cuidados (caso em apreço) exige a monitorização individual, contínua e simultânea dos parâmetros vitais de todos os doentes no recobro. Presentemente, existem quatro leitos sendo que apenas se dispõem de dois monitores de sinais vitais, com pressão arterial indirecta e saturação periferia de O₂, com ecrãs pequenos e pouco adequados para a fácil visualização (no contexto da função em apreço) e sem traçado de ECG.

24. Obrigatoriamente, toda a organização local deve estar preparada em função da resposta adequada em caso de emergência. Assim, não fará sentido que as cabeceiras das camas do recobro não sejam facilmente removíveis (as presentes no local não são removíveis) nem que o Carro de Anestesia da Sala de Operações seja simultaneamente o Carro de Emergência de apoio a um piso inteiro do Hospital (como é o caso).

25. Obrigatoriamente, o nível intermédio de cuidados exige uma relação do n.º enfermeiros/cama de 1/3 (no caso de existirem doentes do foro intensivos, a relação passa para 1/2 ou 1/1).

26. Obrigatoriamente, o pessoal de enfermagem que trabalha na área anestésica deve possuir formação e integração adequada para o efeito, nomeadamente, formação e experiência em anestesia e, desejavelmente, cuidados intermédios e/ou cuidados Intensivos.

27. Obrigatoriamente, o pessoal de enfermagem que trabalha em local com actividade cirúrgica Pediátrica, deve possuir formação e experiência em complementar e específica (desejavelmente, em centro especializado com casuística apreciável para dotar os profissionais de experiência adequada).

28. Obrigatoriamente, enquanto existirem doentes colocados no Recobro, tem de existir médico Anestésista responsável pelo apoio ao Recobro, permanentemente e em

permanência física no Hospital, em grande proximidade ao Recobro (como é o caso).

29. Adicionalmente, se existem doentes cirúrgicos internados, considera-se obrigatório o seguimento e acompanhamento destes por médico responsável e competente para o efeito. Não é da competência do pessoal de enfermagem estabelecer diagnósticos, nem poderá ser credível uma situação onde durante um largo período de tempo, inclusiva mente naquele onde as estatísticas demonstram maior perigo (o pós-operatório imediato e horas seguintes), um Hospital se encontre desprovido de apoio médico com competência para o efeito, e, diferenciado).

Em função do descrito, seja como princípio geral como na análise da situação específica do Hospital de Cantanhede, considera-se premente proceder com o seguinte:

30. Obrigatoriamente prever no Hospital a atribuição da responsabilidade nominal pela área Pediátrica, incluindo a organização do circuito do doente, participação na aquisição de material específico e criação de condições adequadas para a manutenção do apoio ao doente pediátrico que, no caso do Bloco Operatório e o Recobro, obrigatoriamente, deve incluir um médico Anestésista, coadjuvado por um enfermeiro de Anestesia.

31. Desejavelmente, adquirir um ventilador mecânico com características actualizadas e mais polivalentes (em conformidade com as exigências descritas) para a Sala Operatória.

32. Obrigatório equipar o monitor de sinais vitais da Sala de Operações com módulos pediátricos, mantendo em estado operacional outras funcionalidades como a capacidade de monitorização de gases medicinais e anestésicos, bem como monitorização hemodinâmica invasiva.

33. Equipar a Sala de Operações com equipamento de apoio dedicado e em exclusivo (entre os quais, Carro de Emergência e frigorífico para fármacos) que, no caso do Carro de Emergência, dada a proximidade, poderá ser utilizado também no Recobro.

34. Equipar o Recobro com monitor de sinais vitais por cada doente, com disponibilidade de acessórios pediátricos (pelo menos, nalguns dos casos), com ecrã de razoável dimensão (para fácil visualização) e, em termos ideais, passível de integração em rede no contexto de uma central de monitorização e um eventual processo clínico electrónico.

35. Equipar o Recobro com um Carro de Emergência com os meios adequados e necessários para a abordagem da dificuldade respiratória e a reanimação cardiopulmonar, incluindo monitor desfibrilhador, com marca passo (e acessórios pediátricos).

36. Equipar o Recobro com meios de transporte de doentes (transporte interno e/ou externo, inclusivamente do doente crítico), em conformidade com o Guia de Transporte de Doente crítico da Ordem dos Médicos/Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), sendo especialmente relevante realçar a necessidade de meios portáteis para o fornecimento de oxigénio, um aspirador de secreções portátil, um ventilador portátil (com capacidade para a maioria dos casos pediátricos – mínimo 20 Kg peso), monitor de sinais vitais portátil (com acessórios pediátricos) e um monitor desfibrilhador portátil (igualmente com acessórios pediátricos).

37. No que se refere aos médicos Anestesiistas no Recobro:

a) Presentemente, a grande proximidade com as Salas do Bloco Operatório não mandata a dedicação exclusiva de um elemento para o Recobro. Este parecer pressupõe que, obrigatoriamente, na Sala de Operações existe um enfermeiro de Anestesia permanentemente dedicado a essa função. No caso da não existência de enfermeiro de Anestesia em permanência, devidamente formado e integrado, não é legítimo que o médico Anestesiista deixe a Sala de Operações sem acompanhamento anestésico mínimo para se deslocar a qualquer outro local para abordagem de doentes, inclusivamente o Recobro em proximidade.

b) Para além do descrito, se a casuística cirúrgica ou o nível de gravidade médio dos doentes aumentar significativamente, poderá ser legítimo equacionar a marcação fixa de um Anestesiista em apoio directo ao Recobro.

c) Seja qual for o cenário, enquanto existirem doentes no Recobro, é mandatória a existência de médico Anestesiista responsável pelo Recobro, em permanência física na instituição.

38. No que se refere à permanência médica no Hospital: Considerando a existência de doentes cirúrgicos internados, o necessário acompanhamento para o alívio da dor e para o despiste e controlo de eventuais complicações que, inclusivamente, podem motivar ida emergente para o Bloco Operatório, bem como, considerando a necessária resposta à eventual emergência/para-

gem cardio-respiratória que possa ocorrer no internamento, é obrigatório como critério de segurança a permanência de um médico com reconhecida capacidade em suporte de vida durante a totalidade do período nocturno no Hospital.

39. Capacidade tecnicamente idónea em reanimação cardio-respiratória e abordagem de situações emergentes não se define pela frequência de um curso de suporte avançado de vida, ou similar. Antes, consiste na formação adequada acrescida de desempenho regular e experiência prática real e continuada na abordagem de doentes graves e nas técnicas relacionadas com a exigência desta abordagem, como por exemplo, no manuseamento da via aérea e no suporte cardiovascular.

40. É mandatório que todos os doentes operados em ambulatório sejam submetidos a uma consulta de Anestesiologia, pelo que deverá proceder-se à sua organização.

41. No que se refere ao pessoal de Enfermagem na Sala de Operações e Recobro: prever a diferenciação comprovada em apoio ao trabalho da Anestesia, incluindo a vigilância nível Cuidados Intermédios e a resposta à Emergência. No Recobro, prever recursos humanos nível cuidados intermédios (incluindo, a relação de um enfermeiro para cada 3 doentes).

42. Para o bom funcionamento da equipa de Anestesia, entre si e no contexto da equipa alargada multidisciplinar e multiprofissional que é a equipa Médico-Cirúrgica, deverão ser implementados regulamentos e normas de serviço que sistematizem procedimentos, equipamentos e competências necessárias, envolvendo os profissionais na delineação dos objectivos e no acompanhamento do desempenho.

43. Para o bom funcionamento da equipa e por uma questão de hierarquia técnica caracterização dos níveis de responsabilidade, deverá ser definido o conteúdo funcional e a missão dos vários intervenientes, nomeadamente os dos Anestesiologistas.

São ainda conclusões pertinentes na análise do Hospital de Cantanhede:

44. Idealmente, para que a actividade cirúrgica seja rentável para a instituição e haja resposta permanente às eventuais solicitações, os Hospitais devem estar dotados de um mínimo de duas Salas Operatórias. No caso em apreço existe uma, algo que se estranha em termos de programa funcional.

45. Mesmo considerando apenas uma Sala Operatória, a presente casuística cirúrgica total do Hospital é muito baixa (em

2007, cerca de 400/ano, este ano com 436 até à data), podendo ser legítimo questionar-se se, na ausência de um aumento significativo do movimento cirúrgico, será rentável manter uma unidade cirúrgica em funcionamento. A análise custo/benefício positiva recomenda cerca de 1.100 cirurgias/sala operatória/ano como número mínimo para assegurar a rentabilidade.

46. Certamente que, no caso específico da Pediatria, a média de 15-20 crianças por ano (em 2007 houve cerca de 30 casos, aparentemente por acumulação de casos devido à inactividade do bloco durante algum tempo) não é sustentável em termos de defesa do investimento para a implementação de condições para a cirurgia nesta faixa etária.

47. Pelo descrito, a questão em causa ultrapassa a situação estrita da Anestesia Pediátrica, sendo de analisar as condições gerais para o funcionamento da Anestesia (Bloco, Recobro, apoio à Emergência...) e a sustentabilidade e rentabilidade existente e prevista para justificar os necessários investimentos.

São conclusões gerais aplicáveis a esta situação:

– A eventual invocação de ausência de meios para garantir os requisitos descritos não é aceitável e deve pressupor a incapacidade do Hospital para garantir cuidados de anestesia de acordo com o actualmente considerado aceitável, adequado e seguro.

– A eventual invocação de ausência de casuística para justificar os investimentos não é aceitável e deve pressupor a inexistência de segurança, idoneidade técnica e justificação para a permanência em funcionamento da unidade cirúrgica em si para o tipo de doentes em causa.

NOTA FINAL: Em todos os eventuais casos de litigância civil ou penal para determinação de responsabilidades médicas, sempre que for chamado pelas entidades judiciais a pronunciar-se, o Colégio de Especialidade terá a posição ora enunciada, tendo em consideração os conhecimentos e as boas práticas conhecidas até ao momento.

03 de Setembro de 2008

Os Auditores:

Dr. José Martins Nunes

Dr. António Marques

Colégio da Especialidade de Anestesiologia

história

Costa Simões, a pessoa mais importante de Coimbra

António Augusto da Costa Simões nasceu na Mealhada em 23 de Agosto de 1819, filho de D. Teresa Justina Simões, da Mealhada, e de Francisco José Simões, de Almofala de Baixo.

Licenciou-se em Medicina, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com 24 anos, e de imediato foi exercer para o “partido médico” da Cinco Vilas e Arega acumulando por algum tempo o “partido” de Figueiró dos Vinhos.

É esta experiência clínica e o conhecimento profundo da terra e suas gentes que lhe dão elementos para escrever “Fotografia Médica da Cinco Villas e Arega” em 1860, que a Associação de Aposentados da Bairrada, promotora de celebrações do centenário da morte do Prof. Costa Simões – 26 de Novembro de 1903 –, solicitou às Câmaras Municipais da região (Alvaiázere, Ansião e Figueiró dos Vinhos) a reposição em fac-símile.

No Hospital de Avelar, agora Fundação Nossa Senhora da Guia, existe uma fotografia do Prof. Costa Simões e na fachada da antiga escola feminina de Chão de Couce, hoje pertencente à Fundação D. Fernanda Marques, perdura ainda o seu nome.



Escola Primária Doutor Costa Simões em Chão de Couce

No Avelar existia muita devoção pela Nossa Senhora da Guia e, com o produto das esmolas, ali foi construída uma capela em 1767.

No primeiro fim-de-semana de Setembro ali há uma grande romaria com enorme afluência deromeiros, que no seu tempo deixavam muitas esmolas.

Costa Simões apercebeu-se de que enormes quantias eram desviadas para outros fins e, assim, pensou na organi-

zação de uma irmandade que administrasse esses fundos, com vista à criação de um hospital e logo oferece um projecto de compromisso, isto é, os estatutos da Irmandade.

Não me podendo alongar aqui, não quero deixar de referir o seu artigo 91.º: “Construído o edifício do hospital, empregará a mesa todos os esforços para ir capitalizando em todos os anos os fundos que puder economizar; servindo de estímulo ao seu zelo e actividade a lembrança consoladora de ir encaminhando as esmolas dos fieis devotos à melhor aplicação, que pode conceber-se em honra de Nossa Senhora da Guia; à obra de caridade mais meritória e mais apreciada por Deus e pelos homens; ao agasalho, em fim, o tratamento da pobreza enferma, destes infelizes duas vezes desgraçados. Passados anos, estas capitalizações sucessivas de parte dos rendimentos provenientes das esmolas, dos juros, etc., darão por si só juros ou rendimentos bastantes para a sustentação do hospital e dos encargos da irmandade, emancipando-se deste modo a capela e o hospital da contingência das devoções, que podem tomar outro caminho. Com este sistema de capitalizações, poderão converter-se de futuro todos estes fundos num verdadeiro banco rural, de que a agricultura daqueles sítios poderá tirar grande proveito...”.

Se se tivesse concretizado esta ideia, estaria criada a primeira Caixa de Crédito Agrícola Mútuo do País, quase 150 anos antes das actuais, embora imbuída de uma mentalidade completamente diferente!...

Efectivamente Costa Simões estava demasiado avançado para o tempo!

Por iniciativa de Adelino de Melo, director de um pequeno jornal local (Vacariça) – Bairrada Elegante –, foi erigido em 1928, para assinalar os 25 anos de sua morte um monumento no Jardim Municipal que desde 20 de Março de 1912 tem o nome do Prof. Costa Si-

mões.

As cerimónias de inauguração foram presididas pelo General Vicente de Freitas, ao tempo Ministro do Interior, estando representadas a Universidade de Coimbra, a Faculdade de Medicina e presentes muitas individualidades, entre as quais salientamos uma numerosa representação de Cinco Vilas e Arega, tendo usado da palavra entre outros o Dr. Alberto Rego (representando as freguesias de Chão de Couce, Pousa Flores e Aguda) e o Dr. José Pereira Barata (representando as freguesias de Avelar e Maças de D. Maria).

Para os estudiosos que tenham interesse em aprofundar a vida e obra do Prof. Costa Simões, recomendamos a leitura de um livro sobre o tema o Prof. Costa Simões – O passado como exemplo no futuro, da autoria do Dr. Nuno Salgado, editado pela Imprensa da Universidade, dentro destas comemorações da iniciativa da Associação de Aposentados da Bairrada e aqui deixamos a informação sintética das suas actividades, em que evidenciou o maior empenho, dedicação, zelo e competência, e locais onde se encontra algum espólio.



Monumento a Costa Simões

ACTIVIDADES

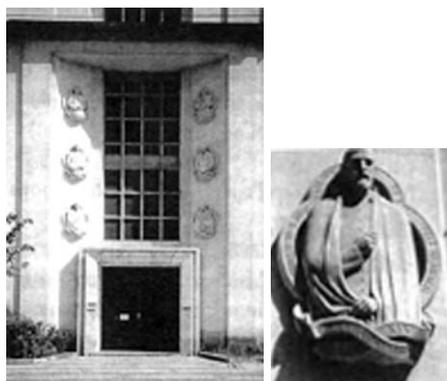
- Médico em Cinco Vilas e Arega (1843) e promotor da construção do Hospital de Avelar.
- Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (1848).

- Co-fundador do Instituto de Coimbra (1852) e da sua revista.
- Co-fundador e grande impulsionador dos Banhos de Luso (1852) e do desenvolvimento do Luso.
- Abastecimento de água canalizada à cidade de Coimbra a partir do Rio Mondego (grande impulsionador).
- Presidente da Câmara Municipal de Coimbra (1856-1857).
- Introdutor da Histologia em Portugal (1863).
- Deputado por Figueiró dos Vinhos (1868) e eleito Vice-Presidente.
- Administrador dos Hospitais de Universidade de Coimbra (1870-1886).
- Fundador da primeira escola de enfermagem do País (1881).
- Administrador dos Hospitais da Misericórdia do Porto em Comissão de Serviço (1882-1883).
- Par do Reino em representação das corporações científicas (1885).
- Reitor da Universidade de Coimbra (1892-1898).
- Estudioso de construções hospitalares pela Europa (três viagens de estudo).
- Promotor do Hospital da Misericórdia da Mealhada.
- Promotor da construção dos muros da Capela de Sant'Ana e da ponte de Casal Comba.
- Promotor da construção do edifício dos Paços de Concelho da Mealhada (1895).
- Estudioso das doenças das vinhas e produtor de vinhos com prémios em exposições internacionais.

ESPÓLIO

Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

- Maior parte das obras publicadas, com curiosidade de haver alguns manuscritos dessas obras!
- Colecção de plantas de hospitais nacionais e estrangeiros, sobre os quais se debruçou para estudo e elaboração de pareceres. Esta colecção é tão rica e procurada, por investigadores do Departamento de Arquitectura da Faculdade de Ciências, que a Biblioteca elaborou, em 2000, um catálogo de todo esse material de estudo.



Entrada da Faculdade de Medicina de Coimbra, com o baixo relevo de Costa Simões (inferior esquerdo)

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Pórtico nascente da Faculdade de Medicina. Uma das seis figuras representadas no baixo relevo (inferior esquerdo) é o Prof. Doutor Costa Simões.

Instituto de Histologia e Embriologia Prof. Doutor Costa Simões

Foi o Prof. Doutor Costa Simões que criou o estudo da Histologia em Portugal em 1863.

- Insígnias doutorais do Prof. Doutor Costa Simões.
- "Libermemorialis" que descreve a homenagem dos alunos da Faculdade de Medicina, que decorreu à noite, na Sala dos Capelos, em 21 de Fevereiro de 1883, após a sua jubilação, e inclui o discurso do quintanista Eduardo Abreu.
- Álbum de fotografias de todos os alunos da Faculdade de Medicina de 1881–1882, que foi oferecido ao Prof. Doutor Costa Simões, naquele mesmo dia, e que na capa tem a seguinte dedicatória: Ao sábio, honrado e benemérito Professor Costa Simões, os estudantes da Faculdade de Medicina do Ano de 1881-1882
- Álbum fotográfico de professores estrangeiros (64) com quem se relacionou nas três viagens de estudo que fez pela Europa.
- Máscara mortuária do Prof. Doutor Costa Simões.
- Quadro com a fotografia do Prof. Doutor Costa Simões, que a Faculdade de Medicina mandou colocar no Gabinete de Histologia e Fisiologia Geral, em 27 de Setembro de 1883.

Escola Superior de Enfermagem Ângelo da Fonseca

O Prof. Doutor Costa Simões fundou a primeira Escola de Enfermagem em Portugal – 1881– e a Escola Superior de Enfermagem Ângelo da Fonseca assumiu ser a sua continuadora.

- Vários livros da sua autoria que lhe foram recentemente doados por familiares e se encontram numa sala que tem o seu nome.

Santa Casa da Misericórdia de Mealhada

- Quadro a óleo do Prof. Doutor Costa Simões.
- Maquete do Monumento do Jardim Municipal Prof. Doutor Costa Simões
- Alguns livros

Junta de Freguesia de Mealhada

- Quadro a óleo.

Junta de Freguesia de Vacariça

- Modelo em gesso, para reprodução em bronze, do busto que está no Monumento do Jardim Municipal Prof. Doutor Costa Simões.

Sociedade da Água de Luso

- Retrato a óleo da autoria de Luciano Freire.

Reitoria da Universidade de Coimbra

- Quadro a óleo na galeria de Reitores (Sala Amarela).

Quinta do Murtal (Mealhada)

A Quinta do Murtal é propriedade de descendentes do Prof. Doutor Costa Simões – D. Joana Alegre

- Diploma de curso.
- Termos de posse dos diferentes cargos que assumiu como Professor da Faculdade de Medicina.
- Diplomas de prémios de concursos internacionais de vinhos.
- Vários livros da sua autoria.
- Livros diversos com dedicatória, oferecidos ao Prof. Doutor Costa Simões.

Fundação de Nossa Senhora da Guia

- Fotografia do Prof. Doutor Costa Simões.

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 24 – N.º 95 – Novembro 2008

PROPRIEDADE:



CELOM

Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Sociedade Unipessoal, Lda.
SEDE: Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa • Tel.: 218 427 100

Redacção, Produção e Serviços de Publicidade:

Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa
E-mail: celom@omcne.pt
Tel.: 218 437 750 – Fax: 218 437 751

Director:

Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:

José Manuel Silva
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:

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

Redactores Principais:

José Ávila Costa,
João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:

Miguel Reis

Dep. Comercial:

Helena Pereira

Dep. Financeiro:

Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:

CELOM

Impressão:

SOGAPAL, Sociedade Gráfica da Paiã, S.A.
Av.º dos Cavaleiros 35-35A – Carnaxide

Depósito Legal: 7421/85

Preço Avulso: 1,60 Euros

Periodicidade: Mensal

Tiragem: 38.000 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

S U M Á R I O

4 EDITORIAL

6 INFORMAÇÃO

Formulário de Reclamação do Doente

7 Regulamento sobre os profissionais médicos seropositivos e a prática de procedimentos invasivos

8 Medicina do Trabalho – exames médicos

9 Alterações ao Regulamento de Inscrição

10 ACTUALIDADE

Medicina dos Lusitanos

12 Reuniões da UEMO em Sónia entre 30 de Outubro e 1 de Novembro

16 ENTREVISTA

Isabel Caixeiro: «Multiplicidade de experiências»

20 OPINIÃO

Eutanásia: afinal de que falamos?
por Isabel Galriça Neto

22 Eutanásia, uma questão persistente
por A Direcção do Centro de Estudos de Bioética

24 Eutanásia Sim e Não
por Rosalvo Almeida

26 A importância da nossa saúde
por Álvaro Durão

30 CONSULTORIA FISCAL

IRS: Abatimentos e deduções aos rendimentos de 2008

32 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

Cruzeiro da História da Medicina – A História da Balança

33 BOLETIM DA S.R. CENTRO

63 MEDI.COM

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

A ESTRELA

Por entre os meandros da crise económica vão-se sabendo uns factos até aqui convenientemente ignorados.

Habitados que estávamos a ser a causa das desgraças pátrias, impenitentes despesistas geradores de obscenos défices, vemo-nos agora bem acompanhados, com banqueiros e gestores vários a disputarem as habituais páginas dos jornais.

Já não somos só nós que gastamos de mais, que ignoramos os fundamentos da ciência económica, que insistimos, insensatos, em todos querer tratar por igual.

Merecedores da mais substantiva crítica por nos recusarmos ao acto de contrição e ajoelharmos perante a modernidade e seus cultores, vemos agora estes mesmos a caminho da prisão ou dos telejornais, explicando onde a realidade levou de vencida a tese e como na sua inocência deixaram escorregar milhões para paraísos fiscais ou créditos incobráveis. Antigos ministros que nos invectivaram de cenho cerrado, ou nos olharam magnânimos do alto do seu saber, brandindo em economês conceitos que pressupunham herméticos para banais esculápios, justificam agora, em linguagem chã, relações perigosas, buracos financeiros e angélicas distrações.

Enquanto os dinheiros públicos vão fluindo na presunção, que todos queremos acreditar vera, que talvez haja salvação para o modo de vida que nos habituámos a ver eterno, os actores do espectáculo vão desempenhando os seus papéis, fiéis às marcações, antes que o pano por uma vez desabe.

A Sr.^a Ministra da Saúde num momento de sinceridade confessou ig-

norar qual o montante da dívida do SNS, não deixando no dia seguinte de baralhar os zeros e alvitrar uns desadequados milhões. Caiu o Carmo e a Trindade, não faltando um responsável da oposição, desde logo, a pedir a sua cabeça, pois cabeça avessa a memorizar números não merece integrar o Governo da Lusitânia.

Compreende-se a tese. Sendo a política um espectáculo virtual em que os números, de preferência os que pelo seu volume não sejam materializáveis pelo pensamento comum, constituem os objectos de arremesso, troca e disputa, não saber manejá-los compromete irremediavelmente o actor e retira brilho ao drama.

Esquecer um objecto tão incontornável como o valor da dívida é nestas tertúlias o mesmo que trocar as deixas ou replicar em francês no Mercador de Veneza levado à cena em Stratford-upon-Avon.

Se os ministros comessem agora a fazer como Ana Jorge, que displicentemente disse ao Expresso que para tomar decisões era mais importante o bom-senso e o conhecimento de causa do que a memória dos números, estaria aberto um perigosíssimo precedente.

Pretender que cada ministro fosse conhecedor da área e dos temas sobre os quais é pressuposto decidir, seria limitar perigosamente os potenciais candidatos aos lugares, o que para além de reduzir as opções do Primeiro-Ministro seria gerador de um insuportável desemprego entre os peritos de banalidades e lugares comuns.

Poluir a esfera pública com profissionais com provas dadas nas respec-



tivas áreas, seria fazer perigar o bem-estar daqueles que fazem da política carreira, todos os que, com dedicação, esforço, espírito de sacrifício e abnegação, prestam diariamente provas – sempre que a deglutição de paquidermes ou o contorcionismo da espinal-medula separa amadores de profissionais.

Sem uma linguagem comum, sem uma plataforma partilhada em que todos os saberes e gestos se plassem, como seria possível fazer política e traduzi-la nas páginas dos periódicos ou nas pantalhas das televisões?

A uniforme e polida esfera pública passaria a ser uma cacofonia em que médicos falavam de Saúde, engenheiros de aeroportos e professores de ensino – uma Babel. Sem esta convenção perfeita que só a linguagem dos números assegura, tanto mais quanto tão politicamente correctos são árabes, como seria possível tutelar o povo e deixá-lo viver feliz a sua vidinha?

Se agora cada um quisesse ser decisor em causa própria como seria possível levar à cena êxitos de bilheteira tão garantidos como «David contra as corporações» ou

«Os Funcionários Públicos – esses calaceiros»?

Privado do circo, era de esperar que ao povo não bastasse o pão e comesse a exigir coisas para o que manifestamente não está preparado, tais como tomar decisões em matérias que lhe digam respeito ou, audácia sem nome, ouvir quem pudesse dos assuntos ter conhecimento.

Em momentos de crise é que se conhecem os amigos. E esta, sendo reconhecidamente uma altura que tal, desencadeou o inexorável momento de solidariedade. Em socorro do «Sistema» logo se levantou um dos seus fiéis guardiães, a verdadeira essência da «Força», a Entidade Reguladora.

Assim, mal pousavam as partículas de poeira de tão inconveniente entrevista, de tão inocente confissão, e logo os jornais anunciavam um exercício da maior pureza ideológica, merecedor de ser inscrito nos anais de como administrar a coisa pública da Saúde e como obter o tão conhecido *value for money*.

Os Hospitais, e no futuro todos os operadores (não estamos a falar de cirurgiões), seriam classificados num *ranking* identificado por estrelas.

Em breve deixará de existir Hospital de Santa Maria, de São João ou da Senhora da Oliveira. Deixarão de existir os HUC, com esse anacronis-

mo de universidade, os distritais ou concelhios. Mesmo a ainda recente classificação das urgências em básicas, médico-cirúrgicas e polivalentes cederá o passo à nova e simples forma de classificação.

Como os hotéis e pensões, os hospitais passarão a ser classificados por estrelas, presumivelmente de uma a cinco. Apesar de também neles se comer, felizmente hoje em *outsourcing*, resistiu-se à sua comparação com restaurantes e casas de pasto o que levaria a que muitos, não atingindo o brilhantismo das estrelas, tivessem de ser classificados em milhares.

Para demonstrar que se trata de uma iniciativa séria, e não mais uma promessa sem consequência, fomos devidamente informados de que já estaria escolhido o parceiro (leia-se quem vai cobrar milhões pelo exercício) e já teriam sido comprados, sublinhe-se comprados, os indicadores.

Resisto de momento a interrogar-me quanto teriam custado os ditos ou imaginar a Medicina exercida com tal cultura. Os doentes, agora transformados em clientes, comprariam à entrada do hospital os seus indicadores de Saúde, da febre à marcha autónoma, da acuidade visual à verbalização, num sem fim de potencialidades que tornariam possível os

grandes progressos à semelhança do que se tem registado nas médias dos exames de matemática.

De momento só me cabe curvar perante a originalidade e o interesse da ideia. Atento o facto dos hospitais públicos fornecerem serviços tendencialmente gratuitos, mediados por umas taxas moderadoras pouco mais que irritantes, tal atribuição de estrelas não arrisca sequer a frustração tão comum nos hotéis de não poder frequentar alguns por falta de cabimento orçamental doméstico. Considerando ainda que, de uma forma geral, os doentes são encaminhados para o hospital conforme a área de residência, as estrelinhas da ERS nem sequer arriscam a tensão da escolha mas unicamente a disputa autárquica que tantos réditos assegura à política pátria.

Fico esmagado com o poder da ideia. Como foi possível a Ordem não se ter lembrado mais cedo de tal sistema.

Falta-nos de facto uma percepção fundamental... a de que *the show must go on...*

Envie-nos os seus artigos

Para que a revista da Ordem dos Médicos possa ser sempre o espelho da opinião dos profissionais de todo o país, agradecemos a colaboração de todos os médicos que desejem partilhar as suas opiniões, experiências ou ideias com os colegas, através do envio de artigos para publicação na Revista da Ordem dos Médicos. Os artigos devem ser acompanhados de uma fotografia do autor (tipo passe) e poderão ser enviados para os contactos que se encontram na ficha técnica (morada da redação e/ou respectivo e-mail).

Formulário de Reclamação do Doente

Encontra-se disponível para *download* no site da Ordem dos Médicos o Formulário de Reclamação do Doente. Trata-se de um documento que já existe, por exemplo, em países como o Reino Unido. O formulário tem por objectivo servir como um instrumento de simplificação da participação disciplinar e, conseqüentemente, dos direitos do doente, o que constitui uma preocupação central da Ordem dos Médicos enquanto associação pública com o poder de exercer a acção disciplinar de uma forma absolutamente abrangente da actividade médica.

Pode imprimir o formulário em www.ordemosmedicos.pt

Médico precisa-se

A Organização Não Governamental «Douleurs Sans Frontières» necessita, para a sua missão de saúde rural em Angola, de um médico de nacionalidade portuguesa.

Condições:

- O médico tem que estar inscrito na Ordem dos Médicos portuguesa;
- Pede-se capacidade de elaborar e executar acções de formação relacionadas com enfermeiros, técnicos básicos e parteiras tradicionais e área de higiene;
- Disponibilidade para trabalhar em província;
- Bons conhecimentos de informática (Word, Excel, Power Point, Access).

A ONG exige ainda domínio do português e conhecimentos razoáveis de francês.

Curriculum Vitae - incluindo contacto telefónico - a enviar por email para:

dsfsoyluanda@yahoo.fr

Regulamento sobre os profissionais médicos seropositivos e a prática de procedimentos invasivos

O Conselho Nacional Executivo aprovou, em reunião de 21 de Outubro de 2008, uma peça regulamentar que estabelece as práticas clínicas adequadas às situações de risco de transmissão de VIH por médicos.

A transmissão do V.I.H. coloca em risco os profissionais de Saúde envolvidos em procedimentos invasivos. De igual modo, os doentes submetidos a actos médicos invasivos ficam expostos à infecção pelo V. I.H. No entanto, não estão descritos casos de transmissão de V. I.H. por médicos, desde que sejam cumpridas as práticas clínicas adequadas e os cuidados universais praticados em ambiente hospitalar. Com base no estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, a Ordem dos Médicos, através da deliberação aprovada em 17 de Junho de 2008, do Conselho Nacional Executivo, e ao abrigo das disposições conjugadas da alínea a) do artigo 6.º, das alíneas e) e j) do artigo 64.º e com observância da alínea h) do artigo 89.º, todos do Estatuto da Ordem dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de Julho, aprova, para valer como Regulamento, o seguinte:

1. Os médicos devem usar os mais altos padrões de controlo da infecção, recorrendo às melhores barreiras estéreis conhecidas, às precauções universais e às práticas cientificamente aceites do controlo da infecção. Estas medidas devem ser extensíveis a todos os locais onde se praticam procedimentos invasivos cirúrgicos e a todos os doentes que sejam objecto desses procedimentos.

2. Os médicos, nomeadamente especialistas em áreas cirúrgicas, seropositivos para o V.I.H. podem continuar a praticar procedimentos invasivos e intervenções cirúrgicas.

3. São excepções ao disposto no número anterior:

a) A demonstrada incapacidade do médico para cumprir os procedimentos básicos de controlo da infecção; ou

b) O médico estar, comprovadamente, incapaz funcionalmente para tratar os seus doentes.

4. A comprovação das circunstâncias referidas nas alíneas a) e b) do número anterior deverá ser efectuada pelo clínico assistente do médico seropositivo ou por uma Comissão institucional designada para esse fim. Esta comissão deverá incluir infecciologistas, cirurgiões e especialistas de Medicina do Trabalho.

MEDICINA DO TRABALHO – EXAMES MÉDICOS

O Conselho Nacional Executivo aprovou, a 21 de Outubro de 2008, um parecer do Departamento Jurídico sobre a legitimidade das empresas de Medicina do Trabalho passarem requisições para a realização de exames complementares de diagnóstico sem que o médico tenha consultado previamente o trabalhador, que se publica.

Obviamente, este Departamento Jurídico não está habilitado à emissão de um parecer técnico, pelo que se quedará pela análise legal e deontológica da questão, devendo a matéria ser também apreciada pelo Colégio da Especialidade de Medicina do Trabalho.

O artigo 245.º da **Lei n.º 35/2004**, de 29 de Julho, que regulamenta o Código do Trabalho, determina o seguinte:

1 – O empregador deve promover a realização de exames de saúde, tendo em vista verificar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da actividade, bem como a repercussão desta e das condições em que é prestada na saúde do mesmo.

*2 – Sem prejuízo do disposto em legislação especial, **devem ser realizados os seguintes exames de saúde:***

a) Exames de admissão, antes do início da prestação de trabalho ou, se a urgência da admissão o justificar, nos 15 dias seguintes;

*b) **Exames periódicos**, anuais para os menores e para os trabalhadores com idade superior a 50 anos, e de dois em dois anos para os restantes trabalhadores;*

c) Exames ocasionais, sempre que haja alterações substanciais nos componentes materiais de trabalho que possam ter repercussão nociva na saúde do trabalhador, bem como no caso de regresso ao trabalho depois de uma ausência superior a 30 dias por motivo de doença ou acidente.

3 – Para completar a observação e formular uma opinião precisa sobre o estado de saúde do trabalhador, o médico do trabalho pode solicitar exames complementares ou pareceres médicos especializados.

4 – O médico do trabalho, face ao estado de saúde do trabalhador e aos resultados da prevenção dos riscos profissionais na empresa, pode reduzir ou aumentar a periodicidade dos exames, devendo, contudo, realizá-los dentro do período em que está estabelecida a obrigatoriedade de novo exame.

5 – O médico do trabalho deve ter em consideração o resultado de exames a que o trabalhador tenha sido submetido e que mantenham actualidade, devendo instituir-se a cooperação necessária com o médico assistente.

Por outro lado, e com relevância para a questão, o **Código Deontológico da Ordem dos Médicos (1985)** dispõe o seguinte:

Artigo 46.º – Liberdade dos Médicos

O Médico tem o direito à liberdade de diagnóstico e terapêutica, mas deve abster-se de prescrever exames ou tratamentos desnecessariamente onerosos ou de realizar actos médicos supérfluos.

Artigo 91.º – Responsabilidades

O Médico deve ter em consideração as suas responsabilidades sociais no exercício do seu direito à independência na orientação dos cuidados e na escolha da terapêutica, assumindo uma atitude responsável perante os custos globais da saúde.

Artigo 97.º – Médico perito

O Médico encarregado de funções de carácter pericial, tais como serviços biométricos, Juntas de Saúde, Médico de Companhias de Seguros e Médico do Trabalho, deve submeter-se aos preceitos deste Código, nomeadamente em matéria de segredo profissional, não podendo aceitar que ponham em causa esses preceitos.

Artigo 98.º – Independência

O Médico encarregado de funções periciais deve assumir uma atitude de total independência em face da entidade que o tiver mandatado e das pessoas que tiver de examinar, recusando-se a examinar quaisquer pessoas com quem tenha relações susceptíveis de influir na liberdade dos seus juízos.

Artigo 103.º – Actuação

1. O Médico perito deve utilizar apenas os meios de exame estritamente necessários à sua missão e não prejudiciais ao examinando, abstendo-se sempre que este se recuse formalmente a deixar-se examinar. (...)

Analisados estes preceitos, concluímos que existe uma periodicidade estabelecida pela Lei para a realização de exames médicos para verificação da aptidão física e psíquica do trabalhador. Estes exames devem ser os adequados a verificar as condições específicas de um determinado trabalhador para uma concreta função.

O juízo que precede a emissão das requisições deve ser feito pelo médico que conhece a natureza da actividade desempenhada, os riscos que lhe são inerentes e as eventuais implicações dessa actividade na saúde física e psíquica do trabalhador. É, portanto, da competência e da responsabilidade do médico do trabalho a decisão de requerer a realização dos exames, bem como o momento em que o faz, devendo realizar uma consulta prévia.

Na consulta posterior deve o médico do trabalho observar a pessoa e avaliar o resultado dos exames requeridos, bem como dos demais que o trabalhador apresente, realizados por indicação do seu médico assistente. Perante esta análise, ponderará da necessidade da realização de outros exames.

Em suma:

– Os médicos de trabalho devem sempre consultar os doentes para melhor poderem decidir quais os exames necessários ao apuramento do seu estado de saúde;

A Consultora Jurídica
Ana Simões Ferreira

Alterações ao Regulamento de Inscrição

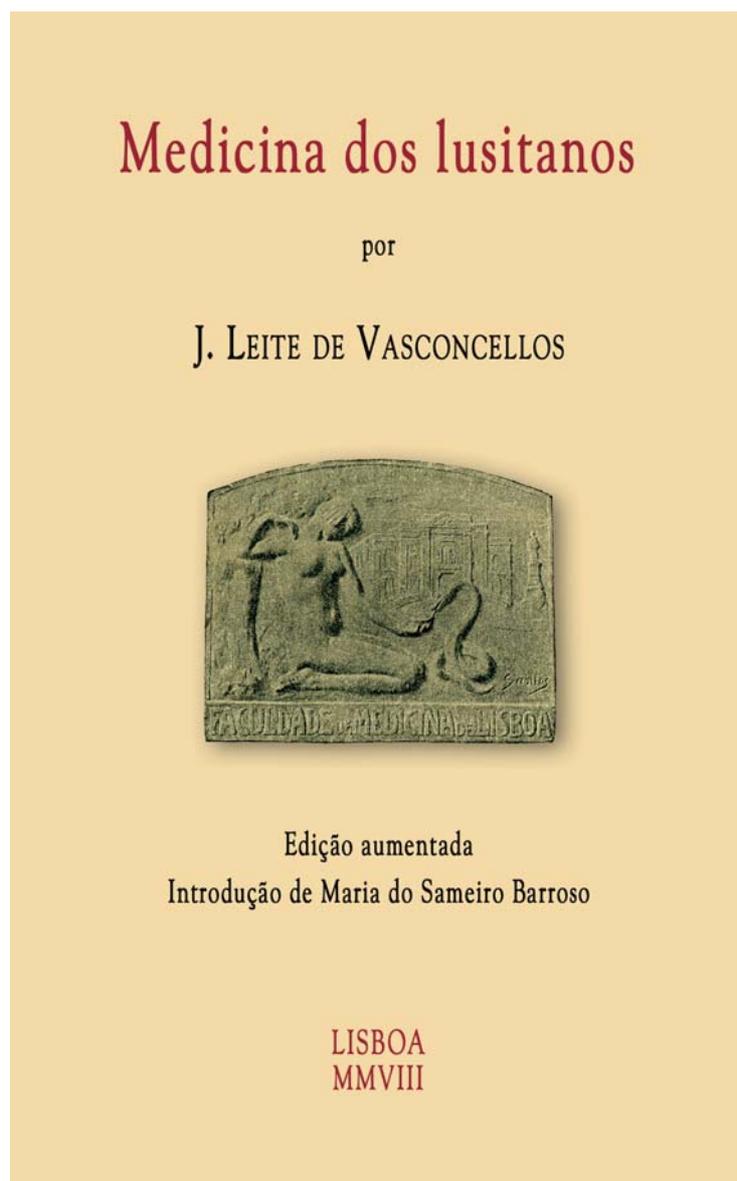
«Tendo em atenção as alterações introduzidas no ensino da Medicina, derivadas da implementação do processo de Bolonha, as Faculdades deixarão de emitir o grau de licenciado em Medicina, passando a atribuir o grau de mestre em Medicina. Estas alterações não comportam mudanças significativas em termos curriculares ou de formação académica. Nesta medida, importa assegurar a igualdade de tratamento, em termos de acesso à profissão, entre licenciados e mestres em Medicina. Assim, o Conselho Nacional Executivo, reunido a 16 de Setembro, deliberou alterar o artigo 1.º do Regulamento de Inscrição, aditando os números 3, 4 e 5, ficando com a seguinte redacção:

Art. 1.º Incrição e exercício da Medicina

1 – Para o exercício da Medicina é obrigatória a inscrição na Ordem dos Médicos. 2 - Só podem inscrever-se na Ordem dos Médicos: a) os portugueses e estrangeiros licenciados em Medicina por escola superior portuguesa; b) os portugueses e estrangeiros licenciados em Medicina por escola superior estrangeira, desde que vejam reconhecidos os seus títulos; c) os portugueses e estrangeiros licenciados em Medicina por escola superior estrangeira que tenham obtido equivalência oficial de curso devidamente reconhecida pela Ordem dos Médicos. **3 – São equiparados aos licenciados em Medicina, cujos títulos tenham sido emitidos antes da implementação do processo de Bolonha, os mestres em Medicina, cujo grau tenha sido obtido após a implementação daquele processo.** 4 – O presente regulamento aplica-se a todos os interessados independentemente de apresentarem diploma de licenciatura pré-Bolonha ou de mestre pós-Bolonha. 5 – Aos mestres e aos licenciados em Medicina, tal como definidos nos números anteriores, é assegurado tratamento igual e não discriminatório no acesso à profissão.»

MEDICINA DOS LUSITANOS

No dia 30 do passado mês de Outubro, na Sala Portugal da Sociedade de Geografia de Lisboa, foi lançada a segunda edição de «Medicina dos Lusitanos», lição proferida em 1925 na belíssima Sala de Actos Grandes do Campo de Santana da Faculdade de Medicina de Lisboa, pelo Professor Doutor Leite de Vasconcellos. Esta edição foi levada a cabo pela Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia, com o apoio do Museu Nacional de Arqueologia e da Ordem dos Médicos através do seu Centro Editor Livreiro.



A primeira edição estava esgotada e sendo esta uma obra primordial da medicina primitiva da Lusitânia, escrita pelo grande cientista, merecia ser posta de novo à disposição do público, principalmente de médicos e estudantes de medicina, arqueólogos e historiadores. Foi o que fez a Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia, instituição centenária e de referência na Ciência portuguesa, com o empenhado apoio do Museu Nacional de Arqueologia e da Ordem dos Médicos através do seu Centro Editor Livreiro, CELOM.

Prefaciada pelo Presidente da Secção de História da Medicina da SGL, Victor Machado Borges, cujo empenho e dedicação ao projecto de reeditar a «Medicina dos Lusitanos» foram enaltecidos pelo presidente da Sociedade de Geografia, e com uma excelente e documentada introdução da médica, poetisa, escritora e germanista Maria do Sameiro Barroso, a obra, que mantém a ortografia original, inclui a tradução do Código Visigótico que regulamentava a actuação médica (em latim no original) bem como a transcrição das inscrições epigráficas, da autoria de



Representantes das entidades envolvidas no projecto de reedição da Medicina dos Lusitanos



Exposição sobre a vida e obra de Leite de Vasconcellos

Inês de Ornellas e Castro e de José d'Encarnação, respectivamente, e ainda com fotografias em extra-texto das peças arqueológicas representadas em desenho na edição original. A edição foi apresentada numa sessão científica na Sociedade de Geografia, e estiveram presentes, entre outros, Luís Aires-Barros, presidente da sociedade, Paulo Coelho, responsável pela Biblioteca Histórica da OM, em representação do Bastonário da Ordem dos Médicos, João Luís Raposo, Director do Museu Nacional de Arqueologia Dr. Leite de Vasconcelos, Santinho Cunha, fundador da Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia, Victor Machado Borges, actual presidente da Secção de História da Medicina. Nesta sessão enalteceu-se Leite Vasconcellos como um homem de grande rigor científico e de uma honestidade intelectual admirável, que construiu uma obra pautada pelo rigor da análise. Um homem extraordinário, ímpar, um patriota que estudou as raízes da cultura portuguesa, um exemplo ético e moral. Maria do Sameiro Barroso salientou na sua intervenção a interdisciplinabilidade deste «cientista de todos os saberes».

Seguidamente foi inaugurada uma exposição sobre a vida e obra de Leite de Vasconcellos e uma exposição de objectos pessoais e das obras desse médico que se assumiu sempre como tal, apesar de não fazer clínica, mas se distinguiu como filólogo, etnólogo, arqueólogo, numismata, e foi director da Biblioteca Nacional e professor da Faculdade de Letras de Lisboa. Esta sessão foi uma organização conjunta da Secção de Arqueologia, de Etnografia, de História, de História da Medicina e da Biblioteca da SGL. Esta obra pode ser adquirida através do Centro Editor Livreiro da OM.



Na mesa: Paulo Coelho, responsável pela Biblioteca Histórica da OM, em representação do Bastonário da Ordem dos Médicos, Luís Aires-Barros, presidente da Sociedade de Geografia e João Luís Raposo, director do Museu Nacional de Arqueologia



Entre a vasta audiência encontrava-se Santinho Cunha, um dos fundadores da Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia

Reuniões da UEMO em Sófia entre 30 de Outubro e 1 de Novembro

Presidência portuguesa reforça aposta na necessidade de reconhecimento europeu da especialização em MGF.

A capital búlgara foi o local de reunião da organização europeia de médicos de clínica geral e de família (UEMO), entre 29 de Outubro e 1 de Novembro de 2008. Ao longo dos três dias de trabalho decorreram reuniões do Conselho Executivo, dos Grupos de Trabalho, de Chefes de Delegações Nacionais e a Assembleia-geral.

Com a participação de delegações em representação da Medicina Geral e Familiar (MGF) de 23 países europeus, o conjunto de reuniões de Outono decorreu em Sófia com o acolhimento da Associação Médica Búlgara, no âmbito da presidência portuguesa da UEMO para o mandato 2007-2010.

Foram apresentados desenvolvimentos em relação a diversas temáticas especializadas no seio da UEMO, tais como a formação pós-graduada e desenvolvimento profissional contínuo, o futuro dos recursos humanos em MGF, prevenção em saúde, responsabilidade médica, qualidade na prática médica em MGF e o reconhecimento europeu da especialidade de MGF.

Nesta reunião foi aprovada uma posição da UEMO relativa à prevenção da violência familiar, com ênfase no papel do médico de família na detecção destas situações. Atendendo à proximidade e confiança estabelecida com os seus doentes, o médico de família pode desempenhar uma intervenção fulcral no reconhecimento e acompanhamento de potenciais vítimas de violência física, emocional ou de negligência.

No âmbito do desígnio estratégico de reconhecimento europeu da especialidade de MGF (nomeadamente no âmbito da Directiva Europeia 2005/

36/CE relativa a qualificações profissionais), a presidência portuguesa apresentou um relatório sobre o ponto de situação nos diferentes países e propostas para o reforço da estratégia traçada pela UEMO neste âmbito.

A intervenção, apoiada pelas delegações de todos os países, passará pelo reforço de interacção com os decisores políticos europeus e dos diferentes países, bem como com as autoridades nacionais responsáveis pelo reconhecimento da qualificação médica. Esta abordagem preconiza o aumento de informação e conhecimento sobre a especialidade de MGF e sensibiliza para a necessidade de ser estabelecido um quadro harmonizado de especialização médica em MGF no espaço europeu.

A garantia indispensável à qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes passa assim pelo reforço dos cuidados de saúde primários e, neste âmbito, pela adequada valorização do contributo dos médicos de família. Esta necessidade é reforçada pelo surgimento recente de um maior número de iniciativas comunitárias no âmbito da saúde, nomeadamente as que visam favorecer a mobilidade de doentes, em paralelo com a já existente mobilidade de médicos e outros profissionais de saúde.

As delegações nacionais presentes apresentaram também os relatórios nacionais sobre a evolução da MGF em cada país, promovendo a troca de informações e de experiências úteis às organizações representativas dos médicos europeus.

No âmbito da organização da UEMO foram actualizados os desenvolvimen-

tos do seu estabelecimento como organização sob legislação belga, tendo em vista o reforço do seu papel de parceira das instituições europeias. Foi eleito o médico espanhol Francisco Toquero para substituir o médico austríaco Reiner Brettenthaler, que cessou funções como um dos vice-presidentes da UEMO.

Nesta reunião foi orador convidado o Xavier Deau, do Conselho Nacional de Educação Médica da Ordem dos Médicos Franceses, que apresentou detalhadamente a organização e especialização da MGF em França, que envolve 60.000 médicos.

A presidente da UEMO, Isabel Caixeiro, lançou o desafio aos representantes dos médicos europeus de MGF para o desenvolvimento de uma participação activa da UEMO nas iniciativas europeias em curso, nomeadamente a «Europe for Patients», uma das previstas no âmbito da Comissão Europeia, com particular destaque para as implicações de uma mobilidade alargada de doentes.

Recorde-se que a UEMO (União Europeia dos Médicos de Clínica Geral e Medicina Familiar) representa os médicos de MGF de 24 países europeus, com presidência portuguesa para o mandato 2007-2010: Isabel Caixeiro (Presidente), Luís Filipe Gomes (Secretário Geral), Manuela Santos (Tesoureira), Henry Finnegan (Vice-Presidente), Eirik Bø Larsen (Vice-Presidente), Ferenc Hajnal (vice-presidente) e Francisco Toquero (Vice-Presidente). A delegação portuguesa à Assembleia-geral da UEMO foi composta por Jaime Correia de Sousa (chefe de delegação), Luiz Santiago e José Luís Gomes.

Isabel Caixeiro fala sobre o congresso que vai reunir a Medicina portuguesa e lusófona

«MULTIPLICIDADE DE EXPERIÊNCIAS»

A 19, 20 e 21 de Fevereiro de 2009 decorrerão, em Lisboa, o III Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, o V Congresso Nacional do Médico Interno e o XIV Congresso Nacional de Medicina. Isabel Caixeiro, a presidente do Conselho Regional do Sul, que é presidente executiva desta iniciativa da Ordem, destaca o cruzamento de experiências e saberes médicos das várias regiões do espaço lusófono, o objectivo de atrair os jovens médicos para a participação e o lançamento de uma discussão abrangente sobre as carreiras médicas e as especialidades como os pontos mais importantes.

ROM – Qual é a importância deste congresso?

Isabel Caixeiro – Considero uma mais-valia o facto de conseguirmos pela primeira vez realizar em conjunto o Congresso Nacional de Medicina, o Congresso

Nacional do Médico Interno e ainda o Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa. Isso permite uma multiplicidade de experiências e a troca dessas experiências entre médicos que falam português. Teremos connosco os bastonários e presidentes das associações congéneres dos países de língua portuguesa que já fazem parte da Comunidade Médica de Língua Portuguesa (CMLP), nomeadamente as Ordens dos Médicos de Angola, Moçambique e Cabo Verde, Conselho Nacional de Medicina do Brasil e Associação Médica Brasileira. Estará tam-

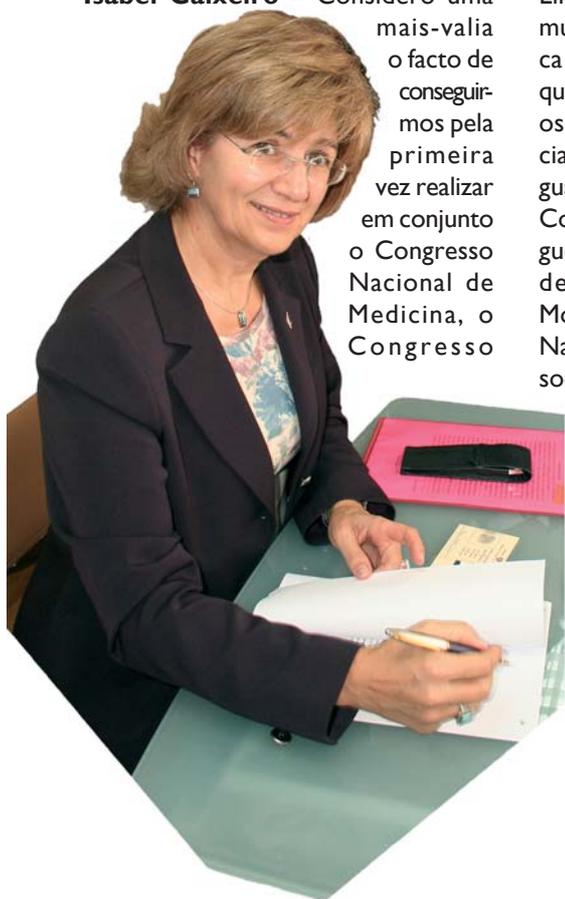
bém presente um colega da comunidade de médicos portugueses em Macau, onde se espera que seja criada uma associação. Estão a ser efectuados contactos com médicos de Timor de modo a poderem vir a estar presentes. Estamos assim a alargar a CMLP, que, salientando, possui já o estatuto de observador da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.

ROM – São médicos de regiões muito distintas do mundo e com problemas muito diversos...

IC – Claro, mas a importância desta participação da CMLP tem muito a ver com o reconhecimento de que a Medicina e os seus conceitos éticos são transversais a todos os médicos e a cultura médica de língua portuguesa é um património comum que devemos desenvolver.

ROM – Os médicos africanos, por exemplo, não terão problemas mais básicos para resolver?

IC – A fundamentação ética e deontológica é independente das condições em que os médicos têm que exercer a sua profissão. É evidente que quanto



«A fundamentação ética e deontológica é independente das condições em que os médicos têm que exercer a sua profissão»

piores forem as condições mais difícil é conseguirem o pleno exercício da sua profissão. Nós temos apoiado, com a nossa experiência, os colegas das outras ordens para o reconhecimento das Ordens enquanto entidades reguladoras da profissão e responsáveis pela exigência do comportamento ético e deontológico dos médicos.

ROM – *O modelo português da Medicina, nomeadamente de formação, pode ser passado para esses países?*

IC – Temos todos a aprender com a experiência de todos. O nosso modelo de formação é muito estruturado e reconhecido a nível internacional. Alguns dos colegas que vêm de países da CMLP poderão aprender com o nosso modelo e até já tem havido aproximações; recordo-me que logo no início da actividade da CMLP, os colegas do Brasil conseguiram introduzir modificações quanto ao tempo de formação nas especialidades. A Ordem dos Médicos de Cabo Verde está em pleno processo de criação das suas especialidades e nós disponibilizámos os nossos programas de formação. Está também a avançar o projecto do Centro de Formação Médica Pós-Graduada da CPLP. Cada país tem conhecimento das suas necessidades e terá que definir a formação na especialidade adequada à sua realidade.

Neste contexto de aprendizagem recíproca e de um conhecimento mais próximo de outras realidades, estou certa que este congresso será enriquecedor para todos os participantes. Na Sessão de Abertura, a presença do Director Regional para África da Organização Mundial da Saúde, dr. Luís Sambo, que proferirá a conferência de abertura, com o tema «Medicina e desenvolvimento dos povos – objectivos do milénio» salienta a importância deste evento.

ROM – *Quais são os temas mais importantes do congresso?*

IC – Os temas decorrem da nossa preocupação quanto à responsabilidade dos médicos em relação ao desenvolvimento humano e ao direito à saúde.

Uma das áreas importantes é o debate sobre os Sistemas Nacionais de Saúde de cada um dos países e as experiências e expectativas, nomeadamente em termos de carreiras médicas, um tema que está em discussão no nosso país. A reestruturação das carreiras médicas e o desenvolvimento do SNS são imprescindíveis para o desenvolvimento profissional contínuo dos jovens médicos. Outra área importante a debater é o papel das associações médicas na política de saúde de cada um dos países.

No caso dos temas «A Ética Médica – Desafios do séc. XXI» e «Responsabilidade Civil e Penal dos Médicos», a experiência dos brasileiros pode ser muito útil para nós e vice-versa. Outro aspecto aliciante para os médicos portugueses, neste mundo global de mobilidade de médicos e de doentes, é tomarem conhecimento das realidades dos países lusófonos. A possibilidade de, durante a formação, os médicos internos realizarem estágios noutra país onde a língua é comum está contemplada no nosso modelo de criação do Centro de Formação Médica Pós-Graduada da CMLP. Um dos objectivos é permitir que a formação seja feita de modo alternado, no país de origem, em hospitais ou centros de saúde reconhecidos como idóneos para formação, complementado com estágios noutra país com maior experiência, como Portugal ou Brasil. Este modelo abre espaço para a aprendizagem mútua e evita que os médicos que vão fazer formação fora não regressem ao país de origem que deles tanto necessita.

ROM – *E estritamente para a medicina portuguesa, há algum grande tema?*

IC – Há um tema que está relacionado com a evolução na carreira, que é o modelo de especialidades médicas. Temos assistido a uma pulverização de especialidades médicas, de superespecialização, e está na altura de entrarmos numa reflexão nova: será que é mais útil voltarmos ao modelo de um tronco comum e depois daí partirem as subspecializações?



«Neste contexto de aprendizagem recíproca e de um conhecimento mais próximo de outras realidades, estou certa que este congresso será enriquecedor para todos os participantes»

Em resumo, há aqui um debate de ideias que é importante ser lançado e particularmente num ambiente aberto e lusófono, o que pode ser muito útil para a discussão.

ROM – *Acha que estão criadas as condições para atrair um número grande de médicos?*

IC – É importantíssimo que os médicos estejam presentes no congresso e nos debates. Considero que os temas são, só por si, atractivos. Para além disso, o Conselho Regional do Sul decidiu incluir a cerimónia de Juramento de Hipócrates na abertura do congresso.



so, porque consideramos importante que os jovens médicos tenham conhecimento da existência do Congresso Nacional de Medicina, dirigido a todos os médicos e cuja inscrição é gratuita, também do Congresso Nacional do Médico Interno, que será o seu espaço preferencial de debate. A divulgação da Comunidade Médica de Língua Portuguesa e o lema do congresso, «Os médicos e o desenvolvimento humano. O direito à saúde – que futuro?», são também atractivos para todos os médicos. Termos jovens que iniciam agora a sua carreira e médicos com diferentes experiências, no con-

gresso, vai permitir a todos perceber as dificuldades e as realidades de outros países que falam a mesma língua e, por conseguinte, ficar com uma noção mais global deste mundo globalizado.

ROM – *Mas o congresso tem ainda uma novidade no último dia...*

IC – *Vamos fazer uma assembleia-geral de médicos... penso que é a segunda vez que se realiza uma iniciativa deste tipo no nosso país. A primeira foi nos tempos conturbados em que a ministra da Saúde era a dra. Leonor Beleza. O momento que vivemos justi-*

«Com as mudanças e os riscos, que quer as carreiras quer o SNS correm, pensamos que é muito importante convocar os colegas para esta assembleia-geral de médicos para discutirmos as carreiras»

fica fazer uma nova assembleia, que irá ser no sábado à tarde (dia 21 de Fevereiro). Com as mudanças e os riscos, que quer as carreiras quer o SNS correm, pensamos que é muito importante convocar os colegas para esta assembleia-geral de médicos para discutirmos as carreiras.

ROM – *É só para discutir as carreiras?*

IC – *É para discutir basicamente as carreiras e também o futuro. A subespecialização pode ser considerado um grau de carreira, portanto, o debate em relação à estruturação das especialidades pode encaixar nesta discussão. A Ordem dos Médicos comprometeu-se a criar um sistema de evolução e avaliação do desenvolvimento profissional contínuo dos médicos e é isso que fará durante o próximo ano. Este congresso pode ser um marco importante para o lançamento do debate e para a consciencialização dos médicos. A situação caótica de existirem no mesmo hospital variadíssimas modalidades de exercício, contratos individuais de trabalho, médicos da carreira médica e «tarefeiros» cria um ambiente que provoca mal-estar e destrói o desenvolvimento harmónico do Serviço Nacional de Saúde.*

Medalhas de mérito

Como é tradicional no Congresso Nacional de Medicina vão ser entregues, na Sessão de Encerramento, as medalhas de mérito atribuídas a médicos que se distinguiram. A atribuição é decidida de acordo com o seguinte regulamento:

Regulamento da atribuição da Medalha de Mérito da Ordem dos Médicos

Artigo 1º – É instituído o galardão «Medalha de Mérito da Ordem dos Médicos»

Artigo 2º – A «Medalha de Mérito» é conferida aos médicos que tenham contribuído relevantemente, pela sua actividade e mérito pessoal, para a dignificação da profissão médica, da medicina em geral e da humanidade.

Artigo 3º – a) A atribuição desta distinção depende da deliberação tomada pelo Conselho Nacional Executivo, a proposta de qualquer dos seus membros; b) O Conselho Nacional Executivo é assessorado por uma comissão da qual fazem parte os ex-Bastonários, os Presidentes das Assembleias Regionais e os Presidentes dos Conselhos Nacionais Consultivos, que deverá ser consultada e ter um parecer favorável na atribuição da Medalha de Mérito.

Artigo 4º – Os homenageados com a «Medalha de Mérito da Ordem dos Médicos» terão direito a usá-la em todas as cerimónias solenes promovidas pela Ordem dos Médicos.

Artigo 5º – a) A entrega da «Medalha de Mérito» será feita pelo Presidente da Ordem dos Médicos em sessão solene. b) Cabe à Ordem dos Médicos, através do Conselho Nacional Executivo, dar a necessária publicidade ao evento.

Artigo 6º – A «Medalha de Mérito da Ordem dos Médicos» deverá ter o desenho, formato e demais características da Medalha da Ordem dos Médicos, banhada a Ouro e com colar de cor amarela.

EUTANÁSIA: AFINAL DE QUE FALAMOS?

O tema eutanásia tem vindo a ser sido abordado em diferentes notícias, com grande relevo, nomeadamente pela opinião que os portugueses têm sobre esse tema. Dada a sua importância e complexidade, toda a informação, isenta e objectiva, favorece um debate esclarecedor, e como tal nos parece bemvinda e imprescindível. Já uma informação deturpada, longe dos progressos da ciência actual e ocultando dados relevantes, numa linguagem ambivalente, favorecerá os equívocos, seguramente a evitar numa área desta envergadura. E os maiores equívocos surgem quando não se define correctamente a que nos referimos quando falamos de eutanásia.



Para alguns, a eutanásia é a resposta correcta para o sofrimento insuportável das pessoas que, tendo doenças incuráveis e numa fase final da sua vida, entendem não querer continuar a viver.

A eutanásia inclui sempre o acto de provocar a morte numa pessoa gravemente doente e em sofrimento intolerável, no fim da sua vida, e a pedido desta. Os seus defensores dizem que é uma resposta a reservar apenas para situações excepcionais.

A eutanásia *não* é a recusa de tratamentos desproporcionados, ditos fúteis, e a eutanásia *não* é a suspensão desses mesmos tratamentos, quando o objectivo é evitar a reprovável obstinação terapêutica. Com efeito, a recusa ou suspensão de tratamentos desproporcionados é uma boa prática médica, já recomendada e aprovada recentemente em código deontológico. A eutanásia também *não* é a administração de medicamentos opióides e sedativos, em doses adequadas, por profissionais devidamente qualificados, e quando a intenção é aliviar o sofrimento. Por outro lado, é inútil associar a eutanásia a vagos conceitos como «morte assistida», «morte digna», «boa morte serena», pois isso só contribui para confundir a opinião pública, com expressões que são tópicos sentimentais e susceptíveis de aludir a muitas outras actuações, de âmbito e natureza diferente da da eutanásia.

A realidade do sofrimento em fim de vida preocupa e assusta qualquer um, e isso é natural e compreensível. Todos queremos garantir para o final dos nossos dias a tranquilidade de um tempo sem dores, sem mal estar, e encer-

rar serenamente a nossa vida, em paz connosco, com o mundo e com os que nos são queridos.

Os que trabalhamos com doentes em fim de vida e seus familiares sabemos que a larga maioria nos diz «Eu não tenho medo de morrer, tenho é medo de sofrer!». As pessoas querem habitualmente viver, viver com dignidade, e só um sofrimento insuportável as fará desejar morrer, e mais, as fará desejar que as matem, o que é bem diferente. Os portugueses precisam saber que têm hoje uma resposta técnica e humanizada da Medicina para essas situações de sofrimento e que se chama Cuidados Paliativos. Estes cuidados de saúde, prestados imprescindivelmente por equipas de profissionais e voluntários devidamente especializados, promovem a qualidade de vida e a dignidade, respeitam a vida (não a encurtam) mas também respeitam a inevitabilidade da morte (e por isso não prolongam artificialmente a vida).

Isto é: no mundo actual e moderno, a Medicina tem meios para mitigar o sofrimento humano, não o deixando tornar-se intolerável, e sem manter as pessoas vivas a qualquer custo. Esta é

uma resposta não para casos excepcionais, mas «a» primeira resposta nos cuidados de saúde para os que têm doenças graves e incuráveis, que pode e deve ser prestada muito antes dos últimos dias de vida.

Se não houver acesso a equipas devidamente qualificadas e, sobretudo, se não houver informação alargada sobre Cuidados Paliativos, a escolha sobre o que queremos para o fim dos nossos dias será feita de forma imperfeita e deturpada, sem estar na posse dos mais recentes dados sobre a matéria. Não se trata de contrapor a «alternativa Cuidados Paliativos» à «alternativa eutanásia»: qualquer que seja a nossa posição sobre a eutanásia, todos devemos ter acesso aos Cuidados Paliativos. Demos aos Cuidados Paliativos, enquanto Direito Humano, o lugar universal que lhes está reservado. Um recente estudo pioneiro, de representatividade nacional, promovido pela

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (ver www.apcp.com.pt), demonstra que 2/3 dos portugueses desconhece a existência e as práticas dos Cuidados Paliativos. Curiosamente, nesse mesmo estudo, nos indivíduos inquiridos – que representavam a realidade nacional –, 50% dos que se assumiam a favor da eutanásia diziam que mudariam essa posição se tivessem a garantia de que a Medicina não os deixaria em sofrimento intolerável. Estes factos revelam um nível de desinformação preocupante e justificam, por si só, mais e melhor informação para os portugueses sobre estas matérias. Justificam também esforços concertados na formação rigorosa dos profissionais de saúde nesta matéria, nomeadamente dos médicos, e a diferentes níveis: pré-graduado, pós-graduado e de especialização, à semelhança do que já se passa noutros países e de acordo com as recomendações do Conselho da Euro-

pa e de outros organismos internacionais. É precisamente esta formação que é hoje consensualmente considerada o factor crítico de sucesso na implementação de serviços de cuidados paliativos de qualidade e não de «sucédâneos», estes últimos altamente comprometedores do resultado desejável para a Qualidade de Vida dos Doentes, razão maior do nosso trabalho.

Só pode haver debate sério sobre um tema se houver conhecimento alargado sobre ele. Importa, pois, colocar toda a informação disponível ao serviço do público, com rigor e verdade, evitando abordagens sensacionalistas. Este é um tema que diz respeito a todos nós, enquanto Pessoas e enquanto médicos.

A importância do tema nas nossas Vidas, o respeito pelos mais vulneráveis e, sobretudo, o respeito pela opinião pública e o dever de a informar, justificam-no. Oxalá possamos assistir a essa mudança.

Eutanásia, uma questão persistente

Entre as questões éticas respeitantes à vida humana, a eutanásia permanece sempre actual. A morte provocada a uma pessoa, a seu pedido, tem sido apresentada, por alguns, como expressão de compaixão por quem sofre e como sinal de respeito pela autonomia do doente terminal. Ao contrario desta ideia que tentam banalizar pertencemos ao grupo claramente maioritário para quem é inaceitável matar um doente seja qual for a explicação que se pretende dar para essa morte provocada. O mais importante é fornecer-lhe todos os cuidados, de modo a tratar a dor e outros sintomas, de forma a proporcionar-lhes uma vida com qualidade, até ao fim natural. O direito comparado aceita esta posição, verificando-se a proibição da eutanásia na esmagadora maioria dos países (só a Holanda e a Bélgica abrem excepção).

Entre nós, num destes surtos cíclicos de abordagem da questão, o problema tem sido ultimamente de novo agitado, não faltando sequer propostas «fracturantes».

Perante esta situação, o Centro de Estudos de Bioética, que foi pioneiro na análise e no aprofundamento deste problema, como aliás de resto em todo o esforço de difusão da Bioética em Portugal, entende dever pronunciar-se nos seguintes termos:

1. A vida humana é inviolável (artigo 24 n.º 1 da Constituição da República Portuguesa).

É pois dever inalienável do Estado e da Sociedade tudo fazer para minorar a solidão e o sofrimento físico dos que precisam de acompanhamento humano de «consultas de dor» e de cuidados paliativos nas situações de doença grave ou de incapacidade prolongadas.

O papel dos profissionais de saúde é o de proporcionar aos doentes toda a atenção necessária para poder dar-lhes uma vida com qualidade.

2. Para tal, urge implementar o direito

de acesso a bons cuidados paliativos, como de resto existem já em Portugal, infelizmente em número claramente não suficiente para quem deles necessita.

3. A proibição da eutanásia na lei justifica-se pela protecção de um bem fundamental, que é o da vida do doente. Defende ainda o paciente de possíveis abusos de uma hipotética autorização para matar a pedido, mesmo quando ela não existe como tem sucedido na Holanda (eutanásia involuntária de doentes adultos e mesmo de menores).

Essa protecção é exigida pela ética médica, que seria gravemente comprometida se o papel dos médicos e dos enfermeiros que com eles colaboram, como garantes da defesa da vida, se transformasse no de prestadores oficiais da morte.

4. Nestas condições, o Centro de Estudos de Bioética exprime, através da sua Direcção, um parecer positivo quanto à mais rápida e total implementação da rede de cuidados paliativos, certo de que a resposta a um (raro)

pedido de eutanásia é a compassiva e total prestação de cuidados, de modo a que o doente terminal viva em paz a sua vida até morrer. Esta é, na verdade, a morte medicamente assistida a que todos temos direito.

A Direcção do Centro de Estudos de Bioética

Jorge Biscaia, Daniel Serrão, António de Almeida e Costa, Michel Renaud, Vasco Pinto de Magalhães s.j.

O que se propõe:

1. Envio, pelo CEB, aos principais jornais médicos deste texto (com as modificações entendidas necessárias ou adequadas)
– Notícias Médicas, Tempo Medicina, Semana Médica.

2. Envio ao Dr. Pedro Nunes, com pedido de publicação na Revista da Ordem

3. Colocação no Público, Diário de Notícias e Jornal de Notícias (através de contactos)

EUTANÁSIA SIM E NÃO

Manifesto-me firmemente contra a ideia de que se faça um referendo sobre a legalização da eutanásia.

Esta opinião deriva de não me parecer possível reduzir a questão a ser-se a favor ou contra a legalização de algo que contém, em si mesmo, diversos significados. Vou, aliás, evitar o uso dessa palavra até ao final deste texto para melhor me fazer entender.

Se se perguntar, ao comum dos mortais, se é legítimo praticar actos que tornem a morte digna, todos responderão: Sim. Mas, neste caso, estaremos a falar em cuidados paliativos. Esta expressão, recorde, tem sido muito usada significando apenas cuidados terminais. Na verdade, os cuidados paliativos incluem acções de vários tipos que devem iniciar-se a partir do momento em que se estabelece um prognóstico fatal, ainda que distante.

Se, por exemplo, estivermos perante uma pessoa que, no meio do seu sofrimento extremo, pede: «*deixem-me morrer em paz!*», todos aceitarão que o médico suspenda intervenções fúteis e actos que apenas prologam esse sofrimento, mantendo toda a atenção na aplicação de medidas que o atenuem. Estaremos, nesta situação, a falar de evitar a distanásia (cujo significado é morte dolorosa, agonia lenta). Este é um posicionamento ético já previsto no Código Deontológico dos médicos portugueses e não carece de legitimação especial.

Se, por outro lado, um médico entender que um seu doente está a sofrer de mais e decide pôr-lhe termo à vida, antecipando uma morte esperada, ainda que certa, este médico estará a assumir poderes que não lhe foram conferidos. Estaremos, neste caso, a meu ver, perante um homicídio. Daí que

entenda que a resposta sobre a legalização de um tal acto, independente da vontade do doente, deva ser, naturalmente, um Não, embora não julgue que seja isso que se pretende perguntar em referendo.

Se, finalmente, o doente pede: «*matem-me, não posso sofrer mais!*», muitos aceitarão que, em certas condições, se admita como lícito o suicídio medicamente assistido. A antecipação activa da morte (de pessoa que, conscientemente e sem margem para dúvidas, a peça) difere assim da suspensão ou não aplicação de medidas que prologuem inutilmente a vida.

Aceito que se fosse feito um referendo especificamente sobre a legalização do suicídio medicamente assistido, com a necessária informação associada, muitos, como eu, votariam no Sim, apesar de algumas reservas, mas não me sinto capaz de antecipar a quem caberia a maioria.

Na minha vida profissional, em mais de três décadas de prática clínica, nunca ouvi o pedido: «*matem-me*» mas, muitas vezes, ouvi ou pensei ter ouvido a segunda parte: «*não posso sofrer mais*». Acredito pois que, se os médicos tiverem os ouvidos, ou a mente, em alerta, saberão encontrar as formas adequadas de atenuar esse sofrimento e de administrar as expectativas com sensatez, em cooperação activa com a



família, de modo a que aquele grito não chegue a aparecer.

Restarão, no final das contas, situações em que outra não possa ser a saída senão a satisfação de um desejo profundamente amadurecido, autonomamente determinado, não influenciado por interesses alheios e livre de qualquer suspeita.

É por isso que me declaro pelo Não ao referendo e pelo Sim à aprovação de uma lei que contemple a possibilidade de a Eutanásia Voluntária (por parte do doente) e Activa (por parte do médico) não ser considerada crime e deixe de ser eticamente condenada, desde que salvaguardadas tantas condições, quantas as necessárias, para a tornar uma verdadeira excepção na prática clínica quotidiana.

A importância da nossa saúde



Álvaro Durão

Especialista em Medicina do Trabalho

Estudar a Saúde dos Médicos é inédito em Portugal.

Da saúde do médico

A responsabilidade dos médicos nas áreas da saúde pública, da clínica, da reabilitação, da investigação e do ensino é relevante em todos os sistemas de saúde, tanto na prática preventiva como na curativa. Independentemente de exercerem em ambiente hospitalar ou não, estão sujeitos a níveis de stresse elevado, a cargas horárias prolongadas, rotativas ou irregulares, tantas vezes com falta de repouso. A bata branca que vestem não os defende contra os factores de risco físicos, químicos, biológicos e psicossociais a que estão expostos. A qualquer hora do dia e da noite convivem com situações graves, de sofrimento e de morte. Não estão protegidos nem são resistentes aos agentes capazes de causar dano à saúde humana, infectando, intoxicando ou

causando malformações e neoplasias. Não são imunes aos riscos devidos às condições, técnicas e ambientes de trabalho em que permanecem.

Com eles compartilham situações dramáticas, de emergência, fadiga e cansaço, e as dificuldades de programação de rotinas os enfermeiros e outros profissionais que também se obrigam a cuidar de doentes. São estes também responsáveis e, da mesma forma, não são imunes às bactérias, fungos e vírus contra os quais todo o sector saúde trava uma incessante e séria luta nos hospitais, nas clínicas, nos laboratórios, nos centros de investigação e em todas as actividades do sector.

A boa saúde dos médicos é essencial para todos nós, como profissionais da saúde e como doentes.

Do médico doente

Não admira portanto que os médicos adoeçam e desenvolvam quadros de *Burnout*. Alguns médicos auto medicam-se, e permanecem a trabalhar quando em idênticas condições aconselhariam os seus doentes a ficar em casa a repousar. Diversos Autores e entre eles Klitzman, R. (2008), Varella, D. (2007), Rosvold, E. and Bjertnesse, E. (2001 e 2002) e Korkeila, J. et al. (2003) dizem que os médicos são maus doentes, e que são muitos os que não se protegem com planos de vigilância da saúde, nunca se submetem a *checkups* periódicos, nem sequer têm médico assistente; referem também que os médicos doentes têm dificuldade em aceitar fórmulas que eles mesmos usam para acalmar os seus pacientes e lhes dar esperança, recomendando «*tenham paciência*» ou para os convencer de que «*o pior já passou*».

Não apenas a ausência de doença, mas o bem-estar físico, psíquico e social caracterizam a saúde.

A saúde como bem e direito

Temos caracterizado saúde como um bem essencial e, na sociedade global, defensável como um bem individual, colectivo, social, público e, no mundo actual, como um bem global.

A vida em sociedade implica a produção de bens, serviços e riquezas que proporcionem o desenvolvimento social e económico necessário para que todos e cada um dos cidadãos tenham acesso aos bens essenciais e necessários para se manterem saudáveis e activos. Se cada indivíduo considera como a sua maior riqueza a boa saúde, uma sociedade organizada tem que privilegiar o direito à saúde, e o direito à educação, áreas que justificam os maiores investimentos orçamentais.

A Educação como determinante da saúde

A educação é básica para o desenvolvimento. É motor que impulsiona o conhecimento, os estilos de vida e de trabalho e os comportamentos dos cidadãos.

No âmbito da saúde dos médicos está disponível muita bibliografia internacional e as escolas médicas estão preparando os estudantes para que valorizem a manutenção e promoção da saúde e para que aprendam e ensinem a privilegiar estilos de vida saudáveis e as determinantes de uma boa saúde. Educar assim os futuros médicos beneficiará a sua própria saúde, propiciará o incremento da cultura de saúde dos demais profissionais, resultará na identificação e defesa das determinantes da saúde e na expansão da cultura conducente a assegurar uma vida activa e saudável dos cidadãos.

A Conferência Internacional sobre a Saúde dos Médicos, 2008 BMA – AMA – CMA International Conference on Doctors' Health, Doctors' Health Matters – Finding the Balance, tem, pela primeira vez, lugar fora da América do Norte. A Associação Médica Mundial apoia a Conferência a decorrer de 17 a 19 de Novembro de 2008 em Londres.

A saúde como um bem e um direito social e global

A defesa deste ponto de vista tem por base a seguinte lógica: a saúde de um cidadão representa, para ele, um bem individual, bem que não colide com os interesses de terceiros e, antes pelo contrário, beneficia os seus familiares e conviventes. Assim, este bem individual é também colectivo, porque um cidadão saudável não expõe os seus concidadãos a contágio como sucederia se estivesse doente, nem faz sofrer os que com ele convivem. Este bem colectivo repercute-se sobre toda a comunidade e representa assim um bem público e social e, na sociedade global, corresponde a um bem global.

Dada a relação entre a saúde e a comunidade de trabalho, a sua manutenção e promoção beneficia os trabalhadores e os empregadores, e proporciona à sociedade desenvolvimento humano e social. A saúde de todos, especificamente a saúde dos trabalhadores e designadamente a dos trabalhadores do sector saúde, pode ser acreditada como motor de desenvolvimento, ética, competência profissional e de progresso económico. A saúde dos médicos, além do interesse que tem para eles próprios e para os seus pacientes, repercute, de forma muito marcada, para a saúde pública e global.

A educação motiva os cidadãos a prestarem atenção à saúde e a acorrerem adequadamente aos serviços de saúde, os quais, para além da vigilância e manutenção da saúde, lhes oferecem o diagnóstico, a cura e a recuperação das situações de acidente e de doença.

Os Média como determinantes da saúde

A disseminação de informação está relacionada com a cultura e com a educação. A informação sobre saúde, quando alimentada adequadamente por fontes fidedignas de conhecimento e investigação baseadas na experiência e na evidência, contribui para corrigir comportamentos de risco dos cidadãos, para valorizar a manutenção e promoção da saúde e para desenvolver hábitos saudáveis.

Em casa de ferreiro espeto de pau

O Estudo da saúde de grupos profissionais dos diversos sectores de actividade e a identificação dos riscos a que estão expostos são tarefas fundamen-

tais desenvolvidas pela Saúde Ocupacional e Ergonomia. Com o objectivo de prever e prevenir acidentes e doenças a SO preconiza medidas de prevenção e de protecção. Além da vigilância da saúde e da caracterização e correcção das técnicas e ambientes potencialmente perigosos, preconiza, planifica e coordena intervenções orientadas à melhoria das condições e ambientes de trabalho e à manutenção e promoção da saúde, essenciais para assegurar o desenvolvimento humano e manter a capacidade de trabalho. Para isso se requer a compreensão e cooperação dos empregadores e a participação dos trabalhadores. Embora o sector saúde disponha de conhecimento e meios menos habituais em outros sectores de actividade para manter e promover a saúde, os estudos que temos desenvolvido nos hospitais permitiram constatar que muito mais poderia ser feito nas áreas de saúde e segurança no trabalho. O fenómeno poderá estar na base do dito popular «em casa de ferreiro espeto de pau».

Do Estudo sobre a Saúde do Médico em desenvolvimento

Compartimos preocupações sobre a saúde dos médicos com muitos autores que a estudam e consideram que ela tem impacto sobre a saúde das populações que atendem. Entre eles citamos Miller, M. et al (2000), Cornuz, J. et al (2000) e Juntunen, J et al (1988) que, como muitos outros, desenvolve-

ram Estudos sobre a saúde dos médicos em diversos países, como a Austrália, Cambodja, Canadá, Espanha, EUA, Finlândia, Noruega e Suíça.

A análise da saúde e segurança no trabalho hospitalar que vimos fazendo há anos fez-nos procurar identificar possíveis estratégias para motivar a gestão hospitalar e os profissionais do sector a tomarem em conta a sua responsabilidade acrescida em prevenção e promoção da saúde. A identificação das dificuldades e a pesquisa de possíveis factores facilitadores levaram-nos a solicitar a colaboração do Departamento de Ergonomia da Faculdade de Motoricidade Humana da UTL,

A informação pode contribuir para evitar más práticas individuais em saúde e a proliferação de charlatões e indivíduos não preparados que se apresentam a defender práticas curativas e a executar actos que correspondem estar e permanecer a cargo de profissionais de saúde com formação adequada.

O aumento significativo da longevidade, que na segunda metade do Século XX duplicou, justifica um enorme incremento da atenção de saúde para que as doenças congénitas e as adquiridas não contribuam para uma má qualidade de vida dos idosos que agora precisam manter-se activos e saudáveis por períodos mais latos. Este facto justifica todo o esforço necessário para manter a saúde, para controlar as doenças congénitas e evitar as patologias crónicas adquiridas. Os médicos têm assim ferramentas e uma responsabilidade acrescida em prevenção. Têm agora recursos e meios para «evitar os defeitos de fabrico, os resultantes da má manutenção e da utilização inadequada da sua saúde».

onde são entendidas as nossas preocupações e o interesse em identificar a possível relevância e impacto da saúde dos médicos para que a população se mantenha activa e saudável.

Estas preocupações justificaram o nosso interesse em utilizar a experiência disponível e pretender conhecer a realidade portuguesa, para o que identificamos a orientação necessária e elaboramos um projecto de investigação estruturado. Nas mais recentes etapas da preparação do Estudo temos consultado Erica Frank, distinguida pela sua dedicação à área da saúde e hábitos preventivos dos médicos e investigadora principal do Canadian Physicians' Health Study, que nos assegura apoio e autoriza a usar o Questionário já testado, validado e aplicado no Canadá. Adaptamos para Portugal este Questionário, que entretanto foi utilizado em outras pesquisas. De dezenas de trabalhos que esta investigadora tem publicado nesta área desde 1995 citamos a seguinte afir-

mação «The Women Physicians' Health Study demonstrate that: 1. Physicians' health practices strong and consistently influence their patients care, and 2. Women physicians represent a high standard of adoption of health behaviours» Frank. E. (2004).

As perguntas deste inquérito são de natureza pessoal, mas será garantido o anonimato das respostas. Toda a informação será tratada com estrita confidencialidade, e a análise e divulgação dos resultados será feita unicamente de forma agregada. O questionário chegará aos inquiridos que, dispensando 15 minutos do seu tempo, poderão com as suas respostas caracterizar a sua satisfação profissional; o seu estado de saúde; os seus comportamentos de saúde; a sua actividade física e nutrição; os cuidados, conselhos e sugestões que fazem aos seus pacientes sobre prevenção; as suas opiniões sobre cuidados de saúde; formação e locais de trabalho, isto além dos dados demográficos. Obtivemos parecer muito favorável sobre esta investigação de diversas instituições académicas e científicas, o que terá contribuído para o apoio com que contamos da Ordem dos Médicos e da Direcção Geral da Saúde.

Referências

1. Klitzman, Robert. When Doctors become patients. Ed. Oxford University Press, 2008 (332 pp).

2. Varella, Drazio. O Médico doente. Companhia das Letras. Ed. Schwarcz, São Paulo, 2007 (132 pp).

3. Rosvold, E. and Bjertnesse, E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? In Scand J Public Health, 2001; 29(1): 71-75.

4. Rosvold, E. and Bjertnesse, E. Illness behaviour among Norwegian physicians. In Scand J Public Health, 2002; 30(2): 125-132.

5. Korkeila, J., Töyry, S., Kumpulainen, K., Toivola, JM., Räsänen and Kalimo, R. Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. In Scandinavian J of Public Health, Vol. 31, Nº 2, 85-91 (2003).

6. Miller, M., McGowen, K., Quillen, J. The Painful Truth: Physicians are not invincible. In South Med Journal 93(10):966-972, 2000.

7. Cornuz, J., Ghali, W., Carlantonio, D., Pecoud, A. and Paccaud, F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. In Family Practice. Oxford University Press 2000; 17 nº 6: 535-540.

8. Juntunen, J., Asp, S., Olkinuora, M., Äärä, M., Strid, L., Kauttu, K. Doctors' drinking habits and consumption of alcohol. In British Medical Journal 1988, Vol 297:951-954.

9. Frank, E. Physician Health and Patient Care. In J Med Assoc, Feb 4, 2004; 291(5):637. Retrieved on 30 January 2008.





Assembleia Geral de Médicos

Dia 21 de Fevereiro de 2009
Centro de Congressos de Lisboa

A Ordem dos Médicos convida e apela à participação na segunda Assembleia Geral de Médicos que decorrerá no dia 21 de Fevereiro de 2009, pelas 14.30h, no final do Congresso Nacional de Medicina.

Esta Assembleia Geral assume particular importância num momento em que a OM vai lançar a discussão final sobre as Carreiras Médicas, um sistema adequado aos diferentes regimes de trabalho actuais.

O objectivo desta Assembleia Geral de Médicos é precisamente permitir essa discussão, envolvendo o maior número de Colegas possível.

Não falte!

ABATIMENTOS E DEDUÇÕES AOS RENDIMENTOS DE 2008

I. ABATIMENTOS

1.1 – Dedução específica do trabalho dependente (Art.º 25.º do CIRS):

72% de 12 vezes o salário mínimo mais elevado ou o valor das contribuições totais pagas efectivamente à Segurança Social quando superiores.

1.2 – Dedução Específica de Pensões (Art.º 53.º do CIRS):
Tem o limite de € 6.000,00

Porém, se o rendimento bruto da categoria H exceder € 30.000,00, este limite de € 6.000,00 será reduzido até à sua concorrência de 13% da Parte que exceder os € 30.000,00.

1.3 – Organizações Sindicais (Art.s 25.º e 53.º):

Valor pago acrescido de 50% até ao limite de 1% do rendimento bruto de trabalho dependente ou de pensões.

1.4 – Pensão de Alimentos (Art.º 56.º):

Totalidade dos encargos quando fixados na respectiva sentença judicial.

1.5 – Rendimentos profissionais (Recibos verdes) – Regime simplificado (Art.º 31.º):

O rendimento bruto é abatido de 30% para despesas e encargos, não sendo necessários quaisquer documentos.

Não poderá resultar um rendimento líquido global inferior a metade do valor anual do retribuição mínima (€ 2.982,00).

1.6 – Rendimentos prediais (Prédios arrendados) (Art.º 41.º):

As despesas de conservação e manutenção suportadas são abatidas, quando devidamente documentadas bem como o respectivo IMI (Imposto Municipal sobre Imóveis).

2. DEDUÇÕES À COLECTA

2.1 – Despesas de Saúde (Art.º 82.º)

30% das despesas efectuadas com bens e serviços com IVA às taxas de 0% e 5%, sem limite.

As despesas com bens e serviços com IVA à taxa de 21%, são limitadas a 2,5% daquelas despesas ou a € 62,00, desde que documentadas com receitas médicas (al. d) do Art.º 82.º):

2.2 – Despesas de educação e de formação profissional (Art.º 83.º):

30% das despesas suportadas com o limite de 160% da retribuição mínima nacional mensal (€ 644,80). Nos agregados com 3 ou mais dependentes, o limite é elevado em 30% por cada dependente (€ 765,70).

2.2.1 – São dedutíveis à colecta 30% da totalidade das despesas efectuadas com a educação e reabilitação do sujeito passivo ou dependente com deficiência maior ou igual a 60%, bem como 25% da totalidade dos prémios de seguro de vida (art.º 87.º n.º 2)

Porém, a dedução dos prémios de seguros não pode exceder 15% da colecta de IRS.

2.3 – Juros e amortizações de imóveis para habitação própria e permanente, rendas pagas pelos inquilinos (contratos posteriores a 15/10/91) e entregas para cooperativas de habitação (Art.º 85.º):

30% dos encargos com o limite de € 586,00.

2.4 – Encargos com lares e outras instituições de apoio à terceira idade relativos a sujeitos passivos, bem como dos encargos com lares e residências autónomas para pessoas com deficiência, seus dependentes, ascendentes e colaterais até ao 3.º grau que não possuam rendimentos superiores à retribuição mínima (Art.º 84.º):

25% das despesas com o limite de 85% da retribuição mínima mensal (€ 362,10).

2.5 – Prémios de seguros de vida, acidentes pessoais e fundos de pensões, 25% das despesas com o limite de (Art.º 86.º):

Casados – € 124,00; não casados – € 62,00.

2.6 – Prémios de seguros de saúde (Art.º 86.º, n.º 3):

30% dos encargos com os limites de:

Casados – € 164,00; não casados – € 82,00

Por cada dependente a seu cargo os limites são elevados em € 41,00.

2.7 – Custos com equipamentos novos para utilização de energias renováveis e equipamentos para produção de energia eléctrica ou térmica por micro turbinas, com potência até 100 W que consomam gás natural (Art.º 85.º, n.º 2):

30 % das despesas com o limite de € 777,00 € (desde que não sejam susceptíveis de ser considerados custos da categoria B).

2.8 – DEFICIENTES:

São dedutíveis à colecta por cada sujeito passivo com deficiência igual ou maior que 60% uma importância correspondente a 3,5 a retribuição mínima mensal (€ 1.491,00), bem como 1 retribuição mínima mensal por cada ascendente que viva em comunhão de habitação com o declarante e não aufera mais que uma retribuição mínima mensal nacional (Art.º 87.º).

Se a invalidez for superior a 90% então a dedução por cada sujeito passivo é de 5,5 retribuições mínimas nacionais (€ 1.612,00).

2.9 – Os pagamentos por conta e as retenções (Art.º 78.º, n.º 2): Sem qualquer limite.

3. MANIFESTAÇÕES DE FORTUNA

(Art.º 89.º-A da LGT)

Devem ser declaradas tratando-se das seguintes aquisições:

- Imóveis de valor igual ou superior a 250.000,00 €
- Automóveis ligeiros de passageiros de valor igual ou superior a 50.000,00 €
- Motociclos de valor igual ou superior a 10.000,00 €
- Barcos de recreio de valor igual ou superior a 25.000,00 €

- Aeronaves de turismo
- Suprimentos e empréstimos feitos no ano, de valor igual ou superior a 50.000,00 €.

BENEFÍCIOS FISCAIS

4. COMPUTADORES PESSOAIS NOVOS, bem como software e aparelhos de terminal (art.º 64.º do EBF):

50% das despesas de aquisição, com o limite de € 250,00. Este benefício só pode ser utilizado uma vez durante os anos de 2006 a 2008.

- É necessário ainda que o sujeito passivo ou qualquer dependente frequente qualquer nível de ensino.
- Que a factura tenha o número fiscal do adquirente e contenha a menção «uso pessoal».
- Que a taxa de IRS seja inferior a 42%.

5. PPR (Art.º 21.º do EBF)

São dedutíveis à colecta 20% dos valores aplicados em PPR até ao limite de :

- € 400,00 – se o sujeito passivo tiver menos de 35 anos.
- € 350,00 – se o sujeito passivo tiver entre 35 e 50 anos.
- € 300,00 – se o sujeito passivo tiver idade superior a 50 anos.

Os reformados não têm direito a esta dedução.

6. MECENATO (Art.ºs 56.º-D e E do EBF)

6.1 – São dedutíveis, sem limite, 25% das doações ao Estado, Regiões Autónomas, Autarquias e seus serviços.

Associações de Municípios e de Freguesias.

Fundações em que o Estado participe no património inicial.

Fundações com fins de natureza social ou cultural.

6.2 – São dedutíveis 25% das restantes doações com o limite de 15% da colecta:

IPSS; PCUP; Centros de cultura; etc..

6.3 – São dedutíveis à colecta 25% dos donativos concedidos a igrejas, instituições religiosas, pessoas colectivas de fins não lucrativos pertencentes a confissões religiosas ou por

TABELA DE IRS DE 2008 no Continente (Art.º 68.º)

RENDIMENTO COLECTÁVEL (euros)	TAXAS (%) Normal	TAXAS (%) Média
Até 4 639	10,5	10,500 0
4 639 a 7 017	13	11,347 2
7 017 a 17 401	23,5	18,599 4
17 401 a 40 020	34	27,303 7
40 020 a 58 000	36,5	30,154 5
58 000 a 62 546	40	30,870 1
> 62 546	42 (a)	

(a) rectificado pela Declaração de Rectificação n.º 2/2008, de 28 de Janeiro

elas instituídas, sendo a sua importância considerada em 130% do seu quantitativo, com o limite de 15% da colecta.

PAGAMENTOS POR CONTA

Estes pagamentos, quando devidos, devem ser pagos até ao dia 20 dos meses de Julho, Setembro e Dezembro.

NÚMERO FISCAL DE CONTRIBUINTE

Qualquer alteração, nomeadamente da residência, deve ser comunicada no prazo de 15 dias em qualquer serviço de finanças ou na loja do cidadão, podendo também fazer-se através da internet.

A Retribuição Mínima Nacional para 2008 é de € 426,00.

Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos sobre matéria fiscal poderão ser tratados todas as 3.ªs e 5.ªs Feiras, das 10 às 13 horas nas instalações da Ordem dos Médicos, sitas na Avenida Gago Coutinho, 151 em Lisboa.

Cruzeiro da História da Medicina

A História da Balança

O dia era triste e respirava-se uma atmosfera densa, carregada de humidade. Por sua vez, o céu acinzentado e apagado por nuvens movediças anunciava chuva miudinha, que já caía.

Nessa tarde, passeava pelas ruas desertas da cidade e cobertas de silêncio, à procura do nada. De súbito, o dim-dom dum porta comercial abriu-se, despertando a curiosidade de olhar através da vitrina embaciada. Lá dentro, um grande recheio de peças antigas, bem arrumadas, enchia o espaço do antiquário.

Abri a porta e o sonante dim-dom avisou alguém que se aproximava lentamente.

- Posso entrar e olhar a sua loja?

- Esteja à vontade, por favor!

Inicialmente o meu olhar fixou-se numa balança elegante, alta, vistosa, de polidos brilhantes com pratos pendentes, quietos e adormecidos.

- Gosta dessa balança? Está em bom preço e, tem graça, conta a história oculta da vida de alguém!

Assim falou o comerciante, talvez encontrando uma boa oportunidade para fazer negócio.

Seguiu-se uma curta pausa de silêncio. Olhei de frente o senhor e curiosamente pedi que contasse a referida história...

- Sim! Então ouça – adiantou gentilmente a pessoa em atitude de reflexão. Esta balança tinha dois pratos. Um dia, inesperadamente, desapareceu um prato. A dona, com grande desgosto, mergulhou numa profunda crise depressiva. Ainda tentou substituir aquela perda irrecuperável. De momento, sufocado com o reviver da história, algo de misterioso aparecia no seu olhar.

- Deve ser amargo o desaparecimento do prato, mas não estou a entender!... continue por favor.

- Sei que a senhora se isolou, trilhando caminhos diferentes e mais nada

soube do seu destino. Apenas sei que o fiel, sempre inclinado, chorava a triste sorte da sua amiga.

- Desculpe interromper, mas esta história não faz parte da sua vida? Perguntei a seguir.

- Ouça, a dona desta balança era uma senhora que sempre imaginou a vida num prato dum balança que estimou e guardou enquanto viveu.

A surpresa surgiu logo após. Por momentos retirou-se e voltou, trazendo entre mãos, uma balança «MATHIEU» de fabrico francês, do séc. XIX, de pesar bebês, com um prato em berço de lona (Figura 1). Fiquei maravilhado ao reconhecer tal peça e compreendi o segredo da perda do prato.

Esta balança mora há anos na casa Museu Dr. Hermes, ao lado da sua homóloga inglesa (Figura 2).

Fim do conto

As balanças dinamómetros do chão, patente *Alexandra*, foram peças de uso corrente nos consultórios médicos desde o séc. XIX (Figura 3), existentes na Casa Museu Dr. Hermes.

**Hermes de Oliveira
Castanhas**



Figura 1



Figura 2



Figura 3

O MERCADO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS EM PORTUGAL E NA EUROPA

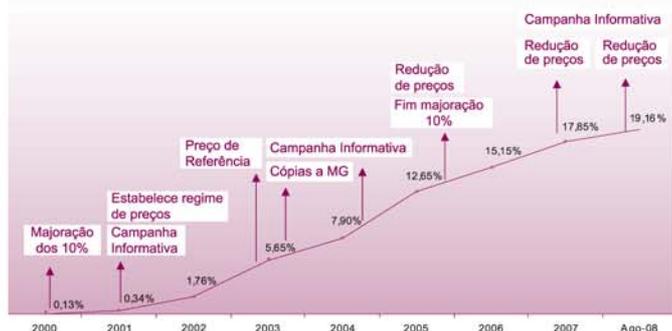
Prof. Dr. Steven Simoens
Economista da Saúde



design | www.intracell.com

O MERCADO PORTUGUÊS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Foi a política de medicamentos genéricos introduzida no início do século XXI que impulsionou o respectivo mercado português. O valor da quota de mercado dos medicamentos genéricos passou de 0,13% em 2000 para 17,85% em 2007.



FORMAÇÃO DE PREÇOS

Desde 2001, o preço de venda ao público dos Medicamentos Genéricos deve ser, no mínimo 35% inferior ao medicamento de referência. Já em 2007 essa margem foi reduzida para 20% nos medicamentos cujo preço de venda ao armazenista seja menor que 10 euros.

PREÇOS DE REFERÊNCIA

Em 2003, foi lançado um sistema de preços de referência (SPR), que estabelece um nível de comparticipação ou preço de referência (PR) para um grupo homogéneo de medicamentos. O SPR incorpora medicamentos com base na substância activa e estabelece o PR ao nível do medicamento genérico mais caro. Se o preço de um medicamento for superior ao PR, o utente paga a diferença entre o preço do medicamento e o PR.

O SPR fomenta a utilização dos medicamentos genéricos, ao impor um co-pagamento dos medicamentos de marca com preço

Steven Simoens é Professor do Centro de Investigação de Cuidados Farmacêuticos e Fármaco-Economia da Universidade Católica de Lovaina. É economista da saúde e director de investigação do Centro em fármaco-economia de medicamentos, dispositivos médicos e produtos afins. Trabalhou activamente na área da política de formação de preços, comparticipação e distribuição de genéricos na Europa. Publicou cerca de 60 artigos em revistas da especialidade, obteve financiamento para investigação superior a 1,3 milhões de euros e apresentou comunicações em mais de 100 congressos. É membro do Conselho Editorial de múltiplas revistas. Viveu e trabalhou em Inglaterra, França, Alemanha e Escócia.

superior ao PR. No entanto, se este sistema for acompanhado por uma redução de preço dos medicamentos de marca para o nível do PR, não existe diferença na parte não comparticipada entre medicamentos de marca e genéricos e o sistema não contribui para o desenvolvimento do mercado destes últimos. Existem em Portugal provas desta estratégia de preços por parte das empresas de medicamentos de marca, no contexto de um sistema de PR.

O SPR português é aplicado aos medicamentos para os quais existem genéricos no mercado, mas exclui medicamentos de marca protegidos por patente. Isto significa que os médicos podem receitar um medicamento patenteado com uma indicação terapêutica idêntica à do genérico que não é abrangido pelo SPR.

COMPARTICIPAÇÃO

Em 2000, a procura de medicamentos genéricos foi incentivada por um aumento de 10% da taxa de comparticipação, uma medida que foi abolida em Outubro de 2005.

INCENTIVOS PARA OS MÉDICOS

Em termos gerais, os médicos são pouco incentivados a receitar medicamentos genéricos. Desde 2002, os médicos devem prescrever medicamentos pela sua denominação comum internacional, para os quais existam equivalentes genéricos, embora tenham a liberdade de adicionar uma denominação comercial ou o nome de um titular da autorização de introdução no mercado. Os médicos podem consultar o “Guia dos Medicamentos Genéricos”, o sítio do INFARMED. O INFARMED desenvolveu igualmente bases de dados que permitem aos médicos comparar preços dos medicamentos.

INCENTIVOS PARA OS FARMACÊUTICOS

Desde 2002, é permitida aos farmacêuticos comunitários a substituição de medicamentos de marca por genéricos. Se o médico efectuar a prescrição pela denominação comum internacional, o farmacêutico deve dispensar o medicamento genérico mais barato disponível. Se o médico emitir uma prescrição pela denominação comum internacional, seguida de uma denominação comercial, o farmacêutico pode substituir o medicamento por um genérico, caso o médico permita essa substituição. No entanto, a margem comercial da Farmácia é uma taxa única de 18,25%, desde Fevereiro de 2007. Isto significa que, em termos absolutos, os medicamentos mais dispendiosos libertam uma margem maior.

INCENTIVOS PARA OS UTENTES

O Governo levou a efeito nos média campanhas vocacionadas para os utentes, para além dos médicos e farmacêuticos, visando incentivar o consumo de medicamentos genéricos. Estas campanhas parecem ter contribuído para aumentar a procura de genéricos.

A EXPERIÊNCIA EUROPEIA

Uma análise comparativa das políticas dos medicamentos genéricos realizada em 11 países da União Europeia indica que a indústria de medicamentos genéricos apenas terá capacidade para implementar e manter uma política de preços competitivos

se lhe for garantido um volume elevado do mercado farmacêutico português. Este volume elevado depende de políticas do lado da procura que incitem os médicos a receitar, os farmacêuticos a dispensar e os utentes a utilizar medicamentos genéricos.

A procura de medicamentos genéricos tem sido impulsionada por medidas de política que incentivam os médicos a prescrever por denominação comum internacional e os farmacêuticos a dispensarem o genérico mais barato quando os médicos receitam por denominação comum internacional. Esta procura pode ser ainda intensificada, sensibilizando os estudantes de medicina para receitarem por denominação comum internacional durante o respectivo curso, como acontece no Reino Unido. Em alternativa, pode recomendar-se aos médicos que receitem medicamentos de baixo custo, salvo se for necessário um medicamento de marca mais dispendioso por razões terapêuticas.

Os farmacêuticos devem receber uma remuneração que não os penalize financeiramente por dispensarem medicamentos genéricos. Portugal deve reflectir sobre a introdução de um sistema de remuneração aos farmacêuticos que, em termos financeiros seja neutra ou favoreça o fornecimento de medicamentos genéricos. Na Alemanha, por exemplo, os farmacêuticos podem reter 30% da diferença de preço entre o medicamento genérico e o de marca. Em França, os farmacêuticos têm direito a descontos superiores sobre os medicamentos genéricos do que sobre os de marca.

Portugal deve incentivar os utentes a procurarem medicamentos genéricos. O Governo deve ponderar reintroduzir os incentivos financeiros que aumentaram em 10% a taxa de comparticipação dos medicamentos genéricos. Poderá ser igualmente útil educar o público relativamente à economia potencial que advém da utilização de medicamentos genéricos.

CONCLUSÕES

O desenvolvimento do mercado português de medicamentos genéricos tem sido basicamente impulsionado por políticas do lado da oferta. A fim de apoiarem a expansão adicional do mercado, os decisores políticos devem fortalecer medidas do lado da procura, incitando os médicos a prescrever, os farmacêuticos a dispensar e os utentes a utilizar medicamentos genéricos.



Pode Confiar!



infarmed

Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

www.infarmed.pt/genericos

BIBLIOGRAFIA

Directiva 2004/27/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março de 2004, alterando a directiva 2001/83/CE que estabelece um Código Comunitário relativo aos medicamentos para uso humano. Jornal Oficial das Comunidades Europeias L 136/34-57 • INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos da Saúde). Dados comerciais. Lisboa: INFARMED, 2008, (disponibilizados a 16 de Setembro de 2008, em <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED>) • Barros PP, de Almeida Simoes J. Portugal: health system review. Health Systems in Transition. 2007;9:1-140 • Portela C, Pinto M. Reference pricing as a competition trigger on the Portuguese pharmaceutical market. Oral presentation at the 9th Conference of the Portuguese Association of Health Economics. Coimbra, November 22, 2005 • Pinto CG, Teixeira I. Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in Portugal. Eur J Health Econom. 2002;3:267-70 • INFARMED. Boletim Infarmed Notícias n.º 19. Lisboa: INFARMED, 2006. (disponibilizado a 19 de Setembro de 2008, em http://www.infarmed.pt/infarmed_noticias/infarmed_noticias_01_02_2006.pdf) • imoens S, De Coster S. Sustaining generic medicines markets in Europe. J Generic Med. 2006;3:257-268.