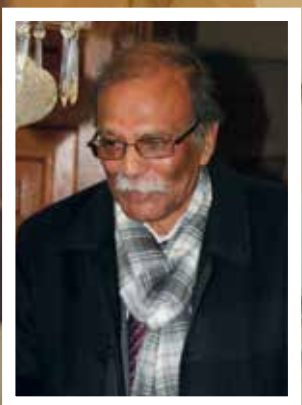


Juramento de Hipócrates 2013

pág. 42



Eleições 2014 – 2016

Resultados eleitorais
pág. 10



Feliz
eihnac
ale!
n fericit!
Vrolijk Kerstfeest!
Shubh Naya Baras!
Streken Bozhik!
Merry Christmas
Feliz Navidad! Go Mata-Ki-Te-Rang!
Nollick ghennali!
Boas Festas!
Natal Buon Natale!

Feliz Natal

a OM deseja a todos os médicos e seus familiares umas **Boas festas**

Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 29
N.º 146
Dezembro 2013

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:
José Manuel Silva

Director:
José Manuel Silva

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

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

Redactora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

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

Impressão:
**Lidergraf - Sustainable Printing,
Artes Gráficas, SA**
Rua do Galhano, 15
4480-089 Vila do Conde

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

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



editorial

- 06 Rescaldo eleitoral
- 09 Admissão à competência
em Gestão dos Serviços de Saúde

informação

- 10 Eleições 2014 – 2016
- 12 Taxas de Justiça na Ordem
dos Médicos
- 13 Centro de Autorizações
Excepcionais de Medicamentos
da OM
- 14 Visita da OM aos Blocos
Cirúrgicos do Hospital
Dona Estefânia

cultura informação

- 16 Bolsas de Formação
- 19 Colégios da Especialidade
- 21 Referenciação para a Medicina
Física no Ambulatório
- que critérios?
- 23 Comunicado do Colégio
da especialidade de MGF

conselho disciplinar

- 24 Do direito de recusa
de assistência e do dever
de sigilo profissional

actualidade

- 28 "Jorge Marçal da Silva;
cem fotografias de Portugal
há cem anos"
- 32 Reunião dos colégios
das especialidades cirúrgicas

- 33 Dinamização da Biblioteca
Histórica da Ordem dos Médicos
- 36 No seu 5º aniversário, NHMOM
homenageia Leite de Vasconcellos
- 42 Juramento de Hipócrates 2013
- 58 O dever de proteger as crianças

entrevista

- 62 A nossa missão é em prol
do conhecimento
- 68 77º aniversário do Auto Club
Médico Português

- 70 SNS em análise

opinião

- 74 A deteção do VIH
– particularidades na consulta
de Medicina Geral e Familiar
- 76 Testamento de um cirurgião
ou o decálogo do interno
de cirurgia
- 78 Reflexão sobre a entrada dos
biossimilares na Dermatologia
- 80 Normas de Orientação Clínica:
o médico, o jurista e a ciência
da evidência

- 82 **cultura**

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

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

PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

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

COORDENADORES COMPETÊNCIAS

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



Rescaldo eleitoral

Conhecem-se finalmente os resultados das eleições para o novo triénio da Ordem dos Médicos, eventualmente encurtado se, entretanto, os novos Estatutos, enviados ao Governo em Fevereiro de 2013, forem rapidamente aprovados pela Assembleia da República. Nessa circunstância seria necessário convocar eleições antecipadas, pois a orgânica da Ordem altera-se substancialmente, para melhor.

Cada um fará a sua leitura do resultado das eleições, que merece uma reflexão atenta. Saliente-se que, sendo a taxa de participação relativamente baixa, esteve ao nível habitual e, mesmo sem mais candidatos a Bastonário, o que

aumentaria a mobilização, teve uma participação semelhante à primeira volta de há três anos, o que é positivo.

De negativo refere-se a pouca participação dos jovens no acto eleitoral, o que significa que continuam alheios à intervenção cívica e a deixar que os menos jovens tomem as decisões que vão condicionar o seu futuro. Não parece ser a melhor opção, considerando que, na curta história da democracia portuguesa, o país já recorreu por três vezes ao FMI e os vai deixar com uma pesadíssima dívida pública para pagar... Pela minha parte, quero agradecer a todos o apoio e a confiança que voltaram a conceder-me

para mais um triénio como Bastonário da Ordem dos Médicos. Com 91% dos votos expressos, ultrapassando em número absoluto o número de votos da segunda volta das últimas eleições, a votação, que expressa um elevado nível de aprovação e legitimação, excedeu as minhas melhores expectativas, reforçando a Ordem e o seu Bastonário para os difíceis tempos que vamos enfrentar.

Os Médicos sentiram-se representados e aprovaram a forma empenhada, fundamentada, assertiva e independente como a Ordem tem procurado intervir nos problemas da Saúde, como Provedora dos Médicos, dos

Doentes e da Qualidade da Saúde em Portugal. Assim continuará a ser.

Quero reconhecer e agradecer a qualidade do trabalho dos Colegas pertencentes aos corpos sociais que agora cessam funções, pois deram à Ordem o seu melhor, e desejar o maior êxito para aqueles que, de novo ou em continuidade, receberam a imensa e complexa responsabilidade de participarem mais directa e activamente na exigente gestão e condução dos destinos da Ordem dos Médicos.

Esperam-nos muito trabalho e inúmeros desafios, a que, em equipa, procuraremos responder do modo mais inteligente e adequado. No que respeita à vida interna da Ordem, olho o futuro com mais confiança do que o passado.

Centro de Autorizações Excepcionais de Medicamentos da Ordem dos Médicos (CAEMOM)

Conforme comunicado que se publica nesta ROM, a Ordem decidiu criar o CAEMOM. É uma iniciativa fundamental para monitorizar qualitativa e quantitativamente os efeitos, que preveremos muito negativos, do Despacho nº 13877-A/2013.

Todas as recusas de AUEs/AEs a que temos tido acesso baseiam-se exclusivamente em questões burocráticas, não em erradas indicações clínicas.

Tal como já o referiu explicitamente, o Ministério da Saúde, numa política inspirada em Pôncio Pilatos, pretende endossar o odioso das decisões de racionamento para patamares inferiores de deliberação, responsabilizando depois as Comissões e os Directores Clínicos por essas mesmas decisões. Estarão estes últimos dispostos a assumir inte-

gral e ingenuamente o ónus dessas decisões?!

Apelamos aos médicos destes Centros Especializados para Utilização Excepcional de Medicamentos (CEUEM) e ao respectivos Directores Clínicos para que não colaborem neste ignominioso processo e tomem as suas resoluções clínicas baseando-se exclusivamente em critérios médicos.

Mas o mais forte apelo que faço é aos médicos (e aos doentes) que submetam pedidos de AEs aos CEUEM, para que enviem uma cópia do processo para a Ordem dos Médicos, de preferência dirigido directamente ao Centro de Autorizações Excepcionais de Medicamentos da Ordem dos Médicos (CAEMOM).

É a única forma da Ordem dos Médicos conseguir monitorizar o processo de forma efectiva e consequente, actuando como Provedora dos Doentes e guardiã das boas práticas, e dos médicos defenderem os seus doentes. É altura de todos fazerem algo de concreto que permita à Ordem ter uma intervenção cirúrgica nesta temática.

Visita da Ordem dos Médicos aos Blocos Cirúrgicos do Hospital Dona Estefânia

Chamamos a atenção dos Colegas para o comunicado sobre esta matéria.

Foi um momento infeliz do CA do CHLC e do Ministério da Saúde. Não mais se livrarão do estigma de quererem esconder algo que não estará bem.

Proibir uma visita técnica independente da Ordem dos Médicos recorda-nos o Despacho censório 9635/2013. Será que Salazar afinal reencarnou?!

Discutir a legalidade das visitas técnicas da Ordem dos Médicos

CORREIO DA SAÚDE

JOSÉ MANUEL SILVA

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Portugal a morrer

As estatísticas alarmam! Este ano poderão nascer apenas 80 000 crianças em Portugal. Mas o número de óbitos cresce, sendo de 107 000 em 2012, agravando a perda e o desequilíbrio populacional no País.

Com uma emigração crescente dos portugueses em idade fértil, com o retorno aos seus países de imigrantes residentes em Portugal, com a precariedade de emprego e as altas taxas de desemprego, a crise económica actual é a principal responsável.

O Banco Central dos

Os indicadores estatísticos começam a refletir os resultados negativos das decisões políticas

EUA, apesar dos sinais de crescimento da economia americana, decidiu manter os estímulos à economia, visando combater o desemprego e evitar o agravamento da carga fiscal. Na Europa, a recessão combate-se com... mais impostos, menores salários, mais recessão!

Num Portugal que não aposta verdadeiramente na promoção da saúde nem na maternidade, que é esmagado pela violência das medidas de austeridade e que corta profundamente na Saúde, os indicadores estatísticos começam a refletir os resultados negativos das decisões políticas. O País está a morrer.

In "Correio da Manhã" - 26 de Setembro de 2013

é interpretar de modo estranhamente redutor as alíneas c) e d) do artº 6º do Decreto Lei 282/77, os actuais Estatutos da Ordem dos Médicos.

Ao procurar escudar-se na sua própria interpretação da Lei para impedir uma visita técnica independente, o Ministério da Saúde ultrapassa a fronteira do caricato. Sobretudo recorda-nos que não podemos deixar para o Estado a exclusividade de se auditar a si próprio!

Mas não ficámos admirados, Portugal vive em partidocracia e não em democracia.

É essencial mudar o sistema político português, fechado numa partidocracia doente que leva ciclicamente o país à bancarrota, que protege os instalados no “poder” e que coloca sempre os mais desfavorecidos a pagar os efeitos da crise.

Quanto à Ordem dos Médicos, contra ventos e marés, por muitos incómodos quer cause a alguns, continuará inamovível no cumprimento da sua elevada missão de Provedora dos Médicos, dos Doentes e da Saúde.

Comenda ao Presidente do CA do CH de S. João

Há mais de dois anos, pouco depois do início do mandato que agora finda, um colega amigo pediu-me para assinar uma proposta de comenda para o Presidente do CA do CH de S. João. Foi antes de várias e públicas polémicas. Se fosse agora e sabendo o que sei hoje, não teria assinado. Quando os acontecimentos ocorrerem a destempo, já não deviam acontecer.



Defender os doentes

A Ordem dos Médicos tem assumido múltiplas posições em defesa dos doentes, nomeadamente no seu direito a terem acesso aos genéricos mais baratos.

Sabemos que muitas farmácias dispensam aos doentes, sem os informarem devidamente, os genéricos mais caros, quando o médico prescreve apenas pelo princípio ativo, sem marca. De acordo com dados de prescrição/faturação de um agrupamento de Centros de Saúde, representando centenas de milhares de receitas, verificou-se

Existe um padrão de substituição de marcas mais baratas por mais caras na farmácia

que, nos medicamentos genéricos, a faturação (dispensa na farmácia) tem um custo, em média, 22% superior ao preço da prescrição médica. Isto significará que existe um padrão de substituição de marcas mais baratas prescritas pelos médicos por marcas mais caras dispensadas ao balcão da farmácia, penalizando financeiramente os doentes numa escala muito significativa.

Porque há genéricos que variam de preço mais de quatro vezes, a Lei deve ser alterada, evitando substituições ao balcão das farmácias que prejudiquem a bolsa dos doentes.



MAC sob fogo

A Maternidade Alfredo da Costa tornou-se um símbolo do futuro do SNS. Fez, ou não? O processo conducente ao seu encerramento, inquinado por uma política anti-SNS, foi conduzido sem transparência e sem a devida fundamentação técnica.

Numa avaliação rigorosa e independente, o Tribunal aceitou, e bem, a providência cautelar que impediu o seu fecho imediato. Vem agora o relatório da ERS acrescentar polémica, apontando algumas falhas à MAC. Justifica-se tanta controvérsia?

Se a ERS investigasse todo o setor público, privado e social encontraria múltiplas anomalias

Não. Se a ERS investigasse todo o setor público, privado e social da Saúde, encontraria múltiplas anomalias. Faça-se essa investigação global e corrijam-se todas as falhas, em nome da segurança dos doentes.

Quanto à MAC, uns míseros 200 mil euros são suficientes para ultrapassar as pequenas falhas encontradas, algumas deliberadamente provocadas por quem quer destruir a MAC. Esperemos que o relatório da ERS, que não avaliou o Hospital Dona Estefânia, seja usado para melhorar a MAC e não para procurar “justificar” a sua liquidação inopinada.

In “Correio da Manhã” - 10 de Outubro de 2013

In “Correio da Manhã” - 24 de Outubro de 2013

Admissão à competência em Gestão dos Serviços de Saúde

Divulgamos em seguida os critérios de admissão à competência em Gestão dos Serviços de Saúde que foram homologados em Conselho Nacional Executivo na sua reunião de 8 de Novembro.

A - Avaliação curricular

- 1 – exercício da prática médica efectiva por período superior a 10 anos
 - 2 – exercício em cargos de gestão em saúde por um período não inferior a 3 anos
 - 3 – frequência com aprovação de um curso de gestão na área da saúde reconhecido pela Ordem dos Médicos
- B – A direcção da CGSS poderá considerar licenciaturas em economia ou gestão bem como MBA ou equivalentes, na ausência do ponto A3

CHECK-LIST

- Requerimento dirigido ao Conselho Nacional Executivo (anexo 1)
- 11 exemplares do currículo, 1 em suporte papel com respectiva documentação comprovativa das afirmações contidas no currículo (original ou legalmente certificada) + 10 em suporte informático de toda a documentação entregue (curriculum vitae e documentos comprovativos)

A estes documentos os serviços administrativos deverão juntar:

- Certidão de inscrição na OM, com pleno gozo de direitos

Modelo de Requerimento (anexo 1)

Ao Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos

[NOME], médico com a cédula profissional n.º [CÉDULA], residente em [MORADA], vem requerer a V. Exas. a admissão à competência em Gestão dos Serviços de Saúde, ao abrigo da alínea a) do art. 11º do Regulamento das Secções de Subespecialidades e Comissões de competência e dos critérios de admissão em vigor, que me foram entregues.

[LOCAL], [DATA]

Pede deferimento,

Assinatura _____

Telefone _____

Email _____

Art. 11º do Regulamento das Secções de Subespecialidades e Comissões de Competência

“Para além de outras competências que lhe possam vir a ser atribuídas pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, compete às Comissões Técnicas de Competência:

a) A apreciação curricular das candidaturas visando a obtenção do título de Competência, prevista no nº3 do artigo 1º do Regulamento Geral dos Colégios de Especialidade.

b) Propor ao Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos o reconhecimento de períodos de formação específica visando a obtenção de título de Competência.

Eleições 2014 – 2016

Apresentamos um resumo dos resultados tendo como base os conselhos regionais (CR) das três Secções e a votação para bastonário da OM.

Quadro de resultados da votação para Presidente da Ordem dos Médicos

| | N.º inscritos | N.º votantes | % votantes | Prof. José Manuel Silva | Votos Brancos | Votos Nulos |
|----------------------------------|---------------|--------------|---------------|-------------------------|---------------|-------------|
| Secção Regional do Sul | | | | | | |
| Açores | 582 | 124 | 21,30% | 120 | 2 | 2 |
| Algarve | 1398 | 225 | 16,09% | 210 | 13 | 2 |
| Beja | 381 | 77 | 20,21% | 72 | 4 | 1 |
| Évora | 517 | 96 | 18,57% | 92 | 4 | 0 |
| Grande Lisboa | 5400 | 834 | 15,44% | 754 | 55 | 25 |
| Lisboa-Cidade | 8728 | 1515 | 15,36% | 1330 | 137 | 48 |
| Madeira | 743 | 368 | 49,53% | 333 | 26 | 9 |
| Oeste | 754 | 176 | 23,34% | 159 | 12 | 5 |
| Portalegre | 352 | 53 | 15,06% | 50 | 1 | 2 |
| Ribatejo | 1041 | 176 | 16,91% | 166 | 7 | 3 |
| Setúbal | 2045 | 369 | 18,04% | 340 | 21 | 8 |
| Total S.R.S. | 21941 | 4013 | 22,98% | 3626 | 282 | 105 |
| Secção Regional do Centro | | | | | | |
| Aveiro | 1058 | 207 | 19,57% | 200 | 5 | 2 |
| Castelo Branco | 460 | 130 | 28,26% | 123 | 7 | 0 |
| Coimbra | 4569 | 1399 | 30,63% | 1250 | 122 | 27 |
| Guarda | 341 | 71 | 20,82% | 68 | 2 | 1 |
| Leiria | 554 | 133 | 24,37% | 124 | 5 | 4 |
| Viseu | 776 | 221 | 28,48% | 200 | 13 | 8 |
| Total S.R.C. | 7758 | 2161 | 27,88% | 1965 | 154 | 42 |
| Secção Regional do Norte | | | | | | |
| Braga | 2338 | 473 | 20,23% | 447 | 20 | 2 |
| Bragança | 306 | 73 | 23,87% | 72 | 1 | 0 |
| Porto | 11341 | 2534 | 22,34% | 2326 | 167 | 41 |
| Viana do Castelo | 717 | 192 | 26,78% | 178 | 12 | 2 |
| Vila Real | 639 | 162 | 25,35% | 153 | 6 | 1 |
| Total S.R.N. | 15341 | 3434 | 22,38% | 3176 | 206 | 46 |
| Total | 45040 | 9608 | 21,33% | 8767 | 642 | 193 |

Para bastonário votaram 9608 médicos (21.33% do universo eleitoral). O candidato vencedor e único obteve 8767 votos, o que corresponde a 91.25% dos votos expressos.

Quadros de resultados da votação para os Conselhos Regionais e Distritais

Secção Regional do Norte

| Distrito Médico | Nº de Inscritos | Conselho Regional | | | Conselhos Distritais | | |
|------------------|-----------------|-------------------|------------|-----------|----------------------|---------|-------|
| | | Lista A | Brancos | Nulos | Lista A | Brancos | Nulos |
| BRAGA | 2338 | 423 | 35 | 3 | 407 | 44 | 8 |
| BRAGANÇA | 306 | 68 | 5 | 0 | 69 | 4 | 0 |
| PORTO | 11341 | 2288 | 212 | 25 | 2289 | 208 | 25 |
| VIANA DO CASTELO | 717 | 174 | 13 | 5 | 177 | 11 | 3 |
| VILA REAL | 639 | 147 | 12 | 3 | 143 | 10 | 8 |
| TOTAL | 15341 | 3100 | 277 | 36 | | | |

No norte votaram 3425 médicos para o CR (22.33% do universo eleitoral). A lista A (lista única e vencedora, liderada por Miguel Guimarães) obteve 3100 votos, o que corresponde a 90.51% dos votos expressos.

Secção Regional do Centro

| Distritos Médicos | Nº de Inscritos | Conselho Regional | | | | Conselhos Distritais | | | | |
|-------------------|-----------------|-------------------|------------|------------|-----------|----------------------|-----|-----|---------------|-------------|
| | | A | B | Brancos | Nulos | A | B | C | Votos Brancos | Votos Nulos |
| AVEIRO | 1058 | 119 | 66 | | | | | 148 | 36 | 14 |
| CASTELO BRANCO | 460 | 52 | 59 | | | | | 101 | 17 | 8 |
| COIMBRA | 4569 | 660 | 605 | | | | 644 | 600 | 99 | 22 |
| GUARDA | 341 | 29 | 37 | | | | | 64 | 4 | 3 |
| LEIRIA | 554 | 57 | 63 | | | | | 116 | 10 | 5 |
| VEISEU | 776 | 110 | 85 | | | | | 185 | 22 | 7 |
| TOTAL | 7758 | 1027 | 915 | 128 | 40 | | | | | |

No centro votaram 2135 médicos para o CR (27.52% do universo eleitoral). A lista A (vencedora, liderada por Carlos Cortes) obteve 1027 votos, o que corresponde a 48,10% dos votos expressos. A lista B obteve 915 votos o que corresponde a 42.86% dos votos expressos.

Secção Regional do Sul

| Distritos | Nº de Inscritos | Conselho Regional | | | | Conselhos Distritais | | | | | | |
|--------------|-----------------|-------------------|--------------|------------|-----------|----------------------|-----|-----|-----|-----|---------|-------|
| | | A | B | Brancos | Nulos | A | B | C | E | F | Brancos | Nulos |
| AÇORES | 582 | 71 | 31 | 15 | 4 | | | 104 | | | 4 | 1 |
| ALGARVE | 1398 | 80 | 92 | 36 | 12 | | | 189 | | | 4 | 0 |
| BEJA | 381 | 40 | 25 | 9 | 3 | | | 66 | | | 8 | 2 |
| ÉVORA | 517 | 41 | 43 | 0 | 0 | | | 80 | | | 17 | 0 |
| GRANDE LX | 5400 | 414 | 331 | 8 | 0 | | 382 | 356 | | | 64 | |
| LISBOA-CID. | 8918 | 754 | 622 | 78 | 26 | 707 | 650 | | | | 110 | 23 |
| MADEIRA | 743 | 110 | 203 | 48 | 11 | | | | 241 | 110 | 16 | 5 |
| OESTE | 754 | 80 | 66 | 1 | 0 | | | 137 | | | 2 | |
| PORTALEGRE | 352 | 17 | 18 | 1 | 0 | | | | | | | |
| RIBATEJO | 1041 | 86 | 58 | 18 | 5 | | | 145 | | | 14 | 7 |
| SETÚBAL | 2045 | 162 | 163 | 30 | 6 | | | 304 | | | 46 | 13 |
| TOTAL | 22 131 | 1 855 | 1 652 | 244 | 67 | | | | | | | |

No sul votaram 3840 médicos para o CR (17.35% do universo eleitoral). A lista A (vencedora, liderada por Jaime Teixeira Mendes) obteve 1855 votos, o que corresponde a 48.31% dos votos expressos. A lista B obteve 1652 votos o que corresponde a 43% dos votos expressos.

Diário de Notícias
18-12-2013

O CONVIDADO

Taxas de justiça na Ordem dos Médicos



JOSÉ MANUEL SILVA
Presidente da Ordem dos Médicos

No processo de revisão dos Estatutos a Ordem dos Médicos foi obrigada pelas circunstâncias a abrir a possibilidade de aplicação de "taxas de justiça" nas queixas que lhe são apresentadas – e a aumentar o número de médicos a trabalhar nos

da atividade médica e algumas dezenas de censuras e advertências.

Entram cerca de quatro queixas por dia na Ordem, com tendência crescente, resultando cerca de 10% em condenação e 90% em arquivamento. Muitas destas queixas, por motivos frequentemente fúteis, apenas existem pela enorme facilidade e total ausência de custos na sua apresentação.

Para conseguir responder às queixas – e ainda assim com atraso, por vezes motivado pelo facto de decorrerem processos em tribunal e ser necessário aguardar pelo trânsito da sentença em julgado – a Ordem aloca sete funcionários, seis consultores jurídicos e 15 médicos a estas funções, com

as suas funções de regulação disciplinar.

Foi esta a razão por que foi forçada a optar pela introdução de uma "taxa de justiça", de valor por definir, pois os estatutos ainda não foram aprovados nem foi concretizada essa discussão interna. Talvez 10 a 20% de uma unidade de conta dos tribunais para a primeira queixa, ou seja, 10 a 20 euros. E 50 a 100% dessa unidade de conta (que tem o valor de 102 euros) para o recurso de um arquivamento. Os efeitos desta medida serão

à Ordem. Os cidadãos que vivem insuficiência económica ficarão isentos e a taxa será devolvida ao queixoso sempre que haja condenação.

A Ordem dos Médicos aprecia o aumento da atenção e exigência dos doentes, que considera muito positiva e uma importante manifestação de cidadania. Mas não pode deixar de tomar algumas medidas que permitam cofinanciar a enorme despesa que suporta, mesmo assim numa muito pequena percentagem, e manter a sua

“Muitas destas queixas, por motivos frequentemente fúteis, apenas existem pela enorme facilidade e total ausência de custos na sua apresentação.”

Taxas de Justiça na Ordem dos Médicos

Na sequência das notícias relativas às 'taxas de justiça', publicamos um esclarecimento em que se explica a intenção da OM com a proposta dessa medida em melhorar a sua capacidade de resposta, sem interferir com o direito de queixa dos cidadãos. Este texto foi originalmente publicado no Diário de Notícias de dia 18 de Dezembro.

No processo de revisão dos Estatutos a Ordem dos Médicos foi obrigada pelas circunstâncias a abrir a possibilidade da aplicação de "taxas de justiça" nas queixas que lhe são apresentadas – e a aumentar o número de médicos a trabalhar nos Conselhos Disciplinares Regionais - a fim de conseguir melhorar e acelerar a resposta a dar aos queixosos.

A Ordem dos Médicos tem um sentido de rigor e de exigência na aplicação da sua sensível função de autorregulação disciplinar, tendo no triénio que agora findou aplicado duas penas de expulsão, várias de suspensão temporária da atividade médica e algumas dezenas de censuras e advertências.

Entram cerca de quatro queixas por dia na Ordem, com tendência crescente, resultando cerca de 10%

em condenação e 90% em arquivamento. Muitas destas queixas, por motivos frequentemente fúteis, apenas existem pela enorme facilidade e total ausência de custos na sua apresentação.

Para conseguir responder às queixas – e ainda assim com atraso, por vezes motivado pelo facto de decorrerem processos em tribunal e ser necessário aguardar pelo trânsito da sentença em julgado – a Ordem aloca sete funcionários, seis consultores jurídicos e quinze médicos a estas funções, com despesas que perfazem muitas centenas de milhares de euros anuais, ainda que os médicos trabalhem gratuitamente, despendendo milhares de horas anuais nestas funções.

Como vive apenas das quotas dos médicos, não recebendo qualquer subsídio por parte do Estado, a Or-

dem dos Médicos começa a ter dificuldades financeiras para cumprir as suas funções de regulação disciplinar.

Foi esta a razão pela qual foi forçada a optar pela introdução de uma "taxa de justiça", de valor por definir pois os Estatutos ainda não foram aprovados nem foi concretizada essa discussão interna. Talvez 10 a 20% de uma unidade de conta dos tribunais para a primeira queixa, ou seja, dez a vinte euros. E 50 a 100% dessa unidade de conta (que tem o valor de 102 euros) para o recurso de um arquivamento. Os efeitos desta medida serão depois naturalmente monitorizados.

Repare-se que a introdução desta taxa em nada coarta o direito à queixa dos cidadãos, pois os doentes podem recorrer aos tribunais, à Entidade Reguladora da

Saúde e à Inspeção Geral das Atividades em Saúde – os quais posteriormente enviam as queixas que o justifiquem à Ordem. Os cidadãos que provem insuficiência económica ficarão isentos e a taxa será devolvida ao queixoso sempre que haja condenação.

A Ordem dos Médicos aprecia o aumento da atenção e exigência dos doentes, que considera muito positi-

va e uma importante manifestação de cidadania. Mas não pode deixar de tomar algumas medidas que permitam cofinanciar a enorme despesa que suporta, mesmo assim numa muito pequena percentagem, e manter a sua capacidade de resposta às legítimas queixas que lhe são apresentadas, particularmente as que traduzem casos de indiscutível gravidade.

É para melhorar a sua capacidade de resposta, sem interferir com o direito de queixa dos cidadãos, que a Ordem poderá ver-se compelida a instituir esta medida.

José Manuel Silva,
Bastonário da Ordem
dos Médicos

Centro de Autorizações Excepcionais de Medicamentos da OM

A Ordem dos Médicos decidiu criar o Centro de Autorizações Excepcionais de Medicamentos da Ordem dos Médicos. Transcrevemos em seguida o comunicado a propósito deste assunto.

Comunicado

Conforme referido em comunicado anterior, a Ordem dos Médicos foi surpreendida com o teor do Despacho nº 13877-A/2013, publicado no Diário da República no dia 30/10/2013, do qual discorda, fundamentadamente e pelos múltiplos motivos elencados nesse comunicado, quanto aos princípios e quanto à forma.

A Ordem dos Médicos tem recebido várias participações de doentes que confirmam que os IPOs, sem qualquer fundamentação científica e refugiando-se em meros pormenores regulamentares, têm recusado Autorizações Excepcionais correctamente apresentadas e devidamente justificados pelos seus médicos assistentes.

Por conseguinte, a Ordem dos Médicos tem a convicção que a centralização da avaliação das Autorizações Excepcionais nos Centros

Especializados para Utilização Excepcional de Medicamentos (CEUEM) visa objetivos essencialmente economicistas, que serão profundamente prejudiciais aos Doentes, introduzindo um patamar intermédio de racionamento e visando em simultâneo desresponsabilizar o Ministério da Saúde pelas decisões.

Neste contexto, a Ordem dos Médicos volta a apelar à suspensão imediata deste Despacho e propõe um diálogo que procure as soluções adequadas ao correcto e racional tratamento dos Doentes, sem quaisquer disparidades geográficas e que tenha em consideração a situação actual do país.

Com a finalidade de monitorizar este processo e de defender os Doentes e os Médicos, a Ordem dos Médicos decidiu criar o **Centro de Autorizações Excepcionais de Medicamentos da Ordem dos Médicos**, na sede nacional da Ordem

dos Médicos, para o qual apelamos que médicos, doentes e associações de doentes enviem cópia de todos os pedidos de Autorizações Excepcionais efectuados nas respectivas instituições, bem como das respostas dadas pelo Infarmed e pelos recém-criados Centros Especializados para Utilização Excepcional de Medicamentos (CEUEM).

Esses pedidos serão analisados pelos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos e, caso se verifiquem recusas indevidas por parte do Infarmed ou dos CEUEM, a Ordem denunciá-las publicamente as situações, respeitando a reserva de identidade dos doentes e dos médicos, e extrairá as conclusões jurídicas, judiciais e disciplinares adequadas a cada caso clínico.

Ordem dos Médicos, Dezembro de 2013



Visita da OM aos Blocos Cirúrgicos do Hospital Dona Estefânia

Divulgamos em seguida o comunicado da Ordem dos Médicos a propósito da proibição da visita de representantes de vários Colégios da Especialidade aos Blocos Cirúrgicos do Hospital Dona Estefânia, a qual tinha como objectivo uma avaliação técnica independente.

A pedido de um grupo de Colégios da Maternidade Alfredo da Costa, a Ordem dos Médicos, como entidade técnica independente, enviou uma delegação oficial para efectuar uma avaliação técnica aos Blocos Cirúrgicos do Hospital Dona Estefânia, que se encontram encerrados por razões organizativas e de gestão.

Numa anterior acção inspectiva da DGS, de Julho de 2013, concluiu-se que “a manutenção de alguns equipamentos não apresenta os níveis habituais de um bloco em pleno funcionamento”, o que é lógico face ao tempo de paragem, embora “não colocando em causa a Saúde Pública”.

Justificava-se, por conseguinte, uma avaliação independente.

A delegação da Ordem dos Médicos era composta por membros dos Colégios de Cirurgia Geral, Anestesiologia, Ginecologia/Obstetrícia e Cirurgia Pediátrica.

A 8 de Novembro foi solici-

tada ao CA do CHLC autorização para concretizar, a 14/11/2013, a visita de “avaliação técnica das condições de funcionamento dos Blocos Cirúrgicos do Hospital Dona Estefânia”.

Em fax enviado a 12/11, que, por justificadas razões, não chegou a ser visualizado atempadamente pelos dirigentes da Ordem, nem foi acompanhado por nenhum telefonema, o CA interpela a Ordem quanto à “legalidade” e “finalidade” da visita. Face à natural ausência de resposta, o CA envia novo fax, no dia 13, às 19.49, já com os serviços da Ordem encerrados, a proibir a visita!

Alheios a estas peculiares preocupações do CA do CHLC, os representantes dos Colégios, que se deslocaram de vários pontos do país, apresentaram-se no dia 14/11 para efectuar a visita, sendo recebidos por um adjunto do Director Clínico do Hospital Dona Estefânia e pelo Direc-

tor do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, que informaram da não autorização da visita por deliberação do Conselho de Administração, em função de ofício recebido da IGAS na véspera à tarde.

A Ordem dos Médicos não pode deixar de manifestar a sua profunda estranheza pelo facto do CA do CHLC recuar e proibir uma visita técnica e independente da Ordem dos Médicos aos Blocos Cirúrgicos do Hospital Dona Estefânia.

Desta forma, a Ordem dos Médicos comunica à população que desconhece, pelo que não garante, a qualidade das instalações e do potencial funcionamento dos Blocos Cirúrgicos do Hospital Dona Estefânia, local que estaria destinado à actividade da Maternidade Alfredo da Costa, se para aí tivesse sido deslocada.

A Ordem dos Médicos critica a actuação envergonhada do CA do CHLC e solicita au-

torização pública ao Senhor Ministro da Saúde para visitar tecnicamente os Blocos Cirúrgicos do Hospital Dona Estefânia.

Em defesa dos Doentes e da Saúde Pública, e sempre que considerar importante ou para isso for solicitada, a Ordem dos Médicos continua-

rá a efectuar visitas técnicas a quaisquer instalações de Saúde, públicas ou privadas, divulgando os respectivos resultados ou as receosas e comprometidas proibições.

Finalmente, a Ordem dos Médicos alerta a população para a óbvia necessidade do Estado ser auditado por entidades

independentes, para evitar os inevitáveis conflitos de interesses inerentes a um Estado que quer o exclusivo de se "auditar" a si próprio.

Ordem dos Médicos, Lisboa,
Dezembro de 2013

COMUNICADO DE LABORATÓRIOS ATRAL, S.A.



AtralCipan

Implementação de alterações nos medicamentos Lentocilin 6.3.3 Pó e veículo para suspensão injectável e Lentocilin S1200/Lentocilin S2400 Pó e veículo para suspensão injectável

Exmo.(a) Senhor(a) Dr.(a),

Na sequência da implementação acima referida, cumpre-nos informá-lo(a) a propósito de algumas alterações, que por motivos de ordem tecnológica, foram introduzidas nestes medicamentos, incluindo:

- A transferência do cloridrato de lidocaína, que passa do frasco contendo o pó estéril para a ampola do veículo estéril, sem qualquer alteração na composição qualitativa e quantitativa da suspensão injectável reconstituída para administração intramuscular,
- A substituição do material de acondicionamento primário do veículo, passando a empregar-se ampolas de vidro âmbar.

Os medicamentos Lentocilin 6.3.3, Lentocilin S1200 e Lentocilin S2400 com estas alterações encontram-se já disponíveis no mercado. Os correspondentes RCMs actualizados encontram-se disponíveis online na base de dados de medicamentos do Infarmed, I.P. (Infomed).

Em caso de dúvidas ou necessidade de informação adicional não hesite em contactar-nos através do endereço electrónico info@atralcipan.pt.

Com os melhores cumprimentos,

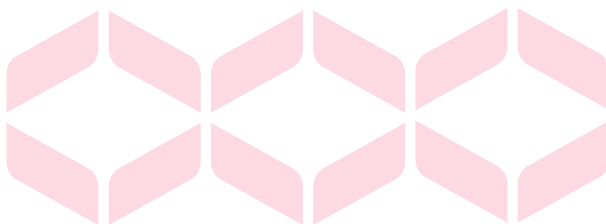
Laboratórios Atral, S.A.

Rua da Estação, n.º 42

Vala do Carregado

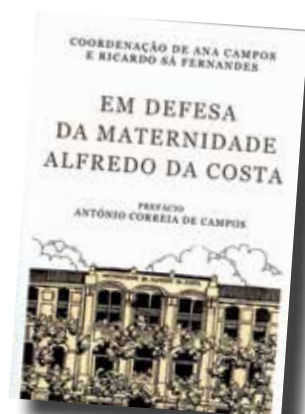
2600 - 726 Castanheira do Ribatejo - Portugal

Tel.: 263 856 800



Em defesa da Maternidade Alfredo da Costa

Obra coordenada por Ana Campos e Ricardo Sá Fernandes, 'Em defesa da Maternidade Alfredo da Costa' apresenta uma série de contributos para a manutenção dessa instituição que pela sua história e estatuto relevante como centro perinatal diferenciado de extrema importância merece uma maior dignidade. «Não é possível perceber a vontade de encerrar a Maternidade e privar os utentes de uma instituição de excelência, superior à assistência materna e neonatal proporcionada por outras, na área de Lisboa», refere o antigo director de serviço de Pediatria da MAC, António Marques Valido. Esta obra foi editada pela Bertrand.



Manual prático da Doença de Parkinson

Obra coordenada por Joaquim Ferreira - professor de neurologia e farmacologia clínica da Faculdade de Medicina de Lisboa e investigador do Instituto de Medicina Molecular -, este manual prático conjuga os contributos de mais de 30 autores. Vários profissionais de saúde envolvidos no tratamento e investigação da doença de Parkinson, em colaboração com a Sociedade Portuguesa das Doenças do Movimento, divulgam nas páginas deste manual os dados gerados pelo progresso da investigação nesta área. Uma edição com a chancela da LIDEL.

Futurar em positivo - Satisfação no trabalho

O lançamento do livro 'Futurar em positivo – satisfação no trabalho' da autoria de André Biscaia, realizou-se no passado dia 14 de Novembro. André Biscaia é médico de família a exercer na USF Marginal, no Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais, onde coordena o Núcleo de Investigação e Qualidade. É investigador e formador no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, ISCTE Business School, Faculdade de Medicina de Lisboa e Faculdade de Motricidade Humana. O livro agora apresentado é baseado na tese de doutoramento do autor – subordinada ao tema 'Satisfação no Trabalho dos Médicos de Família dos Centros de Saúde Portugueses' - e tem como finalidade desenvolver uma estratégia de abordagem integrada de satisfação no trabalho dos médicos de família que seja de aplicação viável e capaz de disponibilizar resultados úteis para os vários níveis de decisão – individual, organizacional e sistémicos.



O amor não conta cromossomas

Médico há largos anos, Valdemar Gomes decidiu, agora, escrever o seu primeiro livro, sobre um tema que lhe é muito querido: a Síndrome de Down (trissomia 21). Trata-se de um documento poderoso onde, para além de ficarmos a saber mais sobre esta síndrome, somos convidados a partilhar a sua experiência como pai do Diogo, um jovem portador de trissomia 21.



Bolsas de Formação

Publicamos em seguida o parecer do Departamento Jurídico da OM com o enquadramento de Bolsas de Formação em sede de Segurança Social e taxas de IRS.

Na sequência das informações que têm vindo a ser prestadas relativas ao enquadramento, em sede de IRS, das bolsas auferidas pelos médicos internos que ocupam vagas preferenciais, foi agora solicitado um esclarecimento sobre se as ditas bolsas estão também sujeitas ao pagamento da taxa social única.

Em termos simples, cabe referir que sendo as bolsas consideradas remuneração para efeitos de tributação em IRS estão, também, sujeitas ao pagamento de contribuições para a segurança social, ou seja, integram a base contributiva da taxa social única. Efectivamente, nos termos do art.º 46.º ¹ do Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social, consideram-se remunerações que integram a base de incidência contributiva nesta sede as prestações pecuniárias ou em espécie que, nos termos do contrato de trabalho, das normas que o regem ou dos

usos, são devidas pelas entidades empregadoras aos trabalhadores.

De notar que o n.º 5 do indicado art.º 46.º afirma que constituem base de incidência contributiva todas as prestações que sejam atribuídas ao trabalhador, com carácter de regularidade, em dinheiro ou em espécie, directa ou indirectamente como contrapartida da prestação do trabalho.

Por outro lado, compulsado o art.º 48.º ² do mesmo diploma legal, no qual estão elencados os valores que não integram a base contributiva para a Segurança Social, constata-se que os subsídios do tipo da bolsa auferida pelos médicos internos que ocupam vagas preferenciais não se encontram ali previstos, porquanto a bolsa configura um incentivo para a ocupação das ditas vagas e não um montante que se destine ao pagamento de despesas de cariz social, como as que ali vêm mencionadas.

A consulente questiona, ain-

da o facto de as taxas (presumimos que de retenção na fonte de IRS) não serem aplicadas uniformemente, pois é do seu conhecimento que se verificam diferenças nas taxas aplicadas a diversos médicos internos que recebem as bolsas por ocupação de vagas preferenciais.

Ora, relativamente a esta matéria cumpre referir que as taxas de retenção na fonte de IRS variam de acordo com o montante dos rendimentos a que são aplicadas e, bem assim, com a composição do agregado familiar do contribuinte. Tais taxas podem, ainda, ser diferentes consoante o sujeito passivo de imposto seja residente no território continental ou nas Regiões Autónomas (para uma mais completa informação poderão ser consultadas as tabelas de retenção na fonte de IRS para 2013, disponíveis no Portal das Finanças).

Deste modo e atento o que ficou dito, é perfeitamente possível que as taxas de re-

tenção na fonte de IRS sejam diferentes, desde que a situação de base, nomeadamente a composição do agregado familiar, também o seja.

A Consultora Jurídica
Paula Quintas
2013-08-22
322/2013/CNE
OM000026

1 - Artigo 46.º Delimitação da base de incidência contributiva

1 - Para efeitos de delimitação da base de incidência contributiva consideram-se remunerações as prestações pecuniárias ou em espécie que nos termos do contrato de trabalho, das normas que o regem ou dos usos são devidas pelas entidades empregadoras aos trabalhadores como contrapartida do seu trabalho.

2 - Integram a base de incidência contributiva, designadamente, as seguintes prestações:

- a) A remuneração base, em dinheiro ou em espécie;
- b) As diuturnidades e outros valores estabelecidos em função da antiguidade dos trabalhadores ao serviço da respectiva entidade empregadora;
- c) As comissões, os bónus e outras prestações de natureza análoga;
- d) Os prémios de rendimento, de produtividade, de assiduidade, de cobrança, de condução, de economia e outros de natureza análoga que tenham carácter de regularidade;
- e) A remuneração pela prestação de trabalho suplementar;
- f) A remuneração por trabalho nocturno;
- g) A remuneração correspondente ao período de férias a que o trabalhador tenha direito;
- h) Os subsídios de Natal, de férias, de Páscoa e outros de natureza análoga;
- i) Os subsídios por penosidade, perigo ou outras condições especiais de prestação de trabalho;
- j) Os subsídios de compensação por isenção de horário de trabalho ou situações equiparadas;
- l) Os valores dos subsídios de refeição, quer sejam atribuídos em dinheiro, quer em títulos de refeição;
- m) Os subsídios de residência, de renda de casa e outros de natureza análoga, que tenham carácter de regularidade;
- n) Os valores efectivamente devidos a título de despesas de representação desde que se encontrem pré-determinados e dos quais não tenham sido prestadas contas até ao termo do exercício;
- o) As gratificações, pelo valor total atribuído, devidas por força do contrato ou das normas que o regem, ainda que a sua atribuição esteja condicionada aos bons serviços dos trabalhadores, bem como as que, pela sua importância e carácter regular e permanente, devam, segundo os usos, considerar-se como elemento integrante da remuneração;
- p) As importâncias atribuídas a título de ajudas de custo, abonos de viagem, despesas de transporte e outras equivalentes;
- q) Os abonos para falhas;
- r) Os montantes atribuídos aos trabalhadores a título de participação nos lucros da empresa, desde que ao trabalhador não esteja assegurada pelo contrato uma remuneração certa, variável ou mista adequada ao seu trabalho;
- s) As despesas resultantes da utilização pessoal pelo trabalhador de viatura automóvel que gere encargos para a entidade empregadora nos termos do artigo seguinte;
- t) As despesas de transporte, pecuniárias ou não, suportadas pela entidade empregadora para custear as deslocações em benefício dos trabalhadores, na medida em que estas não se traduzam na utilização de meio de transporte disponibilizado pela entidade empregadora ou em que excedam o valor de passe social ou, na inexistência deste, o que resultaria da utilização de transportes colectivos, desde que quer a disponibilização daquele quer a atribuição destas tenha carácter geral;
- u) Os valores correspondentes às retribuições a cujo recebimento os trabalhadores não tenham direito em consequência de sanção disciplinar;
- v) A compensação por cessação do contrato de trabalho por acordo apenas nas situações com direito a prestações de desemprego;
- x) Os valores despendidos obrigatória ou facultativamente pela entidade empregadora com aplicações financeiras, a favor dos trabalhadores, designadamente seguros do ramo «Vida», fundos de pensões e planos de poupança reforma ou quaisquer regimes complementares de segurança social, quando sejam objecto de resgate, adiantamento, remição ou qualquer outra forma de antecipação de correspondente disponibilidade ou em qualquer caso de recebimento de capital antes da data da passagem à situação de pensionista, ou fora dos condicionalismos legalmente definidos;
- z) As importâncias auferidas pela utilização de automóvel próprio em serviço da entidade empregadora;
- aa) As prestações relacionadas com o desempenho obtido pela empresa quando, quer no respectivo título atributivo quer pela sua atribuição regular e permanente, revistam carácter estável independentemente da variabilidade do seu montante.

3 - As prestações a que se referem as alíneas l), p), q), u), v) e z) do número anterior estão sujeitas a incidência contributiva, nos mesmos termos previstos no Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares.

4 - Para as prestações a que se referem as alíneas p), q), v) e z) do número anterior, o limite previsto no Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares pode ser acrescido até 50%, desde que o acréscimo resulte de aplicação, de forma geral por parte da entidade empregadora, de instrumento de regulação colectiva de trabalho.

5 - Constituem base de incidência contributiva, além das prestações a que se referem os números anteriores, todas as que sejam atribuídas ao trabalhador, com carácter de regularidade, em dinheiro ou em espécie, directa ou indirectamente como contrapartida da prestação do trabalho.

2 - Artigo 48.º Valores excluídos da base de incidência

Não integram a base de incidência contributiva, designadamente:

- a) Os valores compensatórios pela não concessão de férias ou de dias de folga;
- b) As importâncias atribuídas a título de complemento de prestações do regime geral de segurança social;
- c) Os subsídios concedidos a trabalhadores para compensação de encargos familiares, nomeadamente os relativos à frequência de creches, jardins-de-infância, estabelecimentos de educação, lares de idosos e outros serviços ou estabelecimentos de apoio social;
- d) Os subsídios eventuais destinados ao pagamento de despesas com assistência médica e medicamentosa do trabalhador e seus familiares;
- e) Os valores correspondentes a subsídios de férias, de Natal e outros análogos relativos a bases de incidência convencionais;
- f) Os valores das refeições tomadas pelos trabalhadores em refeitórios das respectivas entidades empregadoras;
- g) As importâncias atribuídas ao trabalhador a título de indemnização, por força de declaração judicial da ilicitude do despedimento;
- h) A compensação por cessação do contrato de trabalho no caso de despedimento colectivo, por extinção do posto de trabalho, por inadaptação, por não concessão de aviso prévio, por caducidade e por resolução por parte do trabalhador;
- i) A indemnização paga ao trabalhador pela cessação, antes de findo o prazo convencional, do contrato de trabalho a prazo;
- j) As importâncias referentes ao desconto concedido aos trabalhadores na aquisição de acções da própria entidade empregadora ou de sociedades dos grupos empresariais da entidade empregadora.

Colégios da Especialidade

Foram aprovados e publicados os critérios de admissão à subespecialidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, os critérios de idoneidade da instituição formadora relativamente ao curso de especialização em Saúde Pública, e a grelha classificativa para avaliação do exame de saída da especialidade de Radiologia.

Reproduzimos em seguida apenas resumos que devem ser complementados no site nacional, na área dedicada a cada um dos Colégios, onde pode ser consultada informação adicional, check-lists dos documentos a incluir, modelos de requerimento, etc..

Subespecialidade em Cuidados Intensivos Pediátricos

Poderão candidatar-se ao título de Subespecialista em Cuidados Intensivos Pediátricos os médicos especialistas em Pediatria que cumpram as seguintes condições:

- a) Apresentação curricular que demonstre o exercício profissional efectivo e contínuo por mais de 3 anos, disponibilizando pelo menos 75% do seu horário semanal numa Unidade/Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos polivalente.
- b) Este período formativo de-

verá ter ocorrido em Unidade/Serviço(s) com um movimento anual superior a 200 doentes e pelo menos 50 doentes ventilados, variedade de patologias médicas, cirúrgicas, oncológicas e traumatológicas.

- c) Ter actividade de formação médica de actualização ou aperfeiçoamento de competências, em diferentes áreas dos cuidados intensivos pediátricos, nomeadamente em cursos de suporte avançado de vida pediátrico, trauma, diálise, ventilação mecânica, ou outros relevantes para a subespecialidade, ministradas por organismo certificado ou acreditado. Ter actividade regular de investigação clínica aplicada com publicação ou apresentação pública de trabalhos.

- d) Documento do Director de Serviço/Coordenador de Unidade que ateste a sua formação e a sua capacidade científica e técnica para o exercício autónomo de medicina intensiva pediátrica.

- e) Após a análise curricular os candidatos aprovados realizarão uma prova final (teste de resposta múltipla) de titulação em medicina intensiva pediátrica.

- f) Da aprovação desta prova dependerá a obtenção do título de subespecialista em Cuidados Intensivos Pediátricos. (condições completas disponíveis no site nacional)

Especialidade de Saúde Pública

Compete à Ordem dos Médicos a definição e explicitação dos critérios de idoneidade a que deve obedecer uma instituição formadora para que sejam alcançados os objectivos de conhecimento e desempenho do respectivo programa de formação para cada um dos estágios que dão corpo a esse programa. Foi homologado em CNE e publicado no site nacional um documento que tem como finalidade definir e detalhar os cri-

térios e os termos de referência que devem nortear as instituições portuguesas interessadas em assumir a responsabilidade por ministrar um dos estágios obrigatórios do programa de formação do Internato Médico de Saúde Pública, designado no Programa de Formação (aprovado pela Portaria n.º 47/2011, de

26 de Janeiro) por Curso de Especialização em Saúde Pública.

Especialidade de Radiologia

Foi elaborada pela direcção do Colégio e homologada em Conselho Nacional executivo a

grelha de avaliação final do internato da especialidade de Radiologia, a qual está disponível para *download* no site nacional.



www.ordemdosmedicos.pt
O portal oficial da OM



Referenciação para a Medicina Física no Ambulatório - que critérios?

Divulgamos em seguida a posição da direcção do Colégio de Medicina Física e de Reabilitação sobre o processo de referenciação para a Medicina Física e de Reabilitação de ambulatório. Neste documento, o Colégio da Especialidade de MFR retira a colaboração à ACSS por estar a implementar um modelo de referenciação a que falta consistência e validação científica que está a originar uma incorreta adequação das necessidades dos cuidados de reabilitação nas diversas situações clínicas, com prejuízo evidente para o processo de reabilitação dos doentes.

A Medicina Física e de Reabilitação (MFR) é uma especialidade transversal a várias áreas da Medicina e também a vários níveis de cuidados médicos, desde as áreas de internamento em centros de reabilitação especializados aos cuidados domiciliários, passando por uma prestação de grande prevalência na área do ambulatório. A rede de cuidados de ambulatório, resultante da insuficiência de meios nos cuidados hospitalares, expandiu-se proporcionando cuidados de proximidade através das clínicas privadas de MFR, que numa percentagem significativa são convencionadas, e têm contribuído para complementar o ambulatório dos Hospitais.

Nos últimos anos, assente numa visão transversal de restrição financeira, tem-se assistido a uma progressiva dificuldade no acesso aos cuidados de MFR no ambulatório, essencialmente face a um cli-

ma de contenção de gastos nos cuidados de saúde primários, assim como ao progressivo incremento das taxas moderadoras, levando a uma diminuição da referenciação para a prestação de cuidados convencionados. Estas circunstâncias têm evidenciado grandes assimetrias regionais, assistindo-se à criação de "modelos locais de referenciação", mais ou menos impostos e sem qualquer tipo de validação científica ou institucional e apenas com a pretensão de introduzir limites respondendo a motivos meramente economicistas.

Também a Portaria nº 142-B/2012 de 15 de Maio, que limita a autorização de transporte para Medicina Física e Reabilitação a 120 dias, podendo, "*em situações excepcionais devidamente justificadas pelo médico assistente, previamente avaliadas e caso a caso ser autorizada uma extensão do transporte*", limitou o acesso à MFR a doentes com patologias de carác-

ter permanente e/ou progressivo associadas a défices funcionais tão marcados e importantes como no caso de muitos distúrbios neurológicos, nomeadamente portadores de sequelas de Distrofia Muscular, Esclerose Múltipla, Lesões Vertebro-medulares, Traumatismos Crânio-encefálicos, Acidentes Vasculares Cerebrais, entre outros. Os 120 dias são ainda mais limitativos pois são contabilizados seguidos e sem atender a intercorrências que podem impedir o utente de comparecer a tratamento a partir do primeiro dia de transporte.

À medida que a Direcção do Colégio de MFR foi tendo conhecimento destas situações, lesivas para o processo de reabilitação dos doentes, foi alertando as entidades competentes, nomeadamente a ACSS, disponibilizando-se através da Ordem dos Médicos para colaborar com a tutela, tal como

já tinha colaborado com a DGS na elaboração das Normas de Orientação Clínica (NOC), numa reflexão sobre a referência para MFR com critérios e bases científicas de âmbito nacional, garantindo a equidade de acesso a todos os utentes, independentemente da sua localização geográfica.

Sem o envolvimento ou colaboração da Ordem dos Médicos, a ACSS construiu um modelo de referência para a MFR no ambulatório, inovador mas sem a clara sustentação ou validação clínica e científica. Pretensamente terá seguido um caminho próprio e em nada semelhante ao conhecido noutros países, nomeadamente na Europa, tendo apenas na fase final da sua programação solicitado colaboração à Direcção do Colégio de MFR para, a par dum painel de peritos escolhidos pela própria ACSS, realizar a agregação de atos e tempos de tratamento de cuidados de MFR no ambulatório.

Todavia, quando fomos solicitados, optámos por colaborar com o sentido de responsabilidade de estar a contribuir para uma melhor adequação dos cuidados de reabilitação no ambulatório mas,

ao longo do desenrolar do processo, verificámos que a metodologia empregue auferia, na sua concepção de base, de princípios que não eram compatíveis com um processo que se pretende rigoroso, dinâmico e equitativo, respeitando simultaneamente as boas práticas médico-científicas. Esta constatação deriva desde logo da agregação de grupos de patologias não homogéneas e da definição de perfis de complexidade de doentes, independentemente dos perfis de complexidade de intervenção da reabilitação.

A falta de consistência e validação científica deste modelo refletiu-se de forma evidente na disparidade dos resultados individuais de cada um dos peritos, espelhando a incoerência e inadequação do modelo proposto e metodologias utilizadas levando, por conseguinte, a uma incorreta adequação das necessidades dos cuidados de reabilitação nas diversas situações clínicas e com prejuízo evidente para o processo de reabilitação dos doentes.

A ser assim a Direcção do Colégio de MFR, com o apoio da Ordem dos Médicos, decidiu não manter

a colaboração com a ACSS.

Embora esteja ciente da necessidade de uniformizar e alterar o modelo de referência dos cuidados de MFR no ambulatório no sentido de diferenciar a actuação clínica da MFR, particularmente no que é efectivamente indispensável e necessário, esta Direcção pensa que o modelo que a ACSS pretende instituir não cumpre estes princípios, por não defender o utente e não dignificar o prestador de cuidados de MFR.

O Colégio de MFR irá manter na sua Direcção uma reflexão sobre as metodologias e critérios de referência em MFR no ambulatório, estudando e analisando os modelos implementados noutros países europeus que possam servir de base à actuação dos médicos referenciadores e prestadores dos cuidados de MFR, respeitando as boas práticas e normas de orientação clínica, salvaguardando a acessibilidade a este tipo de cuidados e cumprindo simultaneamente princípios de acessibilidade, equidade, qualidade, eficiência e sustentabilidade nos cuidados ambulatoriais em MFR.

Comunicado do Colégio da especialidade de MGF

Divulgamos em seguida o comunicado do Colégio de MGF emitido em resultado do «aumento irresponsável e muito significativo das capacidades formativas especialmente as que foram impostas, de modo autocrático e intoleravelmente autoritário pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, indo contra as indicações da Coordenação do Internato de MGF da ARSLVT».

«O Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF) da Ordem dos Médicos, que mantém um excelente relacionamento com todas as Coordenações do Internato de MGF e quer continuar a mantê-lo, não pondo em causa a boa vontade destas em colaborar com o Ministério da Saúde na atribuição de mais capacidades formativas, para além das propostas pelo Colégio para o ano de 2014, considera-se no direito e dever de se demarcar da perda da qualidade formativa do internato de MGF de 2014, perante o aumento irresponsável e muito significativo das capacidades formativas especialmente as que foram impostas, de modo autocrático e intoleravelmente autoritário pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, indo contra as indicações da Coordenação do Internato de MGF da ARSLVT, ultrapassando claramente as suas competências legais e criando sérios problemas de exequibilidade do internato e

de garantia da qualidade técnico-científica, imprescindível num processo desta natureza que, pelas suas características, se exige responsável e idóneo. O Colégio de MGF lembra ainda que no atual REGULAMENTO DO INTERNA-TO MÉDICO, plasmado na Portaria n.º 251 / 2011 de 24 de junho, Artigo 37.º, ponto 3, refere que “Para cada local de formação a Ordem dos Médicos remete ao CNIM, até ao dia 15 de Junho de cada ano, o número máximo de médicos internos que cada local de formação pode receber para o ano seguinte.” Não vamos prescindir desta prerrogativa, favorecendo e encobrendo políticas de saúde desastradas. O Colégio de MGF, num processo que não se contempla com decisões, que ainda que eventualmente legítimas face a pressupostos a que somos totalmente alheios, alerta desde já que irá verificar os locais de formação onde forem colocados esses internos, no sentido de verificar e garantir a existência da sua efetiva ido-

neidade como locais de formação para especialistas em MGF, bem como inteirar-se junto das Unidades Hospitalares onde esses internos possam realizar os seus estágios, da sua capacidade de garantir o cumprimento do Programa de Formação de MGF em vigor.

Não poderão o Colégio de MGF e a Ordem dos Médicos serem coniventes com medidas prepotentes que, a concretizarem-se, levem à destruição do edifício formativo da especialidade de Medicina Geral e Familiar, que já provou contribuir para uma Medicina de proximidade, mais custo-efetiva, com reconhecido impacto nos indicadores de saúde e na qualidade de vida dos Cidadãos.

O Colégio de MGF será particularmente incisivo nesta matéria, nuclear a toda a ação da Ordem dos Médicos e de transcendente importância para a Qualidade da Saúde em Portugal.

Porto, 1 de dezembro de 2013
A Direção do Colégio»



Rosa Maria Meunier Gouveia de Jesus

Vogal do Conselho Disciplinar Regional do Sul da OM

Do direito de recusa de assistência e do dever de sigilo profissional

O caso apresentado nesta edição, e que foi alvo de apreciação pelo Conselho Disciplinar Regional do Sul da Ordem dos Médicos que elaborou este texto, refere-se à recusa de um médico em continuar a prestar assistência a um doente em resultado de ter sido assediado sexualmente de forma reiterada.

Segundo o artigo 31º do Código Deontológico dos Médicos de 2009, o médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance.

Isso não significa que ele seja sempre obrigado a prestar assistência a qualquer doente que solicite os seus serviços, visto o médico gozar, nos termos do artigo 41º nº 1 do mesmo Código, do direito de se recusar a prestar assistência a um novo doente, só assim não sendo quando este se encontrar em perigo iminente de vida ou não existir outro médico de qualificação equivalente a quem o doente possa recorrer.

Para além disso, nos termos do nº 2 do mesmo preceito, o médico também tem o direito de se recusar a continuar a prestar assistência a quem já era seu doente, desde que não haja prejuízo para este último, nomeadamente por lhe ser possível assegurar assistência por médico de

qualificação equivalente, e desde que o médico tenha fornecido os esclarecimentos necessários para a regular continuidade do tratamento e, se for caso disso, tenha advertido o doente ou a família com a antecedência necessária a assegurar a substituição.

Acresce que, por força do artigo 42º do Código Deontológico, o médico pode também recusar qualquer acto ou exame cuja indicação clínica lhe pareça mal fundamentada.

Já no que respeita ao dever de sigilo profissional, diz o artigo 85.º do Código Deontológico dos Médicos que o segredo médico é condição essencial ao relacionamento médico-doente, assenta no interesse moral, social, profissional e ético, que pressupõe e permite uma base de verdade e de mútua confiança.

Acrescenta o artigo 86º do mesmo Código que a obrigação de segredo médico existe, quer o serviço solicitado tenha ou não sido prestado e quer seja ou não

remunerado, e que o segredo abrange todos os factos que tenham chegado ao conhecimento do médico no exercício da sua profissão ou por causa dela e compreende especialmente:

- a) Os factos revelados directamente pela pessoa, por outrem a seu pedido ou por terceiro com quem tenha contactado durante a prestação de cuidados ou por causa dela;
- b) Os factos apercebidos pelo médico, provenientes ou não da observação clínica do doente ou de terceiros;
- c) Os factos resultantes do conhecimento dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica referentes ao doente;
- d) Os factos comunicados por outro médico ou profissional de saúde, obrigado, quanto aos mesmos, a segredo.

Dito isto, vamos seguidamente transcrever um Relatório Final do Conselho Disciplinar Regional do Sul, expurgado dos elementos que identificam as pessoas envol-

vidas, que ilustra na prática o que acabámos de dizer, relativamente ao direito de recusa de assistência e ao dever imperativo de respeitar o segredo médico.

Para concluir – e numa derradeira tentativa para despertar o interesse dos leitores mais renitentes –, chamamos a atenção para o facto de que a principal razão que levou o médico participado a recusar-se a continuar a prestar assistência ao filho da participante, teve a ver com o facto de este o ter assediado sexualmente de forma reiterada, ou seja, uma situação inversa àquela com que os Conselhos Disciplinares são por vezes (felizmente muito poucas) confrontados...

Processo de Averiguação Sumária Nº

PROPOSTA DE ARQUIVAMENTO

1. Neste processo a Senhora D. queixa-se da assistência prestada ao seu filho pelo médico Dr.

2. Na sua participação, a queixosa diz o seguinte – e passamos a transcrever os trechos mais significativos:

“.....O meu filho cujo nome está expresso no recibo e na guia de tratamento que se junta (doc. nº 1 e doc. nº 2), que apesar de já ser maior, com ... anos, mas que padece de doença de foro psicológico, desde os últimos três anos foi assistido com consultas periódicas pelo Sr. Dr. acima referido, estando a ser medicamentado conforme está no doc. nº 2, foi no dia ... do mês...do ano em curso a uma consulta.

Como na guia e tratamento não estava referido qual a dosagem ou se tinha sido alterada, e como meu filho apresentava sinais de grande agitação, tanto no trabalho (que fui aler-

tada pelo responsável do setor onde ele trabalha), como no seio familiar, resolvi ligar para o referido consultório para poder pedir instruções ao Sr. Dr....., dado que o doente não estava em condições psicológicas para o fazer, se a dosagem era a que ele lhe receitou na penúltima consulta ou se teria que ser alterada, dado que a situação estava a ser complicada e ele tinha tido consulta há pouco tempo.

(Na guia de tratamento não foi mencionada a dosagem conforme se pode verificar no doc. nº 2)

Uma semana depois, mais ou menos por volta das 15 horas, liguei para consultório acima referido e fui atendida pela assistente do Sr. Dr....., que me informou que o Sr. Dr. já não era médico do doente em questão e que não marcava mais consultas para aquele doente, (fiquei estupefacta, pois nem o doente nem eu fomos informados de tal situação), ordens expressas do Sr. Dr., e que de momento não me passava a chamada porque o Dr. estava ocupado, quando estivesse disponível, que lhe perguntava se ele queria falar comigo.

Como no final do dia não obtive resposta ao solicitado, liguei novamente e a Sra. Dª...informou-me que o Dr. não queria falar comigo e que perguntasse ao doente o que se tinha passado no consultório.

Perguntei ao meu filho o que se passou no consultório, ele referiu que apenas disse que uma mãe entrou com o filho e eu quando lá ia, não podia entrar porque o Sr. Dr. não deixava. A Sra. D. disse que aquela mãe acompanhava o filho porque ele era esquizofrénico.

Assim o médico violou o Código Deontológico, nomeadamente em:

Artigo 6.º

(Proibição de discriminação)

O médico deve prestar a sua atividade profissional sem qualquer forma de discriminação.

Artigo 41.º

(Direito de recusa de assistência)

1. O médico pode recusar-se a prestar assistência a um doente, exceto quando este se encontrar em perigo iminente de vida ou não existir outro médico de qualificação equivalente a quem o doente possa recorrer.

2. O médico pode recusar-se a continuar a prestar assistência a um doente quando se verifiquem cumulativamente os seguintes requisitos:

a) Não haja prejuízo para o doente, nomeadamente por lhe ser possível assegurar assistência por médico de qualificação equivalente;

b) Tenha fornecido os esclarecimentos necessários para a regular continuidade do tratamento;

c) Tenha advertido o doente ou a família com a antecedência necessária para assegurar a substituição.

3. A incapacidade para controlar a doença não justifica o abandono do doente.

(Está bem claro que foram violadas as alíneas a), b) e c), dado que o doente nem os familiares foram informados de tal situação, nem encaminhados nem foram prestados os esclarecimentos necessários para a continuidade do tratamento nem a dosagem foi mencionada na guia de tratamento.

Artigo 85.º

(Princípio geral)

O segredo médico é condição essencial ao relacionamento médico-doente, assenta no interesse moral, social, profissional e ético, que pressupõe e permite uma base de verdade e de mútua confiança.

Artigo 100.º

(Processo clínico, ficha clínica e exames complementares)

1. O médico, seja qual for o enquadramento da sua ação profissional, deve registar cuidadosamente os resultados que considere relevantes das observações clínicas dos doentes a seu cargo, conservando-os ao abrigo de qualquer indiscrição, de acordo

com as normas do segredo médico.

(É de salientar que a sua assistente revela as doenças dos pacientes, violando o segredo médico)

Se for necessário, estou disponível para prestar as devidas declarações pessoalmente na Ordem dos Médicos.

Pelos factos acima mencionados espero que o referido médico seja penalizado, pois ele com a atitude que já referenciei, violou a Ética Médica, violou vários Códigos Deontológicos, revelando um desrespeito total pelo ser humano, pelas pessoas que sofrem, tanto para com os doentes como com os seus familiares.

Mais informo que vai ser dado conhecimento desta situação à IGAS (Inspeção-Geral de Atividades em Saúde”.

(estivemos a transcrever a participação – fls. dos autos)

3. Tendo sido solicitados esclarecimentos ao médico participado, veio este declarar o seguinte – e passamos a transcrever:

“Em resposta à queixa apresentada pela Sra. D....., cumpre-me informar V. Exa. do seguinte:

1. O doente foi seguido por mim em consulta de psiquiatria, de forma muito irregular, desde 2008, com o diagnóstico psiquiátrico de perturbação obsessivo-compulsiva (DSM IV 300.3). Neste caso as compulsões estavam dirigidas para a prática masturbatória e para o consumo de pornografia, designadamente através das linhas telefónicas eróticas. Além disso, o doente frequentava a prostituição masculina de forma regular.

2. A homossexualidade não era assumida socialmente pelo doente, nem tão-pouco ao nível familiar, conduzindo a uma grande ansiedade e culpabilidade, expressa por períodos intermitentes de grande instabilidade emocional.

3. A homossexualidade, a prática

masturbatória compulsiva, o consumo de pornografia e a frequência de prostituição masculina, foram sempre ocultadas à família e a informação fornecida sobre esta matéria ficou dentro do âmbito do sigilo profissional, a pedido do próprio.

4. Apesar de a mãe do doente ter tentado, por diversas vezes, invadir o espaço terapêutico e obter informações pormenorizadas sobre a situação clínica do doente (pessoalmente e através de contacto telefónico), a verdade é que nunca foi transmitida qualquer informação desta natureza por mim (nem tão-pouco pela assistente administrativa que desconhece a situação clínica). Para além de respeitar a vontade expressa do doente, esta era uma matéria melindrosa e muito sensível.

5. No dia .../.../..., na sequência de uma consulta, o doente assediou-me sexualmente, oferecendo-se para me fazer sexo oral durante a consulta. De forma assertiva, disse-lhe que aquele era um espaço de consulta médica e que a sua proposta era desadequada e inadmissível. Apesar da minha advertência, o doente perseverou no assédio sexual, tendo sido obrigado, perante a sua insistência, a terminar a consulta, informando-o que já não havia condições para continuar a ser o seu psiquiatra assistente. Aconselhei-o a procurar outro colega da especialidade. Independentemente da mudança de psiquiatra assistente, reafirmei que aquela atitude, de assédio sexual, não deveria voltar a repetir-se, comigo ou com outro colega que o viesse a seguir.

6. A mãe do doente, num contacto telefónico efectuado para o meu consultório, mostrou-se bastante indignada com a minha indisponibilidade para dar continuidade ao seguimento psiquiátrico do filho, e pediu-me explicações para esse facto. Foi-lhe respondido que não lhas poderia dar e que o filho sabia o motivo pelo qual me levou a tomar a decisão de cancel-

lar definitivamente o meu seguimento psiquiátrico.

Em suma, refuto qualquer acusação de violação do código deontológico; pelo contrário: neste caso defendi o sigilo profissional a que estava obrigado. Fui vítima de assédio sexual, por parte do doente, e terminei a relação terapêutica, como seria óbvio numa situação desta natureza. Apesar da incompreensão da mãe para o sucedido, expressa nesta queixa à Ordem dos Médicos, mantive o sigilo profissional, tal como estou obrigado deontologicamente.

O médico, quando não obtém o consentimento do doente para facultar informação sigilosa à sua família e, quando não está em risco a sua própria vida ou de terceiros (como é o caso), quando a informação clínica é sensível, melindrosa, e a sua divulgação poder afectar gravemente a sua saúde mental, deve respeitar a vontade expressa do doente, ainda que infelizmente gere incompreensão à família.

Por último, importa sublinhar que os médicos também são pessoas e têm o direito de, como qualquer cidadão, serem respeitados, no exercício da sua profissão, pelos seus doentes”.

(estivemos a transcrever a resposta do médico participado – fls. dos autos)

4. Tomando posição, a Relatora do presente processo considera razoáveis e convincentes as explicações dadas pelo médico participado, sendo evidente que, face à conduta do doente, ele tinha o direito – e diremos, até mesmo o dever – de se recusar a continuar a assisti-lo, não só porque não tinha que se sujeitar ao assédio do doente, como também pelo facto de que, por força daquelas circunstâncias, tinha ficado prejudicada a sua capacidade para assistir convenientemente o doente.

5. Acresce que a mãe do doente não é a sua representante legal, não tendo legitimidade para se queixar em nome deste, tendo por isso o médico participado agido correctamente ao respeitar o segredo profissional e ao não explicar à participante por que razão se tinha recusado a continuar a assistir o seu filho, sendo certo que a este o médico explicou cabalmente, contrariamente ao que alega a queixosa, quais as razões pelas quais se recusava a continuar-lhe a prestar assistência.

6. Com efeito, nos termos do artigo 85º do Código Deontológico dos Médicos, acima transcrito, o segredo médico é condição essencial ao rela-

cionamento médico-doente, assentando no interesse moral, social, profissional e ético que pressupõe e permite uma base de verdade e de mútua confiança, sendo de louvar a conduta do médico participado que, apesar de ter sido confrontado com as queixas injustas da participante, não caiu na tentação de quebrar o sigilo profissional, optando por agir exclusivamente no interesse do doente ao salvaguardar a intimidade da sua vida privada, tal como este lhe tinha expressamente solicitado.

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

não existirem indícios da prática de uma qualquer infracção técnico-deontológica.

8. Para concluir, tendo em conta a estrita necessidade de salvaguardar o segredo profissional, bem como a intimidade da vida privada do doente - indo desse modo ao encontro da preocupação do próprio participado - propomos que a versão da proposta de arquivamento a enviar à participante seja expurgada dos trechos da resposta do médico que devam obrigatoriamente ser mantidos em sigilo.

Lisboa, de 2013

A RELATORA

Rosa Gouveia



Amândio Martins Santana (1945-2013)

Morreu o Amândio Santana. Colega dedicado e sempre disponível, amigo fiel, companheiro empenhado. Morreu após doença prolongada que gerou sofrimento, que ele estoicamente suportou. Está agora em paz, na Eternidade. À família e aos amigos próximos exprimimos os nossos sentimentos. E aqui lhe prestamos a nossa justa e sentida homenagem.

O Amândio era membro Secretário do Conselho Disciplinar Regional do Sul e até poder foi membro do Conselho Nacional de Disciplina da Ordem dos Médicos. No CDRS, enquanto pôde, trabalhou muito e teve acção meritória em toda a actividade do Conselho. Era pessoa assisada, prudente e sensata, com grande sentido de justiça. E era uma presença amiga e alegre, gerando bom ambiente. Sentimos muito a sua falta e unanimemente lhe dedicámos um voto de louvor, registado em Acta.

Mas o Amândio, para além da sua acção na Ordem dos Médicos, sendo especializado em Medicina Interna e em Medicina Farmacêutica, teve uma carreira distinta, de trabalho e de devoção à Medicina e às instituições em que trabalhou, seja em Hospitais ou outros estabelecimentos de assistência, seja em Laboratórios da Indústria Farmacêutica. Tendo terminado a carreira oficial como director do Serviço de Medicina do Hospital Militar Principal, onde tivemos uma estreita colaboração, continuou a sua actividade hospitalar como médico assistente do Hospital de S. Louis, onde reforçámos essa colaboração. O Amândio foi meu médico assistente, do meu Pai e da minha Mãe, e isso diz da enorme confiança que ele me merecia e da admiração e amizade que tinha por ele.

Manuel Mendes Silva

Presidente do Conselho Disciplinar Regional Sul



75 anos a defender
a Qualidade da Medicina
Portuguesa



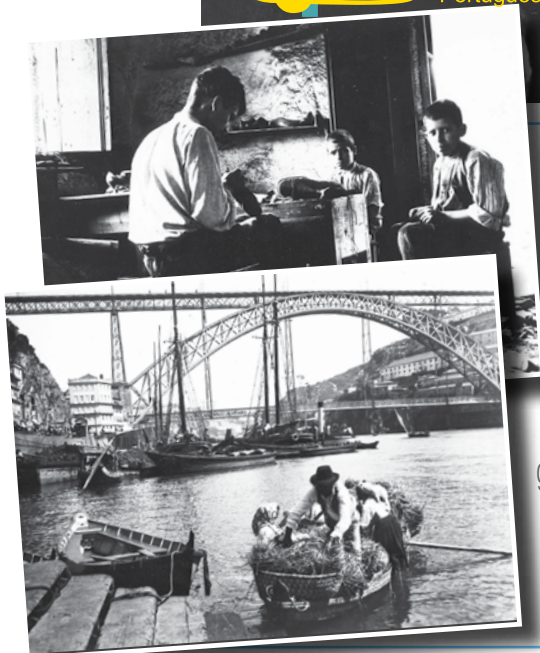
“Jorge Marçal da Silva; cem fotografias de Portugal há cem anos”

No âmbito das comemorações dos 75 anos da Ordem dos Médicos, a instituição editou a obra “Jorge Marçal da Silva; cem fotografias de Portugal há cem anos”, da autoria de Manuel Mendes Silva. Trata-se de um testemunho histórico que assume a forma de um livro de fotografia. O lançamento da obra decorreu no passado dia 13 de Novembro, perante um auditório com lotação esgotada, num dia em que ao prestar homenagem ao médico Jorge Marçal da Silva, se enaltecera simultaneamente os valores que a OM representa desde há 75 anos.

A abertura da sessão ficou a cargo de Manuel Mendes Silva, médico urologista e autor do livro que presta homenagem ao seu avô, o médico Jorge Marçal da Silva, ao partilhar uma pequena parte do seu espólio fotográfico: «Quem foi Jorge Marçal da Silva, meu avô paterno? Foi Médico-cirurgião hábil e inteligente, ilustre. Homem de cultura, fotógrafo amador, melómano. Homem bom, humanista, benemérito. Homem de família e de amigos, dos mais e dos menos íntimos». Um homem que «não passou pela vida sem deixar marca, sinal do seu percurso! Dele existem registos nos Hospitais, em jornais (*Cirurgiões do início do Séc XX*, Luiz Damas Mora), publicações (*Tese ‘Feridas no Coração’*). Dele existem recordações em posse da família, cartas, cartões (*pedidos, agradecimentos*), documentos,

recibos, objectos pessoais e profissionais, instrumentos cirúrgicos, esqueleto (médicos da família, tio Manuel Mendes Silva, primo Luís Silva Ribeiro, eu e prima Isabel Silva Ribeiro), livros, atestados, certidões, etc.» Num «tempo em que tudo se guardava e havia espaço e tempo para tal» a família Mendes Silva honrou o avô Jorge Marçal da Silva, conservando carinhosamente todos estes testemunhos documentais da sua passagem por este mundo e não apenas pela medicina, mas em todas as suas dimensões: «dele existem programas de ópera, registos de assinantes e de récitas no Teatro de S. Carlos (que foram doados ao TNSC), discos, guitarra», e a cada pesquisa para o livro, realizada pelo autor, Manuel Mendes Silva, mais pormenores de um homem versátil e interessante se foram descobrindo: «Só há mui-

to pouco tempo é que soube que o meu avô tocava guitarra!» Mas, entre as muitas facetas do médico-cirurgião Jorge Marçal da Silva, uma capta a nossa atenção pelo registo de excelência que encontramos nas fotografias, tiradas e reveladas por ele, num «espólio fotográfico de cerca de 2.000 negativos e positivos em vidro, todos titulados e numerados e arrumados em gavetinhas -, quer dos Hospitais onde trabalhou, S. José e D. Estefânia, quer com retratos de inúmeras pessoas, ofícios, cenas e locais das numerosas viagens que fez pelo país», numa demonstração de um amor singular à arte fotográfica e de um espírito metódico e minucioso de quem cuida, como está na génese do que é ser médico. Há pouco mais de um ano, Manuel Mendes Silva teve acesso a parte das fotografias do seu avô (existem muitas



Joshua Ruah, José Manuel Silva e Manuel Mendes Silva



outras, que estavam em posse de outros familiares e que estão agora a ser visualizadas e digitalizadas) e decidiu que tinham de ser divulgadas. Organizado esse primeiro material, foram feitas exposições na OM Sul e Norte. No próprio dia da inauguração da exposição em Lisboa o Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos sugeriu que se editasse um livro, sugestão essa que foi corroborada por muitos das centenas de visitantes das duas exposições e cuja ideia foi apoiada pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos que reconheceu o valor histórico, o mérito e o talento, do ponto de vista técnico e artístico, deste valioso registo fotográfico de uma época e quis fazer desta edição parte integrante das comemorações dos 75 anos da instituição. O autor fez questão de agradecer à família, «toda a família de Jorge Marçal da Silva: meu pai, tios, primos, de 1º e 2º grau, uma referência à minha mãe, que a última vez que saiu de casa foi para vir ver a exposição, agradecimentos à minha mulher Isabel, aos filhos, à minha irmã Francisca». Aos netos fez questão de não agradecer mas antes dedicar-lhes o livro. Manuel Mendes Silva realçou ainda os autores dos textos que incorporam o livro (Baltazar Caeiro, Vítor Machado Borges, João Taborda e José Manuel Silva), o apresentador da

obra, Joshua Ruah («colega e amigo de há longa data, personalidade de cultura, artista, fotógrafo, neto do fotógrafo padrão da época, Benoliel»), a Ordem dos Médicos felicitando a instituição pelos seus 75 anos, o Núcleo de História da Medicina da OM, o departamento editorial e algumas instituições que, de uma forma ou de outra, se associaram ou incentivaram este projecto: Lidel, Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa, SOPEAM, Fundação Casa de Macau e ACMP. A sua intervenção terminou com uma referência à Acreditar, Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro, «instituição de solidariedade de causa tão nobre, que tanto me sensibiliza, a quem será doada toda a receita».

O resultado cirúrgico nunca dependerá do melhor *robot* cirúrgico mas da qualidade de quem o utiliza...

Joshua Ruah foi o apresentador de uma obra da qual faz uma apreciação muito positiva, «não só pela excelente qualidade técnica (das fotografias) para a época, mas também pelo documento que são deste Portugal que já passou». Um livro que definiu como «fantástico» pois «quem souber de fotografia sabe que este resultado é muito difícil de conseguir». «Este livro não tem muito para apresentar mas muitís-

simo para ver», referiu, frisando o facto de Jorge Marçal da Silva «transbordar, mesmo após um século, para o actual observador uma rara sensibilidade de amor pelas gentes e pelas paisagens». Um livro que «é, em primeiro lugar, um importante documento histórico» e que nos traz «um múltiplo olhar» sobre «um ilustre cirurgião, o Dr. Jorge Marçal da Silva e não menos ilustre fotógrafo». Realçando precisamente o valor histórico deste documento, Joshua Ruah afirma: «destas cem fotografias, extraídas de um acervo de mais de duas mil, já poderemos colher dados sociológicos, urbanísticos e até da medicina de há um século. Atrever-me-ia sugerir que um arquivo desta importância deveria ser posto ao cuidado de conservação e digitalização do Arquivo Nacional de Fotografia, porque assim, preservando a sua qualidade, permitirá também facilitar a sua consulta». Um arquivo que tem o «olhar próprio de um grande artista fotográfico que foi o Dr. Marçal da Silva» e cuja «qualidade técnica conseguida há um século, sabendo da câmaras existentes e vendo a fotografia do laboratório usado» não pode deixar de espantar o observador: «Mas... a fotografia não é apenas uma técnica, é sobretudo uma arte e neste caso o segredo esteve apenas no fotógrafo, o Dr. Marçal da Silva. Do saber técnico

Na 1ª fila: Netos de Manuel Mendes Silva
Na 2ª fila: Pereira Coelho, Maria do Sameiro Barroso, Victor Machado Borges, Clara Carneiro e Gentil Martins



e da qualidade do olhar, deste médico artista, resultaram as imagens que agora são publicadas». Numa apreciação da obra, Joshua Ruah referiu «a extraordinária gama de meios-tons conseguidos nas fotografias, dos sapateiros e dos garfeiros, apenas para citar algumas, utilizando apenas luz natural, são a demonstração absoluta das qualidades técnicas e sobretudo artísticas deste fantástico médico fotógrafo». Mas o artista não se

separa do médico: «com estas fotografias o Dr. Marçal da Silva dá-nos, também, uma enorme lição médica: com as disponibilidades tecnológicas que teve, conseguiu as fotografias apresentadas apenas, repito, pelas suas qualidades e daqui poderemos inferir, a tal lição médica, de que o resultado cirúrgico nunca dependerá do melhor *robot* cirúrgico mas da qualidade de quem o utiliza. Quem diz *robots* diz instrumentos cirúrgicos», frisou,

Dr. Manuel Mendes Silva: homenagem justa ao cirurgião e a seu avô, que se entregaram com devoção!

*Orgulho-me do seu convite,
caro e Amigo Manuel, prestigiado cirurgião!
Para o lançamento deste livro,
de homenagem Ao Senhor Seu Avô,
tive o palpite, que me iria convidar,
para folhear, ler e apreciar esta merecida obra!
É a homenagem justa, à inteira dedicação
Do Senhor Seu Avô!
O Meu Caro Amigo Manuel, tem, igualmente, mãos generosas,
apetece-me dizer: prodigiosas!
Quantas vezes ao extrair o mal, (o tumor),
faz esse acto com inteiro amor!
Merece, também, pois, a nossa gratidão,
porque o seu labor e de Seu Avô,
foram trabalho de inteira abnegação,
sempre o fizeram com total dedicação,
como se rezassem uma oração!
Os médicos interiorizam, sempre a coragem,
daí merecerem, sempre uma homenagem!
Entregam-se ao seu doente com inteira doação,
têm-no em suas mãos e no coração!*

Nota:

Poema oferecido a Manuel Mendes Silva por José Carneiro de Almeida (assessor de imprensa; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa) no dia do lançamento deste livro.

recordando as palavras de um professor: «quem souber operar, opera com quaisquer ferros, quem não souber, nem com os melhores». A terminar a sua intervenção, ficou uma palavra de agradecimento «ao velho amigo e colega Manuel Mendes Silva pela simples, mas valiosíssima, oportunidade que nos deu de conhecer a maravilhosa arte de um grande artista, o Dr. Jorge Marçal da Silva».

Uma lição de História, comovente pela sua sensibilidade

José Manuel Silva, presidente da Ordem dos Médicos, referiu «a honra de encerrar a sessão», entre amigos, realçando o facto de, o cargo de bastonário lhe ter permitido «situações de contacto único e intenso com todos os parceiros da Saúde, em especial os médicos e os doentes» o que lhe trouxe «momentos de especial satisfação e gratificação». «Um destes momentos especiais e de genuíno orgulho foi receber o honroso convite do Dr. Manuel Mendes Silva, que a Ordem me permitiu conhecer, admirar e respeitar, para escrever algumas breves palavras para o livro de fotografias do seu avô, o Dr. Jorge Marçal da Silva», frisou. Sobre as fotografias de Jorge Mar-





çal da Silva, explicou que «demonstram que viveu de forma intensa, ética e eclética» e que este médico, apesar do seu desaparecimento precoce, «não passou distraidamente pela vida: capturou a vida nas suas fotografias, que tornaram eternas as suas vivências e nos permitem ver, através dos seus olhos cultos, clínicos, perspicazes e artistas, o Portugal de há cem anos». Um trabalho «de uma impressionante qualidade, expressividade, eloquência e riqueza», que nos transporta para «um Portugal que já não existe, o país dos nossos avós» e que é «uma lição de História» que nos «comove pela sua sensibilidade, emoção, crueza e realismo». «Foi um imenso privilégio poder passear pela exposição em que alguns dos exemplares estiveram expostos em tamanho grande. Daí para a concretização deste livro foi um processo natural, quase obrigatório, que a todos entusiasmou. Ao acarinhar esta publicação, a Ordem dos Médicos engrandece-se ao prestar tributo a um respeitável e admirável Colega, que viveu antes mesmo da fundação da Ordem, homenageando a sua memória, a sua família e todos os médicos do seu tempo. Como a genética se transmite, pela pessoa que hoje é o seu neto, não temos dúvidas que o Dr. Jorge Marçal da Silva foi um grande Senhor de medicina e da cultura portuguesas», afirmou, expressando o desejo de, futuramente, podermos apreciar o espólio ainda reservado porque «os tesouros existem para serem vistos, admirados e respeitados», concluiu José Manuel Silva. O livro “Jorge Marçal da Silva; cem fotografias de Portugal há cem anos” pode ser adquirido nas instalações das três secções regionais da Ordem dos Médicos mas está igualmente disponível em diversas lojas FNAC, de norte a sul do país.

Acreditar: eficácia, discrição e transparência

No dia 16 de Dezembro foi feita a entrega simbólica do primeiro cheque à Acreditar, Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro, num valor superior a 2 mil euros. A entrega foi feita por Pereira Coelho, presidente do Conselho Regional do Sul da OM, a um representante da direcção da Acreditar, João Corrêa Nunes, na presença do autor da obra Manuel Mendes Silva. Pereira Coelho falou do «destino duplamente útil deste livro: por nos ser permitida a partilha do legado fotográfico de Jorge Marçal da Silva e por podermos ajudar uma associação de tanto mérito quanto a Acreditar». Já Manuel Mendes Silva explicou que se a venda de todos os seus livros tem revertido a favor da Acreditar, e que este, por maioria de razão, só poderia sê-lo igualmente: «para a família só havia um caminho: a obra tinha que ser a tradução da homenagem ao meu avô que foi sempre um benemérito», explicou, referindo igualmente a sua ligação emocional e admiração pelo trabalho desenvolvido pela Acreditar. João Corrêa Nunes explicou um pouco do percurso de 20 anos da Acreditar e de como, há duas décadas atrás, sentiu, na primeira pessoa, a necessidade de fazer algo para mudar o panorama dos hospitais portugueses: «as coisas eram muito diferentes e, apenas para dar um exemplo, um dia no IPO, estando eu e a minha mulher com a nossa filha mais velha, na altura com quatro anos, à espera para uma consulta, uma enfermeira perguntou-nos: ‘Brincar?! Mas não querem que ela se cure?!’». A consciência de que era preciso que as pessoas percebessem que não havia nada de incompatível entre brincar e tratar-se, foi o que lhes trouxe a certeza de que havia muito a melhorar e que os pais podiam - e deviam - ter um papel activo nessa mudança. «Incentivados por António Gentil Martins – que foi quem operou a minha filha – arrancámos com este movimento dentro da Liga Portuguesa contra o Cancro e algum tempo depois autonomizámo-nos». João Corrêa Nunes falou ainda da persistência necessária para criar, manter e desenvolver uma associação, especialmente quando se escolhe ‘o caminho menos percorrido’: a instituição sempre recusou usar na promoção do seu trabalho imagens de crianças e tem defendido uma postura discreta e transparente junto dos seus mecenas, com auditorias e relatórios de actividade enviados regularmente. A Acreditar tem, desde o primeiro momento, núcleos em Lisboa, Porto e Coimbra e possui casas de acolhimento em Lisboa, Coimbra e Funchal e vai iniciar em breve a construção de uma casa no Porto. A selecção das pessoas que são acolhidas nessas instalações é feita pelos Serviços Sociais do IPO. Em nome da associação, João Corrêa Nunes agradeceu ao autor, Manuel Mendes Silva, o facto de ter associado a Acreditar a um livro que é também «uma homenagem e que traduz uma memória familiar muito querida» e agradeceu à Ordem dos Médicos, na pessoa de Pereira Coelho, em representação do Bastonário da OM, o facto de, ao ter esta iniciativa de doar a receita das vendas, reconhecer o trabalho realizado pela Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro. Para mais informações sobre a associação: <http://www.acreditar.org.pt/>



João Corrêa Nunes, Pereira Coelho e Manuel Mendes Silva

Paulo Felicíssimo, Carlos Marques, Rui Alves, Palma dos Reis, Menezes da Silva e Pedro Coito (da esq. para a dta)



Reunião dos colégios das especialidades cirúrgicas

Por iniciativa do conselho directivo do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral, realizou-se no passado dia 5 de Dezembro uma reunião dos conselhos directivos dos colégios das especialidades cirúrgicas para analisar as questões relativas à formação de internos nestas áreas. Neste artigo damos conta das principais conclusões dessa reunião.

A reunião, que teve lugar no dia 5 de Dezembro de 2013, na sede da OM em Lisboa, contou com a presença dos presidentes dos conselhos directivos (CD) dos colégios das especialidades cirúrgicas. Estiveram presentes representantes dos Colégios de Cirurgia Geral (Pedro Coito e Menezes da Silva), Cirurgia Plástica e Reconstructiva (Victor Fernandes), Urologia (Palma dos Reis), Ginecologia/Obstetrícia (Carlos Marques), Cirurgia Pediátrica (Rui Alves) e Ortopedia (Paulo Felicíssimo). O representante do Colégio de Cirurgia Vascular não pôde estar presente.

Foram referidos os objetivos da reunião, realizada a pedido do CD do Colégio de Cirurgia Geral que, em resumo, têm a ver com a formação dos Internos das diferentes especialidades cirúrgicas. Foram abordados vários aspectos, nomeadamente a necessidade da rigorosa verificação da idoneidade dos Serviços para atribuição de vagas para o internato, a formação que é feita em hospitais privados e, embora não pondo em causa a capacidade dos colegas que neles

trabalham, a necessidade de conhecer a dinâmica dos Serviços em que é, ou poderá vir a ser feita, e as condições de oportunidades curriculares para os formandos. Foi também abordado o mapa de vagas para 2014, recentemente divulgado, tendo todos os intervenientes feito referência às pressões de que os CD dos Colégios são alvo, no sentido de atribuição de mais vagas.

No fim desta primeira reunião, que se deverá repetir trimestralmente, foram apresentadas as seguintes conclusões:

- 1) **Necessidade de uniformizar critérios relativos a múltiplos aspectos das diferentes especialidades cirúrgicas, nomeadamente os relacionados com a atribuição de idoneidade aos Serviços e com a capacidade desses Serviços para a formação de Internos de outras especialidades, sendo necessário definir as exigências de cada especialidade cirúrgica relativamente aos Internos de outra especialidade, quando realizam estágios parcelares;**
- 2) **Necessidade de avaliar as**

condições de formação em Serviços de hospitais privados, cabendo essa tarefa aos Conselhos Directivos dos Colégios, parecendo necessário, para que tal seja possível, que esses Serviços tenham uma estrutura e organização funcional idêntica à dos Serviços dos hospitais públicos, de forma que os Internos possam ter idênticas oportunidades curriculares;

3) **Oportunidade de se estudar a possibilidade da existência de um tronco comum de Cirurgia Geral para algumas especialidades cirúrgicas, nomeadamente as representadas nesta reunião, com duração a definir, que seria frequentado antes da escolha da especialidade pretendida.**

Tendo em conta a necessidade de analisar e discutir problemas comuns às especialidades cirúrgicas, no sentido de encontrar soluções para a formação dos respectivos Internos, todos os intervenientes consideraram de interesse e de grande utilidade a reunião realizada, tendo decidido que deverá ter continuidade no futuro, com periodicidade trimestral.

Dinamização da Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos

A Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos foi criada – e gerida durante vários anos – pelo saudoso professor Rolando Moisão. Com o seu desaparecimento a biblioteca ficou órfã e votada ao abandono. A ideia da criação do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, em 2009, nasceu na Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa tendo contado com a adesão entusiástica precisamente do Professor Rolando Moisão. Foi, portanto, com naturalidade que este Núcleo quis ajudar a recuperar o seu legado, propondo-se para a gestão da Biblioteca Histórica da OM, uma ideia prontamente acolhida e acarinhada pela actual direcção da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, nomeadamente nas pessoas do seu presidente, António Pereira Coelho e do vogal responsável pelas questões culturais, Nuno Banazol. Assim, a SRSul atribuiu ao Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos a gestão e dinamização da Biblioteca Histórica Câmara Pestana, sob coordenação do médico Victor Machado Borges.

No ano em que se comemoram os 75 anos da Ordem dos Médicos, a preservação da memória é uma temática incontornável. Mas, desde 2012, com a reactivação do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, que se preparava esta reorganização da Biblioteca Histórica. «A constatação do estado de abandono a que estava veta- da a Biblioteca, tornou chocante para mim o facto de estarmos a pôr em risco a conservação de um património importante quer para a OM quer para os

médicos», explicou-nos António Pereira Coelho, presidente do Conselho Regional do Sul (CRS) da OM. «O principal problema residia na ausência de responsabilização num grupo ou numa personalidade que assumisse, por determinação do CRS, o encargo de zelar pela organização, conservação e dinamização da Biblioteca». Foi assim que a proposta de coordenação da Biblioteca feita pelo médico Victor Machado Borges, da direcção do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, foi

recebida com entusiasmo. Nas reuniões preliminares estiveram presentes, além deste membro da direcção e fundador do NHMOM, o médico José Luís Doria, outro membro fundador da NHMOM e actual presidente da Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia, António Pereira Coelho, na qualidade de presidente do Conselho Regional do Sul e Nuno Banazol, vogal responsável pelas questões culturais do CRS. Foram determinadas as necessidades mais urgentes – organi-



zação de um inventário total, informatizado, que incluísse as 4700 obras que estão registadas e o espólio ainda não catalogado, levantamento das necessidades urgentes de conservação, organização e funcionamento para que a Biblioteca possa ser acessível para consulta, dinamização nomeadamente no que se refere à incorporação de futuras obras –, mas também se perspectivou o futuro com o planeamento da organização de exposições temáticas temporárias e o desenvolvimento de outros projectos que possam não só valorizar a Biblioteca mas também gerar receitas que revertam para a sua conservação, funcionamento e dinamização.

«No sentido da modernização e da facilitação da consulta, compreendemos a necessidade de adjudicação de recursos quer humanos quer tecnológicos», explica o presidente do Conselho Regional do Sul da OM, «além de termos indigitado a coordenação do Dr. Victor Machado Borges, do NHMOM, designamos um funcionário

da SRS para que se dedicasse, quase em exclusividade, ao acompanhamento das diligências a serem executadas. Deparou-se-nos a feliz circunstância de um dos elementos contratados durante este triénio possuir formação universitária que o habilitava a um conveniente desempenho destas funções» - o secretariado/gestão corrente da Biblioteca Histórica da OM, sob coordenação de Victor Machado Borges, foi assim entregue à funcionária Paula Fernandes que possui uma licenciatura em História pela Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa e um Mestrado em Museologia e Museografia pela Faculdade de Belas Artes da Universidade de Lisboa, que possui experiência em organização de bibliotecas.

«Pretendemos associar-nos ao NHMOM, destacando para a coordenação da Biblioteca Histórica um dos elementos da sua direcção, o que nos pareceu um processo natural, pois a conservação do acervo histórico da OM corresponde aos fundamentos da existência deste Núcleo. Esta é uma área pela qual a actual direcção tem muito carinho e que esperamos que tenha a devida continuidade no tempo», explicita António Pereira Coelho.

Sob proposta do coordenador, Victor Machado Borges, foi já adquirido pela SRS - e está a ser implementado - um programa informático de gestão de bibliotecas e documentação que possibilita a indexação e articulação com bibliotecas congéneres, a organização do espólio da Biblioteca e, posteriormente, a dinamização da mesma permitindo a pesquisa e posterior consulta das obras.

Direção do NHMOM numa das muitas conferências que têm realizado na biblioteca histórica da OM



Conforme refere o coordenador, «através da instalação – em curso - deste sistema informático, o trabalho a desenvolver desenrolar-se-á de forma a garantir a perpetuação do legado histórico, permitindo preservar a memória histórica da Biblioteca, da Instituição e de todos aqueles que colocaram à sua guarda espólios pessoais e obras da sua autoria». «A informatização de um trabalho já iniciado em anos anteriores – com o Professor Rolando Moisés - permitirá, com uma maior segurança, a centralização da informação relativa ao espólio

existente. Desta forma, a localização e consulta das obras por parte dos leitores que nos procurem poderá ser realizada de uma forma muito mais célere e eficaz», conclui Victor Machado Borges. O programa adquirido – biblio.net* – foi desenvolvido pela empresa especializada de software de gestão documental Biblisoft**. De realçar que a coordenação da Biblioteca Histórica da OM negociou igualmente com essa empresa a aquisição de um programa – sem interface com a internet – que será vendido aos médicos por um valor simbólico, para

que os colegas possam, se assim o desejarem, organizar informaticamente as suas bibliotecas pessoais.

A partir de dia 1 de Janeiro de 2014, no endereço <http://om-bib.pt/opac>, os colegas poderão consultar o acervo da Biblioteca Histórica da OM e agendar a consulta de obras.

A Biblioteca Histórica da OM, ainda que sob a alçada do CRS, pretende ser uma mais valia para todos os médicos e quer a sua utilização, quer a aquisição do programa de gestão de bibliotecas pessoais, têm como destinatários todos os Colegas.

* O sistema "biblio.NET- sistema integrado de gestão de bases de dados bibliográficos em ambiente WEB" é o novo produto da BIBLIOsoft, Lda.. É um produto totalmente desenvolvido em ambiente WEB abrindo novas perspectivas no que respeita à gestão integrada de catálogos bibliográficos partilhados, composto por vários módulos de gestão associados ao processamento de dados bibliográficos, tais como a catalogação, empréstimo, pesquisa WEB, etc. O sistema biblio.NET®, é um sistema de gestão de bases de dados, modular, integrado e aberto face às tecnologias de desenvolvimento actuais e às bases de dados utilizadas. Integrando um conjunto de ferramentas e funcionalidades especialmente desenvolvidas para este fim, permite a manipulação de dados bibliográficos em múltiplos formatos MARC e garante a criação normalizada e a portabilidade dos dados bibliográficos (o formato Unimarc, no contexto nacional).

** Desde 1993 que a BIBLIOsoft se dedica ao desenvolvimento de produtos para gestão de bibliotecas, inteiramente produzidos em Portugal. São 20 anos de experiência que permitem colocar no mercado software fiável, completo e adaptado às necessidades das bibliotecas actuais, levando a que seja a empresa portuguesa de software para bibliotecas com maior distribuição no país, contando com mais de 1200 entidades licenciadas. De entre elas destacam-se por exemplo a Presidência da República, Fundação Oriente, Universidade do Algarve, RTP, Universidade Aberta, Universidade Nova de Lisboa e Ordem dos Advogados.





Pereira Coelho, Maria do Sameiro Barroso, José Manuel Silva, Luís Raposo e José Luís Doria

No seu 5º aniversário, NHMOM homenageia Leite de Vasconcellos

Uma sessão de homenagem ao médico José Leite de Vasconcelos foi a forma que o Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos escolheu para comemorar o seu 5º aniversário. O encontro contou com a presença de José Manuel Silva, bastonário da OM, António Pereira Coelho, presidente do Conselho Regional do Sul, de Luís Raposo, em representação de António Carvalho, director do Museu Nacional de Arqueologia e de José Luís Doria, presidente da Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa, além, naturalmente, de vários membros da direcção do Núcleo: Maria do Sameiro Barroso, Victor Machado Borges e António Aires Gonçalves.

Realizou-se no passado dia 12 de Novembro de 2013, na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos, uma sessão comemorativa do aniversário do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos. A escolha de associar esta data às comemorações dos 120 anos do Museu Nacional de Arqueologia, fazendo uma sessão de homenagem ao médico José Leite de Vasconcellos, tem para o Núcleo um significado especial pois foi igualmente uma evocação à sessão de dia 21 de Janeiro de 2009 que marcou as primeiras actividades do recém-criado NHMOM com o lançamento do livro 'Medicina dos Lusitanos'. Tratou-se de uma reedição, aumentada e ilustrada, da obra de

José Leite de Vasconcellos, onde foram incluídos um estudo introdutório original da autoria de Maria do Sameiro Barroso e um prólogo de Victor Machado Borges, então presidente da Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa, numa obra executada pelo Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, em iniciativa conjunta com a referida Secção de História da Medicina e o Museu Nacional de Arqueologia.

A abertura da sessão comemorativa do passado dia 12 de Novembro ficou a cargo de José Manuel Silva, bastonário da OM, que felicitou o NHMOM pela sua revitalização e pelo trabalho que os seus membros

têm desenvolvido em prol da história da medicina. Seguiu-se a intervenção do presidente do CRS, Pereira Coelho, que falou do «dinamismo» e das «provas de vitalidade» da Ordem dos Médicos, das quais o Núcleo de História da Medicina da OM, com os seus encontros temáticos mensais, é um excelente exemplo. Pereira Coelho salientou igualmente o contributo do NHMOM para «a realização plena da Biblioteca Histórica», expressando a sua «gratidão pelo trabalho do NHMOM». O presidente do CRS deixou uma palavra especial para um dos membros da direcção do Núcleo, Victor Machado Borges, pelo seu papel de impulsor desta colaboração para o

desenvolvimento da Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos.

Luís Raposo, em representação de António Carvalho, director do Museu Nacional de Arqueologia, realçou «a excelente colaboração» que a instituição que representa e o NHMOM têm tido, realçando o valor da reedição da 'Medicina dos Lusitanos' nessa cooperação. «Sei bem do vosso amor por estas matérias», realçou, lembrando que «há muito de acto médico no trabalho do arqueólogo» e que «muitos médicos foram arqueólogos». «É um imenso gosto, quase simbólico, poder estar aqui hoje», concluiu. Recorde-mos que, quando o NHMOM foi criado e, quase simultaneamente, iniciou a sua colaboração com o Museu Nacional de Arqueologia, era então seu director, precisamente, Luís Raposo. Também José Luís Doria, aqui na qualidade de presidente da Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa, realçou o trabalho conjunto dessa instituição com o Núcleo, demonstrando como este Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos se empenhou, desde o primeiro momento, em ser uma entidade

aglomeradora de interessados pela história da medicina e desenvolveu sinergias com diversas entidades.

Maria do Sameiro Barroso, elemento da direcção do NHMOM, na sua introdução a esta sessão, falou do 5º aniversário do Núcleo e da escolha da figura de Leite de Vasconcellos para esta homenagem: «um médico nunca deixa de o ser; Leite de Vasconcellos nunca se afastou da medicina e, por isso, é ele o fundador da medicina antiga portuguesa». «A Ordem não pode passar ao lado da sua história... Com a criação deste Núcleo pretendemos agregar médicos – e não médicos – para impulsionar a investigação pois os médicos e a medicina têm uma importância central no entendimento geral de uma sociedade». «Há muitos médicos a fazer trabalhos de investigação de mérito, em áreas que ainda ninguém estudou», referiu, lembrando o estudo Lisbon Mummy Project, do Museu Nacional de Arqueologia, e cuja equipa inclui médicos, que foi o tema da sessão organizada pelo NHMOM em Outubro de 2012. Maria do Sameiro Barroso referiu ainda, de forma entusiástica, como a história da medicina

é feita da mesma matéria que a arqueologia: «acção, aventura e tesouros espantosos». Especificamente sobre a obra 'Medicina dos Lusitanos', Maria do Sameiro Barroso sublinhou o muito trabalho de investigação encetado por Leite de Vasconcellos para escrever 25 páginas destacando os desenhos dos instrumentos cirúrgicos feitos e «um trabalho de síntese que implica e transparece uma investigação profunda». «Ninguém fez mais do que ele».

Assomos da formação médica

Maria José Leal, especialista em cirurgia pediátrica, foi uma das oradoras desta sessão comemorativa e falou-nos sobre os «Assomos da formação médica na obra de José Leite de Vasconcellos». «Foi por altura do solstício de Inverno de 1986 que conheci Endovéllico. Quem mo apresentou foi João Aguiar no seu esplêndido livro 'A Voz dos Deuses'. Fiquei de tal modo interessada na personagem que parti no seu encalço e empreendi uma busca aturada para o procurar». Mas as pesquisas de Maria José Leal só lhe trouxeram novas inquietações a que



Maria José Leal



José Morgado Pereira

os ensinamentos de José Leite de Vasconcellos davam algumas respostas: «ele, o estudioso de muitas ciências, (...) tinha largado a prisão da cabeceira dos doentes para se tornar o investigador e o aglutinador de uma infinidade de conhecimentos que parecendo díspares se congregaram numa obra polimórfica, como que um corpus do povo português, que melhor nos trouxe ao conhecimento as diversas facetas da nossa história e da nossa identidade». «A vastíssima obra de José Leite de Vasconcellos é constituída por muitos e diversificados temas que se estendem por um largo leque abrangendo desde os estritamente científicos aos de género literário: Etnologia/Etnografia, Arqueologia, Filologia, Numismática, Biografia, Ensaio, Critica Bibliográfica, Poesia, etc.». Na obra do homenagem, explica Maria José Leal, há «uma metodologia do pensamento clínico», denunciando a sua formação científica médica, um «parâmetro que não passou despercebido ao olhar atento do jornalista João da Silva Correia que em notas biográficas refere que ‘o Mestre, que pôs de lado a Medicina, nunca deixou de utilizar o saber médico nas suas obras’»; são «assomos que a sua formação médica deixou indeléveis em grande parte dos seus trabalhos».

Na sua apresentação, Maria José Leal fez um enquadramento familiar e de evolução académica de José Leite de Vasconcellos, realçando a sua disciplina e enorme capacidade de trabalho, mas também das suas «inquietudes quanto ao futuro como médico (à data em final do 3º Ano do curso), bem expressas na carta resposta do

filólogo professor do Curso Superior de Letras de Lisboa Aniceto Reis Gonçalves Viana de 22.07.1883 que o trata por Caro Amigo e o aconselha ...a não desistir do Curso de Medicina... o curso superior de Letras só por si que futuro lhe dá?». Sobre a sua prática clínica, resumiu: «Depois de uma breve estada com consultório no Porto, em Junho de 1887 foi para o Cadaval como Delegado de Saúde onde ressoam os seus amargos queixumes sobre as inadiáveis e assoberbantes tarefas que não lhe deixam nem tempo nem disponibilidade para outras actividades que até à data tinha conseguido conciliar... já há muito tempo que não abro um livro que não seja de medicina... sou para aqui um atormentado às ordens de todos os que adoeçam... que me importa a mim o dinheiro que eu ganho, se actualmente não tenho outro horizonte senão as cabeceiras dos enfermos? Aí permaneceu cerca de seis meses e apesar dos seus lamentos ainda encontrou resérias de tempo para a exploração do vizinho Castro de Pragança. Era um médico interessadíssimo pela Ciência Médica mas que não gostava de tratar doentes, a sua craveira científica noutros âmbitos era por demais conhecida e foi chave para outras portas. Tomou a opção de se libertar da prisão da cabeceira dos doentes que lhe era tão penosa e que lhe coarctava os largos horizontes de trabalho a que se propunha». É assim que, em Fevereiro de 1888, «pede a demissão do cargo para tomar posse como Conservador da Biblioteca Nacional em Lisboa para onde tinha sido nomeado em finais de 1887. Aí é professor de Numismática, funções

que acumula com professor do Liceu do Carmo assim como de Colégios particulares. Em 1887 funda a Revista Lusitana, estudos Filológicos e Etnológicos, “dos mais ricos acervos da boa erudição portuguesa” cujo primeiro número é publicado em 1889 com textos de Carolina Michaëlis, Adolfo Coelho, Teófilo Braga, Martins Sarmento, Leite de Vasconcellos, entre outros autores de reconhecida erudição, e que perdurou até 1943; o derradeiro 38º volume ainda por ele elaborado teve edição póstuma».

Em 1893 Leite de Vasconcellos «consegue, pelo interesse cultural do Ministro Bernardino Machado, a fundação do Museu de Etnologia (...); dois anos depois, como órgão do Museu, edita a Revista “O Arqueólogo Português”, que até hoje se mantém como publicação do subsequente e actual Museu Nacional de Arqueologia (MNA), tendo sido editado em 2008 o Volume 26 da IV série, número especial de homenagem ao seu Director fundador». «Um dos interesses permanentes e primordiais que atesta os assomos da formação médica de José Leite de Vasconcellos foi a LINGUAGEM – no princípio era o Verbo – que estudou sob diversos aspectos: filologia, glotologia, fonética, linguagem gestual, linguagem infantil, patologia da linguagem, etc. Em todos estes estudos está patente a componente anatómica, fisiológica, neurológica, psicológica, sociológica que presidem e que interferem com a mesma e entre si, e que constituem um paradigma do saber médico numa forma integrada que nos conceitos actuais as neurociências tanto têm desenvolvido». Aliás, ‘A Evolução



da Linguagem' foi o tema da sua tese de Licenciatura em Medicina na qual, «além do estudo do aparelho fonador e das próprias condições e determinantes físió-psicológicas, há curiosas observações das relações entre a extensão da frase e o tempo do movimento respiratório e há a compendiação de todas as formas de patologia da linguagem, com algumas das quais procura penetrar no mistério da origem deste instrumento de comunicação», refere-nos Maria José Leal, apresentando em seguida uma análise a diversos outros trabalhos de Leite de Vasconcellos, concluindo com um agradecimento: «ao professor de Filologia do Curso Superior de Letras de Lisboa Aniceto Reis Gonçalves que em carta de 22 de Julho de 1823, aconselha o jovem José, estudante do 3º ano do curso de Medicina da Escola Médico Cirúrgica do Porto a não desistir do curso de Medicina. O José que tinha dúvidas quanto à sua vocação como clínico e que pressentia não gostar da cabeceira dos doentes. Um conselho avisado, caso contrário a monumental obra que

José Leite de Vasconcellos nos legou, essa Monumenta Ethnica de Portugal, sem o enriquecimento subtil ou evidente dos assomos da sua formação médica, não seria tão monumental».

A fascinação e seus sinónimos – considerações etnopsiquiátricas

O psiquiatra José Morgado Pereira falou-nos de José Leite de Vasconcellos como um verdadeiro sábio, um homem de conhecimento e cultura profundos e interesses diversificados. «Quando fez o doutoramento, José Leite de Vasconcellos já tinha publicações nas áreas da poesia e etnografia, havia fundado a revista de ciências e letras». Possuidor de um currículo impressionante, «no seu trabalho 'A figa' apresenta a diferença entre a medicina natural e a sobrenatural», referiu este orador, explicando, a título de exemplo, que na medicina natural se enquadravam o curandeiro ou as mezinhas enquanto que na sobrenatural tinham lugar reservado a benzedeira, o menino bento, etc. Nesse traba-

lho fala-se de doenças que podem ser obra de espíritos maus que entram no corpo, mas também de causas diferentes. Entre os agentes terapêuticos referidos, há a saliva, e «na aplicação de fórmulas observam-se ritos». A «fascinação tem como sinónimos o quebranto, o mau olhado, o olho mau», explica-nos, salientando que se misturavam alguns conceitos pois «quebranto é sintoma, os oturos é que são causas». José Morgado Pereira faz um enquadramento das múltiplas e frequentes referências à fascinação: «a fascinação é a influência mágica ou funesta num animal ou objecto... a fascinação não se produz só por olhos, pode ser por hálito ou cheiro... se for gente perversa ou invejosa, o mau olhado é mais forte... mas a fascinação pode ter origem até em pessoas boas, sem intenção mas que têm em si esse dom...».

Sobre o quebranto, refere várias descrições em que tremer e bocejar, juntamente com o surgimento de uma forte e repentina dor de cabeça, sendo os tremores e o frio muito significativos: «treme-se como uma giesta», cita o orador. E os tratamentos? Além da figa que obviamente seria eficaz contra a fascinação mas de forma profiláctica, há referências aos defumadores e ensalmos «e, nos Açores, também acompanha a mão do curandeiro». Como forma de prevenção, «algumas pessoas do povo traziam no bolso alho, arruda, sal e... a figa!». Conforme explicou José Morgado Pereira, a figa começa com esse significado mágico de combate ou profilaxia a muitos males e evolui para um significado de zombaria e desdém. «Do ponto de vista actual, a maioria destas práticas é des-



Pedro Marques

provida de sentido... Mas o que tinha de eficaz era uma psicoterapêutica individual e grupal. (...) Essas práticas contrariam/contrariavam os efeitos perturbadores da doença no indivíduo e na sociedade», esclarece o psiquiatra, explicando a importância acentuada da esfera do sagrado e como «os médicos devem respeitar as crenças dos seus doentes e reconhecer a importância do consolo que trazem», pois aqui se traduz uma função social muito relevante que tem que ser tida em conta. «O desenvolvimento histórico da medicina só pode compreender-se com uma recusa activa do pensamento mágico (...). O contributo de Leite de Vasconcellos para a sua compreensão é fundamental», concluiu.

O cariz medicinal da tríade capitolina na Hispânia: o contributo de Leite de Vasconcelos

Pedro Marques, Mestre em Pré-História e Arqueologia, fez uma intervenção subordinada ao tema 'alguns contributos a

respeito do cariz medicinal da Tríade Capitolina na Hispânia', com base na obra 'Religiões da Lusitânia' de José Leite de Vasconcellos, a qual «constituiu o primeiro estudo sistemático acerca das práticas religiosas em território actualmente português, abrangendo uma cronologia desde a pré-história até ao advento do cristianismo», uma obra «que se destaca de todas as outras» pela sua profundidade e abrangência e onde está presente «o cunho da sua formação médica pois os três volumes que a compõem são um estudo científico sobre a temática», conforme referiu Pedro Marques. «Os investigadores estudam parcialmente... Leite de Vasconcellos tratou tudo!». Entrando na análise da obra, Pedro Marques referiu como o autor nela «indicou que os âmbitos das divindades não eram estanques, podendo qualquer uma ser convocada por questões medicinais» e resumiu o enquadramento do cariz medicinal da Tríade Capitolina na Hispânia: «a Tríade Capitolina data da monarquia etrusca, quando foi consagrado um templo no monte Capitólio a Júpiter, Juno e Minerva, respectivamente Tinia, Uni e Tecum, o mais importante grupo de divindades da Etrúria. Júpiter era o principal deus do panteão romano, tutelando a soberania e detendo o poder e a autoridade supremas. O seu cariz medicinal estava patente em vários epítetos, tal como o fundador do Museu Nacional de Arqueologia referiu. Júpiter conservava e protegia os homens (Conseruator), afastando-os e livrando-os dos males (Depulsor (o que afasta os males), Repulsor (o que repele) e Solutor (o que livra dos males))

e concedendo-lhes a vitória sob as doenças (Victor)». O orador explicou em seguida a proveniência do conhecimento que Leite de Vasconcellos tinha desses epítetos de Zeus, sendo de salientar que o epíteto 'Solutor' não era sequer conhecido em Portugal, «referindo o fundador do Museu Nacional de Arqueologia cinco monumentos da Lusitânia espanhola». Leite de Vasconcelos não só registava os nomes como fazia referência às inscrições que lhes davam fundamento. «O cariz medicinal de Júpiter é ainda comprovado pela fórmula 'pro salute' presente em várias epígrafes dedicadas ao deus». «Temos em Lisboa uma inscrição que refere Júpiter 'Optimo Maximo pro salute'», acrescentou Pedro Marques.

Juno, por seu lado, «era a grande deusa das mulheres, protegendo tudo o que estava relacionado com a vida feminina, nomeadamente o casamento, a fecundidade, o parto e o nascimento das crianças. Leite de Vasconcelos conhecia quatro monumentos dedicados a Juno, um das quais conteria um carácter medicinal. A inscrição pantea da Quinta de Sobrado foi descoberta próxima das termas de Caldas de Vizela, de características salutíferas e certamente por essa razão divinizadas desde o período pré-romano. O texto apresenta somente uma lista de deuses, entre os quais figura Juno, Minerva, Esculápio e talvez se possa reconstituir Júpiter, como referiu o fundador do Museu Nacional de Arqueologia, seguindo Mommsen. A presença do deus da medicina, assim como a proximidade das termas, poderiam favorecer este âmbito medicinal. No entanto,

desconhecem-se as razões da dedicação, além de ser aconselhada prudência no seu estudo, uma vez que o paradeiro do monumento mantém-se incerto e por isso torna-se difícil esclarecer todas as dúvidas».

Sobre a deusa médica, Minerva, que era «cultuada por razões salutíferas, existindo um templo no monte Esquilino dedicado à Minerva Medica», Leite de Vasconcelos conhecia quatro epígrafes consagradas a esta divindade, sendo que uma delas «contém a fórmula in memoriam. O fundador do Museu Nacional de Arqueologia afastou qualquer ligação com o epíteto memor, relacionado

com o cariz medicinal da deusa capitolina e patente em inscrições da Itália». Conforme explicou Pedro Marques, na obra de Leite de Vasconcelos, é referido o facto da epígrafe portuguesa conter um âmbito funerário e não ligado à medicina. «Verificamos que Leite de Vasconcelos tinha conhecimento do cariz medicinal das divindades da Tríade Capitolina e indicou-o na sua obra, sistematizando os vários testemunhos, as informações que continham e esclarecendo aspectos duvidosos. Em 100 anos, pois o terceiro volume, relativo precisamente aos cultos romanos, foi publicado em 1913, o número de monu-

mentos aumentou, consolidaram-se textos, comprovaram-se os epítetos de Júpiter, Solutor e Repulsor, e descobriu-se uma ara dedicada a uma Dea Medica, que pode corresponder a Minerva, em Portugal. (...) Evoluímos muito nestes 100 anos em termos de investigação mas Leite de Vasconcelos continua fundamental para investigar, citar, referir, ler...», concluiu este orador.

Versões mais completas das intervenções podem ser consultadas no site nacional (www.ordemdosmedicos.pt) na área de História da Medicina.

Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2014

Conferência

14 de Janeiro de 2014 (Terça-feira) - 21h

"Procriação medicamente assistida - uma história de sucesso?" - Pereira Coelho

Sessão temática

22 de Fevereiro (sábado) 15h

"Instrumentos cirúrgicos: Ontem e hoje"

"A cirurgia no século XVI e os instrumentos cirúrgicos que usava – da eficácia e da arte" - Carlos Vieira Reis

"Instrumentos cirúrgicos do sec XVIII" - Cristina Moisão

"Os instrumentos cirúrgicos dos séculos XIX e XX. A revolução instrumental" - Amélia Rincon Ferraz

Salvo indicação em contrário, as sessões realizam-se na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos
Av. Almirante Gago Coutinho, 151 – 1749-084 Lisboa

Informações e inscrições:
D.ª Manuela Oliveira
manuela.oliveira@omcne.pt

História da
Medicina



Juramento de Hipócrates 2013

Realizaram-se recentemente as cerimónias relativas ao Juramento de Hipócrates dos médicos recém-chegados à profissão. De norte a sul do país, várias centenas de médicos proferiram as milenares palavras que os vinculam a um conjunto de princípios e valores que a todos enaltece enquanto pessoas e profissionais, mas também enquanto classe. Com este juramento, os jovens médicos consagram a sua vida ao serviço da Humanidade, comprometem-se com o devido respeito e reconhecimento para com os seus Mestres, e assumem o dever de um exercício da *leges artis* com consciência, dignidade e em que a Saúde dos seus doentes será a primeira preocupação. Começamos por reproduzir o discurso do bastonário da Ordem dos Médicos, seguindo-se os discursos dos presidentes das três Secções Regionais, no momento em que acolhem os novos Colegas.

Discurso de José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, por ocasião do Juramento de Hipócrates de 2013

Caros entusiasmados e expectantes jovens Colegas,
Neste exigente cargo de Bastonário da Ordem dos Médicos, com o imenso orgulho e a elevada responsabilidade de representar e liderar os médicos portugueses, aqui estou a dar-vos as boas vindas à mais escrutinada, complexa, sensível, difícil, exigente e

gratificante profissão do mundo. Desejo-vos, a vós e às vossas famílias, que bem o merecem, que vivam e sintam este momento de forma marcante e inesquecível. Alcançaram o êxito porque são jovens de indiscutível mérito e qualidade, com capacidade de trabalho e de sacrifício. Os cidadãos portugueses podem estar tranquilos, porque está garantida a preservação da reconhecida qualidade da Medicina Portuguesa, que atrai países da Europa mais desenvolvida para a contratação dos nossos especialistas.

Hoje ireis invocar o Juramento de Hipócrates, como cerimónia de iniciação profissional.

O melhor conselho que vos posso e tenho a obrigação de dar é que leiam o Código Deontológico da Ordem dos Médicos com muita atenção e que o pratiquem todos os dias. Está lá o essencial da forma como a profissão médica deve ser exercida. Diria mesmo que está lá tudo!

Mas o amanhã que vos espera vai ser muito difícil.

São imensos os desafios e os combates que se colocam aos médicos: as interferências na re-

lação médico-doente e na prescrição médica, a proletarianização dos médicos, o *numerus clausus* desmedido, o excesso de alunos e a deficiente formação pré-graduada, a insuficiente capacidade formativa pós-graduada, a potencial perda de qualidade dos internatos médicos, internos da especialidade abusivamente utilizados com sobrecarga de trabalho, os ilegais concursos fechados para contratação de jovens especialistas, geradores de tremendas iniquidades e a serem contestados nos tribunais, a quase estagnação das Carreiras Médicas, cuja importância rapidamente irão compreender, o desemprego, a emigração, os cortes excessivos e avulsos, o comprometimento progressivo da qualidade, acessibilidade, capacidade de resposta e desígnios constitucionais do SNS, os serviços hospitalares com taxas de ocupação de 120% e doentes em camas por falta de camas, mas com o Governo a insistir na redução de camas hospitalares apesar de Portugal já ter um número de camas hospitalares muito inferior à média da OCDE, equipas médicas de urgência abaixo dos limites mínimos de segurança, a descaracterização da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, com imposição de indicadores impossíveis de cumprir e que estão a reduzir a prestação de cuidados de saúde a meras estatísticas quantificadoras que esquecem as verdadeiras necessidades dos Doentes e a humanização dos cuidados, o preocupante aumento das taxas de mortalidade bruta e infantil e das listas de espera cirúrgicas (nomeadamente na área oncológica), a transferência de custos da Saúde para os doentes, que cada vez mais faltam às consultas por insuficiência económica,

ca, as dificuldades de acesso a MCDTs, como a colonoscopia na região de Lisboa, as faltas recorrentes de material médico, a dispensa de medicação hospitalar de ambulatório por períodos absurdamente curtos, obrigando os doentes a múltiplas viagens e custos adicionais, as dificuldades de acesso à inovação terapêutica, as desigualdades regionais no tratamento dos doentes, o task-shifting profissional, a mercantilização da Saúde, o ataque à pequena e média iniciativa privada médica, as empresas de mão-de-obra médica de baixo preço e, muito frequentemente, de baixa qualidade, o estupidamente errado método de financiamento hospitalar, que obriga os hospitais a tentarem livrar-se de muitos doentes sob pena de falência, criando a caricata situação de termos uma Directiva Transfronteiriça de Serviços que permite aos doentes portugueses irem tratar-se à Alemanha mas que proíbe um doente do Algarve de escolher tratar-se no Hospital de Sta Maria, etc., etc.

Parece que vivemos no país do absurdo!

Para todos estes combates, contem sempre com a Ordem dos Médicos e as outras associações que vos representam, nomeadamente os Sindicatos Médicos. Sozinhos, somos cordeiros indefesos, juntos temos uma força imparável, como demonstrámos no ano transacto, com a maior mobilização de sempre da classe médica. Não desanimem nunca, deveremos manter-nos mobilizados, unidos e em estado de prontidão permanente.

Todavia, sem dúvida aquilo que agora mais vos preocupará é o vosso futuro imediato.

Tenho estado em muitas reuniões organizadas pelos alunos

de Medicina e já falei em muitas destas matérias, mas vale a pena referi-las aqui também, pela sua relevância.

Porém, antes de mais, deixem-me elogiar-vos pela impressionante militância interventiva das vossas Associações de Estudantes e da ANEM, pelo vosso inesgotável dinamismo e pela capacidade de trabalho e organização de múltiplas e excepcionais reuniões e congressos, do melhor a que tenho assistido.

Olhando para vós, sinto que está garantido o futuro e a qualidade da medicina portuguesa! É uma honra ser o vosso Bastonário. Parabéns a todos e, sobretudo, parabéns aos vossos pais!

Voltemos à dura realidade.

Anunciado no ano passado, finalmente foi concretizado e divulgado o estudo sobre Demografia Médica, encomendado e pago pela Ordem à Universidade de Coimbra, que usou as bases de dados da Ordem e da ACSS, em frutuosa parceria, e que concluiu que poderá haver até 9000 médicos desempregados em 2025, alguns milhares sem acesso a vagas de especialidade.

Desses potenciais desempregados, cerca de 1200 serão especialistas de medicina interna e cerca de 1400 serão especialistas de medicina geral e familiar.

Certamente não serão tantos, porque muitos emigrarão. Dizem-nos que muitos médicos se vão entretanto reformar, é verdade, mas esse dado já foi tido em conta nos cálculos do estudo e não podemos esquecer que a maioria desses médicos, reformados por volta dos 60 anos, perfeitamente activos e muito experientes, continuam a trabalhar e a ocupar vagas no mercado de trabalho privado.

É altura de se reduzir o numerus



clausus para medicina. Não faz sentido formar médicos para exportação e estar a formar médicos acima das capacidades de formação pré e pós-graduada.

Esta situação foi agravada desde a entrada em vigor do D.L. 341/2007 e da Portaria 29/2008, passando muitas das equivalências atribuídas a graus académicos estrangeiros a ser certificada pela aposição de um simples carimbo no verso dos diplomas ou certificados originais, por uma Reitoria ou pelo Director-Geral do Ensino Superior, sem haver uma efectiva avaliação dos conhecimentos adquiridos pelo interessado durante a formação académica e sem sequer se saber, por vezes, qual a efectiva área científica de formação. Muitos destes diplomados têm depois apenas cerca de 20% de perguntas certas, ou menos, no exame de se-

riação! E é para estes diplomados, de muito discutível qualidade de formação pré-graduada, que o Ministério pressiona para se arranjam vagas de especialidade, independentemente das condições de formação e sem qualquer necessidade para assegurar o futuro da demografia médica em Portugal! Não se justifica e não o podemos aceitar.

Anteontem foi finalmente publicado o novo mapa de vagas. Infelizmente, o Ministério da Saúde está a cruzar a linha vermelha. Na ARS-LVT foram publicadas 164 vagas e não as 130 atribuídas pela Coordenação do Internato e pelo Colégio de Medicina Geral e Familiar.

Esta situação é tão grave que a Coordenação de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul divulgou uma 'carta aberta' em que descre-

ve a forma catastrófica, prepotente, incompetente e pesporrente como as questões relativas ao internato de Medicina Geral de Familiar têm sido tratadas pela ARS-LVT. Quando é que o Ministro da Saúde resolve os eternos problemas criados por esta ARS?

São completamente desconhecidos os locais de formação e os orientadores das 34 vagas adicionais impostas pela ARS-LVT.

A concretizar-se uma abertura selvagem de vagas, este facto representaria uma das mais graves declarações de hostilidade à Ordem dos Médicos por parte do Ministério da Saúde.

Quero deixar aqui muito bem claro. A Ordem dos Médicos não procura litígios como Ministério da Saúde, mas não os recebe.

Faço um apelo solene e diplomático ao Ministério da Saúde para

que não abra vagas de especialidade sem a chancela da idoneidade da Ordem dos Médicos, sob pena de ficar demonstrada a ausência de preocupação deste Ministério da Saúde com a qualidade da formação médica e dos médicos que exercem em Portugal.

Estas vagas adicionais, cuja qualidade ainda se desconhece, destinam-se a candidatos sem qualificação, com classificações no exame de seriação normalmente inferiores a 30% de respostas correctas. Nunca serão especialistas de qualidade porque não têm uma formação pré-graduada de qualidade.

A Ordem sublinha uma informação a todos os Colegas. Quem entrar para a especialidade em vagas sem idoneidade reconhecida pela Ordem dos Médicos nunca conseguirá terminar a especialidade com êxito, pois chumbará no exame curricular.

A Ordem vai continuar a aguardar pelo bom senso do Ministério da Saúde, que estamos convictos que prevalecerá

É curioso como um Ministério que demonstra tanto empenho em inventar vagas de especialidade em locais sem condições para as receber, desde há um ano e meio que revela uma confrangedora e preocupante incapacidade para apresentar uma proposta de novo Regulamento do Internato Médico, que evitaria todos estes problemas.

É em nome dos cidadãos portugueses que procuramos cumprir a grande missão da Ordem dos Médicos, precisamente a defesa da Qualidade da formação pré e pós graduada e da Qualidade da Medicina e dos Médicos portugueses.

A Ordem nunca virará a cara à luta pela Qualidade da Medicina portuguesa. A Ordem dos Médicos nunca calará a sua voz em

defesa dos Médicos, dos Doentes e da Qualidade da Saúde em Portugal.

Por isso mesmo e para defendermos os elevados padrões da Saúde em Portugal, depois do primeiro conselho que vos dei, permitam-me que vos lance um enorme desafio. Para além de excelentes médicos, sejam também cidadãos de corpo inteiro. Activos, interventivos, exigentes e honestos. Participem mais na vida política deste país!

Tal como nos alertou o Prof. Adriano Moreira, não permitam que Portugal seja governado por pessoas muitíssimo menos competentes, menos íntegras e menos preparadas do que vós.

Caros Colegas, lembrem-se que na vossa vida pública estareis sempre a fazer política, seja por acção seja por omissão. Se opinarem e intervierem, poderão influenciar os decisores no sentido que considerarem mais correcto e adequado, se se alhearem e calarem, outros decidirão por vós e não terão direito a lamentarem-se.

Caros jovens Colegas, a nossa mais nobre missão é a de defender o legítimo direito dos nossos doentes de terem acesso a uma medicina qualificada e de acordo com o Estado da Arte Médica, exigindo, como recomenda a Associação Médica Mundial, um orçamento suficiente para o fazermos. Rigor e racionalidade, sim, racionamento para os mais pobres, não, nunca.

O próprio Papa expressou publicamente a sua preocupação de que a Saúde se pudesse tornar no direito de apenas alguns.

O atraso de dois anos na aprovação pelo Ministério da Saúde de medicação genuinamente inovadora, como acontece, por exemplo, no caso da Hepatite C,

cada vez mais uma doença curável, já condenou muitos doentes à morte por cirrose ou cancro do fígado, quando poderiam ter sido curados, deixando de consumir recursos do SNS, e devolvidos à Sociedade como cidadãos completamente activos.

Neste enquadramento, deixem-me fazer-vos um particular pedido, sejam, de facto, os Provedores e a Voz dos vossos doentes. Não permitam que nada nem ninguém limite o direito dos doentes de ter acesso a uma medicina de Qualidade, como obriga o nosso Código Deontológico.

Poderão alguns de vós perguntar, e se não houver recursos financeiros?

Caros Colegas, olhem à vossa volta, metaforicamente falando, e digam-me se os recursos deste país estão a ser utilizados com parcimónia, rigor e transparência?

E mais não digo, porque hoje é dia de festa. O dia solene do Juramento de Hipócrates.

Espero que seja o dia mais marcante de toda a vossa vida médica.

Colegas, o futuro está nas vossas mãos, usem-nas bem e de forma integral, inteligente e exigente! Porque há sempre soluções alternativas e melhores para o ad vir do país. Está tudo nas nossas mãos. Não sejam cidadãos abúlicos e conformados! Não acreditem em promessas de políticos profissionais, pois são quase sempre falsas!

O meu último conselho: trabalhem muito! Como dizia Thomas Jefferson, “acredito muito na sorte, quanto mais trabalho mais sorte pareço ter”.

Bem vindos e os maiores êxitos para o futuro.

Parabéns a todos, um óptimo 2014 e façam os vossos doentes pessoas felizes!



Juramento de Hipócrates 2013
Discurso do presidente
do Conselho Regional do
Norte da OM,
Miguel Guimarães
24 de Novembro de 2013
(Theatro Circo – Braga)
01 de Dezembro de 2013
(Casa da Música – Porto)

O Estatuto da Ordem dos Médicos, nos seus artigos 4º e 6º, recorda-nos questões essenciais que nos devem acompanhar durante a nossa vida como médicos e cidadãos.

Na defesa dos legítimos interesses dos médicos e dos doentes e do seu direito a uma medicina qualificada, **devemos respeitar e defender:** o direito ao acesso a cuidados de saúde para todas as pessoas, o exercício de uma medicina humanizada, a observância constantes da ética e da deontologia, a qualificação profissional médica, o SNS e a carreira médica, um ensino médico pré e pós-graduado de qualidade, uma melhor organização dos serviços de saúde, as competências médicas e o acto **médico, a segurança dos doentes e dos próprios médicos.**

A situação de crise que o nosso país e a Europa atravessam, centra-se nas suas raízes mais profundas nos valores e princípios que servem de fundações à nossa própria democracia. A falta de respeito pela educação e justiça social têm aqui um papel nuclear pois serviram de mola activadora das muitas aberrações que atingiram a nossa sociedade nos últimos 30 anos. Só assim foi possível que princípios económicos e financeiros sem base estrutural sólida pudessem ter sucesso sem contraditório forte durante todo este tempo.

Temos agora todos, a obrigação de contribuir activamente para a reforma de todo o sistema. O nosso papel já não pode apenas centrar-

-se nas questões da Saúde. Temos que ir mais além, para preservar as grandes conquistas sociais da nossa democracia. Só assim podemos defender de forma justa e equilibrada o direito à dignidade de todos os seres humanos.

Na Saúde têm sido muitas as medidas decretadas e aplicadas por este Governo. Uma presumivelmente necessárias, outras completamente dispensáveis e incompreensíveis, e algumas inaceitáveis pois constituem uma ameaça aos direitos dos doentes e à dignidade do exercício da profissão médica.

Todas com o único intuito de diminuir os custos em saúde. A qualquer preço. De tal forma que a percentagem do PIB para a saúde diminuiu consideravelmente nos últimos anos. E o nosso PIB é como todos sabem, muito baixo. No orçamento de Estado para 2014 a situação tende a agravar-se ainda mais.

De resto, o desinvestimento na área da saúde é preocupante, como é atestado pelo recente relatório da OCDE 'Health at a Glance 2013'.

Portugal gastou menos 2,2% na saúde entre 2009 e 2011, o que significa ter sido o quinto país em que a redução deste indicador foi mais acentuada. A despesa pública anual per capita em saúde em 2011 foi de 868,7 euros. Um dos valores mais baixos da Europa.

Por outro lado, reformas de fundo que permitam dotar todo o sistema de mais equidade, rigor, responsabilidade, transparência e qualidade, e diminuir os custos de forma sustentada, não foram até ao momento apresentadas ou discutidas. O estado da saúde merece de todos nós, médicos e potenciais doentes, uma reflexão cuidada e consequente.

A OM e o CRN estão atentos e continuamente empenhados em lutar por um futuro melhor, para os mé-

dicos e para os doentes. **No cumprimento das suas competências e responsabilidades foram várias as intervenções e iniciativas da Ordem que hoje merecem ser lembradas:**

1. Na defesa da qualidade da formação pré-graduada, o nosso contributo para ‘travar’ a existência de mais cursos de medicina totalmente desnecessários, que não acrescentam mais valias ao ensino médico e não oferecem garantias minimamente aceitáveis de qualidade (curso de medicina de Aveiro, cursos privados de medicina envolvendo a CESPU e a Universidade Fernando Pessoa).

Defendemos de forma justa e racional o respeito integral pelas capacidades formativas das Faculdades de Medicina e a eliminação imediata de 15% de vagas exclusivas para licenciados. Portugal não se pode dar ao luxo de oferecer duas licenciaturas a algumas pessoas. Ou estar a investir na formação de médicos para exportação.

A OM tem o dever e a obrigação de exigir qualidade em todos os processos que conduzem à formação de médicos. Para que não seja comprometido o futuro dos jovens médicos e a própria qualidade dos cuidados de saúde. Temos que ter, cada vez mais, um papel mais relevante na defesa do direito dos doentes a uma medicina de qualidade e aproximar em definitivo a formação pré e pós-graduada. É necessário melhorar a ponte entre a Academia e a Enfermaria.

Por isso, temos defendido de forma reiterada que é obrigatório integrar e alinhar as capacidades formativas das escolas médicas com as capacidades formativas dos serviços das unidades de saúde com idoneidade para formar especialistas.

É a única solução que temos de garantir formação específica e es-



pecializada a todos os candidatos, de forma a que não existam em Portugal médicos de primeira e de segunda categoria.

De resto, e porque consideramos essencial a existência de uma boa organização dos cuidados de saúde, a OM patrocinou o ‘Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde’ produzido pela Universidade de Coimbra e da autoria da equipa liderada pela Prof. Paula Santana.

Os dados deste estudo são essenciais para permitir que a OM possa defender e definir, com a certeza dos números, que médicos e quantos médicos são necessários para os próximos anos, e assim defender em simultâneo a qualidade da educação médica e dos cuidados de saúde. É o que vai ter que acontecer. Este estudo, que deve ser analisado atentamente, está disponível para todos os médicos no site da SRNOM.

O mapa de vagas para o internato médico 2013 foi conhecido na passada 6ª feira. A OM desenvolveu, através dos seus Colégios de Especialidade, todos os esforços para, sem comprometer a qualidade da

formação nos internatos médicos, apresentar um mapa de idoneidades e capacidades formativas que fosse o mais adaptado possível às necessidades dos candidatos. Foi com surpresa que verificamos que a ACSS não respeitou o trabalho realizado pelos nossos Colégios, e em particular pelo Colégio de Medicina Geral e Familiar. Esta situação que consideramos ser uma violação grave das competências atribuídas à OM e coloca em causa a qualidade da formação médica, não está de acordo com a seriedade e entendimento que deve presidir a uma relação saudável entre instituições, e terá da parte da OM a resposta adequada.

2. O diálogo e trabalho permanente com as direcções regionais e nacionais das AE’s e os jovens médicos (através do CNMI) e o clima de bom entendimento com as direcções das Escolas Médicas e do CNIM, tem permitido uma abordagem mais eficaz de todos os problemas relacionados com a formação pré-graduada e o acesso à formação pós-graduada.

3. O estímulo constante aos Colégios de Especialidade da OM para



que a revisão e actualização dos programas de formação e a fundamentação da atribuição das idoneidades e capacidades formativas aos vários serviços seja realizada de forma regular e transparente, no sentido de proporcionar a melhor formação a cada médico.

4. A Greve Nacional de Médicos de 11 e 12 de Julho de 2012, que a OM apoiou de forma inequívoca e que se traduziu num movimento único de cidadania e responsabilidade em defesa do património genético do SNS e da qualidade dos cuidados de saúde, marcou publicamente uma nova e decisiva etapa na defesa da maior conquista da democracia portuguesa: o direito à saúde e à dignidade de todas as pessoas.

A manifestação de unidade e solidariedade dos médicos estendeu-se a todos os cidadãos. Permitam-me realçar a organização exemplar dos corpos directivos dos Sindicatos Médicos e o papel essencial protagonizado pelo nosso Bastonário, que conseguiu gerir de forma sábia e destemida o apoio da Ordem dos Médicos a uma Greve justa e necessária.

Nas circunstâncias actuais, o grito de insatisfação de todos nós, poderá ter que novamente e de forma mais marcada ter um eco mais profundo no sentir de toda a sociedade civil.

5. Na sequência da Greve, o acordo assinado entre os Sindicatos Médicos e os Ministérios da Saúde e das Finanças, considerado positivo pelo nosso Bastonário e pelo CRN da OM, defendeu e preservou o património das Carreiras Médicas. A solução de compromisso alcançada contemplou condições aceitáveis do ponto de vista da dignidade profissional, contrariando a desregulação contratual verificada nos últimos anos e da qual os jovens médicos eram as primeiras vítimas.

6. A dificuldade de entendimento entre a Ordem e o Ministério da Saúde tem sido uma realidade indesmentível. A violação permanente, por parte do MS, de questões essenciais, das quais não abdicamos, ferem no seu conjunto a garantia da qualidade em saúde que todos temos a obrigação de exigir:

a) A aplicação na prática da Carrei-

ra Médica (por isso não concordamos com os despachos entretanto publicados, cuja finalidade tem sido a abertura de concursos restritos para contratação de médicos especialistas, violando o princípio de liberdade de acesso à função pública e colocando em causa referenciais de transparência, equidade e igualdade de oportunidades na administração pública, não cumprindo os preceitos constitucionais que deveriam garantir; temos sistematicamente defendido que os concursos públicos para a Carreira Médica sejam abertos a todos os médicos habilitados e interessados em concorrer);

b) A transparência de processos e procedimentos nas nomeações de gestores públicos (por isso nos insurgimos publicamente, e por diversas vezes, contra a nomeação dos directores executivos para os ACES da região norte pela sua total ausência de experiência profissional na área da gestão da saúde e na governação clínica);

c) A consagração do respeito pelas competências médicas e o papel essencial do médico como coordenador das equipas multidisciplina-



res de saúde (por isso rejeitamos a circular normativa da ARS Norte que colocava em causa o tratamento de doentes com patologia respiratória crónica, intentamos uma acção administrativa especial contra a ERS e a sua deliberação que permitiu autonomia aos técnicos de MFR e não aceitamos a possibilidade de os “enfermeiros de família” poderem acompanhar de forma autónoma grávidas de baixo risco, doentes crónicos, prescreverem medicamentos e exames complementares de diagnóstico e contrariamos enérgica e fundamentadamente a defesa dos benefícios dos partos em casa);

d) A consagração legal do acto médico com base na proposta devidamente fundamentada apresentada pela OM (em nome do direito constitucional dos doentes à protecção da saúde e conforme os padrões de qualidade que sempre defendemos);

e) A alteração do modelo de receita médica de modo a conferir aos doentes o poder de escolher o medicamento do princípio activo prescrito no acto médico; de resto, a OM tem reiterado publicamente

a ausência de impacto significativo da legislação sobre DCI na quota de mercado dos genéricos e a necessidade de definir um modelo de receita médica que defenda o doente;

f) A participação da OM, através dos seus Colégios de Especialidade, na definição de protocolos terapêuticos e de utilização e reutilização de dispositivos médicos.

A defesa da verdadeira equidade no acesso aos cuidados de saúde em todas as instituições do SNS e o combate eficaz e coerente ao desperdício com base em mais organização e eficiência máxima das unidades de saúde, são condições prévias absolutamente essenciais para que se considere a possibilidade de discutir na sociedade de forma aberta e abrangente a questão das prioridades éticas com base em critérios de legitimidade e justiça.

Por isso temos sido sistematicamente contra as diferentes formas de racionamento administrativo que lesam de forma irreversível a saúde dos doentes. A discussão sobre esta matéria, a ser necessária, deve ser centrada em prioridades éticas em saúde e nunca nas várias formas de racionamento que têm sido abusivamente aplicadas no SNS.

Na verdade “o estabelecimento de prioridades na saúde para ser eticamente aceitável pressupõe que situações mais graves tenham prioridade sobre situações menos graves”. De resto, a proposta de adopção do utilitarismo no acesso aos cuidados de saúde sugerida pelo famoso parecer do CNECV, a propósito da discriminação com base na idade, é contrária aos princípios fundamentais plasmados nos direitos humanos que têm como base a igual dignidade de todos os seres humanos.

Na sequência da aprovação na AR da Lei-Quadro das Associações

Públicas Profissionais a OM apresentou uma proposta de revisão do seu Estatuto, que inclui todos os documentos estruturantes da OM, como é o caso do Código Deontológico, Regulamento Disciplinar, Regulamento de Inscrição e Regulamento de Autonomia. É uma oportunidade ímpar de tornar a OM mais eficiente sem perda da sua democraticidade, e resolver temas fracturantes, como por exemplo a questão da atribuição de autonomia ou a da recertificação de competências integrada no conceito da Carreira Médica.

Muitas outras intervenções e iniciativas da OM, de que resultaram centenas de posições públicas e pareceres em defesa da base do nosso Estado Social, o SNS, poderiam ser hoje lembradas. Mas não é este o momento certo.

É precisamente nos momentos de crise que se deve apostar mais na solidariedade social e na valorização das pessoas, distinguindo o essencial do acessório. Para que se possam alcançar os objectivos desejados e pretendidos. E o país possa sair da crise em que se encontra. É com muito orgulho que os médicos exercem a sua missão ao serviço da Saúde e da Vida, no respeito pela dignidade do ser humano, pela Ética e pelo Código Deontológico, desempenhando uma relevante função social ao serviço do Homem e da comunidade. Neste sentido é para nós um privilégio poder servir os doentes e o país. E fazêmo-lo com responsabilidade disciplinar, civil e penal, o que parece não acontecer em muitas outras actividades, como todos os portugueses bem sabem.

Os médicos têm sido os principais responsáveis pela melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e pelo sucesso internacional do nosso SNS, cujos méritos têm sido regularmente re-

Miguel Guimarães, presidente da CRNOM, Jaime Rocha, presidente do Conselho Distrital de Braga e Anabela Correia, Membro do Distrito Médico de Braga



latados pela OCDE e pela OMS. Os médicos portugueses são internacionalmente reconhecidos como excelentes profissionais, e os que mais prestigiaram um serviço público em Portugal.

Sentem todos os dias o peso da responsabilidade dos seus actos médicos potencialmente influenciarem e determinarem a vida de outros seres humanos, e que qualquer erro ou descuido pode ser fatal ou impossível de corrigir.

A sociedade confere-nos o direito de autonomia, de nos autorregularmos, e em troca exige da nossa parte competência, rigor e responsabilidade no exercício da nossa profissão. A actualização permanente de conhecimentos constitui um dever inerente à condição de ser médico e à progressão na carreira profissional. Provavelmente não existe outra profissão em que as capacidades teóricas e de desempenho sejam tão permanentemente avaliadas e vigiadas. E não será por acaso, que as várias sondagens realizadas ao longo dos anos, revelam que os médicos são os profissionais em quem a população portuguesa deposita maior confiança.

A Ordem é uma instituição com o prestígio e a dignidade que lhe é conferida por todos os médicos que diariamente exercem o seu papel na sociedade de forma diversa, e deixam a sua marca de cidadania indelevelmente associada à sua profissão, ao seu saber, ao seu sentir, ao seu ser.

A existência de uma OM sólida e consequente, depende muito de todos vós.

A nossa educação, atenção, disponibilidade, serenidade e conhecimento, ajudam-nos a ser mais responsáveis e a transmitir mais felicidade e confiança a todos aqueles que nos procuram. Nos bons e nos maus momentos. Em nome da SRNOM aproveito esta oportunidade, para vos dar os parabéns e desejar as maiores alegrias pessoais e profissionais, extensíveis a todos os jovens médicos e a todos os vossos Mestres e familiares.

O nosso sincero e sentido agradecimento por terem abraçado esta nobre profissão. São vocês, e todos os outros jovens médicos presentes e futuros, o núcleo da massa crítica essencial que regularmente tem permitido a evolução da medicina e de todo o Sistema Nacional de Saúde,

conduzindo a saúde portuguesa a patamares superiores de qualidade a nível internacional.

Têm o direito mas também o dever de manter viva a arte do exercício da medicina, dedicando uma parte substancial do vosso tempo aos seres humanos doentes.

Pela defesa da Medicina que escolhemos quando decidimos Ser Médicos, temos todos a obrigação de continuar a defender a saúde e os doentes e não desistir de lutar:

Pela dignidade dos doentes e dos médicos.

Pelo SNS, as carreiras médicas e a formação médica.

Pela qualidade da medicina e dos cuidados de saúde.

Pela qualificação, a ética e a deontologia da nossa profissão.

Pelo respeito pelas competências médicas e pelo acto **médico**.

Pelo futuro dos jovens médicos e pela solidariedade inter-pares.

E nunca esquecendo que a ética e qualidade nos devem acompanhar sempre no exercício da nossa profissão, prevalecendo sobre todas as outras matérias. É que, em última análise, dependem mais de nós, médicos, e menos dos outros.

Deixo-vos por agora com o desejo de que todos nós possamos encontrar nas nossas diferenças aquilo que nos une. Como ontem, hoje e no futuro. A Bem dos Doentes, da Medicina, do SNS e do País.

Bem Hajam. Um Feliz Natal e um Bom Ano de 2014.

Muito obrigado pela Vossa atenção.

Nota da redacção: este ano foi a primeira vez que o Juramento de Hipócrates dos médicos da S.R. Norte teve lugar no Distrito Médico de Braga (além da cerimónia que teve lugar do Porto).



Auditório dos HUC, Coimbra

Juramento de Hipócrates 2013
Discurso do presidente
do Conselho Regional do
Centro da OM,
Fernando Gomes
30 de Novembro de 2013 (Audi-
tório dos HUC – Coimbra)

Este curto documentário que acabámos de ver pretende reproduzir a cerimónia em que hoje participamos fazendo-nos retroceder na história quase 2.500 anos.

A coreografia é diferente da que é hoje teatralizada no Asklepion na ilha de Kos. Mas os valores são os mesmos.

Mas como é possível resistirem ao longo de tantos séculos?

A resposta, para Simone Weil, poderá estar na constatação de que as obrigações são anteriores aos direitos.

Os médicos hipocráticos afirmaram-se perante todos, e em particular perante os doentes, assumindo uma panóplia de obrigações e deveres éticos.

Ou como escreve Maria do Céu Rueff, na sua dissertação doutoral :

“Talvez resida precisamente aí ‘o segredo’ da longevidade da tradição hipocrática e bem as-

sim o êxito da prática de um juramento antes do exercício duma profissão”.

Falamos pois de obrigações e deveres éticos antes da bandeira dos direitos que todos devemos saber evocar como marca de cidadania.

Ao longo dos anos, perante estes rostos frescos, que simultaneamente carregam todo um conhecimento adquirido e toda a inocência do primeiro dia, tenho-me interrogado:

E depois? O que os espera? Que oportunidades vão ter? Será que se vão lembrar de tratar os seus colegas como irmãos? Que farão da ética o valor central das suas vidas? Será que colocarão o doente acima de tudo? Que terão da Saúde uma perspectiva centrada na pessoa? Que terão em conta que nenhuma decisão deverá ser tomada a não ser com o doente? Que a relação terapêutica continuará a ser o instrumento da Arte de curar? O que lhes exige a Sociedade? O que lhes vai ser pedido?

Para muitas destas perguntas a resposta é certamente introspectiva mas o Mundo em que se integram é um Mundo em

que as questões da Saúde são discutidas, e quantas vezes decididas, em areópagos como a Organização Mundial do Comércio. Não. Não há engano, é mesmo “do Comércio”.

Stephen Hawking, um dos mais consagrados físicos teóricos da actualidade, disse numa entrevista há alguns anos, que a Humanidade corre sério risco de se auto-destruir por causa da ganância e da estupidez. Salientava ele a dominância do chamado primado da Economia. Economia, aquela ciência que alguns já apelidaram de esotérica e que dois chanceleres alemães insistem em que 50% é de outra ciência chamada Psicologia.

Se dúvidas houvesse aí temos a chamada “nova gestão” da Saúde em que a preocupação fundamental não é a de tratar doentes com a qualidade exigida pelas *legis artis*, a de colocar a pessoa no centro das abordagens, mas antes a dos números das linhas de produção, dos *benchmarkings*, dos orçamentos decididos de cima para baixo e da nomeação política de gestores capazes desta visão aparentemente tão moderna, mas



Lurdes Gandra (SRN), Pedro Figueiredo (em representação do presidente do CACHUC), Luís Taborda (em representação do reitor da UBI e Ciências Médicas), João Gabriel Silva (reitor da UC), José Manuel Silva (bastonário da OM), Barros Veloso, Américo Figueiredo (em representação da FMC), Pereira Coelho (presidente SRS) e, no púlpito, Fernando Gomes (presidente SRC)

Auditório dos HUC, Coimbra



que na perspectiva de um físico teórico farão parte do caminho que nos pode conduzir à perdição.

A Europa atravessa um período que tem colocado a Medicina numa mudança de paradigma, que para alguns toma mesmo o significado duma agonia em trânsito. Assistimos a uma mudança ideológica que con-

tém duas grandes violações dos nossos valores: a medicina arte de curar passa a um modo de produção industrial e os doentes passam a consumidores.

Os doentes passaram a utentes, como o são dos transportes ou de outras atividades, e os hospitais passaram a produtores de cuidados, procurando alguns justificação das suas deci-

sões num *taylorismo* que de forma alguma pode ser aplicável ao conceito de Medicina de raiz hipocrática.

E os médicos? Os médicos estão a transformá-los em prestadores de serviços, ao dia ou à hora. E tudo isto subordinado a uma nova religião que substituiu os deuses da Antiga Grécia, por um Deus mais moder-

Auditório dos HUC, Coimbra



no chamado Mercado.

Mas a Medicina e a Saúde não podem ser encaradas simplesmente como um bens de consumo!!!

Estamos pois num Mundo em mudança acelerada em que perspectivas humanistas e economicistas parecem cada vez mais irreconciliáveis. A nossa preocupação vem sendo a de que nesta realidade, ainda nem todos os colegas se tenham apercebido de quão importante, e eu diria mesmo vital, é o papel da Ordem dos Médicos.

Às tentativas de controlo economicista, a que poderíamos intitular de “selvagem”, que por vezes alguns colegas travestidos de dirigentes nos procuram impor, postergando a Autonomia dos médicos (ou das equipas médicas) e a Qualidade da medicina, só uma classe unida e participante no organismo que defende os médicos mas também a qualidade do exercício da Medicina, e por isso mesmo os doentes e a Saú-

de, poderá dar a adequada resposta. Esse organismo existe. Chama-se Ordem dos Médicos. Se a Ordem dos Médicos, que nos representa a todos, não souber desempenhar o seu papel poderemos dizer que será trágico não só para os médicos, mas fundamentalmente para os doentes e para a Saúde. Os tempos são de unidade no fundamental e de passar ao lado de querelas no acessório. Temos que ter uma Ordem forte, coesa, prestigiada e que represente para a Sociedade uma verdadeira Defensora dos Doentes ao defender a qualidade do exercício da Medicina.

Se fosse um antropólogo falaria agora da importância do que hoje aqui vamos fazer provavelmente rotulando esta cerimónia de um Rito de Passagem e chamaria a atenção para a relevância social dos ritos nas sociedades em crise de valores. Mas não sendo um antropólogo peço-vos que nos deixemos impregnar de Esperança e lu-

temos contra o derrotismo e o pessimismo tão característicos do fado lusitano. Assumamos, hoje aqui, com esta cerimónia ritual, que estamos a combater esta crise de valores e... mais importante que tudo...

Sejam bem-vindos Colegas!!!

Nota da redacção: esta cerimónia iniciou com a transmissão de um pequeno documentário filmado na ilha de Kos. É nesta ilha que se encontra um espaço de grande simbologia: o Asklepieion de Kos, templo de cura consagrado ao deus Asclepius (deus que representa os aspectos da cura na prática médica), onde se diz que Hipócrates terá recebido a sua formação médica. O Asklepieion foi o local onde, ao longo de séculos, novos médicos/sacerdotes fizeram o juramento hipocrático. Na cerimónia de dia 30 de Novembro, nos HUC, prestaram Juramento 264 novos médicos, aos quais foi dedicada a oração de sapiência proferida por Barros Veloso.

**Juramento de Hipócrates 2013
Discurso do presidente do
Conselho Regional do Sul
da OM, António Pereira
Coelho**

**28 de Novembro de 2013 (Aula
Magna da Reitoria da Universi-
dade de Lisboa – Lisboa)**

Há pouco mais de um ano a classe médica acabava de desencadear um inédito movimento de afirmação, com a greve de Julho, criando uma enorme expectativa de mudança e melhoria.

Hoje, decorrido algum tempo sobre esse notável acontecimento, tem-se a sensação que não só nada de novo e mais aliciante aconteceu como, bem pelo contrário, prosseguiu o processo de desmoronamento do sistema de saúde e acentuou-se o pessimismo, particularmente nos níveis etários mais avançados.

Embora possa afigurar-se utópico e absurdo tereis que ser vós, os mais novos e inexperientes, a incutir nos vossos formadores a crença de que a missão é continuar a cumprir aquilo que juraram e aceitaram, aquilo com que agora vos ides também comprometer.

Este é um dos apelos que quero deixar a esta geração, a vós próprios que já tivestes o contacto suficiente com o exercício da Medicina para vos permitir formar a vossa própria noção da eventual diferença entre a realidade e aquilo que haveis sonhado.

Faço este apelo, não tanto pelo que o contacto convosco tenha contribuído para uma desilusão ou descrença quanto às vossas capacidades técnicas, nem pelo maior ou menor empenho no exercício da profissão, mas pela



visão global que eu próprio tenho vindo a criar relativamente ao cenário projectável para o futuro.

Nós, os mais velhos, da minha geração e de outras que nos seguiram, damo-nos conta que em inúmeras circunstâncias discutimos acaloradamente acerca da qualidade daqueles com que tivemos o prazer e o privilégio de trabalhar, dos que nos iniciaram com formas diversas de expressão e actuação. Batemo-nos pelos serviços por onde passámos e pelos directores como se estivéssemos a avaliar equipas de futebol, disputando aguerridas competições e os méritos dos seus treinadores como expoentes de qualidade. Essa saudável competitividade muito contribuiu para incutir em nós a admiração pelos nossos mestres nos quais, mesmo se desaparecidos, reconhecemos

sempre a supremacia do saber e da experiência adquirida.

Para eles irá por toda a vida uma palavra de admiração e de respeito, o reconhecimento pelo saber que quiseram e souberam transmitir-nos.

Na diversidade do seu temperamento, nas formas mais ou menos susceptíveis de comunicar o seu saber, encontraremos a riqueza da diferença que nos irá proporcionar a descoberta de que muitos são os caminhos para procurar a perfeição.

Gostava aqui de salientar que os bons mestres não são só e apenas, aqueles que seguiram uma brilhante carreira universitária, pejada de títulos académicos, de inúmeras publicações, de manifestações públicas de reconhecimento e chamados a desempenhar cargos relevantes.

Sinto obrigação minha recordar também todos os que fo-



mos encontrando na nossa vida profissional e que mostraram sempre uma inteira disponibilidade para prolongarem os seus horários de trabalho no sentido de nos ajudarem a fazer um diagnóstico complexo, permitirem completar uma cirurgia complicada, ou simplesmente nos incitarem a não desistirmos nos momentos difíceis por que todos passámos.

Para com eles ficou por pagar uma dívida incobrável, porque eles jamais a aceitariam.

Perdoem-me por dar relevo na caracterização da actividade médica ao exercício da arte, que é definida nos dicionários tradicionais entre outros significados como: “Aplicação do saber à obtenção de resultados práticos”, “Conjunto de processos mais ou menos ordenado para a obtenção de um fim”, “Actividade que acrescenta algo à

natureza” ou ainda “Actividade de produção de coisas belas”.

A relevância que me permito dar à arte no exercício da Medicina advém da constatação, que nunca consciencializara, que qualquer destas definições se adapta de uma forma perfeita àquilo que todos nós nos esforçamos por pôr em prática no dia-a-dia da nossa profissão. Pela parte que me diz respeito senti como particularmente tocante o reconhecimento que fazer Arte é “Actividade que acrescenta algo à natureza”. Nunca me houvera reconhecido como artista, a não ser na constatação de que no final de uma cirurgia bem conseguida na área ginecológica podia usufruir da transformação de um útero miomatoso, totalmente deformado, num órgão perfeito nas suas paredes. Mas também que nesse momento estava igualmente a contribuir para

ajudar a dar vida a uma ou mais crianças, que doutra forma não teriam mundo.

Exultei de alegria e emoção não apenas por ir ao encontro do profundo desejo de anónimos futuros pais, como também por ter contribuído, embora de uma forma ínfima para o milagre da criação.

Mas estas compensações só podemos obtê-las se a nossa actividade for realizada com consciência, um termo muito fácil de entender, mas extremamente difícil de pôr em prática. Consciência é neste enquadramento fazer sempre o mais correcto, mesmo que sendo o mais difícil e exigente, quando vemos à nossa beira ruir um mundo que sempre sonhámos como o mais perfeito e mais compensador.

A dignidade, essa, é uma atitude que nos obriga a ser profundamente respeitadores dos nossos doentes, a disponibili-

zarmo-nos inteiramente para as suas necessidades, mesmo se aparentemente absurdas, atendendo a que a pessoa doente é por definição um ser fragilizado e diminuído na sua afirmação. Ser digno na actividade médica é ainda e sobretudo manter uma imensa tolerância, aquela disponibilidade que a maioria de nós já experimentou, ou deseja receber se dela necessitar.

Não é difícil compreender e pôr em prática que o lema «A saúde dos nossos doentes é a nossa primeira preocupação», se já se passou por momentos como aqueles que com a minha idade se tornam quase inevitáveis.

Não ousou afirmar que é bom e necessário vivenciar-se a doença para estarmos preparados para priorizar o bem-estar do doente como a nossa primeira preocupação, mas é importante inculcar nas nossas mentes e dos nossos mais próximos, que a honra de exercer a profissão médica tem um preço e que frequentemente ele é bem elevado.

Um preço que na maioria dos casos só pode ser devidamente compensado quando o doente reconhece a nossa entrega e o nosso empenhamento.

Mas uma entrega e um empenhamento que não podem ser uma moeda de troca, e se o forem que seja pelo consciência que há profissões que existem para serem praticadas por mulheres e homens devotados a um serviço, que é e deve continuar a ser um serviço de eleição e devoção.

Quando Hipócrates dizia que a saúde do meu doente será a minha primeira preocupação referia-se seguramente ao ser sofrendor, cuja morte pressentia e cuja dor física seria certamente tão dilacerante quanto o reconheci-

mento dessa inevitabilidade.

A dor que se atenua nem sempre ou exclusivamente com drogas ou mezinhas, mas sobretudo com o consolo de uma palavra amiga, de um diálogo solidário com a certeza que outros o acompanham na sua angústia, e sofrem com ele a incapacidade de lhe aliviar como gostariam, o desespero do sofrimento.

Espantamo-nos com o recurso cada vez mais frequente às terapêuticas alternativas, esquecendo-nos que a procura dessas pseudossoluções assenta acima de tudo na impotência ou na indisponibilidade de repartirmos com os nossos doentes a sensação de abandono por eles vivenciada.

A sociedade, os médicos e outros agentes da saúde parecem ter-se divorciado destas práticas tão sublimes e eficazes como são o segurar uma mão emagrecida, o suportar um odor de putrefacção, o escutar as palavras de desânimo e desespero dum doente terminal.

À medida que vamos avançando rumo a um desenlace que sabemos inevitável mais sentimos a importância que tem para nós e terá para os nossos descendentes a preservação dum património espiritual que só nós mesmos podemos avaliar.

Por experiência própria posso confirmar o quão difícil se torna desvendar o mais íntimo e precioso das nossas vidas.

Somos nós médicos os privilegiados pela salvaguarda da intimidade daqueles que nos procuram quase sempre fragilizados e vulneráveis. A doença, o sofrimento baixam as guardas de defesa da nossa identidade, levam-nos a procurar alguém em quem confiamos sem restrições, para lhe transmitir as nossas angústias

por desvios das nossas condutas, cujo peso nos tornámos incapazes de suportar sozinhos.

Escutar e guardar para sempre o testamento de quem pressente que nos vai deixar, obriga-nos a projectar o nosso próprio fim, a viver essa inevitabilidade que é a morte, passagem ou não para outra vida.

Mesmo aqueles que alimentam a sua vida com a fé que ela, vida, não se resume àquilo que conhecemos e usufruímos, não dispensam a partilha com os que lhe são queridos, que lhes são próximos e de que todos necessitamos em algum momento.

Confesso e assumo-me como um defensor acérrimo das nossas tradições, venero-as, mesmo quando os caminhos que tenho percorrido me foram progressivamente afastando das minhas raízes.

A distância não se transformou, porém, em desprezo ou negação.

Sofro quase sempre, quando me sinto coagido a aceitar que aquilo que foram as bases e o suporte das minhas convicções e opções foram desmentidas pela evidência de um presente que as destituiu do pedestal em que as tinha colocado.

Reconhecer o progresso e as inevitáveis alterações que ele introduz nas nossas posturas individuais e sociais é, deve ser, um acto de inteligência e um esforço de vontade.

Numa época em que a produção em massa de biografias ou autobiografias, de rigor e interesse muitas vezes discutíveis, devemos fazer um esforço para discernir entre o real e o imaginado, entre o contributo para o progresso e a condenável exaltação dos discursos de vaidade.

À distância torna-se mais fácil

discernir o perene e inegável do transitório e fátuo. Também por isso devemos orgulhar-nos do nosso passado, daqueles que entre nós abriram novas veredas, daqueles que nos fizeram acreditar em mensagens perenes tornadas valores intemporais.

Na generalidade teremos que assumir ser esta a atitude exigível numa prática médica descontextualizada duma realidade cada vez mais impositiva e intolerante. Assistimos com mais frequência à tentação de discriminar os médicos e os doentes de acordo com as convicções próprias e alheias, contrariando o espírito hipocrático. Dificilmente se resiste num período de carências e de divergências, por aquelas acentuadas, à tentação de diabolizar aqueles que pensam de uma forma não compatível com a nossa.

Nós mesmos, médicos, desde há muito privilegiados por uma imagem benigna de admiração, gratidão e respeito começamos a sentir que estamos a perder, se é que não perdemos já, muitos dos privilégios que justa ou injustamente nos eram conferidos.

As opções próprias são não apenas úteis como indispensáveis, quando se é obrigado a descobrir e trilhar novos caminhos, novas abordagens, novas soluções. Por isso entendemos que este preceito hipocrático não deve ser interpretado literalmente, gerando um unanimismo bloqueador e acrítico, mas de uma forma criativa, admitindo que a inevitabilidade da mudança, pressupõe um debate não castrador, mas que jamais lese o interesse imediato dos doentes a nosso cargo.

Permitam-me destacar, pela revolta que me produz e pelo receio do retrocesso civilizacional que isso significaria, as manifestações mais ou menos explícitas

de um racismo não assumido.

Para quem viveu uma guerra em que para além do inevitável despertar dos piores instintos da espécie humana teve a compensação de constatar manifestações genuínas de solidariedade e amizade inter-raciais, torna-se ainda mais doloroso e revoltante a constatação do aparecimento de fracturas que urge reparar de imediato.

Permitam que termina esta reflexão com um dos mais recentes textos do poeta e escritor Joaquim Pessoa, que uma colega me fez conhecer num momento de partilha:

“As pessoas como tu possuem não uma, mas todas as vidas.

Pessoas que amam e se entregam, porque amar é também partilhar as mãos e o corpo.

Pessoas que nos escutam e nos beijam e sabem transformar o cansaço numa esperança aliciante, tocando-nos o rosto com dedos de água pura, soltando-nos os cabelos com a leveza do pássaro ou a firmeza da flecha.

São as pessoas como tu que nos respiram e nos fazem inspirar com elas o azul que há no dorso das manhãs, e nos estendem os braços e nos apertam, até sentirmos o coração transformar o peito numa música infinita.

São as pessoas como tu que nunca nos pedem nada, mas têm sempre tudo para dar e que fazem de nós nem ícaros nem prisioneiros, mas homens e mulheres com a estatura da vida, capazes da beleza e da justiça, do sofrimento e do amor.

São as pessoas como tu, que interrogando-nos, se interrogam, e encontram respostas para todas as perguntas nos nossos olhos e no nosso coração.

Caldas de Almeida, Gentil Martins, José Manuel Silva, Germano Sousa e Marcelo Rebelo de Sousa



As pessoas que por toda a parte deixam uma flor para que ela possa levar beleza e ternura a outras mãos.

Essas pessoas que estão sempre ao nosso lado para nos ensinar em todos os momentos ou em qualquer momento, a não sentir o medo, a reparar num gesto, a escutar um violino.

São as pessoas como tu que ajudam a transformar o mundo.”

Nota da redação: A cerimónia concluiu-se com a entrega do Prémio Manuel Machado Macedo aos melhores alunos da Faculdade de Ciências Médicas e da Faculdade de Medicina de Lisboa.



O dever de proteger as crianças

Realizou-se no dia 14 de Novembro na Ordem dos Médicos em Lisboa, o debate «pedofilia - a obrigação de proteger as crianças». Moderado pelo jornalista Júlio Magalhães, este encontro contou com a participação de Maria de Belém Roseira, Manuel Mendes Silva, José Martins Coelho, Heloísa Santos e Miguel Leão. A conclusão foi unânime: a lei portuguesa se fosse aplicada protegia as nossas crianças, contudo o Ministério da Saúde não está a aplicá-la devidamente. Todos os intervenientes concordaram que é necessário publicitar as decisões disciplinares de condenação relacionadas com a pedofilia e que é preciso sensibilizar todas as instituições envolvidas para a urgência destes processos e de uma circulação adequada da informação.

Heloísa G. Santos, Pediatra e Geneticista Médica, Presidente da Comissão de Bioética da Sociedade Portuguesa de Pediatria e Membro do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica da OM (CNEDMOM), foi a primeira interveniente neste debate tendo começado por fazer um enquadramento de conceitos: «pedofilia é um comportamento patológico, habitualmente acompanhado de compulsão, criminalmente punível e do qual resulta na prática o abuso sexual de crianças», caracterizando esses comportamentos como «com efeitos sempre muito graves no desenvolvimento das vítimas», com uma «recorrência muito elevada», o que é comprovado por dados científicos e estatísticas das autoridades policiais, e para os quais as terapêuticas psicológicas e farmacológicas são insatisfatórias. Os abusos, como referiu

Heloísa G. Santos, são frequentes no meio familiar e, muitas vezes, os pedófilos escolhem profissões em que exista contacto regular com crianças, tal como a «área da saúde (médicos e enfermeiros), da educação (professores, educadores de infância, funcionários de escolas), actividades religiosas (padres e outros elementos das igrejas)». Conforme explicou a pediatra, o Conselho da Europa foi sensível a estas preocupações e no sentido da proteção da criança, fez uma convenção à qual Portugal aderiu. Assim, no que se refere à exploração sexual e abuso sexual de crianças o enquadramento jurídico em Portugal é precisamente a Convenção do Conselho da Europa assinada em Lanzarote em 2007, aprovada pela Assembleia da República e publicada por Decreto em Maio de 2012, estando em vigor desde Dezembro desse ano. Em termos

de enquadramento temos ainda a Lei 113/2009 que foi elaborada para cumprir as orientações da Convenção. A oradora explicou em seguida o enquadramento legal concreto citando a Convenção de Lanzarote



Heloísa G. Santos

que protege as pessoas com idade inferior a 18 anos com a exigência por parte dos países subscritores de «medidas legislativas para sensibilizar as pessoas que contactam regularmente com crianças nos sectores da educação, saúde, protecção social, justiça e manutenção da ordem, bem como sectores relacionados com as atividades desportivas, culturais e de lazer, para protecção e os direitos das crianças» e medidas que para as «profissões cujo exercício implique, de forma habitual, contactos com crianças» garantam «que os candidatos a tais profissões não foram anteriormente condenados por actos de exploração sexual ou abusos sexuais de crianças». Com a Lei 113/2009, Portugal cumpriu formalmente as exigências de Lanzarote mas, conforme referiu Heloísa G. Santos. Um exemplo disso é o artigo 4º da Lei 113/2009 sobre identificação criminal onde se estatui que ‘tratando-se deste tipo de crimes o cancelamento definitivo desta identificação criminal ocorre decorridos 23 anos sobre a extinção da pena e desde que, entretanto, não tenha ocorrido nova condenação por crime’. Mas, na prática, a legislação é pouco conhecida e não é cumprida. Heloísa G. Santos explicou que apenas o Ministério da educação tem dado cumprimento à lei e que com professores têm ocorrido situações em que a legislação é aplicada e há um afastamento do trabalho com crianças dos profissionais condenados pela prática de crimes de pedofilia. «Mas os médicos, pelo exercício da sua profissão, têm um acesso ainda maior às crianças e é preciso que a lei lhes seja aplicada», alertou, citando como exemplo o ‘caso Arruda’ em que o médico foi condenado a três anos de suspensão mas que em sede de providência cautelar alegou que «os actos pelos quais tinha sido condenado

nada tiveram a ver com o exercício da profissão nem foram praticados enquanto médico» tendo o juiz aceite a providência invocando «interesse público» e «pesados custos financeiros, sociais e familiares» se a suspensão se verificasse. A condenação reporta-se a 2010 e, três anos depois, ainda aguarda recurso administrativo... «Num acto tão indigno, não pode relevar se o médico estava ou não a exercer a sua profissão», referiu a representante do CNEDMOM, não hesitando em afirmar que, neste momento, a protecção da criança é «diminuta ou mesmo nula». Sobre as penas atribuídas pela OM explicou que a expulsão é muito rara e que a suspensão de todas as actividades médicas é sempre por período limitado pelo que não protege as crianças. Analisando especificamente o panorama actual da OM, referiu que não existem casos de pedofilia em avaliação ou anteriormente punidos disciplinarmente no norte ou centro do país e que na zona sul existem alguns casos mas há também «enormes dificuldades na sua punição quer devido à informação tardia e incompleta dos tribunais quer devido à contestação permanente com recurso a tribunais». No final da sua intervenção Heloísa G. Santos deixou uma proposta em nome do CNEDM da OM que inclui a «colaboração indispensável com o Ministério da Saúde de forma a implementar de facto a Convenção de Lanzarote e para que se promova a inibição parcial do exercício da profissão com proibição de exercício de actividade profissional pediátrica durante um período de 23 anos e a partir da data da condenação por pedofilia, com manutenção da pena acessória com inibição total do exercício da profissão durante período limitado ou expulsão». Mas, conforme frisou, ainda mais importante é

que se implemente a obrigação de identificação criminal durante 23 anos. «Para protecção da criança é mandatório que se passe a cumprir a Convenção de Lanzarote e a lei 113/2009» que a adapta e concretiza para o nosso ordenamento jurídico.

A publicitação das decisões terá um maior efeito dissuasor

Miguel Leão, presidente do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica da OM, começou por realçar o papel fundamental de Heloísa G. Santos na elaboração do documento/proposta sobre esta temática que referiu como sendo uma área de consensos: «todos estaremos de acordo que o grande objectivo é a protecção da criança» e lembrou que a protecção do doente é a tarefa primeira da OM, sendo dever dos médicos denunciar sempre que tenham conhecimento de práticas criminosas de outros médicos, caso contrário eles mesmos estarão a cometer uma infracção ao código deontológico e consequentemente disciplinar.



Para contornar o problema da duração da suspensão, Miguel Leão defende a aplicação do art.º 12 dos Estatutos da OM, que «permite inabilitar o médico mesmo sem esperar pela acção disciplinar ou pela condenação», à semelhança da intervenção profiláctica que já sucedeu com médicos com esquizofrenia. Miguel Leão defendeu igualmente «a publicitação alargada das decisões neste contexto para um maior efeito dissuasor». Outro ponto importante será o estabelecimento de «contactos formais com a magistratura e o Ministério da Saúde para que a OM tenha a informação atempada e para que as condenações sejam publicitadas». Relembrou ainda que a Ordem tem também a obrigação de fiscalizar as unidades privadas de saúde.

Os Conselhos Disciplinares dependem da investigação do Ministério Público

Manuel Mendes Silva, presidente do Conselho Disciplinar Regional do Sul, começou por explicar em resumo, as atribuições, funções e funcionamento dos Conselhos Disciplinares da OM, passando em seguida a uma análise da responsabilidade e infracção disciplinar. «A responsabilidade discipli-

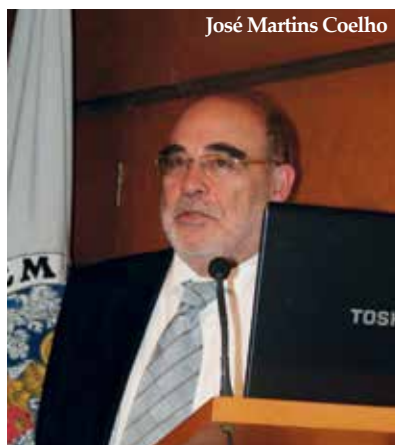
nar dos médicos perante a Ordem dos Médicos é independente de outras responsabilidades disciplinares administrativas, bem como de responsabilidades civis ou criminais que eventualmente possam também existir. Sempre que uma queixa ou participação chega aos CDRs, directamente ou através de outros órgãos da Ordem dos Médicos (nomeadamente Bastonário, Presidentes das Secções Regionais, ou Gabinete do Doente na Secção Regional do Sul), ou também através de outras instituições (como Ministério da Saúde, IGAS, ERS, instituições judiciais, etc.), essa queixa ou participação é analisada pelo presidente do CDR respectivo». Segue-se um processo com diversas fases que este orador explicou, referindo em seguida uma síntese da estatística do CDRSul, que ilustra bem a complexidade do trabalho dos conselhos disciplinares e que «relata o enorme esforço dos últimos anos: Em 2012 instauramos 421 processos, arquivámos 542, efectuámos 39 acusações e 29 condenações. O total de relatórios nesse período foi 610, todavia existiam no fim do ano mais 129 processos resolvidos pelos Conselheiros que aguardavam redacção final. O total de processos resolvidos foi 739. Transitaram de 2011, 1087 processos. Transitaram para 2013, 937 processos. Em 2013, até 31 de Agosto, foram instaurados 206 processos, arquivados 283 e foram feitas 24 acusações e número idêntico de condenações, num total de 307 relatórios». Especificamente sobre os processos por pedofilia na Ordem dos Médicos, Manuel Mendes Silva expressou a sua «admiração por inexistência de processos dessa natureza» nos conselhos disciplinares do norte e centro. «No CDRS, nos últimos 10 anos, foram instaurados 9 processos disciplinares relacionados com

pedofilia. Dois estão pendentes (caso Arruda, Açores, está em Tribunal após pena de 5 anos de suspensão no CDRS, reduzida para 3 anos no CND, com recurso para os Tribunais, ainda a decorrer; e Ferreira Diniz, a elaborar Despacho de Acusação na OM, após recente recepção da decisão/sentença de milhares de páginas do Tribunal); foi atribuída 1 pena de expulsão (entretanto houve falecimento do médico expulso); 1 despacho de acusação propondo pena de suspensão até 5 anos, com posterior arquivamento por prescrição; 1 arquivamento por falecimento e 4 arquivamentos por não se terem considerados provados os factos, com arquivamentos em Tribunal (2 entretanto prescritos, 2 deles com participações apenas por relação com médicos pedófilos)», elencou, explicando que os conselhos disciplinares, não tendo «polícia para investigação, têm de depender da investigação do Ministério Público». «Considero muito bom o parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica da Ordem dos Médicos e concordo em absoluto com as suas conclusões e recomendações», conclui manifestando o seu acordo com os principais aspectos referidos pelos representantes do CNEDMOM: intervenção da OM invocando o conceito de inabilitação total ou parcial para o exercício da profissão, «nomeadamente e especificamente para prestar assistência a menores, com fundamento no princípio da protecção dos doentes, do próprio médico inabilitando, e dos valores fundamentais da Medicina, confiança, beneficência, não maleficência e autodeterminação», com a revisão do Estatuto Disciplinar dos Médicos, «com a inclusão de aspectos específicos relacionados com a pedofilia, como foi sugerido pelo anterior orador», com



o «conceito de suspensão parcial (após suspensão total por período limitado) com inibição parcial do exercício da profissão com contactos com menores por um período de 23 anos, se provado o crime e a reincidência», mas também concordou com as questões da publicidade obrigatória e alargada das decisões disciplinares de condenação relacionadas com a pedofilia e com a «necessidade de contactos e sensibilização de outros órgãos judiciais e da Administração Pública e análise urgente dos casos pendentes (como, por exemplo, no caso Arruda)».

José Martins Coelho, inspector geral IGAS, começou por referir alguns constrangimentos à actuação do IGAS e explicou uma intervenção que foi efectuada por essa entidade em 2005, na qual se verificou através de inquéritos a várias instituições de saúde que na maior parte delas não existem procedimentos para atendimento de crianças em risco. Além disso «nem todas as entidades que foram analisadas nessa intervenção adoptaram procedimentos com vista à preservação das provas. «O processo Casa Pia trouxe um aumento da sinalização e comunicação dessas situações», explicou, mas «a informação prestada é muito fraca e pouco consistente». O IGAS verificou igualmente a inexistência de núcleos de apoio à família e à criança. José Martins Coelho realçou a pouca atenção dedicada a estas situações. Em conclusão referiu a necessidade de uma maior intervenção e a premência de se informatizar as instituições num sistema único que permita uma melhor e mais eficaz circulação da informação. José Martins Coelho concordou com a necessidade de se afastarem os médicos – ou outros profissionais de saúde – que cometam crimes de pedofilia do trabalho que envol-



va possibilidade de contacto com crianças. Havendo um plano para aprovação da tutela, o representante do IGAS comprometeu-se a incluir na acção da entidade que representa as questões discutidas neste debate, «caso o plano seja aprovado».

Mais importante que a lei é a forma como se aplica no terreno

Maria de Belém Roseira, ex-ministra da Saúde e 'parlamentar de referência' pela Convenção de Lanzarote, começou por explicar o processo de assinatura da Convenção e como «Portugal figurava nas boas práticas da Europa por ter aprovado a Lei 113/2009». Infelizmente, a lei não está a ser devidamente aplicada: além do Ministério da Educação, «o Ministério da Segurança Social também aplica por rotina esta legislação; Já o Ministério da Saúde não está a aplicar mas deve fazê-lo, nomeadamente através das circulares orientadoras aos Conselhos de Administração e aos órgãos dirigentes dos Centros de Saúde, porque a IGAS o que pode fazer são auditorias às instituições e quando esse procedimento ocorre já é uma acção tardia», afirmou. «Mais importante do que as leis é a forma como as orientações ge-



rais as aplicam, e se aplicam, no terreno», explicou. Maria de Belém Roseira falou igualmente do importante trabalho desenvolvido ao nível do Conselho da Europa e das recomendações emanadas por esse órgão. «É muito interessante observar que no Conselho da Europa se sublinham os princípios que deram origem ao Estado Social, defendendo a sua modernização e o aprofundamento do Modelo Social Europeu, enquanto que em alguns países os governos estão, pelo contrário, a tornar os seus sistemas de protecção social em anoréticos». Esta oradora explicou ainda que existem várias acções em curso, nomeadamente um projecto da DGS, coordenado por Vasco Prazeres, relativo à atenção dada às crianças sinalizadas nos Centros de Saúde e sublinhou o «papel de grande valia dos profissionais de saúde» nesse contexto. «Um médico pedófilo é contranatura daí que seja natural a preocupação da OM», referiu saudando a iniciativa deste debate. «O que nos falta nesta área é o que nos falta em muitas matérias: falta-nos articulação», concluiu, fazendo ainda referência ao projecto 'tu e a internet' (<http://tueainternet.sapo.pt/>) que visa a promoção da segurança online e das boas práticas na utilização da Internet.



A nossa missão é em prol do conhecimento

Difícilmente encontraremos um médico que tenha terminado o seu curso sem ter estudado por um dos livros que a LIDEL edita e/ou distribui. No ano em que a OM festeja os seus 75 anos, comemoram-se igualmente cinco décadas de uma editora que assume um papel inequívoco ao serviço do conhecimento científico e da língua portuguesa. Manuela Annes, directora editorial de Medicina e Ciências, mostra-nos o caminho que a LIDEL quer trilhar nos próximos 50 anos: «queremos continuar a mostrar o que de melhor se produz e investe em português!».

Revista da Ordem dos Médicos – Fale-nos um pouco de como nasceu a ideia que se transformaria no Grupo LIDEL.

Manuela Annes – A LIDEL, que é a casa mãe do Grupo, foi fundada pelos meus sogros há 50 anos atrás. O meu sogro trabalhou durante muitos anos com produtos químico-farmacêuticos e tinha relações próximas com fornecedores franceses e com a embaixada francesa em Portugal. Em 1957, a editora francesa que publicava a prestigiada *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (EMC) contactou a embaixada no sentido de encontrar um parceiro de confiança em Portugal para distribuir e divulgar o seu produto. Foi assim que o trabalho com os livros começou. Alguns anos mais tarde, em 1963, o meu sogro decidiu separar os dois negócios e assim surgiu a LIDEL, especializada no livro técnico. Ainda hoje somos nós os distribuidores exclusivos desta enciclopédia em Portugal.

ROM – Além da fundação, quais os três momentos que destaca como marcos históricos no percurso da LIDEL?

MA – Durante os primeiros 30 anos, a LIDEL impôs-se como o principal importador de livros técnicos em Portugal. Trabalhámos em exclusivo com mais de 70 editoras internacionais de livros técnicos, provenientes da Europa, Estados Unidos da América e Brasil. Durante todos esses anos acumulámos um *know-how* precioso e essencial para o sucesso de qualquer livro técnico: conhecemos o mercado e sabemos como promover e distribuir. Porque não passamos a produzir os nossos livros? Foi a pergunta que fizemos em 1989. Assim, acompanhando a mudança dos tempos, decidimos aproveitar a nossa ‘máquina’ e lançámo-nos no mercado da edição. Este foi o primeiro grande passo para o que somos hoje. A LIDEL começou a publicar nas áreas da Medicina e

do Ensino de Português para Estrangeiros, áreas em que somos desde sempre líderes de mercado. O segundo grande marco foi quando decidimos criar outras editoras, dedicadas a distintas áreas do saber, e assim dar forma ao atual Grupo LIDEL. Em 1991 fundámos a FCA, editora líder na publicação de livros de informática, e a ETEP, responsável pelas publicações para o nível Técnico-Profissional nas áreas de Automação, Eletrónica e Secretariado. Alguns anos mais tarde a edição era já a nossa atividade principal e, dando continuidade à expansão do Grupo, em outubro de 2010 criámos a PACTOR, dedicada às Ciências Sociais, Forenses e da Educação. O terceiro grande marco do nosso percurso posso considerar que é o momento atual. Somos o principal grupo editorial português de livros técnicos, somos reconhecidos pelo rigor e qualidade dos nossos livros, e vemos



com grande orgulho as nossas publicações serem cada vez mais procuradas além-fronteiras, fruto do trabalho de divulgação que temos vindo a desenvolver. Na nossa vasta família de autores contamos também com nomes de profissionais de destaque de diferentes países lusófonos, o que muito nos apraz. Na área do Ensino de Português para Estrangeiros, os nossos livros são usados nos 5 continentes. Podemos dizer sem rodeios que levamos a ciência em português e a língua portuguesa cada vez mais longe.

ROM – Quando começaram, quantos elementos compunham a LIDEL? E hoje em dia?

MA – A nossa história foi construída em vários momentos, pelo que também o número de colaboradores foi acompanhando a

evolução da empresa. Quanto começámos, para além dos meus sogros havia mais uma ou duas pessoas; no auge da nossa atividade de distribuição, em que tínhamos vendedores a percorrer os hospitais e clínicas a nível nacional para apresentar os livros aos médicos, éramos bem mais do que somos hoje, entre colaboradores e vendedores independentes. Hoje, em que a nossa principal atividade é a edição, no total o nosso grupo conta com cerca de 50 pessoas que acompanham toda a cadeia do livro.

ROM – Tem sido, portanto, um processo de evolução natural...

MA – Sim, como referi, em 1989 lançámo-nos na edição mas rapidamente percebemos que o nosso futuro era a publicação e difusão dos autores nacionais. Deste pri-

meiro passo ao salto da distribuição para a edição foi um processo rápido e natural, que tornou a nossa empresa completa.

ROM – Cinco décadas e três gerações depois, a atividade principal centra-se na edição e distribuição de autores nacionais...

MA – A nossa prioridade são, de facto, os autores nacionais. Nós próprios somos uma empresa 100% portuguesa, com capitais exclusivamente portugueses. Assim queremos continuar com muito orgulho. É por isso também que gostamos de ajudar os autores nacionais a publicarem as suas obras e a fazerem chegar o seu conhecimento a quem dele mais precisa. E promovemos o seu talento não só a nível nacional, como a nível internacional, para que Portugal e os portugue-



ses sejam mais conhecidos e reconhecidos!

ROM – Que marcas constituem atualmente o grupo e em que áreas apostam mais?

MA – Atualmente o Grupo LIDEL é composto por 4 marcas principais. A LIDEL, que publica nas áreas de Medicina, Saúde, Ciências, Gestão, Engenharia, Hotelaria, Turismo e Português Língua Estrangeira. A FCA, que se dedica em exclusivo às tecnologias de informação e apresenta a maior biblioteca de informática em português. A PACTOR, marca em maior expansão do Grupo que publica livros de Ciências Sociais, Forenses e da Educação. E a ETEP, a nossa editora especializada em livros de nível técnico-profissional de Automação, Eletrônica e Secretariado.

ROM – Com um crescimento tão exponencial, considera que a empresa ainda é uma família ou, inevitavelmente, o sentimento de pertença perde-se com o crescimento das empresas?

MA – Uma das nossas características mais fortes é precisamente esse sentimento de pertença. Somos uma família e o negócio tem passado de geração em geração e já vai na terceira. É também esse sentimento que nos leva a querer mais, a ter ambição, a querer levar a marca da nossa família mais além e por isso o crescimento da LIDEL é uma consequência desta nossa união.

ROM – Dos 2500 autores que a LIDEL publicou ou distribuiu, quantos são médicos?

MA – Não tenho essa informação precisa pois muitos dos

nossos livros, quer de medicina quer de outras áreas do saber, contam com uma equipa multidisciplinar de autores, onde podem estar integrados médicos, outros profissionais de saúde, psicólogos, advogados, juristas, gestores, etc., mas acredito que pelo menos 1500 serão médicos. Posso dizer que o nosso grupo editorial conta com uma família de cerca de 3.300 autores, em que a editora LIDEL abraça a maior fatia com mais de 2.500 especialistas. A grande maioria dos autores que escreveram para a chancela LIDEL participou em publicações de Medicina e Ciências, pois são as que normalmente apresentam as equipas multidisciplinares mais extensas.

ROM – Qual a explicação para esta ligação estreita com a medi-

cina: um feliz acaso, uma oportunidade ou havia outros fatores que influenciaram este vosso percurso?

MA – A história da LIDEL começou com a medicina, ao termos sido criados para a distribuição da EMC. Desde sempre mantivemos contacto com esta área do saber. Fomos distribuidores exclusivos de reconhecidas editoras de medicina internacionais, como a Mosby, Lange, Lippincott, Little Brown, Masson, Flammarion e ainda hoje distribuímos a EMC e a George Thieme Verlag. Quando começámos a editar os nossos próprios livros esta era uma das áreas com que estávamos mais familiarizados, onde a nossa marca era mais conhecida e cujas lacunas conhecíamos bem. Foi, mais uma vez, uma evolução natural.

ROM – Que princípios estão subjacentes à escolha dos vossos projetos?

MA – O nosso Grupo tem sido desenvolvido sob sólidos critérios de rigor e qualidade. Estes critérios estão bem patentes no nosso trabalho diário e também na escolha dos nossos projetos. Assim, são para nós princípios essenciais para a publicação de um livro a qualidade dos seus autores, a relevância das matérias, a atualidade do conteúdo e a exatidão dos conceitos apresentados. Também é para nós essencial que um livro tenha um bom aparelho pedagógico e uma componente prática alargada. Consideramos que um livro técnico é um instrumento de formação e atualização contínua para o seu leitor, pelo que é fundamental que os conhecimentos sejam transmitidos e apresentados de modo a que o



leitor os compreenda e possa aprender e crescer com eles. Só assim consideramos que o livro atingiu o seu objetivo.

ROM – Presumo que é motivo de grande orgulho, o facto de serem um grupo editorial 100% português que soube adaptar-se e crescer de forma sustentada, sem abdicar desses princípios...

MA – Sem dúvida! Orgulhamo-nos em ser uma empresa 100% portuguesa e que até hoje tem trabalhado exclusivamente com capitais próprios. Uma empresa que respeita os princípios da ética no trabalho com todos aqueles com que nos relacionamos e que apoia o mais possível os seus parceiros, com os quais conseguimos que os nossos livros cheguem aos quatro cantos do mundo.

ROM – Quando um jovem médico se torna vosso autor, sente-se a influência que o Grupo LIDEL teve na sua formação académica?

MA – Certamente que o facto

do nosso Grupo ter distribuído durante muitos anos as principais editoras internacionais de medicina terá contribuído para que os nossos autores tivessem mais rápido acesso a bibliografia de estudo credível. Lembro-me de alguns deles irem ter comigo (na altura era uma jovem estudante de engenharia - curso noturno - que fazia exposições na sala de alunos do Hospital de Santa Maria todas as manhãs e que durante a tarde vendia livros aos médicos nos mais diversos hospitais de Lisboa) para comprar o *Traité d'Anatomie Humaine* (Rouvière) ou a *Sémiologie Chirurgicale* (Leger), clássicos das listas bibliográficas de qualquer curso de medicina. Iam encomendar os livros logo no início do ano letivo e estavam sempre atentos às novidades que eu trazia para verem se havia alguma que os pudesse ajudar a ter melhores resultados no fim do ano – outros tempos! Já nessa altura em que as fronteiras eram um obstáculo à disponibilização dos livros, o trabalho



da LIDEL permitia aos estudantes de medicina terem acesso às obras de referência da época. É por isso muito gratificante para nós continuarmos a manter esta proximidade com os médicos e ficamos muito orgulhosos por termos contado com a confiança da classe médica ao longo de 5 décadas.

ROM – Neste momento, a editora sente mais vocação para projetos da área da formação pré ou pós graduada?

MA – Um catálogo de livros técnicos, seja qual for a área do saber, não se constrói só com projetos de formação pré ou pós graduada. Temos que conseguir satisfazer as necessidades de todos os nossos leitores, seja qual for o seu nível de conhecimento. É por isso que o nosso catálogo apresenta livros para profissionais, estudantes e público diversificado. Na medicina, por exemplo, temos desde livros universitários para as disciplinas base, como a Anatomia, Microbiologia, Bioquí-

mica, entre outras, como livros de especialidade – já cobrimos quase todas – e alguns livros de saúde para grande público. Em todos eles mantemos os nossos critérios de rigor, qualidade e pedagogia, adaptando o estilo de escrita e conteúdo a cada público-alvo. Apesar disso, não escondo que já muitas vezes repensámos a publicação de livros universitários e até à data temos sempre acabado por decidir continuar a desenvolver esta linha, pois a nossa missão é em prol do conhecimento, mas não sabemos até quando. É que o total desrespeito que a sociedade atual mostra para com os direitos de autor e a proliferação das fotocópias e pdf ilegais dos livros têm-nos prejudicado bastante, tanto a nós como aos nossos autores. A verdade é que gostaríamos de continuar a ajudar os estudantes a estudar em português, com livros adaptados às suas necessidades mas não poderemos comprometer a nossa empresa se tal se revelar insustentável.

ROM – Como projeta os próximos 50 anos? Que desafios estão iminentes?

MA – Bom, queremos continuar a trilhar o nosso caminho na divulgação do conhecimento científico e da língua portuguesa. Queremos levar os nossos autores ainda mais longe e fazer chegar os nossos livros aos seus leitores, estejam eles onde estiverem. Acreditamos que o nosso país e os restantes países de expressão portuguesa têm profissionais de extrema qualidade, tão bons ou melhores que os especialistas que tiveram a sorte de nascer em países anglo-saxónicos ou francófonos. Por isso queremos continuar o mostrar o que de melhor se produz e investiga em português! Para um futuro mais próximo, a aposta será também nos *ebooks* e outros produtos digitais. Já temos alguns materiais prontos e no próximo ano contamos lançar os primeiros.

ROM – De que formas podemos esperar que a LIDEL colabore com os médicos nesse futuro?

MA – Tal como sempre colaborou, com muita lealdade e espírito de entreajuda. Somos uma equipa, os nossos autores e nós. É com esta equipa que temos construído o nosso catálogo. As nossas publicações pretendem estar sempre na vanguarda do conhecimento. Para isso precisamos de novos autores e de médicos que queiram partilhar connosco o seu saber. Ficamos satisfeitos com esta preferência e trabalhamos arduamente todos os dias para sermos merecedores desta confiança.



Júlio Pêgo

Presidente da direcção ACMP – Auto Club Médico Português

77º aniversário do Auto Club Médico Português

A propósito do 77º aniversário do Auto Club Médico Português, entrevistámos Júlio Pêgo, presidente da direcção dessa instituição. O ACMP é um exemplo do dinamismo dos médicos, profissionais que Júlio Pêgo não hesita em definir como «um pilar importante de humanismo e cultura» na nossa sociedade, convidando os Colegas a honrar «a memória do nosso ilustre e multifacetado médico, cientista e pintor, Prof. Abel Salazar» através do envolvimento em actividades culturais.

Revista da Ordem dos Médicos – O ACMP nasceu antes do DL 29171, de 24 de Novembro de 1938 instituir a Ordem dos Médicos portugueses. Havia alguma ligação inicial entre as duas instituições?

Júlio Pêgo – O Auto Club Médico Português nasceu em 1936. Na época, o automóvel passou a ser um instrumento importante para

o Médico se deslocar ao domicílio dos doentes, face à escassa oferta de serviços médicos, quer na medicina de urgência, quer pela comodidade proporcionada ao doente. Havia portanto uma ligação natural...

ROM – Qual o espírito que levou à criação do ACMP?

JP – O ACMP foi criado por um prestigiado grupo de clínicos, en-

tre os quais o nosso prémio nobel Prof. Egas Moniz, que se tornou no 1º presidente da Assembleia Geral, cujas actas manuscritas por ele conservamos. Nesse tempo rareavam as oficinas auto e havia que proceder aos serviços de desempacagem, reboque e oficina. Tínhamos esses serviços próprios bem como tratamento burocrático da revalidação de carta de condução,

registos de propriedade (livretes) e outra documentação necessária, que mantemos até à actualidade. Embora já existisse, na altura, o ACP, os médicos sentiram a necessidade de se associarem e assumirem eles próprios, como sócios, serviços personalizados através da criação de uma Sociedade que lhes prestasse os apoios necessários e os livrasse de tempo perdido com os assuntos do automóvel.

ROM – 77 anos depois, os objectivos continuam a ser os mesmos?

JP – Os tempos mudaram e todos nós beneficiamos de serviços auto espalhados por toda a parte. Contudo, o ACMP reforçou a sua importância pela emissão de um dístico de urgência, autorizado pelas autoridades policiais, de modo a facilitar o estacionamento do automóvel próprio dos médicos, desde que em serviço de urgência médica. Esse é um serviço que mantemos para os nossos associados. Somos membros da Associação Mundial de Condutores Médicos e somos a instituição competente para emissão de Carta Internacional de Condução.

ROM – Começaram, naturalmente, com uma estreita ligação ao mundo automóvel, contudo, têm há muitos anos um plano de actividades sempre ligado às artes... Concorda que o ACMP nasceu com uma perspectiva utilitária pragmática, mas cresceu para um utilitarismo filosófico em que busca para os seus associados o maior bem estar possível?

JP – Sim. Ao longo dos tempos passámos de uma sede em Lisboa (situada na Av. Elias Garcia, 123, 1º Esq.) para a criação de delegações pelas diferentes regiões do país. Criámos secções desde coleccionismo de automóveis antigos, filatelia, golfe, ténis, viagens, canoagem,

até às artes plásticas e, mais recentemente, de poesia. Como temos instalações próprias, organizámos também uma galeria de arte, proporcionando a exposição de trabalhos artísticos de médicos, familiares e outros artistas nacionais. Assumimos uma dimensão cultural, de convívio e entretenimento ao serviço dos sócios. Somos um local de encontro para colegas que se desloquem a Lisboa, bem como um espaço para lançamento de livros, conferências e reuniões científicas. O nosso Espaço D/Artes, presentemente, é coordenado pelo nosso estimado sócio, pediatra e artista plástico o Dr. Pedro Migueis. É ele que agenda diversas exposições de artes plásticas estando actualmente a decorrer uma exposição colectiva de sócios artistas e outros artistas plásticos de renome, proporcionando a aquisição de obras, nesta época natalícia.

ROM – Numa profissão tão desgastante como o exercício da medicina, a existência de um espaço lúdico de convívio entre Colegas é muito importante?

JP – Julgo que sim. O nosso Club é já uma referência no mundo cultural de Lisboa. Tenta preencher um espaço de encontro e convívio entre os médicos, divulgando escritores e artistas médicos e promovendo viagens culturais e de lazer pelo país.

ROM – De que forma promovem as vossas iniciativas?

JP – Por vários meios, nomeadamente através da revista trimestral, que existe desde 1937, e que é um espaço de opinião e divulgação cultural, com artigos diversificados e que conta com um painel excelente de colaboradores médicos.

ROM – Como perspectiva o caminho do ACMP e que dificuldades sentem?

JP – O ACMP conta com um número vasto de médicos associados de grupos etários elevados e necessita urgentemente de ser divulgado junto das camadas de jovens médicos. É de todo o interesse angariarmos colegas novos e trazer ‘massa crítica’ e novos ideários de modo a renovarmos e garantirmos a continuidade. Tradicionalmente, os médicos são um pilar importante de humanismo e cultura e, poderão a par da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos, com a qual temos excelentes relações, continuar a inovar em termos culturais.

ROM – Quer deixar alguma mensagem aos médicos que vão ler a sua entrevista para a Revista da OM?

JP – Convidamos os médicos a inscreverem-se como sócios, bastando uma simples auto-proposta (www.acmp.pt), uma visita ao nosso blogue (www.acmpportugal.blogspot.com) ou directamente a nossa sede. Apesar de vivermos numa sociedade acelerada e tecnológica, podemos ter mais tempo para convivermos e “absorver” uma cultura humanística, inter pares, honrando a memória do nosso ilustre e multifacetado médico, cientista e pintor, Prof. Abel Salazar.





Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

SNS em análise

Em entrevista ao 'Qualidade&Inovação', em Setembro de 2013, Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos versa sobre temáticas que inquietam a Ordem e que requerem atenção por parte da tutela.

Em entrevista ao 'Qualidade&Inovação', em Setembro de 2013, Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos versa sobre temáticas que inquietam a Ordem e que requerem atenção por parte da tutela.

A Ordem dos Médicos tem sido bastante crítica relativamente

à prescrição por DCI. A última reacção surgiu após a providência cautelar da Ordem dos Farmacêuticos que visa suspender o modelo de receita médica em vigor. O que está em causa nesta providência cautelar?

Miguel Guimarães – Esta providência cautelar visa impedir que o doente exerça o legítimo direito de opção sobre o medi-

camento que quer tomar. Até aqui, o modelo da receita médica garantia essa opção mediante o preenchimento de um campo próprio para o efeito, cuja inclusão foi proposta pela Ordem dos Médicos e aceite pelo Ministério da Saúde. A Ordem dos Farmacêuticos, ao perceber que essa opção colocava em causa os seus interesses e todas as vantagens

que a Lei da Prescrição por DCI lhe outorgou, combateu-a desde o início e resolveu actuar juridicamente junto do Ministério Público para a travar.

No fundo, é mais um episódio que vem dar razão à Ordem dos Médicos quando dizemos que não é o doente o beneficiado com a Prescrição por DCI, mas sim o sector farmacêutico, nomeadamente na sua componente comercial. O que está a acontecer é que uma percentagem elevada das farmácias não está a cumprir a Lei e não está a disponibilizar ao doente, um dos cinco medicamentos mais baratos de cada molécula. E isto é feito, muitas vezes, com o argumento de que o medicamento não está disponível ou está esgotado.

A Ordem tem conhecimento de casos concretos de doentes que não conseguem obter o medicamento mais barato na farmácia?

MG - Temos dezenas de casos relatados de não cumprimento da legislação e troca de medicamentos nas farmácias, alguns deles reportados ao Infarmed, não só de doentes, como de médicos. Infelizmente, o Infarmed continua a ocultar a situação e não divulga os dados relativos à dispensa de medicamentos nas farmácias. É uma situação gravíssima e preocupante, que viola princípios básicos de transparência. O Infarmed tem obrigação de divulgar esses dados. De resto, sendo a prescrição electrónica, o acesso a este tipo de dados está muito facilitado, devendo ser tornado público e com a possibilidade de ser auditado.

A Lei da prescrição por DCI deve ser alterada?

MG - A prescrição por DCI não está a aumentar a taxa de pene-

tração dos genéricos do mercado, não está a ser respeitada pelo circuito farmacêutico e, como recentemente se percebeu, não permite ao doente uma escolha livre e informada sobre o medicamento que vai tomar. Mais ainda, coloca em causa, desde a primeira hora, a normalidade de uma relação médico-doente. Por tudo isto, defendo a revisão da Lei com carácter de urgência. Todas as pessoas com bom senso entendem facilmente que se a Lei fosse feita de forma a beneficiar os doentes, então deveriam ser os médicos a prescrever um dos cinco medicamentos mais baratos do princípio activo indicado, de forma a salvaguardar os interesses dos doentes. De resto, colocar no farmacêutico o poder de decidir o medicamento que o doente vai tomar, vai contra todos os princípios de transparência que devem existir nesta área: quem vende medicamentos não deve decidir que medicamentos devem ser dispensados. É, antes de mais, uma questão de conflito de interesses.

Apesar do parecer negativo do Provedor de Justiça, o Ministério da Saúde recuperou os concursos limitados para o SNS. Qual a posição da Ordem dos Médicos sobre esta matéria?

MG - A Ordem dos Médicos discorda claramente. Estes concursos, que designamos de “fechados” por estarem restritos a médicos que concluíram a especialidade na primeira fase deste ano, violam o direito fundamental da igualdade de oportunidades no acesso ao sector público. Além disso, são profundamente injustos porque premeiam a idade dos candidatos em detrimento da sua competência e da qualidade do seu desempenho.

Vamos continuar a actuar, no quadro legal de que dispomos, no sentido de atenuar os efeitos que este tipo de contratação possam ter para os médicos e vamos procurar uma base de entendimento com os sindicatos e com as organizações de saúde. Acreditamos que este procedimento é negativo para todas as partes.

Na sua opinião, porque é a tutela insiste nesta metodologia de concurso?

MG - Desconheço as razões pelas quais o Ministério da Saúde continua a insistir nesta solução. Imagino que sejam questões económicas e ligadas à própria organização do sistema, no entanto, isso parece-me um claro atestado de incompetência às administrações. O facto de o Ministério se imiscuir na autonomia de quem gere as instituições do SNS, criando regras próprias de recrutamento, só revela que não lhes reconhece competência e capacidade de decisão. É lamentável. Como lamentável é o facto de o senhor Ministro da Saúde não respeitar as indicações do Provedor de Justiça que já lhe comunicou um extenso parecer jurídico, a dar conta da ilegalidade destes concursos. Ou seja, o Governo não segue e até despreza as recomendações das instituições democráticas do nosso Estado de Direito.

Mantêm-se os casos de contratação por via de empresas prestadoras de serviços médicos. O acordo estabelecido entre sindicatos e médicos está a ser cumprido?

MG - Está a ser cumprido apenas parcialmente. De facto, mantém-se um recurso exponencial a médicos “tarefeiros”, com graves consequências ao nível da

organização dos serviços e da própria prestação de cuidados. Além disso, não é aceitável que tenham sido abertas apenas 130 vagas para assistente graduado sénior. Este número é claramente insuficiente e não corresponde minimamente às necessidades existentes. Recentemente, soube-se que algumas centenas de médicos transitaram do regime das 35 para as 40 horas, o que é um dado positivo, mas é necessário cumprir o acordo na sua totalidade e isso ainda não se verifica.

**A Lei nº 71/2013, que regula-
menta as terapêuticas não con-
vencionais, já foi publicada.
Parece-lhe uma Lei equilibrada?**

MG – Nunca poderei considerar equilibrada uma Lei que, na prática, vem caucionar e regular terapias que não são reconhecidas do ponto de vista científico. Ou seja, é uma Lei que irá autorizar a aplicação de técnicas que para além de não serem suportadas por evidência técnico-científica conhecida e auditada, não pressupõem a existência de um diagnóstico prévio.

A posição da Ordem dos Médicos sobre esta matéria é muito clara e coerente, desde que este debate se iniciou em Portugal há mais de 10 anos. À excepção da acupunctura praticada por médicos, não reconhecemos validade e eficácia terapêuticas a nenhuma das actividades previstas nesta Lei. De resto, ficamos perplexos ao perceber que uma outra prática – a “Medicina” Tradicional Chinesa – foi incluída no lote de terapias regulamentadas, quando nunca esteve anteriormente prevista em qualquer das propostas legislativas que foram sendo apresentadas.

Mas não é desejável que estas

**práticas, uma vez que existem
e que estão implementadas no
mercado, sejam regulamenta-
das?**

MG – Entendo esse argumento, mas não o subscrevo. Como é que é possível regulamentar práticas cujo substrato científico não existe? São práticas que existem, de facto, mas que não representam nenhum tipo de benefício comprovado para a saúde e o bem-estar da população. São técnicas, em muitos casos, praticadas por pessoas que não têm qualquer formação de base na área das ciências da saúde e, como tal, não me parece aceitável este tipo de voluntarismo numa sociedade que é cada vez mais exigente e que se pretende reger por elevados padrões de qualidade técnica e científica.

**O que lhe parece o facto de os
terapeutas serem obrigados a
apresentarem certificado de for-
mação superior, mas não existi-
rem graus compatíveis em Por-
tugal?**

MG – É mais um embuste, com que se procura validar aquilo que não é reconhecidamente válido. Repare: se não existe um grau académico em nenhuma destas áreas no nosso país; se o Governo, através da tutela para o ensino superior, não reconhece qualidade suficiente a estas formações para lhe dar um estatuto diferente, porque é que está a restringir a prática destas terapias a quem tem licenciatura? É um contrasenso. Poderíamos pensar que se trata, então, de uma iniciativa que vai acabar com o amadorismo reinante e com centenas de negócios que pululam um pouco por todo o lado. Mas não. Porque a Lei prevê um período de acreditação temporária dos profissionais – mesmo aqueles que não

têm licenciatura nenhuma – com base numa apreciação curricular! Mas quem é que tem competência para avaliar se o currículo de um homeopata é ou não suficiente para exercer? A ACSS? Não me parece. Por isso é que considero esta Lei um absurdo. De resto, serão sempre os cidadãos a decidirem o que querem para a sua saúde, independentemente de acreditarem ou não neste tipo de terapêuticas e apesar da ausência de validade científica.

**António José Seguro recuperou
o debate sobre a exclusividade
de funções dos médicos que
integram o sector público. Con-
corda com a medida?**

MG – É uma medida que é falada há mais de 20 anos, mas que não merece consenso. Francamente, não vejo condições para que se avance com uma separação completa entre o sector público e o sector privado. Ou dito de outra forma, uma exclusividade de funções pura e dura. Por diversas razões. Primeiro, porque o Serviço Nacional de Saúde sofre de problemas crónicos de financiamento e não terá, nos próximos anos, capacidade para acomodar uma subida de salários dos seus profissionais médicos. Os números não são consensuais, mas estima-se que o aumento salarial médio rondaria os 40% por médico, ou seja, isso seria in comportável para a realidade do nosso serviço público.

6 **Qualidade**
Setembro de 2013

Em entrevista ao
"Qualidade &
Inovação", Miguel
Guimarães, Presidente
do Conselho Regional
do Norte da Ordem dos
Médicos, versa sobre
temáticas que inquietam
a Ordem e que
requerem atenção por
parte da tutela.

A Ordem dos Médicos tem sido bastante crítica relativamente à prescrição por DCL. A última reacção surgiu após a providência cautelar da Ordem dos Farmacêuticos que visa suspender o modelo de receita médica em vigor. O que está em causa nesta providência cautelar?

Esta providência cautelar visa impedir que o doente exerça o legítimo direito de opção sobre o medicamento que quer tomar. Até aqui, o modelo da receita médica garantia essa opção mediante o preenchimento de um campo próprio para o efeito, cuja inclusão foi proposta pela Ordem dos Médicos e aceite pelo Ministério da Saúde. A Ordem dos Farmacêuticos, ao perceber que esta opção colocava em causa os seus interesses e todas as vantagens que a Lei da Prescrição por DCL lhe outorgou, combatu-a desde o início e resolveu atuar juridicamente junto do Ministério Público para a travar.

No fundo, é mais um episódio que vem dar razão à Ordem dos Médicos quando dizemos que não é o doente o beneficiado com a Prescrição por DCL, mas sim o setor farmacêutico, nomeadamente na sua componente comercial. O que está a acontecer é que uma percentagem elevada das farmácias não está a cumprir a Lei, e não está a disponibilizar ao doente um dos cinco medicamentos mais baratos de cada molécula. É isto é feito, muitas vezes, com o argumento de que o medicamento não está disponível ou está esgotado.

A Ordem tem conhecimento de casos concretos de doentes que não conseguem obter o medicamento mais barato na farmácia?

Temos dezenas de casos relatados de não cumprimento da legislação e troca de medicamentos nas farmácias, alguns deles reportados ao Infarmed, não só de doentes, como de médicos. Infelizmente, o Infarmed

Segundo, isso implicaria uma mudança de regras e de condições, para além da componente salarial, que não se afiguram como prováveis nos próximos anos. Estamos a falar da relação do sector privado e social com o sector público, por exemplo; da abertura de concursos, do regime de incompatibilidades, do regime de convenções, da formação especializada dos médicos, etc. Ou seja, estamos a falar de uma ruptura completa do sistema que actualmente está em vigor. Terceiro, a exclusividade, no sentido mais rigoroso do termo, não é uma norma a nível internacional e nos poucos países onde foi implementada acabou por não ser bem-sucedida. Por fim, se fosse aplicado um regime de exclusivi-

dade rigoroso, o risco de transferência massiva de médico do sector público para o sector privado seria real e colocaria em causa a qualidade assistencial no SNS. Por tudo isto, não me parece que a exclusividade seja a solução.

Nesse caso, qual é a melhor solução?

MG – As soluções possíveis não são simples nem de aplicação fácil. Por isso é que esta reforma tarda em ser realizada. Parece-me mais sensato e até mais correcto pensar num regime de dedicação permanente, com uma política de remuneração adequada ao grau de responsabilidade dos médicos na sociedade, implementando incentivos por objectivos para que o SNS pos-

sa manter muitos dos seus melhores profissionais. A mesma política deveria ser seguida no sector privado, de forma a que os equilíbrios encontrados fossem no sentido de melhor servir os doentes e a comunidade. De facto, orientar o sistema de saúde no sentido de promover o incentivo à produtividade associado à qualidade dos actos médicos praticados e à transparência do próprio sistema, pode ser uma solução complementar interessante para que a dedicação permanente possa acontecer.

SNS em análise



Miguel Guimarães, Presidente do Conselho Regional do Norte do Ordem dos Médicos

transparência que devem existir nesta área, quem vende medicamentos não deve decidir que medicamentos devem ser dispensados. É, antes de mais, uma questão de conflito de interesses.

Apesar do parecer negativo do Provedor de Justiça, o Ministério da Saúde recuperou os concursos limitados para o SNS. Qual a posição da Ordem dos Médicos sobre esta matéria?

A Ordem dos Médicos discorda claramente. Estes concursos, que designamos de "fechados" por estarem restritos a médicos que concluíram a especialidade na primeira fase deste ano, violam o direito fundamental da igualdade de oportunidades no acesso ao sector público. Além disso, são profundamente injustos porque premiam a idade dos candidatos em detrimento da sua competência e da qualidade do seu desempenho. Vamos continuar a lutar, no quadro legal de que dispomos, no sentido de atenuar os efeitos que este tipo de contratação possa ter para os médicos, e vamos procurar uma base de entendimento com os sindicatos e com as organizações de saúde. Acreditamos que este procedimento é negativo para todas as partes.

Na sua opinião, porque é que a tutela insiste nesta metodologia de concursos?

Desconhecemos as razões pelas quais o Ministério da Saúde continua a insistir nesta solução. Imagine que sejam questões económicas e ligadas à própria organização do sistema, no entanto, isso parece-me um claro atestado de incompetência às administrações. O facto de o Ministério se imiscuir na autonomia de quem gere as instituições do SNS, criando regras próprias de recrutamento, só revela que não lhes reconhecem competência e capacidade de decisão. É lamentável. Como lamentável é o facto de o senhor Ministro da Saúde não respeitar as indicações do Provedor de Justiça, que já lhe comunicou um extenso parecer jurídico, a dar conta da ilegalidade dos concursos. Ou seja, o Governo não segue, e até despreza, as recomendações das instituições democráticas do nosso Estado de Direito.

Mantêm-se os casos de contratação por via de empresas prestadoras de serviços médicos. O acordo estabelecido entre sindicatos e médicos está a ser cumprido?

Está a ser cumprido, apenas parcialmente. De

facto, mantêm-se um recurso exponencial a médicos "tarefeiros", com graves consequências ao nível da organização dos serviços e da própria prestação de cuidados. Além disso, não é aceitável que tenham sido abertas apenas 120 vagas para assistente graduado sénior. Este número é claramente insuficiente e não corresponde minimamente às necessidades existentes. Recentemente, soube-se que algumas centenas de médicos transitarão do regime das 35 para as 40 horas, o que é um dado positivo, mas é necessário cumprir o acordo na sua totalidade e isso ainda não se verifica.

A Lei n.º 71/2013, que regulamenta as terapêuticas não convencionais, já foi publicada. Parece-lhe uma Lei equilibrada?

Nunca poderei considerar equilibrada uma Lei que, na prática, vem caucionar e regular terapias que não são reconhecidas do ponto de vista científico. Ou seja, é uma Lei que vai autorizar a aplicação de terapias que, para além de não serem suportadas por evidência técnico-científica conhecida e auditada, não pressupõem a existência de um diagnóstico prévio.

A posição da Ordem dos Médicos sobre esta matéria é muito clara e coerente, desde que este debate se iniciou em Portugal, há mais de 10 anos. A exceção da Acupuntura praticada por médicos, não reconhecidos validade e eficácia terapêutica a nenhuma das atividades previstas nesta Lei. De resto, ficamos perplexos ao perceber que uma outra prática – a "Medicina Tradicional Chinesa" – foi incluída no lote de terapias regulamentadas, quando nunca esteve anteriormente prevista em qualquer das propostas legislativas que foram sendo apresentadas.

Mas não é desejável que estas práticas, uma vez que existem e que estão implementadas no mercado, sejam regulamentadas?

Entendo este argumento, mas não o subscrevo. Como é que é possível regulamentar práticas cujo substrato científico não existe? São práticas que existem, de facto, mas que não representam nenhum tipo de benefício comprovado para a saúde e bem-estar da população. São técnicas, em muitos casos, praticadas por pessoas que não têm qualquer formação de base na área das ciências da saúde e, como tal, não me parece aceitável este tipo de voluntarismo numa sociedade que é cada vez mais exigente e que se pretende reger por elevados padrões de qualidade técnica e científica.

Serem obrigados a apresentar certificado de formação superior, mas não existem graus compatíveis em Portugal?

É mais um embuste com que se procura validar aquilo que não é reconhecidamente válido. Repare: se não existe um grau académico em nenhuma destas áreas no nosso país, se o Governo, através da tutela para o Ensino Superior, não reconhece qualidade suficiente a estas formações que lhes dá um estatuto diferente, porque é que está a restringir a prática destas terapias a quem tem licenciatura? É um contrassenso. Poderíamos pensar que se trata, então, de uma iniciativa que vai acabar com o amadorismo reinante e com centenas de negócios que pululam um pouco por todo o lado. Mas não. Porque a Lei prevê um período de acreditação temporária para os profissionais – mesmo aqueles que não têm licenciatura curricular! Mas quem é que tem competência para avaliar se o currículo de um homeopata é ou não suficiente para exercer? A ACS? Não me parece. Por isso é que considero esta Lei um absurdo. De resto, serão sempre os cidadãos a decidir o que querem para a sua saúde, independentemente de acreditarem, ou não, neste tipo de terapias, e apesar da ausência de validade científica.

António José Seguro recuperou o debate sobre a exclusividade de funções dos médicos que integram o sector público. Concorda com a medida?

É uma medida que é tilada há mais de 20 anos,

mas que não merece consenso. Fracamente, não vejo condições para que se avance com uma separação completa entre o sector público e o sector privado. Ou dito de outra forma, uma exclusividade de funções pura e dura. Por diversas razões. Primeiro, porque o SNS sofre de problemas crónicos de financiamento e não terá, nos próximos anos, capacidade para acomodar uma subida de salários dos seus profissionais médicos. Os números não são consensuais, mas estima-se que o aumento salarial médio rondaria os 40% por médico, ou seja, isso seria incompatível para a realidade do nosso serviço público. Segundo, isso implicaria uma mudança de regras e de condições, para além da componente salarial, que não se afiguram como prováveis nos próximos anos. Estamos a falar da relação do sector privado e social com o sector público, por exemplo, da abertura de concursos, do regime de incompatibilidades, do regime de convenções, da formação especializada dos médicos, etc. Ou seja, estamos a falar de uma

ruptura completa do sistema que actualmente está em vigor. Terceiro, a exclusividade, no sentido mais rigoroso do termo, não é uma norma a nível internacional e nos poucos países onde foi implementada, acabou por não ser bem-sucedida. Por fim, se fosse aplicado um regime de exclusividade rigoroso, o risco de transferência massiva de médico do sector público para o sector privado seria real, e colocaria em causa a qualidade assistencial no SNS. Por tudo isto, não me parece que a exclusividade seja a solução.

Nesse caso, qual é a melhor solução?

As soluções possíveis não são simples nem de aplicação fácil. Por isso é que esta reforma tarda em ser realizada. Parece-me mais sensato, e até mais correcto, pensar num regime de dedicação permanente, com uma política de remuneração adequada ao grau de responsabilidade dos médicos na sociedade, implementando incentivos por objectivos para que o SNS possa manter muitos dos seus melhores profissionais. A mesma política deveria ser seguida no sector privado, para que os equilíbrios encontrados fossem no sentido de melhor servir os doentes e a comunidade. De facto, orientar o sistema de saúde no sentido de promover o incentivo à produtividade, associado à qualidade dos actos médicos praticados e à transparência do próprio sistema, pode ser uma solução complementar interessante para que a dedicação permanente possa acontecer.

Nunca poderei considerar equilibrada uma Lei que, na prática, vem caucionar e regular terapias que não são reconhecidas do ponto de vista científico.



Se fosse aplicado um regime de exclusividade rigoroso, o risco de transferência massiva de médicos do sector público para o sector privado seria real, e colocaria em causa a qualidade assistencial no SNS.

Que lhe parece o facto de os terapeutas

qualidade 7
Setembro de 2013



José Eduardo Oliveira

Interno de Medicina Geral e Familiar, USF Camélias, ACES Gaia

A deteção do VIH – particularidades na consulta de Medicina Geral e Familiar

Perante a deteção de um caso de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), a atitude a ter encontra-se normalizada no código deontológico, publicado em Diário da República 1, mas não a forma de o fazer, e particularmente se o(a) utente, adulto, vier à consulta acompanhado(a) do cônjuge, passível de acontecer em qualquer especialidade, mas sobretudo em Medicina Geral e Familiar. Deste modo, pretendo apresentar uma opinião fundamentada sobre o modo de atuação neste tipo de situação.

1. Regulamento nº14/2009 de 13 de janeiro. *Diário da República* nº 8/2009 – II série. Ministério da Saúde. Lisboa.

2. Norma nº 015/2013 de 03/10/2013. *Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. Departamento da Qualidade na Saúde, Direção Geral da Saúde. Lisboa.

3. Comissões de Ética para a Saúde da Região Norte. *Documento-Guia sobre Consentimento Informado*. In: Seminário sobre o Consentimento Informado e o papel das Comissões de Ética para o seu correcto uso: ARS Norte; 2009.

4. Decreto-Lei nº 400/82, de 23 de Setembro: Código Penal Português: alínea um do artigo 150.º. *Diário da República* nº 221 – suplemento, I série. Assembleia da República. Lisboa.

5. Decreto-Lei nº 47 344/66, de 25 de Novembro. Código Civil Português: artigos 340.º, 485.º e 486.º. *Diário da República* nº 274/1966 – I série. Ministério da Justiça. Lisboa.

6. Lei Constitucional nº 1/2005, de 12 de Agosto. Constituição da República: alínea 1 do artigo 25.º, e artigo 35.º. *Diário da República* nº 155/2005 – I série-A. Assembleia da República. Lisboa.

7. Maria do Céu RUEFF, Violação de segredo em medicina, *Acta Med Port*. 2010; 23(1):146.

Primeiro, para proceder à prescrição do estudo analítico de deteção do VIH, o consentimento informado deve ser realizado? A norma da DGS “Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação”², que se encontra em discussão pública, e o “Documento-guia sobre Consentimento Informado” da ARS Norte³ não contemplam o pedido de consentimento nesta situação. De fato, agindo o médico de acordo com a *Leges Artis*, não tem consequência penal⁴; no entanto, a nível civil, alegando o utente que não lhe foi prestada a devida informação poderá gerar responsabilidade sobre o médico e dar direito a indemnizações⁵ ... a reiterar o direito à informação, na Constituição da República Portuguesa estão consagrados o direito à

autodeterminação informativa, e à preservação da integridade pessoal, configurando a realização do consentimento informado, livre e esclarecido uma medida de proteção para o profissional, aquando da realização de colheita de estudo analítico para a deteção do VIH⁶.

Quanto à presença do cônjuge na consulta, no momento de observação dos resultados, são aplicáveis os artigos 50º e 88º do código deontológico da Ordem dos Médicos¹: “(...) O diagnóstico e prognóstico só podem ser dados a conhecer a terceiros, nomeadamente familiares, com o consentimento expresso do doente...” e “(...) Excluem o dever de segredo médico: a) O consentimento do doente ou, em caso de impedimento, do seu representante legal, quando a revelação não prejudique terceiros pessoas com interesse na manutenção do segredo mé-

dico; (...)"'. É importante equacionar este último aspeto, uma vez que o cônjuge nem sempre é um parceiro protetor do utente. O utente vai consentir ou não a presença do cônjuge, assim como o conhecimento dos resultados por este. No caso de se verificar positividade para o VIH e se consentiu a presença, há lugar à revelação da má notícia com possibilidade de intervenção familiar. Se não consentiu, a boa prática médica consa-

gra que o profissional convença o utente a revelar o diagnóstico ao cônjuge⁷. Se se constatar a manutenção de relações sexuais desprotegidas com o cônjuge, o código deontológico exclui o médico do dever de segredo e preconiza: "(...) O que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do médico ou do doente, não podendo em qualquer destes casos o médico revelar mais do que o necessá-

rio, nem o podendo fazer sem prévia autorização do Presidente da Ordem (...)".

Perante o exposto, creio que se torna evidente que na nossa atuação médica diária é importante ter uma noção precisa das consequências legais dos nossos atos, a todos os níveis, por forma a poder atuar preventivamente a nível do enquadramento jurídico de situações específicas, sempre no melhor interesse do utente.

Pedido de Colaboração para Questionário

Exmo(a) Sr(a) Dr(a)

Caro (a) Colega



O meu nome é Ana Afonso sou estudante de Mestrado de Saúde e Desenvolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa e no âmbito do projeto multidisciplinar (médicos, investigadores, médicos veterinários) "Ecoepidemiologia de *Dirofilaria* spp: caraterização molecular, vetores potenciais e dinâmica de transmissão" (PTDC/SAU-SAP/113523/2009) financiado pela Fundação da Ciência e Tecnologia, e coordenado pela Professora Doutora Silvana Belo, vimos solicitar a sua colaboração para o preenchimento de um questionário *online* cujo objetivo é conhecer a situação da *Dirofilariose* humana em Portugal. Atendendo à ausência de dados clínicos sobre esta parasitose e seu carácter emergente, a sua participação é essencial.

Poderá encontrar o questionário neste endereço eletrónico:

<http://dirofilarirose.azurewebsites.net/Quest.aspx>

Informamos que o preenchimento do questionário só será considerado válido se for devidamente preenchido e após clicar no botão **SUBMETER**, na última página do questionário.

O questionário está disponível para resposta durante os próximos 30 dias.

O tempo médio estimado para responder a este questionário é de **aproximadamente 10 min.**

Gratos pela atenção dispensada, apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

Ana Júlia Pinto Fonseca Sieuve Afonso, PhD - Investigadora Auxiliar
Unidade de Ensino e Investigação de Parasitologia Médica
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa
Tel.: 213652696 Fax: 213632105
Email: aafonso@ihmt.unl.pt



Luiz Damas Mora

Ex-Chefe de Serviço de Cirurgia Geral dos Hospitais Cívicos de Lisboa

Testamento de um cirurgião ou o decálogo do interno de cirurgia*

A vida é um fluxo ininterrupto de factos que artificialmente dividimos em patamares. Se olharmos para os quarenta a cinquenta anos de vida útil de um cirurgião podemos considerar que há um tempo para estudar, um tempo para fazer e um tempo para reflectir. Claro que estes tempos não são estanques, separados por fronteiras desenhadas à régua, mas, pelo contrário, se sobrepõem, se interpenetram, havendo um pouco de todos em determinado momento, mas variando o peso relativo de cada um ao longo do curso da mesma vida.

* Dedico este trabalho à Luiza, minha mulher, que viveu comigo os problemas dos meus doentes durante quase quarenta anos, e às minhas netas Filipa e Teresa, quintanistas de Medicina.

Tendo chegado ao topo que precede a descida, senti a obrigação de parar, olhar para trás e reflectir sobre o caminho percorrido. Creio que cumpri razoavelmente os dois primeiros tempos no decorrer de mais de cinquenta anos, e, ao fazer esta afirmação, suspeita por ser juízo em causa própria, não pretendo dizer que fiz sempre bem, mas, sim, que dei o melhor de mim mesmo, o que é completamente diferente. Chegou, assim, o tempo em que o peso relativo de estudar e de fazer é inferior ao de reflectir. Reflectir sobre o meu percurso desde a Faculdade, tempo de inquietude, irreverência e camaradagem, à passagem pela guer-

ra, e de como isto relativizou os problemas do quotidiano, à luta pela ascensão na carreira hospitalar, e dentro de que limites éticos soube conter uma legítima ambição, à participação em júris de concursos tendo como objectivo ser justo (tê-lo-ei conseguido sempre?), ao final do serviço público em plena vitalidade, e de que modo enfrentar este choque, até ao período actual, de aposentação e de como fazer a gestão deste tempo com realismo, bom senso e gosto pela vida.

Mas reflectir, também, sobre o meu relacionamento com os colegas: os Mestres, os pares e os colaboradores e discípulos. Terei prestado a devida atenção aos primeiros e sido sempre correcto com os segundos e suficientemente preocupado com a formação e o futuro dos últimos? Será que as boas intenções (de que o inferno está cheio...) terão

em todas as ocasiões alcançado o fim a que se propunham?

Mas, finalmente, e principalmente, reflectir sobre o trato com os doentes. Como os ouvi e observei nas consultas e nas enfermarias? Quantas vezes, ao operá-los, tomei sobre eles decisões vitais, errando por excesso ou por defeito? Como lidei com a ansiedade e a angústia dos meus doentes? E com a morte?

Ao longo dos anos fui sedimentando e procurando desfazer estas dúvidas, muitas vezes sem o conseguir, e isso permitiu-me elaborar regras de conduta que, realmente, me serviram e pratiquei, e que, nesta fase da vida, como se fora um testamento, me pareceu do mais elementar dever difundir pelos jovens cirurgiões agora a despontar para uma carreira, tão dura quanto fascinante. Foi para eles que escrevi o “Decálogo do Interno de Cirurgia”

Decálogo do Interno de Cirurgia

- Dedica todos os dias algum do teu tempo ao estudo. Aprende hoje tudo o que puderes, para poderes amanhã ensinar tudo o que souberes.
- Pratica o rigor na linguagem médica e sê pontual.
- Não sejas dogmático. Se queres tomar decisões certas, cultiva a dúvida.
- Respeita os teus mestres e os teus colegas, se queres que um dia te respeitem.
- Procura ser o primeiro. Sê ambicioso, mas não sejas arrogante. Vive para ti as tuas vitórias, se queres viver com os outros as tuas derrotas.
- Não faças “consulta virtual”. Ouve o doente, olha-o nos olhos e toca-lhe com a tua mão.
- Não sejas brusco a anunciar a um doente que tem uma doença fatal, nem passes por um doente prestes a morrer, mas consciente, como se ele não existisse. Dá ao primeiro uma palavra de esperança e ao segundo uma palavra ou um gesto de conforto. No sentido mais lato do termo, tem compaixão pelos teus doentes.
- Lembra-te de que, por menor que seja a operação, um doente que vai ser operado é um ser humano ansioso e fragilizado. Antes de ser anestesiado, entra no Bloco e anima-o.
- Tem sempre presente que tão importante quanto a doença é o “terreno” em que ela se desenvolve. Não te esqueças de que nem todos os “doentes cirúrgicos” são para operar.
- Trata os órgãos e os tecidos com delicadeza. Quando operas um doente fazes-lhe sempre mal. É preciso é que lhe faças mais bem do que mal.



Manuela Selores

Assistente Graduada Sénior e Directora de Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António; Professora Associada Convidada de Dermatologia do Mestrado Integrado em Medicina - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; Presidente do Colégio de Especialidade de Dermatologia e Venereologia.

Reflexão sobre a entrada dos biossimilares na Dermatologia

Os medicamentos biotecnológicos, também denominados de agentes biológicos, são proteínas produzidas por organismos vivos utilizando tecnologia de ADN recombinante e o seu aparecimento revolucionou o tratamento das doenças imuno-mediadas e oncológicas. Nos últimos anos, a sua utilização tem aumentado de forma expressiva, com o aparecimento de novas moléculas e a aprovação de novas indicações. Apesar do enorme benefício associado a estes fármacos, também os custos económicos têm aumentado. Em 2012, sete dos 10 fármacos mais vendidos em todo o mundo eram agentes biológicos, e é expectável que as vendas continuem a crescer¹.

A perda de patente dos primeiros agentes biológicos levou ao desenvolvimento de moléculas com estrutura similar aos originais, denominados de biossimilares, com o objectivo de diminuir os custos associados à terapêutica biológica e aumentar a acessibilidade a estes

medicamentos, que é particularmente importante no tratamento de doenças crónicas.

Os biossimilares, segundo a Organização Mundial de Saúde, são medicamentos biológicos que são similares em termos de qualidade, segurança e eficácia aos medicamentos biológicos de referência já aprovados², nos quais a segurança e eficácia no uso clínico foi devidamente demonstrado através de estudos pré-clínicos e clínicos.

Com a recente publicação pela EMA das *guidelines* sobre biossimilares de anticorpos monoclonais³ e a aprovação na Europa da autorização para o uso de um biossimilar do infliximab⁴, a entrada de biossimilares na prática clínica da dermatologia, reumatologia e gastroenterologia está para breve.

A utilização de biossimilares é um assunto de elevada complexidade, com potenciais implicações nos doentes, médicos e no sistema de saúde, tornando-se essencial a discussão deste tema. Recentemente, na Acta

Médica Portuguesa, a utilização de biossimilares na dermatologia, em particular na psoríase, foi abordado por Torres *et al*⁵, iniciando a discussão nesta especialidade.

Como se sabe, os agentes biológicos têm estruturas complexas e pequenas diferenças no seu método de produção podem causar alterações da molécula final. Além disso, o processo de fabrico não tem de ser divulgado após a perda de patente, pelo que a probabilidade de existirem diferenças no processo de fabrico dos biossimilares relativamente ao dos produtos de referência originais é elevada, sendo provável que estas possam condicionar diferenças entre as terapêuticas biológicas e os biossimilares⁶.

Outras questões relativamente à aprovação e utilização de biossimilares são relevantes e serão naturalmente alvo de debate. Uma delas é a extrapolação de indicações, isto é, se a aprovação obtida para determinada indicação pode per-

mitir a extrapolação para as outras indicações para às quais os medicamentos inovadores estão aprovados, apesar de se saber que existem diferenças intrínsecas entre as patologias. A outra tem a ver com a interpermutabilidade e substituição automática, ou seja, a troca do medicamento original pelo medicamento bioequivalente ou vice-versa de acordo com a opinião/decisão médica ou sem autorização médica. A EMA não se pronunciou relativamente a este ponto, tendo deixado esta decisão ao cuidado dos estados membros³, pelo que o debate interno se revela da maior importância.

A entrada dos bioequivalentes na prática clínica está aí. O grande objectivo da utilização dos bioequivalentes é a diminuição dos custos, permitindo uma maior acessibilidade dos doentes à medicação biotecnológica. Contudo, a principal prioridade deverá ser a segurança dos doentes pelo que todo o processo deverá ser criterioso e rigoroso.

A comunidade médica terá que ter um papel importante na emissão de pareceres e recomendações sobre a sua utilização em Portugal, através dos colégios da especialidade e das sociedades científicas, de modo que, conjuntamente com as autoridades de saúde, os doentes e o sistema de saúde possam beneficiar.

Notas:

1. Biologic drugs set to top 2012 sales. Nat Med. 2012 May 4;18(5):636.
2. OMS. Guidelines on evaluation of similar Biotherapeutic products (sbps). Biotherapeutics.
3. Guideline on Similar Biological Medicinal Products Containing Monoclonal Antibodies – Non-clinical and Clinical Issues. EMA/CHMP/BMWP/403543/2010. 30 May 2012
4. European Medicines Agency. European Medicines Agency recommends approval of first two monoclonal-antibody biosimilars. 29 Jul 2013
5. Torres T, Filipe P, Selores M. Impacto dos Bioequivalentes no Tratamento da Psoríase. Acta Med Port 2013 Nov-Dec;26(6):646-648
6. European Medicines Agency . Guideline on similar biological medicinal products containing biotechnology-derived proteins as active substances: quality issues. 2012 18 January 2013.



Bárbara Santa Rosa

Médica interna de Medicina Legal na delegação do centro do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.



Duarte Vera Jardim

Advogado, responsável pela área de direito administrativo na Jardim, Sampaio, Magalhães e Silva e Associados



Francisco Corte Real

Director da delegação do centro do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Normas de Orientação Clínica: o médico, o jurista e a ciência da evidência

As normas de orientação clínica que têm vindo a ser publicadas pela Direcção Geral da Saúde geram debate, não só no seio da comunidade médica, mas também entre médicos e juristas. Não será, seguramente, exagerado, falar de um receio, que paira, resultante da possibilidade destas normas adquirirem um vínculo especial, do ponto de vista legal, designadamente por poderem constituir o fundamento técnico a decisões judiciais relativas à responsabilidade profissional do médico. Tais normas podem, por equívoco, ser interpretadas como um *padrão mínimo* de desempenho clínico, confundindo-se o desvio à norma, ainda que por indicações/ponderações de índole clínica, com actuação médica violadora das *leges artis*, ou mesmo com a prova (evidência) da existência de responsabilidade profissional do médico sempre que se verifique um desfecho indesejado para o

doente. É preciso não esquecer que, em face de uma possível falha médica, sempre se procuram balizar padrões de conduta. A divulgação, em massa (a um público não especializado), de orientações clínicas potencia uma aplicação acrítica das mesmas, que deve ser evitada, a todo o custo. A Associação Médica Americana (AMA) procurou desmistificar esta problemática afirmando que as recomendações clínicas não geram nem potenciam a litigiosidade contra os médicos contribuindo antes para que estes consigam gerir melhor os riscos inerentes à sua prática profissional. De facto, em Medicina, a desconfiança dos leigos associa-se, especialmente, à intromissão da inovação biomédica e farmacológica na relação médico-doente. Poderíamos assumir, assim, a existência de normas de orientação clínica (representantes da ciência) como imprescindível para 'salvar' o médico

de opções erradas, anulando, ao sabor da evidência, a escolha de hipóteses interventivas com benefícios marginais, muitas vezes empalidecidos por custos excessivos, ou riscos para a saúde não negligenciáveis. Mas tal parece-nos diferente de assumir que só a ciência pode 'salvar' o médico, ou que o pode 'salvar' de tudo. O consenso científico não é infalível. Ainda que a ciência possa esclarecer, por maioria de regra, as condições e as consequências de uma escolha, estas últimas não podem ser inferidas desse estudo prévio. E, sobretudo, nenhum estudo pode ignorar, ou sequer menosprezar, as circunstâncias do caso concreto e a salvaguarda da relação médico/doente. Não podemos subtrair da relação médico/doente a decisão/dilema, enaltecendo o mero cálculo. Relembra Bauman (1992) que devemos permanecer livres, não para fazer tudo o que queremos, mas para podermos

adaptar 'eticamente' as nossas condutas. Para que seja devolvido ao indivíduo a plenitude da escolha/responsabilidade é necessário privá-lo do pseudo-conforto da orientação universal. A pluralidade de valores que impregna a *ars medica* (re) conduz o médico ao dilema da constante (re)definição de critérios clínicos.

Acresce que já não é possível acreditar, se é que alguma vez foi, em ciência 'pura'. A notória empresarialização da ciência, nomeadamente nas áreas da bioengenharia e da biotecnologia, compromete as suas virtudes 'epistémicas'. De facto, as recomendações clínicas podem ser influenciadas pelo contexto financeiro, político e social do país - como o caso português bem evidencia - e, eventualmente, subjugadas ao que podemos chamar de 'norma utilitária', que engloba, desde logo, questões de custo-eficácia. Não obstante a dificuldade em definir quão vinculativas devem ser consideradas as normas de orientação clínica, é inegável o seu papel como 'guia' de con-

ducta clínica. Ainda que estas assumpções não excluam, obviamente, a observância de valores e princípios da ética social na sua construção, não podemos deixar de relembrar a impossibilidade de estabelecer leis universais em Medicina. As *leges artis* definem-se caso a caso. A análise dos casos concretos evidencia que uma mesma norma pode ter diferentes interpretações, pelo que o risco de uma incorrecta interpretação e aplicação das normas clínicas deve ser atenuado através da intervenção dos peritos médicos. Diríamos, pois, que a crescente divulgação - e mais do que provável invocação das normas clínicas, em tribunal - não dispensa, antes exige, a continuada intervenção dos peritos médicos nos julgamentos que tenham em vista a responsabilização dos médicos.

Parece-nos, assim, imprescindível, que médicos, doentes e juristas 'sincronizem os relógios'. Aos médicos cabe explicar, analisar e determinar as normas de orientação clínica para que os demais possam entender ci-

rurgicamente os seus alcances e limitações. É de salientar que o excesso de entusiasmo e as expectativas demasiado optimistas sobre o potencial destas directrizes são, não raras vezes, traídos pelas suas contingências. Estabelecer normas de orientação clínica é apenas uma entre muitas medidas passíveis de melhorar a qualidade dos Sistemas de Saúde. De facto, no nosso ponto de vista, estas são incapazes de servir este objectivo *per se*. Tal prende-se com o facto dos médicos, gestores e administradores/governantes definirem qualidade distintamente.

As directrizes de carácter político/económico escolhem a generalização em detrimento da individualização. De igual forma as normas de orientação clínica têm em vista populações de doentes que partilham determinadas características clínicas e não o indivíduo e parafraseando William Osler, enquanto o bom médico trata a doença o excelente médico trata o doente que dela padece.



O Sôtor é que sabe...

Quando Francisco, um jovem recém licenciado em Medicina, chega ao Hospital, no seu primeiro dia de trabalho, depara-se com o pior que lhe podia acontecer: é o único médico no serviço de urgência. Constantemente pressionado pela enfermeira do serviço, Francisco tenta levar a cabo as suas tarefas, com pouco sucesso. Ao mesmo tempo, Manuel, filho de um doente internado, estabelece um diálogo com Francisco que o fará compreender o que é que está ali a fazer...

Esta é a sinopse de uma peça de teatro que retrata o primeiro dia de trabalho de um jovem recém licenciado em Medicina. O texto e encenação são da autoria de Marco Menezes e as interpretações ficam a cargo de Luís Simões, Afonso Araújo, Andreia Forno e Marco Menezes. A peça estará em cena na Sala 4 do Teatro Rápido de 2 a 31 de Janeiro de 2014, de 5^{as} a 2^{as}, às 18h:20; 18h:50; 19h:20; 19h:50; 20h:25.

O Teatro Rápido situa-se na Rua Serpa Pinto, nº 14, em Lisboa.



O Centro de Saúde Mental de V. N. de Gaia

Particularizado em Gaia, neste livro da autoria do psiquiatra Jaime Milheiro, «discutem-se problemas assistenciais e mentalidades, estigmas e comunidades. Fazendo história e solicitando futuro, discute-se a forma como se ganha ou como se perde a Saúde Mental de todos e de cada um, numa narrativa breve... feita na primeira pessoa», explica o autor. O livro foi apresentado no Auditório do Centro de Cultura e Congressos da Ordem dos Médicos no Porto no dia 10 de Outubro de 2013, Dia Mundial da Saúde Mental. O autor é também o fundador do Centro de Saúde Mental de V. N. de Gaia onde desenvolveu uma linha inovadora de psiquiatria comunitária.



Ser ou não ser (perfeito)?

O lançamento do livro 'Futurar em positivo – satisfação no trabalho' da autoria de André Biscaia, realizou-se no passado dia 14 de Novembro. André Biscaia é médico de família a exercer na USF Marginal, no Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais, onde coordena o Núcleo de Investigação e Qualidade. É investigador e formador no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, ISCTE Business School, Faculdade de Medicina de Lisboa e Faculdade de Motricidade Humana. O livro agora apresentado é baseado na tese de doutoramento do autor – subordinada ao tema 'Satisfação no Trabalho dos Médicos de Família dos Centros de Saúde Portugueses' - e tem como finalidade desenvolver uma estratégia de abordagem integrada de satisfação no trabalho dos médicos de família que seja de aplicação viável e capaz de disponibilizar resultados úteis para os vários níveis de decisão – individual, organizacional e sistémicos.

Quer ser revisor AMP?

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

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

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

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

