

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 25 – N.º 105 – Outubro/Novembro 2009

PROPRIEDADE:



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

Redacção, Produção
e Serviços de Publicidade:

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

Director:

Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:

José Moreira da Silva
José Manuel Silva
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:

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

Redactores Principais:

José Ávila Costa,
João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:

Miguel Reis

Dep. Comercial:

Helena Pereira

Dep. Financeiro:

Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:

CELOM

Impressão:

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

Depósito Legal: 7421/85

Preço Avulso: 1,60 Euros

Periodicidade: Mensal

Tiragem: 40.500 exemplares
(11 números anuais)

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

S U M Á R I O

04 EDITORIAL

06 INFORMAÇÃO

Regime de trabalho dos
médicos internos

07 ACTUALIDADE

Ameaça de retirar registo
obrigatório dos médicos
na Eslovénia – Ministro
nega intenção em carta
ao CEOM

12 Presidente do CNOP
assinala importância
das Ordens profissionais

18 «Action Against Cancer»
Lançamento da parceria
contou com a UEMO

20 União Europeia promoveu
«Alcohol and Health
Forum» – Participação da
Presidência da UEMO

21 Resoluções mais
importantes da
Assembleia-Geral da AMM

22 Revista Portuguesa de
Farmacoterapia

24 OPINIÃO

Internos organizados
no Nacional
de Ginecologia
por Nuno Nogueira Martins

26 A excelência da actuação
médica: Objectivo
primordial do Serviço
Nacional de Saúde
por F.M. Fonseca Ferreira

28 Reflexões de um gerente
por João Miguel Nunes
«Rocha»

30 Saúde e hospitais
por Carlos Costa Almeida

32 Simulação em Obstetrícia
por Isabel Santos Silva,
Fernando Jorge Costa e
Joana Carvalhas

34 «Cuidados de Saúde
Primários: Uma
Comparação entre
Portugal e Suécia»
por Manuel Rodrigues
Pereira

36 O Principal Suspeito
por António Campos

37 Convenções: resposta
ao Dr. João Vasconcelos
por José Eduardo Correia

38 Em prol da saúde de todos
por Lúcio Meneses
de Almeida

40 Revista nacional e inclusão
das publicações regionais
por António Gentil Martins

42 De quem são os dados do
processo clínico?
por Rosalvo Almeida

44 Será Constitucional haver
Médicos «Light» na
Universidade do Algarve?
por José Santos Matos

46 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

Breves notas sobre
medicina e tecnologias

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

A REGULADORA

Os mais jovens por certo já não se recordam do que foi A Reguladora, e o conceito de mais jovem já abarca, seguramente, nesta matéria, uma significativa maioria dos médicos. Para os menos jovens, como eu, é uma reminiscência de infância, omnipresente nas estações de caminhos-de-ferro, nas lojas e mesmo nos aparadores lá de casa, para não falar do despertador do quarto.

A fábrica, como muitas nesta terra de sobrevivência difícil, encravada entre o poderoso vizinho e o mar, já parou a produção. O tic-tac sonoro dos mecanismos de aço potenciado pela ressonância da sua caixa de lata, desde há muitos anos que deixaram de incomodar, ou quantas vezes de fazer companhia a umas noites mal dormidas.

Os seus ponteiros parados em paredes de edifícios públicos, em que sempre alguém se esquecia de dar corda ou inscrever verbas para manutenção, foram há muito substituídos por relógios digitais «made in Hong Kong», alguns igualmente desistentes de compartimentar o tempo e apressar os incautos.

Restou o nome, profundamente simbólico de algo que procurava tornar regular o improvável momento, libertar-se do espartilho do percurso do Sol no horizonte, de converter um conjunto entrecortado de estalidos o fluir contínuo da nossa existência. Mas nunca tanto quanto hoje o seu nome se expandiu por todos os recantos do quotidiano.

Politicamente incorrecto, o acto de mandar, dirigir ou condicionar, os governos descobriram subitamente a vocação do poder público para a regulação.

Desconfiados dos calendários eleitorais e das decisões apenas ditadas pelo meritório objectivo da «caça ao voto», de há muito que os gestores internacionais da poderosa acumulação de capital, como por exemplo fundos de pensões, exigem regulação independente e livre da tutela dos governos.

Nasceram assim, por toda a parte, «reguladoras» dedicadas aos vários ditos «monopólios naturais», do sector eléctrico à aviação civil, da banca à comunicação social, das telecomunicações à prosaica saúde.

Espatifado o sector financeiro nas vascas da agonia – diz-se que por excesso de desregulação e nefasta globalização a esmo –, clama-se agora que os reguladores não fizeram o seu trabalho.

Preocupados com o funcionamento do sistema, criam-se superreguladores, autoridades da concorrência com o digno propósito de garantir a desregulação, impedindo as corporações de agirem no seu putativo interesse, exercendo a tradicional auto-regulação.

Na confusão gerada ninguém estranha que fórmulas bem antigas de exercício autocrático do poder discricionário, como seja a apropriação pelo colectivo, as ditas nacionalizações, sejam agora aceites desde que com a promessa de transitórias e apenas destinadas a sanear com dinheiros públicos as asneiras e lucros privados.

Neste mundo assaz complexo assiste-se também a movimentos de sinal contrário, propostos e implementados pelos mesmíssimos decisores, com a característica ainda mais preclara e interessante de o serem

em simultâneo, o que retira mesmo a plausibilidade do argumento de circunstância. Assim, enquanto se criam reguladores a esmo, alguns dedicados a áreas em que patentemente não descobrem espaço de acção, como seja a da Saúde, e se arrastam deploráveis à procura de um fim misericordioso com dignidade, por outro lado e em simultâneo procura-se a destruição das reguladoras autónomas e com provas dadas, como sejam as Ordens profissionais. Um pouco por todo o lado, desde a América Latina de inspiração «chavista» até à Andaluzia inspiradora de mais largos voos por toda a Espanha, se descobre o valor de um certo conceito de «liberdade» e se procura isentar as profissões de inscrição obrigatória na sua entidade reguladora específica – a sua Ordem. Este movimento que exemplarmente teve expressão na insuspeita Eslovénia, felizmente com espaço para algum recuo, parece contraditório com a tendência geral para a regulação autónoma e para a evolução das Ordens em geral de câmaras corporativas de defesa de interesses sectoriais para órgãos ao serviço da comunidade, garantidores da qualidade e da prestação altamente tecnológica.

Parece mesmo para um observador exterior, ou para alguém de menor boa-fé do que a que os médicos por norma exibem, que a existência de reguladoras é um desiderato dos governos na única e singular condição de as nomearem.

Isto é, se um regulador nomeado é uma forma útil de estabelecer uma cortina de fumo, um regulador autónomo verdadeiramente indepen-

Garantir a independência da Ordem é garantir a independência da profissão, mantendo nas suas mãos, e exercendo-o, o poder regulador. Tal só se consegue com o compromisso de todos pelo prestígio da instituição.

dente e resultante de um processo democrático eleitoral interpares é algo profundamente inconveniente, já que corresponde a uma verdadeira, e real, transferência de poder.

É particularmente óbvio que uma Ordem corporativa, opositora sistemática de tudo e todos, reivindicadora sem qualquer meio ou arma apresentável, de direitos e privilégios tradicionais, é fácil de lidar nos tempos actuais das comunidades virtuais intermediadas pela comunicação social.

Uma Ordem puramente reivindicativa põe-se a jeito para assumir o tradicional papel do «papão», neste caso chamado de *lobby*, com que se mete medo às criancinhas. Com uma Ordem disposta a fazer este papel é fácil governar, descobrir a culpa dos médicos em cada esquina e consequentemente retirar-lhes qualquer réstea de poder ou capacidade de intervenção social.

Mal ou bem, os tempos que correm já não se compaginam com o faz de

conta nem a aparência de grande poder se justifica. Alguma comunicação social, atenta, sem qualquer escrúpulo ou outra intenção que não seja garantir as audiências não hesitará ao mais leve vestígio de «o rei circular em pelota».

Se mesmo com ele vestido não faltará quem o acuse de nudez, então, ao mais pequeno deslize, não faltará quem, indiferente às consequências, procure tirar proveito pessoal da situação.

Não tendo poder real, capacidade para distribuir prebendas ou fazer nomeações, que caminho que não o da extinção restará às Ordens se insistirem no vanguardismo reivindicativo?

Com uma Ordem identificada por todos como um regulador independente comprometido com o bem público já o caso muda de figura.

A chave da equação reside assim, como bem se compreende, no prestígio e na imagem pública da Instituição. Porque se os reguladores nomeados têm a protecção de



quem visa, sonha ou consegue utilizá-los, no caso da autorregulação todos com eles se incomodam.

Garantir a independência da Ordem é garantir a independência da profissão, mantendo nas suas mãos, e exercendo-o, o poder regulador. Tal só se consegue com o compromisso de todos pelo prestígio da instituição. Há que identificar com clareza as estratégias de longo prazo, os companheiros de percurso e os inimigos.

São por conseguinte inimigos da Ordem, e como tal do interesse dos médicos, aqueles que contribuem para a perda de prestígio das suas instituições ou dos seus dirigentes ou aqueles que gostariam de ver renascer a inconsequência do discurso corporativo e de reivindicação.

Inimigos tanto mais perigosos quando no meio de nós ou detentores de pseudocredenciais de tribunícios defensores da plebe...

Administração Central
ACSS
do Sistema de Saúde

CIRCULAR NORMATIVA

Para: ARS e Hospitais

**Assunto: Aplicação do Decreto-Lei n.º 45/2009, de 13 de Fevereiro.
Regime de trabalho dos médicos internos.**

Através da circular informativa n.º 2/2009, de 4 de Março, a ACSS, IP veiculou o entendimento segundo o qual os internos que iniciaram o ano comum em 2009 ficariam sujeitos a um regime de horário de trabalho de 40 horas semanais, continuando os restantes internos sujeitos ao horário que vêm praticando, de 42 horas por semana, resultante do clausulado dos contratos que celebraram e das normas reguladoras da sua actividade, vigentes à data do início daquelas funções.

Porém, outros entendimentos foram sendo produzidos acerca da aplicação da nova redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 45/2009, de 13 de Fevereiro, ao n.º 1, do artigo 16.º, do Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto.

No sentido de evitar que a aplicação daquele dispositivo se faça de modo diferenciado e com o objectivo de garantir uma harmoniosa e universal implementação do novo regime, veicula-se o seguinte entendimento, que deverá substituir aquele que foi veiculado na citada Circular n.º 2/2009.

Assim, todos os médicos que se encontrem a frequentar o internato médico ficam sujeitos ao horário de trabalho de 40 horas semanais, a partir do dia 2 de Janeiro de 2009.

Deste modo, o excesso de horas trabalhadas desde a data do início da aplicação do novo regime até ao momento presente, deverá ser compensado, quer através da correspondente redução da jornada diária ou semanal, quer através da atribuição de descanso compensatório.

Em caso de fundada impossibilidade de compensar o excesso de horas trabalhadas nos moldes supra preconizados, deverão os médicos ser abonados das quantias relativas ao trabalho extraordinário realizado, calculadas nos termos vigentes para a remuneração do trabalho extraordinário prestado em período diurno de dia normal de trabalho.

O presente entendimento foi homologado pela Senhora Ministra da Saúde.

ACSS, I.P., 28 de Outubro de 2009

O Presidente do Conselho Directivo,

(Manuel Teixeira)

Bolsa Liga Portuguesa Contra o Cancro

A bolsa anual da Liga Portuguesa Contra o Cancro destina-se a apoiar a investigação sobre Oncologia básica. Prazo de entrega dos projectos concorrentes: 31 de Dezembro de 2009. Clique no título da notícia para aceder ao ficheiro para download do regulamento desta bolsa.

Ameaça de retirar registo obrigatório dos médicos na Eslovénia

Ministro nega intenção em carta ao CEOM

O sistema de saúde esloveno parece, por agora, a cobro de uma tentativa do Governo de retirar a obrigatoriedade de os médicos se registarem na Câmara de Médicos da Eslovénia para poderem exercer clínica, entre outras medidas consideradas gravosas para a qualidade da medicina e a segurança dos doentes.

Este propósito do ministro da Saúde daquele jovem país independente esbarrou na tenacidade da Presidente da respectiva organização médica nacional, mas também na reacção de algumas organizações médicas europeias, nomeadamente do Conselho Europeu das Ordens dos Médicos (CEOM), a que preside o Bastonário português, Pedro Nunes.

Um novo modelo organizativo do sistema de saúde esloveno está em marcha e, nele, ficaria consagrada a possibilidade de os médicos poderem trabalhar na Eslovénia sem a necessidade de se registarem na organização que tem regulado a actividade médica no país. A Presidente da Câmara dos Médicos, Gordana Kalan Zivcec, apelou à intervenção das organizações médicas europeias e, por agora, conseguiu que o ministro, pelo menos, negasse a intenção de avançar com as medidas sem a participação dos médicos.

Presente na reunião do CEOM, que decorreu recentemente no Porto, a Presidente da Câmara dos Médicos da Eslovénia manifestou ainda alguns receios quanto à possibilidade de ser aplicada a medida, mas disse estar determinada em o impedir. «Nem pensar», declarou, categoricamente, quando questionada sobre a possibilidade de o ministro conseguir os seus intentos. Gordana Zivcec garantiu que «o ministro não vai conseguir ganhar esta guerra» e sublinhou a importância do apoio do CEOM. A médica eslovena

criticou todo o processo de elaboração e de tentativa de aplicação da nova lei do sistema de saúde e renovou o propósito de a organização participar na discussão sobre todo o sistema.

«Nós, os médicos, é que sabemos do que é que os doentes precisam», disse a Presidente da organização médica eslovena à ROM. Segundo ela, será impossível «seguir a actividade dos médicos se eles não se registarem», o que trará «problemas éticos graves».

Gordana Zivcec, que é médica de família no interior da Eslovénia, contesta particularmente o ministro da Saúde, que, diz, «pensa que a Lei está acima da Ética», o que considera uma afronta. E reforça com uma questão: «Quem tem poder sobre os médicos?». Recorda então que o organismo a que preside é responsável pelo registo dos médicos, mas também pela especialização e pela avaliação da qualidade da medicina.

Embora a resposta que o ministro da Saúde deu à carta que Pedro Nunes lhe dirigiu (que publicamos na íntegra a seguir) pareça indiciar que o propósito inicial pode ser evitado, a médica eslovena, cuja organização congrega mais de 8 mil médicos, tem uma preocupação: «O problema é que o ministro diz coisas diferentes do que escreve».

Para Gordana Zivcec, que promete manter a determinação e conta com o apoio do CEOM, «os médicos querem trabalhar organizados, defendem um sistema seguro e que garanta cuidados de qualidade aos doentes, e não

podem estar a perder tempo tão preciso em problemas desta natureza».

O risco de uma decisão deste tipo, é que «os médicos passariam a ter que obedecer aos políticos» em matérias do seu exclusivo foro. «Querem pôr-nos no sistema de há 50 anos, mas nós recusamos», rematou a Presidente da Câmara dos Médicos da Eslovénia.

De resto, a médica de família eslovena vai bater-se também contra uma outra medida prevista que visa, segundo ela, «fragilizar o sistema público», dividindo os médicos pelo privado, nomeadamente associados a seguros de saúde.

Para Gordana Zivcec, a «Eslovénia tem um sistema público e quer continuar a tê-lo, uma vez que deve aprofundar o conceito de solidariedade social», o que estará em risco se forem avante as intenções sobre essa matéria. No fundo, nestas circunstâncias, a Presidente da Câmara dos Médicos da Eslovénia quer obter duas garantias fundamentais – a de que se manterá uma medicina de qualidade e diferenciada e que os médicos participem em todo este processo.

Esta controvérsia começou quando, no âmbito de um alargado pacote de reformas do sistema de saúde esloveno, o Ministério da Saúde esloveno previa a possibilidade de abolir o registo obrigatório de médicos na respectiva autoridade reguladora profissional (Câmara de Médicos da Eslovénia). Após infrutíferas tentativas de sensibilizar o Ministro da Saúde por parte da Câmara dos Médi-

cos da Eslovénia, diversas organizações médicas europeias solidarizaram-se com os médicos eslovenos e tomaram a iniciativa de fazer chegar ao Ministro da Saúde posições críticas sobre esta proposta. Como Presidente do CEOM, Pedro Nunes dirigiu uma missiva ao Ministro da Saúde onde alertava para os riscos de degradação da regulação médica, desprotecção da segurança dos doentes e precedente grave em relação à confiança social na intervenção médica. Como Presidente do organismo representativo das Ordens dos Médicos e organizações equiparadas no espaço europeu, Pedro Nunes alertou o Ministro da Saúde esloveno para a sensibilidade e risco de uma medida com este cariz, afectando o interesse público. Recordou também que a auto-regulação

profissional tem sido, em múltiplos países, uma matriz de sucesso face à necessidade de uma profissão médica regulada, autónoma e sustentada em padrões ético-deontológicos, em contraponto com experimentalismos com entes reguladores desprovidos de competência ou qualificação para assegurar a confiança dos doentes. Nessa missiva apelava também, de forma directa, para a reconsideração do governo esloveno e retirada desta proposta.

Prontamente, o Ministro da Saúde esloveno remeteu resposta directa ao Presidente do CEOM garantindo que essa possibilidade tinha sido encarada no âmbito das primeiras versões de diplomas sobre a reforma do sistema de saúde. Embora sustentando que o debate suscitado se centrou na assumpção de

mais funções reguladoras pelo próprio Estado num sistema de saúde predominantemente público, o Ministro da Saúde garantiu que a autonomia e autoridade da Câmara dos Médicos da Eslovénia não seria afectada e, inclusive, que a última versão da proposta legislativa de reforma mantém a obrigatoriedade de inscrição na Câmara dos Médicos como condição para exercício médico.

O Presidente do CEOM dirigiu nova missiva ao Ministro da Saúde esloveno registando, com agrado, o seu compromisso na manutenção da auto-regulação médica como base do seu exercício profissional e disponibilizou a expertise do CEOM em relação a futuras colaborações com o Ministério da Saúde da Eslovénia.

Ordres Médecins Conseil Européen

Conseil Européen des Ordres de Médecins (CEOM) represents national medical regulators of doctors and focuses on promoting public interest by encouraging better medical practice.

Medical regulation of health systems in Europe is a specific and sensible issue, although it is widely accepted that only self-regulation can meet patients' interests and enhance the trust of society. In most EU countries, medical regulation is a task of national medical associations, committed with disciplinary actions, ethic standards and professional best practices. This wide, solid and developed model fulfills the current need for better and more sensible regulation, accountability and responsibility in health care, while ensuring independency and autonomy of medical practice. This system has proven its value for patients, health systems, doctors and public interests.

It is a major concern for CEOM that the recent health reform projects in Slovenia don't cope with the majority of EU's regulatory framework and thus may imply isolation of Slovenia from the remaining medical regulation standards. Without strong, reliable and empowered self-regulation of the medical profession we fear that the best interest of patients and general public will be undermined by risky experiences in such sensitive areas.

Therefore, CEOM strongly calls upon the Slovenian Government to reconsider the scope of reform in this field and to take actions that ensure self-regulation as the one established by the Slovenian' medical regulation model. CEOM also supports the efforts of the Medical Chamber of Slovenia and urges the Slovenian Government to reinforce its duties over medical regulation.

Dr Pedro NUNES
President

Dear
Dr Pedro Nunes,
President

We received the letter in which you stated your concern regarding the development of the healthcare system in our country.

We are astonished at your letter and at the viewpoint of the CPME. The only reason for that might be the fact that you have just information from a rather limited circle of medical practitioners from our country, who are not completely satisfied with the proposed novelties and changes to the system. Luckily we can assure you, that the truth is completely different from the one that was presented to you.

Namely the draft legal act that your informants refer to has already been within a broad public debate for half a year. Due to the importance of the issue regulated by the act, and due to our wish to receive remarks, proposals and opinions by all interested associations, we have decided to have a broad and long-term public hearing of the act, which has not been discussed by the Government at all until now. We would like to bring some light to the truth and you can decide if the procedure that was carried out really prevented anybody to take an active part in public hearing of new law on health care in Slovenia.

In the Republic of Slovenia, we are preparing two legal acts. The first one concerns healthcare service and its organisation and the second one, health insurance, in particular. Owing to the importance of the first act for health care workers, we delivered the draft of the document, before the public hearing, to representatives of medical organisations (Slovenian Medical Association, Medical Chamber of Slovenia, FIDES – trade union of medical practitioners and dentists), including the request for them to send us definite remarks. The president of the Slovenian Medical Association was the only one to respond, whereas the president of the Medical Chamber categorically rejected the possibility of stating her remarks. Later on, the draft law was, even prior to the notification and the beginning of the public hearing, publicly presented at the session of the Health Council on 10 June 2009, which is the highest consulting body of the Ministry responsible for the issues of health care. Besides members, the session was attended by the representatives of individual special fields of healthcare activity or their councils, university clinics and major chambers and organisations in the field of healthcare. At the sessions, some supplementary proposals were presented, but otherwise, the act was supported by the vast majority of persons present, even by the president of Medical Chamber of Slovenia. The main dilemma was regarding the provisions on division of public and private healthcare activity, which was not clearly implemented in the times of transition for our country and which is, due to various deviant occurrences and occurrences of unlawful handling, decisively requested by a large part of public.

On 10 June 2009, the proposed law was published on the websites of the Ministry of health and thus intended for public hearing which lasted three months. During this time, many meetings were conducted between the Ministry of health and the representatives of hospitals. The Ministry paid a visit to almost every hospital and spoke to the employees, civil associations, chambers and political parties. The result of all this discussion was that remarks and supplementary proposals were sent by around 200 proposers. Many of those proposals, including those submitted by medical practitioners and other employees in healthcare institutions, were adopted. During the public hearing, the public and the medical branch set out the issues connected with public authorisations of chambers and the dilemmas connected with whether membership in them should be voluntary or mandatory. A prevailing portion of public and healthcare workers, including many medical practitioners, represent the viewpoint that the membership in chambers should be voluntary in the future. In relation to public authorisations, particularly that of the Medical Chamber, there is a general opinion that they should be modified and some of them returned to the Ministry of health. This concerns, in particular, the implementation of professional surveillance of public healthcare institutions and medical practitioners and concern for quality and maintenance of registries of medical practitioners. This viewpoint by the public can probably be consequence of the fact that in some disputed cases of medical treatments in the near past, the professional chambers were not prepared to provide an impartial assessment of handling of their members. Because of that a special professional audit was carried out by the Ministry of health. Finally, in a country that has a predominantly public healthcare system, the government carries a special responsibility for the situation in the healthcare area and for the introduction of changes that in the end will allow to manage the health care system in a sustainable way. The proposed legal act does not foresee the cessation of the Medical Chamber or the restriction of its autonomy nor authority, since it will remain an autonomous association of all medical practitioners. Quite the opposite, the last draft

law still sets out the mandatory membership of medical practitioners in the Medical Chamber in accordance with the request of the Medical Chamber of Slovenia.

We are fully aware how important is the cooperation with medical practitioners and other healthcare workers if we want to introduce the necessary changes which will help further development of primary health care which has great tradition in Slovenia as you might know. We also need their full support in developing a system which will enable to everyone in need an equal access to a quality and safety health treatment. Regarding to that, the Ministry of health was and is very open to all kind discussion since we want that the health care reform will fully fulfil the needs of present and especially of future generations. We fell very sorry that the representatives of Medical Chamber of Slovenia chose such a way instead of dialog which is the only acceptable approach in democratic society.

I must admit that we feel somehow aggrieved due your reaction. Especially because you didn't give us any possibility to explain you the situation, our point of view and facts that it is built on.

We hope that we have succeeded in presenting the statement of affairs and that you will have no further reasons for your anxiety. Of course, we are always available for any further explanations you might wish to receive.

Yours sincerely,

Borut Miklavčič

Minister of Health

Health Minister of Slovenia
Mr. Borut Miklavčič

On behalf of the Conseil Européen des Ordres des Médecins (CEOM) I want to express our appreciation about your availability to answer directly to our concerns about the on-going health reform.

We are very pleased to testify your commitment to maintain the mandatory membership in the Medical Chamber as a basis for medical practice in Slovenia. The presented reactions to our concerns prove that democratic discussion and scrutiny of different opinions remains an European value honoured by your answer.

We are aware that the Chamber's role in society is subject to permanent scrutiny and, often, «easy» solutions are presented about deregulation and abolishment of public duties of Chambers. However, unfortunately, the recent economic crisis pointed general consensus that regulation is a major need. Even in economic outputs, the «free market» has proven insufficient ability to achieve proper results. Now, more than ever, the regulation is a mandatory requirement for healthcare provision. On modern societies these duties are best achieved by clear empowerment of self-regulatory bodies of doctors, founded on democratic, independent and public-trusted structures that cope with ethical, best practices' compliance and disciplinary actions.

For the CEOM, this isn't founded on grounds of privilege or self-centred medical approaches but, rather, on the patients' interests and the fundamental need of society in having independent and autonomous doctors.

With the confidence that this exchange of views has mutual benefits, we present our availability to assist the Slovenian Health Minister in any requests in the field of CEOM's expertise.

Dr. Pedro Nunes

President

Presidente do CNOP assinala importância das Ordens profissionais

Realizaram-se no passado dia 23 de Setembro as primeiras Jornadas da Qualidade Farmacêutica, sob a epígrafe «Acção Farmacêutica – Âncora da Qualidade em Saúde», no auditório da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. Presentes estiveram o Presidente do Conselho Nacional da Qualidade, a Bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, o Bastonário da Ordem dos Médicos, a Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, o Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, o Presidente do Instituto Português da Qualidade, o Presidente do Conselho Nacional das Ordens Profissionais, entre vários outros profissionais de reconhecido mérito. Publicamos de seguida a intervenção do Presidente do Conselho Nacional das Ordens Profissionais, e Bastonário da Ordem dos Engenheiros, Engenheiro Fernando Santo.

«Qualidade das profissões

As minhas primeiras palavras são para agradecer o convite para participar nas I.^{as} Jornadas da Qualidade Farmacêutica e felicitar a organização pela iniciativa. O convite é para mim uma honra, que aceitei com muito gosto.

Pediram-me para falar sobre a «Qualidade das Profissões» e, atendendo à natureza destas Jornadas, focalizarei este tema no âmbito das profissões reguladas pelas Ordens Profissionais. O modo como a auto-regulação pode contribuir para a qualidade do exercício profissional é uma questão sempre actual, mas reveste-se de particular importância se tivermos em conta a profunda alteração do sistema de ensino, conhecida como Reforma de Bolonha, e que assenta num conjunto de legislação publicado nos últimos anos, do qual destaco:

Lei n.º 49/2005, de 30 de Agosto, relativa à alteração da Lei de Bases do Sistema Educativo;

Portaria n.º 256/2005, que aprova a classificação nacional das áreas de educação e formação;

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, que estabeleceu o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior;

Lei 38/2007, de 16 de Agosto, que aprovou a avaliação da qualidade do ensino superior;

Lei n.º 62/2007, de 10 de Setembro, que aprovou o regime jurídico das instituições de ensino superior;

Decreto-Lei n.º 341/2007, de 12 de Outubro, que aprovou o regime jurídico do reconhecimento de graus académicos superiores estrangeiros;

Decreto-Lei n.º 369/2007, de 5 de Novembro, que criou a Agência de Avaliação e Acreditação para a garantia da qualidade do ensino superior;

Lei n.º 6/2008, de 13 de Fevereiro, que estabeleceu o regime jurídico de criação, organização e funcionamento de novas associações públicas profissionais;

Lei n.º 9/2009, de 4 de Março, que transcreve para o nosso regime jurídico a Directiva das Qualificações Profissionais;

Portaria n.º 782/2009, de 23 de Julho, que regula o Quadro Nacional de Qualificações e define os descritores para a caracterização dos níveis de qualificação nacionais;

Decreto-Lei n.º 206/2009, de 27 de Agosto, que aprovou o regime jurídico do título de especialista;

Portaria n.º 1031/2009, de 10 de Setembro, que define as provas de ingresso obrigatórias para o ensino superior.

O quadro legislativo tem consequências na qualidade do ensino, que por sua vez é uma condição necessária para a qualidade de uma profissão, e por isso, o Estado considerou que o conhecimento e as competências exigidas para a prática de algumas profissões, deveriam depender de um grau académico obtido numa escola de ensino superior legalmente reconhecida.

Contudo, há profissões que devido à

sua importância na sociedade necessitam de uma regulação adicional que permita qualificar os seus profissionais, atendendo às consequências que a prática dos actos poderão ter para os cidadãos.

Essa regulação poderá ser atribuída aos próprios profissionais, através da autorregulação assumida pelas associações públicas com poderes delegados pelo Estado, a qual, normalmente, exige requisitos adicionais para a atribuição de um título profissional.

Nos últimos anos, tem estado em confronto a posição dos que entendem que o reconhecimento do grau académico é suficiente para se ser membro de uma associação pública profissional e a posição defendida pelas Ordens, que consideram que a formação académica, devido à sua gradual falta de qualidade, sem controlo e com uma grande assimetria de formação, não permite garantir as competências necessárias para a prática profissional.

É nesta perspectiva que irei tratar o tema da qualidade das profissões, com uma breve referência à evolução histórica de algumas profissões reguladas.

I – Antecedentes históricos da criação das Ordens Profissionais

A qualidade das profissões foi sempre um valor para o desenvolvimento de actividades que permitiram satisfazer crescentes necessidades das populações e criar riqueza.

Cada profissão tinha um código de conduta e regras próprias, não escritas, mas que constituíam a sua afirmação e identidade perante os cidadãos, e uma das bases da sua evolução era a escola prática da vida, em que os mais experientes transmitiam o seu saber aos mais novos.

A partir do século XVI, com o desenvolvimento da ciência, surgiram novas profissões que passaram a utilizar o conhecimento como base da sua actividade.

Durante o século XIX, a Revolução Industrial foi substituindo muito trabalho manual por máquinas, o que provocou o desaparecimento de muitas

profissões, e a criação de outras que passaram a ter um papel crescente no desenvolvimento dos bens e dos serviços.

Se por um lado, os produtos começaram a ficar desligados da qualidade dos artesãos que anteriormente os produziam, as prestações de serviços, mais personalizadas, afirmaram-se em sentido contrário, através de actos individuais que dependiam do conhecimento e das competências de quem os praticava.

Como muitos desses serviços afectavam directamente os cidadãos, que não tinham capacidade para uma prévia selecção desses profissionais, começaram a surgir as primeiras associações de profissionais designados por liberais, que pretendiam estabelecer regras e padrões para o exercício das respectivas profissões.

Recordo, por exemplo, a constituição da Associação dos Advogados Portugueses, cujos Estatutos foram aprovados em 1838, seguindo-se em 1835 a Sociedade Farmacêutica de Lisboa, que em 1935 passou a Sindicato dos Farmacêuticos, e em 1972 foi criada a Ordem dos Farmacêuticos. Em 1869 foi criada a Associação dos Engenheiros Civis Portugueses, e em 1898 a Associação dos Médicos Portugueses.

Podemos ainda recordar raízes mais longínquas, quando em 1338 um primeiro diploma respeitante à profissão farmacêutica determinou a obrigatoriedade, para todos os que se dedicavam aos ofícios de médico, cirurgião e boticário, na cidade de Lisboa, de serem examinados pelos médicos do Rei. A ambição dessas Associações, de passarem a ter um estatuto de autorregulação, através da passagem a Ordem, só começou a ser concretizada em 1926, com a constituição da Ordem dos Advogados, seguindo-se, em 1936, a Ordem dos Engenheiros e, em 1938, a Ordem dos Médicos.

A partir da sua constituição com base nas anteriores Associações Profissionais, as Ordens passaram a assumir um importante papel na regulação das profissões, com particular enfoque na defesa da qualidade dos actos, devendo



Fernando Santo, presidente do CNOP

os seus membros submeter-se aos valores éticos, a códigos de deontologia e a regulamentos disciplinares, visando a defesa do interesse público.

2 – A evolução da produção industrial, as regras do mercado e a certificação

A partir de meados do século XX, os países mais desenvolvidos iniciaram a produção massificada de bens com custos cada vez mais baixos de modo a permitir a sua aquisição por uma classe média em ascensão.

Numa fase posterior, assistiu-se à gradual diferenciação dos produtos e a introdução da publicidade como forma de promover os bens produzidos e ganhar vantagens competitivas face aos concorrentes.

A capacidade da transformação do conhecimento em produtos e serviços permitiu uma valorização de muitas profissões, que, apesar de estarem reguladas, passaram a ser exercidas ao serviço das empresas e das entidades públicas, por conta de outrem, deixando de assumir o carácter liberal.

Esta evolução exigiu uma crescente qualidade profissional, valorizada através das condições remuneratórias e do reconhecimento social, e deu origem a dois diferentes tipos de responsabilidade.

Em muitos sectores a garantia da qualidade dos bens e serviços produzidos é assegurada pelas organizações que

os produzem, embora com recurso a profissionais qualificados, mas que apenas assumem responsabilidades perante a empresa (ex.: a maioria dos produtos que consumimos, em que a referência é uma marca comercial, desconhecendo-se a qualificação e a intervenção dos profissionais que contribuíram para a sua produção, como é o caso da indústria farmacêutica).

Noutras actividades manteve-se a importância da qualidade profissional exercida a nível individual por profissionais inscritos nas respectivas associações, e são eles que assumem a responsabilidade perante a sociedade (ex.: a responsabilidade do acto médico praticado no seio de um hospital, o serviço de um advogado em qualquer entidade, a responsabilidade de um engenheiro no cálculo de uma estrutura projectada ao serviço de uma empresa, ou a comercialização de medicamentos).

Para os casos em que a intervenção individual dos técnicos continuou a ser o modelo de referência para a qualidade dos actos, as Ordens Profissionais passaram a reconhecer as competências dos seus membros.

Para as produções que ficavam dependentes das empresas, a massificação generalizada de bens passou a colocar um novo problema.

Como garantir e diferenciar a qualidade dos bens produzidos?

Como assegurar aos cidadãos que os produtos colocados no mercado satisfazem as exigências de qualidade em diferentes parâmetros?

Como resposta surgiu a normalização, a regulação e a certificação dos produtos.

Esta necessidade resultou da crescente evolução da economia de mercado livre, com destaque para os países da União Europeia que tem vindo a privilegiar a abolição de condicionantes à livre concorrência, fomentando a competitividade.

A publicação de diversas Directivas sobre esta matéria, a constituição de Autoridades da Concorrência em diversos países e a preparação da Directiva Serviços, são apenas alguns exemplos.

Em contrapartida, as preocupações com a defesa dos consumidores obrigaram a impor normas para verificação da conformidade, como garantia da qualidade dos bens adquiridos, uma vez que a marca substituiu a qualidade da profissão associada a um determinado produto.

O crescente desenvolvimento das áreas de certificação demonstra a importância deste selo de qualidade, reconhecido como diferenciador.

Por vezes, esta necessidade originou novos negócios de prestação de serviços, mais orientados para a certificação de procedimentos do que para a avaliação dos conteúdos inerentes aos processos, com particular incidência nas áreas de trabalho dos profissionais liberais.

Como consequência, assistimos a casos de «certificação da asneira», sempre que colocam em posição secundária a intervenção de profissionais qualificados na prática dos actos regulados e que são fundamentais para a certificação da qualidade.

3 – O reconhecimento das qualificações profissionais pela União Europeia

A par da necessidade da certificação de produtos e serviços, a União Europeia também acabou por reconhecer a necessidade de se qualificarem as profissões, tendo aprovado a Directiva n.º 2005/36/CE, de 7 de Setembro de 2005, sobre o Reconhecimento de Qualificações Profissionais.

Esta Directiva estabeleceu dois ciclos de cursos, o de curta duração, com 180 a 240 unidades de crédito, com uma duração de 3 a 4 anos, e o ciclo longo, com 240 a 360 unidades de crédito, com uma duração entre 4 e 5 anos, o que levou o Governo a publicar o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, no qual foram estabelecidos três ciclos de estudos, como já tinha sido consagrado na Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 49/2005, de 30 de Agosto).

O grau de licenciado passou a ser atribuído a um ciclo de estudos de 180 a

240 créditos (6 a 8 semestres), conhecido como ciclo curto, enquanto que o grau de mestre passou a ser atribuído após um ciclo integrado de 300 a 360 créditos e uma duração de 10 a 12 semestres, ou após a obtenção do grau de licenciado, com uma formação adicional de 90 a 120 créditos, com uma duração normal compreendida entre 3 e 4 semestres.

Chamo a atenção para o facto da designação do grau de licenciado, que anteriormente correspondia a formações de cinco e seis anos, ter passado a ser utilizado para formações de ciclo curto com 3 anos, o que é uma particularidade do sistema português, que procurou nivelar por baixo as formações e, desta forma, obter na secretaria, por via administrativa, melhores estatísticas, reduzindo também a factura do ensino superior, pois a licenciatura poderá, em muitos cursos, corresponder ao fim de um ciclo com as propinas mais baixas.

A vontade de igualar o que é diferente está expressa na Portaria n.º 782/2009, de 23 de Julho, que regula o Quadro Nacional de Qualificações e define os descritores dos níveis de qualificação nacionais.

Como se poderá verificar no anexo III daquela Portaria, o Mestrado corresponde ao nível 7, mas o bacharelato e a licenciatura estão colocados no mesmo nível 6, quando é sabido que os graus de bacharelato e de licenciatura na designação pré Bolonha, não correspondiam à mesma formação e competências.

Se o anexo utiliza apenas as designações pós Bolonha, então não faz sentido aparecer a designação de bacharelato.

A parte da Directiva sobre o reconhecimento das qualificações profissionais entre países foi transcrita para a ordem jurídica portuguesa em 2009, através da Lei n.º 9/2009, de 4 de Março. Esta Lei passou a definir os diferentes níveis de qualificação profissional em paridade com a formação exigida e define profissão regulada como «a actividade ou o conjunto de actividades profissionais em que o acesso, o exercício ou

uma das modalidades de exercício dependem directa ou indirectamente da titularidade de determinadas qualificações profissionais, constituindo, nomeadamente, uma modalidade de exercício o uso de um título profissional limitado aos detentores de uma determinada qualificação profissional». No caso dos farmacêuticos, o art.º 41.º refere que:

A admissão à formação de farmacêutico depende da posse de diploma ou certificado que faculte o acesso aos estudos em estabelecimento universitário ou em instituto superior de um Estado membro de nível equivalente.

O título de formação de farmacêutico atesta uma formação de pelo menos cinco anos, que, no mínimo, compreenda:

Quatros anos de ensino teórico e prático, a tempo inteiro e ministrado numa universidade, num instituto superior de nível equivalente ou sob a orientação de uma universidade;

Seis meses de estágio em farmácia aberta ao público ou num hospital, sob a orientação do respectivo serviço farmacêutico.

Com a crise dos mercados financeiros ficou mais percebida a importância das entidades reguladoras de diferentes actividades, nas quais se inserem, obviamente, as Ordens Profissionais, como entidades que deverão assegurar a qualidades das respectivas profissões. Após esta síntese de enquadramento, que ajuda a perceber muitas tensões existentes, irei deter-me nas condições que entendo serem necessárias, mas não suficientes, para se promover a qualidade das profissões, designadamente: O Sistema de ensino, que é responsável pela educação base, secundária e formação académica superior;

O nível de desenvolvimento do país que permite absorver os finalistas dessas formações e dar-lhes condições para continuarem a progredir e a receber a formação contínua para a sua actualização;

A cultura empresarial e ao tipo de actividades económicas de um país, conforme têm por base produtos de mão-de-obra barata ou, pelo contrário, privilegiam a ciência e o conhecimento e

os seus agentes directos como recursos estratégicos;

A ligação entre as empresas e os centros de investigação e as universidades como parte de um conjunto de condições que favorecem e criam o ambiente para se promover a qualidade das profissões;

As regras do mercado e a regulação da concorrência;

A legislação de enquadramento para o exercício de determinadas profissões;

O papel das Ordens Profissionais.

Porque o tempo não me permite uma análise detalhada de cada uma das anteriores condições, irei apenas deter-me no sistema de ensino, na legislação de enquadramento e no papel das Ordens.

4 – A qualidade do sistema de ensino e a certificação das competências

A qualidade do sistema de ensino é uma condição necessária para a qualidade dos profissionais que têm a sua actividade baseada na formação adquirida.

Para garantia da qualidade dos ciclos de cursos, deverão ser implementados modelos europeus de avaliação de qualidade, a aplicar numa base nacional, matéria também já assumida há vários anos por algumas Ordens Profissionais, nomeadamente a Ordem dos Farmacêuticos e a Ordem dos Engenheiros. Em Fevereiro de 2006, a Ordem dos Engenheiros, com mais 13 associações de engenheiros de países da Europa, incluindo a Rússia, criaram, com o apoio da União Europeia, a *European Network for Accreditation of Engineering Education* (ENAE), que é uma associação internacional de direito belga, sem fins lucrativos, para avaliar e acreditar cursos de engenharia, atribuindo o selo de qualidade EUR-ACE.

Em 2008, o sistema de avaliação da Ordem dos Engenheiros foi reconhecido por aquela agência e, em 2009, já forma avaliados três cursos de engenharia que passaram a ter a marca de qualidade EUR-ACE, o que constitui

uma mais-valia no reconhecimento internacional.

Mais recentemente, as debilidades de regulação que a crise internacional veio demonstrar acentuaram, nos meios políticos e nas organizações interessadas, a necessidade de se preservar e diferenciar a qualidade de ensino como base da qualidade das profissões.

Com má formação nos diferentes níveis de ensino dificilmente teremos, no futuro, bons profissionais e, por isso, limitar o acesso dos candidatos a membros das Ordens por razões de deficiente formação base não é uma restrição às condições do mercado, é um grande serviço prestado à sociedade. Só os que promovem facilidades se sentirão incomodados.

Em nosso entender, a livre concorrência deverá ser garantida através da qualidade do ensino básico e secundário que permita a liberdade de acesso ao ensino superior, ministrando aos candidatos a formação indispensável e não o contrário, como tem sucedido, levando as exigências a níveis tão baixos quanto os necessários para que as escolas de ensino superior tenham alunos.

A demissão do Estado das suas funções obrigou as Ordens a acreditarem cursos e a promoverem exames e estágios para garantirem as competências mínimas necessárias para o reconhecimento profissional.

Por isso somos exigentes e inconformados com a qualidade do ensino e com a redução dos níveis de exigência para acesso ao ensino superior e, claramente, contra a atribuição da designação de licenciado ao fim de três anos de formação universitária.

Este quadro de referências também parece ser compreendido pelos nossos políticos, pelo menos ao nível do discurso, embora as disposições e a prática dos diversos diplomas publicados sejam, por vezes, contraditórios, não estando em sintonia com o que acabo de expor.

Senão vejamos:

Em 2007 foi publicada a Lei n.º 38/2007, de 16 de Agosto, que aprovou o regime jurídico da avaliação da quali-

dade de ensino e que determina a sua aplicação a todos os estabelecimentos de ensino superior e a todos os ciclos de estudos;

Em 5 de Novembro de 2007 foi publicado o Decreto-Lei n.º 369/2007, que cria a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior.

No preâmbulo pode ler-se «*Reconhece o papel fundamental das ordens e de outras associações profissionais públicas, que passam a participar do processo de acreditação, fazendo cessar a sua intervenção a posteriori no processo de reconhecimento profissional de cursos superiores tornada, em certos casos, necessária pela ausência de um sistema como o agora instituído*».

Mas o n.º 8 do art.º 7.º refere que «... é interdita a qualquer entidade que não a Agência a acreditação, para efeitos profissionais, de qualquer instituição de ensino superior ou ciclo de estudos».

Ora, o Decreto-Lei n.º 74/2006 estabeleceu, no art.º 83.º, que os ciclos de estudos em funcionamento quando do início da actividade da Agência deverão ser objecto do procedimento de acreditação até final do ano lectivo de 2009-2010.

Como estamos no início do ano lectivo que termina em 2010, e ainda não se iniciaram os processos de acreditação, atrevo-me a presumir que, ou os mesmos não irão estar concluídos até final do próximo ano, o que agrava as consequências do funcionamento de cursos sem a qualidade exigida para o exercício de profissões reguladas, ou a acreditação será apenas um puro acto administrativo de branqueamento das situações existentes, pois não haverá coragem política para fechar muitos desses cursos ou para os colocar em níveis de formação inferiores. Não foi por acaso que a Assembleia da República aprovou, em 2008, a Lei n.º 6/2008, que regula a criação de novas associações públicas profissionais. Embora se estabeleça que esta Lei só se aplica às novas associações, não deixa de ser uma referência política que condicionará as alterações aos estatutos das Ordens existentes.

Para percebermos o incómodo que as

Ordens estão a ter, basta referir que, na Assembleia da República, o projecto de diploma foi, na generalidade, aprovado por unanimidade.

De entre as muitas disposições contidas naquela fase, destaco a proibição das associações públicas profissionais acreditarem cursos e exigirem exames de admissão aos candidatos, transformando-as, assim, em meras entidades de registo dos títulos académicos que passariam administrativamente a títulos profissionais.

Foi imposta a tutela de legalidade através da nomeação de um Ministro com os respectivos poderes, ficando sujeitos à aprovação da tutela os regulamentos das associações relativos a estágios, provas profissionais de acesso à profissão, as quotas e taxas associativas e as especialidades profissionais. Depois de muita contestação conseguimos que, na versão final, a Lei deixasse de proibir os exames de admissão, mas as principais disposições mostram o incómodo que as Ordens estão a provocar, e em particular a Ordem dos Engenheiros que continua a exigir exames de admissão para os candidatos com a antiga licenciatura ou o actual mestrado.

Mas apesar destas divergências, o Governo tem mostrado grande sintonia com as posições das Ordens, pois quando se trata de qualificar as profissões que estão no sistema de ensino aplica os nossos princípios.

Senão vejamos:

Em 21 de Janeiro de 2008 foi publicado o Decreto Regulamentar n.º 3/2008, que passou a exigir provas de avaliação de conhecimentos e competências, aos candidatos a funções docentes nos estabelecimentos públicos de educação pré-escolar, básico e secundário na dependência do Ministério da Educação.

Consta do preâmbulo do decreto que «*A prova de avaliação de conhecimentos e competências ...separa a fase de formação realizada nas instituições de ensino superior competentes, da fase de selecção e recrutamento realizada pelo empregador interessado*», e no artigo 3.º refere que «*A prova de avaliação de co-*

nhecimentos e competências visa demonstrar o domínio de conhecimentos e competências exigidos para o exercício da função docente na especialidade de uma área de docência».

É clara a separação entre a formação superior e as competências exigidas para o exercício da profissão, obrigando os candidatos à prestação de provas específicas, como se prova pela aprovação, em Conselho de Ministros, do Decreto-Lei que cria a Ordem dos Técnicos Oficiais de Contas, alterando os estatutos da respectiva Câmara, para além das alterações não respeitarem a Lei-quadro das associações profissionais, aquele Decreto estabelece que a futura Ordem passará a acreditar os cursos que permitirão o acesso à profissão de Técnico Oficial de Contas. Ora, esta possibilidade foi recusada no Decreto-Lei 74/2006 e na Lei n.º 6/2008.

Também em 10 de Setembro foi publicada a Portaria n.º 1031, que passou a exigir determinadas disciplinas como específicas para o acesso a cursos do ensino superior, nomeadamente a matemática, que não é exigida em mais de 170 cursos de engenharia.

No seu preâmbulo é afirmado que «*A situação actual, em que, num número significativo de casos, as instituições de ensino superior não exigem a realização das provas de ingresso em matérias nucleares para os seus cursos, tem prejudicado gravemente o nível de formação dos estudantes nessas matérias e conduzido a baixos valores de rendimento e de sucesso escolar*».

Apesar deste reconhecimento explícito do problema que temos vindo a denunciar há vários anos, a Portaria apenas entrará em vigor no ano lectivo de 2012-2013, pois os alunos não estão preparados, mas não deixarão de entrar nos cursos, que terão que baixar as exigências do ensino para o nível dos alunos e não o contrário, como seria desejável.

De qualquer modo, é um passo positivo que importa destacar, pois houve coragem política para enfrentar a mediocridade.

Também em Agosto deste ano foi publicada a Portaria n.º 206, que passou

a permitir que os institutos politécnicos atribuísem o grau de especialista, como título académico, o que, mais uma vez, colide com a atribuição deste título profissional pelas associações públicas profissionais.

Parece tudo demasiado confuso e caótico para percebermos qual o caminho que querem seguir, mas não temos dúvida sobre o confronto que está em causa e que o poder político tenta torner, não enfrentando os problemas de fundo.

São diversos os sinais contraditórios com que hoje nos debatemos, entre as competências que os portugueses terão que ter perante os desafios do país e as facilidades concedidas pelo sistema de ensino, avaliadas através da falta de formação obtida no ensino básico e secundário, com aprovações generalizadas, mesmo quando a iliteracia e a ignorância são facilmente quantificadas.

Quanto a nós, não temos dúvidas de que Portugal não terá futuro se não tiver capacidade de estabelecer um sistema de ensino mais exigente, que confira melhores formações e competências, de forma a podermos ter um número crescente de melhores profissionais. Desvalorizar os títulos a partir das facilidades concedidas é o melhor caminho para desqualificar as profissões e o resultado do seu saber.

Por razões óbvias, as Ordens não poderão cumprir a sua missão e merecer a confiança pública dos cidadãos se forem proibidas de avaliar as competências dos candidatos a membros.

Cada profissão tem uma história e particularidades que merecem ser respeitadas, e deverá ser nos estatutos de cada associação que se estabelecem as regras adequadas a cada caso.

5 – O papel das Ordens Profissionais

Quando falamos de «qualidade das profissões», o que está em confronto são as tensões sociais, o efeito da demagogia, as estatísticas que melhoram o *ranking* da avaliação dos países e a defesa de instituições de ensino superior

sem qualidade, mas importantes para determinadas cidades ou regiões, e que têm merecido muita tolerância.

Do outro lado estão as posições que entendem que um país não poderá afirmar-se na competição acentuada pela globalização, sem uma elevada educação e formação profissional, que sejam reconhecidas segundo critérios europeus de qualidade por agências independentes.

Por isso, este tipo de reflexões é sempre importante e fundamental para os que pretendem uma sociedade em que seja reconhecido o direito à diferença e, neste caso, a diferença está na qualidade da formação e das competências que determinam a «Qualidade das Profissões».

Não posso deixar de referir que, numa época em que tanto se fala do direito à diferença a propósito de todo o tipo de questões, muitas das quais são fracturantes na sociedade portuguesa, assistimos, em sentido contrário e de uma forma generalizada em quase todos os quadrantes políticos, a propósito das qualificações profissionais, a uma vontade política de aglutinar e classificar como igual o que é diferente.

Mas o papel das Ordens não se esgota num determinado modelo de qualificação profissional, pois a forma como a sociedade se desenvolve obriga a uma permanente análise da sua evolução e a novas respostas mais adequadas aos desafios que os seus membros enfrentam, no contexto político, económico e social.

Na época actual, a falta de valores, de exigência e de rigor e a desconfiança acentuam a crise da sociedade portuguesa, que se debate com a incapacidade de manter o nosso modelo de desenvolvimento de forma sustentável. Neste contexto, as Ordens Profissionais deverão continuar a ser uma referência para os cidadãos e estou certo que saberão dar aos responsáveis políticos o seu contributo para o caminho a seguir.

Para concluir, e em síntese, a qualidade das profissões está dependente de um conjunto de condições, das quais

destacamos:

Maiores exigências na educação e formação, desde o ensino básico, de forma a permitir que os futuros candidatos a profissionais qualificados tenham melhor e mais adequada preparação, e para que possam escolher o curso que pretendem e não o que oferece mais facilidades;

Obrigatoriedade de disciplinas específicas para acesso ao ensino superior adequadas às matérias do curso, e não, como sucede hoje, em que muitas escolas superiores eliminam as cadeiras específicas mais difíceis para terem alunos; Participação mais activa das associações públicas profissionais nas escolas de ensino superior para adequação dos programas às competências profissionais. Para além da formação cultural e cívica, é necessário conhecer e ter uma prática assente na ética e nos códigos deontológicos;

Separação entre os títulos académicos dados pelas escolas e os títulos profissionais atribuídos pelas associações públicas profissionais;

Autonomia das associações públicas profissionais para definição das regras de admissão dos seus membros, tendo por base um sistema de certificação das formações académicas, ao contrário da actual autonomia das escolas na definição dos programas, sem preocupação pelas competências que os mesmos deveriam conferir para acesso a uma profissão regulada;

Regulamentação dos actos que deverão ser assumidos pelos membros das associações públicas profissionais, com diferenciação, em função da formação académica, complexidade dos actos, experiência profissional e formação contínua;

É necessário que os valores que estão associados às profissões sejam defendidos e transmitidos a todos aqueles que têm a ambição de exercer uma profissão mas sem esquecer o interesse público, razão primeira que justifica a regulação.

Muitos parabéns pela organização destas Jornadas e obrigado pela atenção que me dispensaram.»

«Action Against Cancer» Lançamento da parceria contou com a UEMO

A 29 de Setembro de 2009 mais de 300 organizações representativas de doentes, sobreviventes ao cancro, sociedades científicas, profissionais de saúde, autoridades e ministérios da saúde participaram no lançamento oficial da parceria europeia «Acção contra o Cancro». Esta iniciativa visa desenvolver uma estratégia europeia de longo prazo focada no elevado impacto do cancro nos indivíduos e famílias, procurando também ultrapassar as dificuldades de comunicação e estigmatização em relação a uma doença com mais de três milhões de diagnósticos por ano no espaço europeu. Focando-se no envolvimento activo dos potenciais participantes de maior relevo, esta iniciativa procura identificar lacunas e necessidades relacionadas com esta doença e estimula a partilha de experiên-

cias entre diferentes países e organizações. A União Europeia de Médicos de Família (UEMO), que tem presidência portuguesa até ao final de 2010, participou activamente no lançamento desta ambiciosa iniciativa e apresentou contributos para o envolvimento activo dos médicos de família neste esforço conjunto. No âmbito do processo de consulta dos interessados, desenvolvido pela Comissão Europeia, em relação a iniciativas neste âmbito, a UEMO identificou e propôs um conjunto de estratégias mobilizadoras dos médicos de família para que, de forma integrada, participem em iniciativas de prevenção, de detecção precoce (nomeadamente na elegibilidade para rastreios) e de identificação e promoção de boas práticas no acompanhamento da doença. A *expertise* técnico-científica dos médi-

cos de família e a proximidade com a população, concertadas com iniciativas de sensibilização pública e de articulação entre níveis de cuidados de saúde, são peças fundamentais para alcançar uma melhor resposta em relação às doenças do foro oncológico no contexto europeu. Como estrutura representativa dos médicos de família europeus, a UEMO manifestou a sua disponibilidade e apresentou o seu compromisso para desenvolver as tarefas a que se propôs entre os médicos de família. Através da rede de organizações nacionais e do apoio ao desenvolvimento de programas formativos adequados e de suportes de informação, a UEMO propõe-se acompanhar esta acção participando também na sensibilização, preparação, divulgação, implementação e avaliação do impacto das iniciativas.

Imunoalergologia: Casos clínicos compilados em livro



Graça Castel-Branco, Directora do Serviço de Imunoalergologia do Hospital de S. João do Porto, apresenta um manual de consulta para todos os que querem saber mais sobre as patologias das áreas da alergologia e imunologia clínica. Uma obra que classifica como «um instrumento de divulgação útil e de afirmação da especialidade».

Com o apoio da farmacêutica Schering-Plough, a obra resume 15 casos clínicos apresentados ao longo do ano 2008, constituindo-se como um instrumento de formação na área da imunoalergologia que, de acordo com a médica, «se entendeu ser importante disponibilizar a outros centros e a outros especialistas».

No seu plano mensal de actividades, «o Hospital de S. João do Porto inclui a apresentação de casos clínicos, que pelas suas características específicas, raridade, complexidade e interesse pedagógico motivam a discussão conjunta por todos os elementos do Serviço», explica a especialista.

Assim, considerando esta prática mensal, resolveu a coordenadora da obra compilar os casos relatados na publicação com o objectivo de «treinar os internos na elaboração e apresentação escrita de um caso clínico, enriquecer o seu curriculum de formação e dar a conhecer a variabilidade de patologias

imunoalergológicas a outros centros clínicos, quer dentro da própria especialidade, quer a especialidades complementares», destaca Graça Castel-Branco.

Dirigida especialmente a todos os especialistas em Imunoalergologia, a obra estende o seu campo de interesse a outras especialidades afins e a todos os que se interessem pelos temas analisados e avaliados no âmbito da alergologia e imunologia clínica.

«Poderia pensar-se que, na sua forma escrita, pouco fosse acrescentado à informação previamente fornecida, mas não é verdade, o exercício da leitura organiza e sedimenta a informação, permitindo retomá-la e utilizá-la na resolução de casos futuros», lê-se no prefácio elaborado pela médica que coordenou esta edição didáctica e pedagógica para quem pretende conhecer melhor as especificidades desta especialidade clínica.

União Europeia promoveu «Alcohol and Health Forum»

Participação da Presidência da UEMO

A Presidência da UEMO – a organização europeia que congrega os médicos de família – participou, em Setembro de 2009, num fórum promovido pela Presidência da União Europeia (sueca, na altura) em que foram apresentadas as consequências que tem para o feto o consumo de álcool durante a gravidez.

Esta iniciativa visou constituir uma plataforma de reunião de múltiplos interessados na redução dos danos do consumo de álcool, nomeadamente através de iniciativas comunitárias que visem estratégias de redução do consumo e limitação da venda a menores de idade, informação e educação sobre malefícios do consumo de álcool, informação adequada para consumidores, intervenções na alteração de hábitos de consumo em crianças e a cooperação responsável na publicidade e venda de álcool.

Preconiza-se assim uma intervenção transversal ao nível europeu, congregando as participações de instituições europeias, organizações médicas, orga-

nizações activistas sociais, organizações de juventude, associações comerciais, organizações não governamentais, associações de meios de comunicação social, federações de produtores de bebidas, organizações representativas de agricultores, representantes de agências publicitárias, até múltiplas organizações de diversos estados-membro envolvidas na redução do impacto do consumo de álcool.

No âmbito do contributo dos médicos de família, a UEMO sustentou o potencial de intervenção dos cuidados de saúde primários que, inseridos na comunidade, gozam de vasta influência para a adopção de estilos de vida saudáveis e actividades preventivas em

saúde. Neste sentido, a capacitação, reforço e valorização dos médicos de família em iniciativas de prevenção e tratamento do alcoolismo é crucial no alcance de sinergias globais neste designio social. A credibilidade e confiança representada pelo médico de família são factores imprescindíveis em estratégias de comunicação e intervenção que visem prevenir consumo ou minimizar riscos.

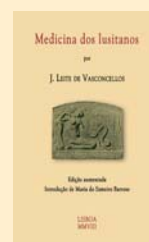
Na adopção de iniciativas e priorização de intervenções a UEMO considera ser fundamental adoptar abordagens mais «agressivas» em relação a grupos de risco ou especial sensibilidade, como no caso de jovens e grávidas em relação ao consumo de álcool.

Medicina dos Lusitanos e outras edições CELOM

A reedição aumentada e ilustrada da obra do Doutor José Leite de Vasconcelos, «Medicina dos Lusitanos» conta com um estudo introdutório original, da autoria de Maria do Sameiro Barroso, e com um prólogo, da autoria de Victor Machado Borges, presidente da Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa.

A obra, executada pelo CELOM – Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, constitui uma iniciativa conjunta da referida Secção de História da Medicina e do Museu Nacional de Arqueologia do Doutor Leite de Vasconcelos, contando com o patrocínio da Ordem dos Médicos. Este livro pode ser adquirido através do CELOM (21 843 77 50/ celom@omcne.pt). Outras obras à venda no CELOM:

- OM Passado e Presente, da autoria de Carlos Vieira Reis
- O Instituto de Higiene e Medicina Tropical, da autoria de Pedro Abranches
- Contos de Médicos Portugueses (vários autores)
- Relatório das Carreiras Médicas
- Normas de Boa Prática em Trauma
- Transporte de Doentes Críticos



Resoluções mais importantes da Assembleia-Geral da AMM

Entre 14 e 17 de Setembro de 2009 decorreu a Assembleia-Geral da Associação Médica Mundial (AMM), onde foram tomadas relevantes posições em relação a matérias de interesse para a profissão médica. Merece particular destaque a adopção de posição sobre *task shifting*, nomeadamente em relação às preocupações médicas face a transferência de actividades desempenhadas por médicos para outros profissionais com menor qualificação e formação. Embora frequentemente advogada como estratégia de recurso perante a escassez de médicos esta mudança tem também ocorrido em países onde essa carência não se vislumbra, tendo como base a diminuição dos custos.

Estando em causa a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes, a AMM defende a necessidade de uma forte participação médica em todas as iniciativas em que o «*task shifting*» seja a única alternativa em relação à prestação de cuidados que de outra maneira não seriam prestados, devendo assumir-se como estratégia transitória e enquadrada numa aposta de reforço da disponibilidade adequada de médicos. É mandatória a presença de médicos na formação e supervisão desses profissionais e na definição de protocolos de tarefas e padrões de qualidade. A AMM sustenta a necessidade de avaliação do impacto de iniciativas de «*task shifting*» e rejeita a sua justificação com argumentos economicistas imediatos que, a médio prazo, resultam em perdas de qualidade e/ou segurança no tratamento de doentes. A AMM aliou-se também aos esforços globais em relação às preocupações climatéricas e ambientais em nome dos médicos e emitiu a Declaração de Nova Deli (cidade onde decorreu a reunião), exortando à adopção de medidas na próxima iniciativa inter-governamental (Dezembro de 2009 em Cope-

nhaga), nomeadamente para combate ao aquecimento global, minimização e adaptação a alterações climáticas, educação e capacitação, investigação e monitorização, bem como o envolvimento activo global no alcance deste desígnio mundial.

A AMM dedicou também uma resolução ao relacionamento entre médicos e entidades empresariais. Tendo presente que a actividade médica se desenvolve com recurso a medicamentos, instrumentos, meios de diagnóstico, equipamentos e materiais, bem como a capacidade das empresas em promoverem investigação dependente do conhecimento médico, a AMM emitiu uma norma de orientação sobre as formas de relacionamento preventivas de conflito de interesses que possam afectar a prestação de cuidados ou a reputação da profissão médica. Esta norma visa enquadrar e regular o apoio de empresas a conferências médicas, ofertas a médicos, financiamento de actividades de investigação e o envolvimento institucional de médicos com empresas. No âmbito da regulação da profissão médica, a AMM emitiu a Declaração de Madrid, reforçando a necessidade

crescente de uma regulação profissional por organizações médicas, como salvaguarda dos interesses dos doentes através de uma intervenção médica subjugada ao juízo clínico independente de cada médico. Neste âmbito, a declaração exorta as associações médicas e os médicos a desenvolverem iniciativas que garantam a autonomia e independência através da regulação profissional interpares. Para a AMM a auto-regulação deve garantir: qualidade dos cuidados aos doentes; evidência da competência do médico e conduta profissional adequada, nomeadamente através de Códigos de Ética. Sobre esta matéria explicita-se também que a existência de mecanismos de auto-regulação não constitui um mecanismo de defesa interno da profissão ou ao serviço de interesses particulares, sendo antes um pilar de confiança pública na profissão e de afirmação da reputação dos médicos.

A Assembleia-Geral da AMM procedeu também à eleição de novo presidente da AMM, tendo essa responsabilidade sido atribuída a Ketan Desai, médico e professor no Medical College & Civil Hospital de Gujarat (Índia).

Publicação científica colmata necessidade em língua portuguesa

Revista Portuguesa de Farmacoterapia

Foi recentemente lançada a Revista Portuguesa de Farmacoterapia dirigida pelo antigo Bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, o Dr. José Aranda da Silva. Destinada à actualização permanente de médicos, farmacêuticos e investigadores, esta revista pretende colmatar a lacuna de «não existir nenhuma publicação do género no nosso país», incidindo na actividade científica desenvolvida, em Portugal, em investigação fundamental, investigação clínica, farmacologia, farmacoterapia, farmacoepidemiologia, farmacoeconomia, farmacocinética e biodisponibilidade, bem como artigos de revisão, artigos de opinião e outros que possam contribuir para o desenvolvimento dos conhecimentos científicos nestas áreas.

Revista Portuguesa de Farmacoterapia

Publicação trimestral
Julho 2009 | Vol. 1 | N.º 1 | €12,50
Director: Dr. José Aranda da Silva

• Editorial

• Artigos Originais

- Caracterização da Utilização de Antidiabéticos Oraais em Portugal (José Cabrita e Filipa Duarte Ramos)
- Estudo de Custo-Efectividade do Natalizumab no Tratamento da Esclerose Múltipla-Recidivante-Remitente em Portugal (Miguel Gouveia e Paulo Fontoura)

• Artigos de Revisão

- A Farmacopeia Europeia e a Qualidade dos Medicamentos na Europa (José Manuel Sousa Lobo)
- Uma Perspectiva Multidimensional para a Terapêutica da Dor Crónica (Bruno Sepodes e Hélder Mota-Filipe)

• Opinião e Debate

- A Epigenética e o Cancro (António Medina de Almeida)

• Documentos

- Norma orientadora para o desenvolvimento clínico de associações fixas medicamentosas (Doc. Re. CHMP/EWP/240/95 Rev.01; 19/02/2009) (EMA)
- Norma orientadora para aceitação de nomes de medicamentos (Deliberação 039/CD/2009) (INFARMED)

Com uma periodicidade trimestral, esta revista científica reúne um extenso conjunto de reconhecidos especialistas portugueses, das Faculdades de Medicina, Farmácia e Economia, representando uma vasta *expertise* em farmacoterapia, farmacologia, terapêutica, farmacocinética, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia, a que se associam profissionais e investigadores do Brasil e de Moçambique.

A Revista Portuguesa de Farmacoterapia está neste momento a «envidar esforços» para indexação e o desenvolvimento dos procedimentos internos alinhados com normas internacionais de publicação científica. O primeiro número, lançado em Julho de 2009, incluiu artigos originais (sobre utilização de antidiabéticos orais e sobre custo-efectividade do natalizumab no tratamento da esclerose múltipla-recidivante-remitente em Portugal), artigos de revisão (farmacopeia europeia e qualidade dos medicamentos e sobre multidimensões para a terapêutica da dor crónica), de opinião e debate (epigenética e cancro) e documentos (norma desenvolvimento de associações fixas medicamentosas e norma de aceitação de nomes de medicamentos). Esta publicação dedica ainda espaço para recomendação de leituras, projectos de guidelines em consulta e agenda.

Com o segundo número já produzido, a Revista Portuguesa de Farmacoterapia convida os profissionais e investigadores de saúde para submeterem os seus trabalhos científicos para publicação.

Para solicitação de informações, solicitação de regras de publicação ou assinatura da revista está disponível o endereço electrónico:

revistafarmacoterapia@formifarma.pt

Internos organizados no Nacional de Ginecologia

No dia 3 de Junho de 2009 teve lugar em Aveiro, no Congresso Português de Ginecologia, a sessão da PONTOG (*Portuguese Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology*), uma mesa plenária sobre os temas do momento no internato de Obstetrícia e Ginecologia em Portugal. Presidi, acompanhado do Dr. Serafim Guimarães, a um debate de elevado nível sobre a forma como decorre o internato da especialidade no nosso país e as soluções para o melhorar, com base em cinco apresentações temáticas. Aqui deixo um abreviado sumário das referidas palestras:



A Dr.^a Teresa Costa (PONTOG) falou acerca da comissão dos médicos internos de Obstetrícia e Ginecologia, braço português da ENTOG (*European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology*). A necessidade da criação da PONTOG resultou do aumento acentuado do número de internos portugueses da especialidade nos últimos anos. O seu Executivo é formado por 3 elementos (um presidente e dois vogais). É uma comissão autónoma que tem como objectivos defender os interesses do médico interno de Obstetrícia e Ginecologia, contribuir para o

desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico-científico contínuo do ensino médico, valorizar o internato médico da especialidade, dar o seu parecer sobre o ensino médico na nossa área e promover as relações científicas e profissionais dos médicos em formação (a nível nacional e/ou internacional). Para atingir estes objectivos a PONTOG propõe-se a promover a participação activa dos médicos internos de Obstetrícia e Ginecologia na resolução dos seus problemas, assegurar a planificação e efectivação de actividades científicas que zelem pelos interesses dos médicos em formação, promover e privilegiar a relação com todos os organismos oficiais da especialidade, assegurando uma voz de mútua colaboração a nível local, nacional e europeu.

A Dr.^a Erica Werner, na altura enquanto Presidente da ENTOG, falou-nos acerca do projecto europeu. A rede está bem estabelecida e os seus objectivos fundamentais são: a harmonização e optimização da aprendizagem durante o internato em toda a Europa; o aumento das interacções e intercâmbios entre médicos europeus da especialidade; e o de facilitar o acesso a toda a informação relacionada com a especi-

alidade, nomeadamente por parte dos países mais desfavorecidos. A realização de um encontro anual englobando quatro dias de intercâmbio, a elaboração de inquéritos acerca das condições de trabalho dos internos e uma relação privilegiada com o Colégio Europeu têm sido fundamentais à concretização destes propósitos. O futuro reserva-nos um projecto de intercâmbio de longa duração que poderá vir a ter apoio financeiro...

Seguidamente, o Dr. Hélder Ferreira (PONTOG) apresentou os resultados do inquérito realizado em Portugal; tratou-se de um projecto ambicioso, que envolveu os médicos internos de Obstetrícia e Ginecologia de todo o país. Participaram 60% dos internos em Portugal. Os inquiridos pertenciam a 18 hospitais portugueses com capacidade formativa e foram considerados válidos 111 inquéritos de um universo de 198 internos à data. Foi a primeira vez em Portugal que se fez um inquérito com estas dimensões e características. O objectivo era retratar o internato de Ginecologia e Obstetrícia no nosso país, envolvendo todos na sua avaliação e potencial melhoria. Apresentava três partes: uma primeira que abordava a organização dos mé-

dicos internos; a segunda parte incidia sobre a legislação e organização do Internato; e, a terceira parte questionava acerca das competências técnicas, quer no âmbito da Obstetrícia, quer no da Ginecologia; e terminava indagando sobre outras competências. Os resultados obtidos foram o espelho do sucesso do mesmo e aguardam publicação em revista da especialidade. Os inquiridos responderam positivamente acerca da necessidade de representar os internos da especialidade e afirmaram maioritariamente que os nossos Serviços estão motivados para receber internos. Uma grande maioria revelou uma clara insatisfação com o actual sistema de avaliação e formação do internato em Portugal. Mais de metade dos internos revelou também uma grande preocupação com a precariedade e falta de colocação após o fim da especialidade.

O Dr. Rui Guimarães, Presidente do PWG – *European Junior Doctors*, abordou a EWTD em Portugal da seguinte forma: «A directiva de tempo de trabalho votada no Parlamento Europeu

em Dezembro passado era uma ameaça à escala global para os médicos. Ela previa graves atropelos à forma como está organizado o trabalho médico passando a deixar de contar como tempo de trabalho todas aquelas noites que fruto de não haver partos ou cesarianas iriam deixar de ser remuneradas e esse tempo obrigado a ser repostado. Os médicos não se podem alhear do que se vai passando em Bruxelas e em Estrasburgo. A organização de mesas como esta são bons exemplos para despertar o conhecimento e a intervenção dos visados nestas reformas, nós os médicos. Num contexto de fortes pressões economicistas e de rentabilização ao limite da mão-de-obra médica é necessário conhecer direitos e deveres e estar preparado para responder aos crescentes desafios impostos. Trata-se obviamente da defesa dos interesses dos médicos mas trata-se também da defesa da segurança dos nossos actos e em última análise da própria segurança dos nossos pacientes. Mas a ameaça não desapareceu; um novo parlamento europeu foi eleito, é

expectável que o assunto volte...».

Finalmente, o Dr. Paulo Sancho, enquanto Consultor Jurídico da Ordem dos Médicos, abordou a importante questão da responsabilidade no Internato Complementar, encerrando esta mesa com chave de ouro.

Não poderíamos deixar de testemunhar este evento enquanto exemplo de estrutura organizacional para os internos de outras especialidades. A rede de internos portugueses de Obstetrícia e Ginecologia foi criada há apenas dois anos, é constituída por três membros executivos e está inserida numa rede europeia (ao lado de 28 outros países que dispõem de uma rede nacional). Dos muitos frutos obtidos da sua criação, partilhamos e celebramos neste documento um evento que reuniu internos, orientadores de formação, directores de Serviço e membros do Colégio da Especialidade em redor da formação, este período tão querido que ditará os nossos especialistas de amanhã e o futuro da qualidade da Medicina e dos cuidados prestados à população no nosso país!

A excelência da actuação médica: Objectivo primordial do Serviço Nacional de Saúde



F.M. Fonseca Ferreira

A Medicina é uma disciplina subsidiária de várias ciências básicas, como a Química, a Física, a Biologia, a Matemática e a Informática, constituindo modernamente uma ciência quase exacta, de extrema complexidade e em rápida evolução.

Ao longo da sua contínua consolidação como ciência, após a Revolução Científica do século XVII, a Medicina sempre adoptou metodologias destinadas a ordenar racionalmente as suas áreas de conhecimento e de desempenho, tanto de investigação, de comunicação, de classificação nosológica, como de ensino, de prática clínica, de sub-especialização e de organização da saúde em geral.

Etapas evolutivas da Medicina Nacional

A Medicina portuguesa colocou-se frequentemente na vanguarda destes progressos, como aconteceu com os seguintes marcos da sua evolução:

- Em 1772, Reforma Pombalina da Faculdade de Medicina de Coimbra, pioneira a nível mundial, da substi-

tuição do ensino da Medicina Humoral pelo ensino da Medicina Científica.

- No século XIX, criação das Escolas Medico-Cirúrgicas dos Hospitais Centrais Assistenciais de Lisboa e Porto.

- Em 1911, transformação destas Escolas em Faculdades de Medicina.

- Em início do século XX, estruturação das Carreiras Médicas dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

- Também em início do século XX, criação pela Ordem dos Médicos de Especialidades Clínicas, através de concursos, ou pela homologação das categorias de Interno Graduado ou de Assistente dos Hospitais Cívicos de Lisboa e de doutoramentos pelas Faculdades de Medicina.

- Em 1961, Relatório da Ordem dos Médicos sobre Carreiras Médicas Nacionais.

Após a Revolução de 1974:

- Nacionalização dos Hospitais Regionais.

- Criação do Serviço Nacional de Saúde.

- Extensão das Carreiras Médicas a todos os Hospitais Assistências do País, aos Cuidados Primários de Saúde e aos Serviços de Saúde.

- A conjugação destes avanços, representou, sem sombra de dúvida, o maior triunfo da Medicina Portuguesa em todo o século XX, a ponto de merecer a classificação pela OMS num lugar de topo a nível mundial.

De facto, a nossa Assistência Médica estaria com certeza muito longe de alcançar esta classificação, se continuasse no estado em que se encontrava

anteriormente, sobretudo em relação à Rede Hospitalar Regional gerida pelas Misericórdias, com base em contratos médicos individuais, ausência de Carreiras Médicas e de Internatos, falta de hierarquização conveniente das equipas médicas e escassez de meios financeiros, enquanto os Cuidados Primários de Saúde estavam praticamente limitados aos Serviços Médico-Sociais, também sem Formação Pós-graduada nem Carreiras Médicas.

Daí que a instituição do novo regime de gestão hospitalar empresarial pela Lei Nº 27/2002 da Assembleia da República, significou, acima de tudo, que a grande parte dos Hospitais da Rede Nacional regressou à condição anterior de estabelecimentos de tipo semi-privado, com contratos médicos individuais de trabalho e portanto sem Carreiras Médicas baseadas na avaliação de competências. E mesmo abstraindo o facto de que a verdadeira finalidade desta medida nunca foi explicada, é por demais evidente que ela representou um sério atentado à integridade do nosso Serviço Nacional de Saúde.

Justificação das Carreiras Médicas do Serviço Nacional de Saúde

A última finalidade da Medicina é a prevenção e o tratamento das doenças, pelo que o objectivo fundamental dos Serviços de Saúde, para além das condições de acessibilidade, comodidade e humanização, deve consistir na promoção da excelência, tanto na formação como na actuação médica, concretizadas na difícil função de proporcionar a cada doente, num dado tempo e lugar, as máximas potencialidades disponíveis dos conhecimentos e da tecnologia contemporâneos.

Os Hospitais são as instituições assistenciais, em que a exigência da excelência médica se coloca com maior acuidade, por duas razões essenciais. Em primeiro lugar porque é nos hospitais que confluem as doenças mais graves e de maior dificuldade de diagnóstico e tratamento. Por outro lado, os Serviços Clínicos hospitalares funcionam em regime de equipa, em que todos os seus elementos devem acatar as competências hierárquicas, como garantia da sua adequada funcionalidade.

Modernamente a actuação clínica correcta não consiste numa arte, mas antes numa metodologia científica perfeitamente delineada. Como toda a patologia se encontra dividida, de forma evolutiva, numa imensidão de entidades distintamente caracterizadas, a tarefa do clínico consiste em individualizar, em tempo útil, a entidade que afecta cada doente. Para isso, o médico necessita de estar na posse da metodologia apropriada aos passos clínicos essenciais como anamnese, exame físico, recolha e interpretação de exames auxiliares, acções diagnósticas e terapêuticas e de ter na memória as características principais das entidades possíveis, ou na sua ausência, estar preparado para encontrar a sua evidência na literatura médica devidamente actualizada, de modo que estes desempenhos correctamente aplicados, lhe permitiam evitar invariavelmente omissões ou erros significativos. Esta metodologia obriga, inclusivamente, a um importante componente de humanização, visto que para além do trato humano habitual com o doente, o clínico necessita de criar com ele uma especial empatia, para conseguir colher uma história perfeita da sua doença, cuja omissão constitui modernamente uma causa muito frequente de erros, devido à prática comum de fixação exclusiva nos exames complementares de diagnóstico.

Daí que todos os elementos do quadro médico hospitalar, com funções de tutela hierárquica e formativa, deveriam possuir virtuosismo clínico no mais elevado grau, assegurado pelas provas

de avaliação e de selecção, como garantia da estruturação de equipas altamente eficientes. Como termos de comparação podiam citar-se as orquestras sinfónicas, em que todos os componentes são óptimos executantes, mas poucos possuem o virtuosismo dos solistas ou os exércitos cuja actuação depende, acima de tudo do mérito dos postos de comando.

A este propósito, aconselho quem estiver interessado na exemplificação de discussões de diagnóstico clínico, exímias e extremamente diferenciadas, a consultar os «Case Record» da Revista *New England Journal of Medicine*. Mas o argumento que torna inteiramente inquestionável a justificação do restabelecimento do regime de Carreiras Médicas, é, acima de tudo, o extraordinário êxito alcançado durante a sua vigência, desde 1974 a 2002, realidade que torna ao mesmo tempo absolutamente incompreensível a medida estatal da sua extinção.

A futura reestruturação das Carreiras Médicas Nacionais

Nos primeiros tempos depois da Revolução Científica, a Medicina Clínica esteve dividida em Medicina Interna e Medicina Externa ou Cirurgia.

A partir do início do século XX, a evolução dos conhecimentos médicos, sobretudo após a década de 50, conduziu à divisão crescente destes dois sectores em Sub-Especialidades, iniciada e conduzida exclusivamente pela Ordem dos Médicos, através da homologação de estágios voluntários e da organização dos respectivos cursos de titulação.

Após a criação das Carreiras Médicas do Serviço Nacional de Saúde, a Especialização tornou-se obrigatória para todos os médicos, levando à divisão da Formação Médica em Pré-graduada, a cargo do Corpo Docente das Faculdades de Medicina e em Formação Pós-Graduada, a cargo das Instituições Assistenciais sob a orientação dos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos.

Esta divisão dos sectores formativos passou a significar que, assim como a

estruturação das Carreiras Docentes, com os seus graus e categorias, se encontra sob a total responsabilidade dos Corpos Docentes das Faculdades de Medicina, também a estruturação das Carreiras Assistenciais passou a pertencer à Ordem dos Médicos, única instituição com tradição e organização científica para o exercício dessa missão de carácter académico, concretizada na fixação de graus e categorias, através de provas de transição, necessariamente baseadas na avaliação de competências, por júris idóneos nomeados pelos Colégios de Especialidade. A excelência, em Medicina, como em outras áreas profissionais, representa um conceito limite, nunca integralmente atingido e em constante evolução. Por isso, a renovação das Carreiras Médicas pode constituir uma oportunidade para a introdução de aperfeiçoamentos, de que sugiro a seguir algumas variantes.

Por exemplo, a Formação Médica, tanto dos Internos, como de todo o Corpo Clínico, ganharia uma amplitude muito maior, se fosse instituído nos Hospitais Assistenciais, ensino teórico programado da patologia de cada Especialidade. Lembremos que, pelo decreto 674/75, os Hospitais Centrais Assistenciais já foram equiparados, para efeitos de ensino, às Faculdades de Medicina, situação que só foi extinta devido a desentendimentos institucionais.

Para evitar o excesso de provas de avaliação, a obtenção de graus e categorias poderia ser simultânea, sendo os graus obtidos por mérito absoluto e as categorias por mérito relativo. Por outro lado, visto que as avaliações incluem não só a formação, mas também as capacidades intrínsecas individuais, parece não haver qualquer justificação para a instituição de provas de recertificação.

Aliás, as provas de avaliação, além de constituírem um meio indispensável de selecção de competências, representam, só por si, um importante estímulo de aperfeiçoamento contínuo individual e sectorial, sobretudo se incidirem não só no apuramento de conhecimentos

tos abstractos, mas também na apreciação concreta de desempenhos, como capacidade didáctica, relatórios clínicos sobretudo de alta hospitalar, trabalhos de investigação e de comunicação científica.

Conviria também manter o regime de realização das provas públicas nos próprios Hospitais, com a finalidade de estabelecer, entre os corpos clínicos, um clima de permanente escolaridade. Por outro lado, os presidentes dos júris deveriam ser sempre os Directores de Serviço, permitindo-lhes desempenhar uma participação responsável na formação das suas equipas.

Mas o nosso Serviço Nacional de Saúde permanecerá sempre muito aquém da excelência desejável, enquanto não for posto em execução um plano de estruturação racional, extensível a todo o País, tanto em relação à Rede Hospitalar como aos Cuidados Primários de Saúde. Este plano deverá obedecer

a princípios fundamentais, como a tendência extensível a todos os Serviços de Especialidade, tanto dos Hospitais Centrais como Distritais, para exercerem Formação Médica, através de rácios adequados de Especialistas/Internos/nº de camas, para cuja execução será imperativo, em primeiro lugar, estabelecer o cálculo do número necessário de licenciaturas, dos nossos Cursos de Medicina.

Também a crescente propensão, verificada ultimamente, sobretudo entre os médicos dos hospitais públicos, de transitarem para clínicas privadas, levará com certeza a um decréscimo da qualidade do seu corpo clínico, se essa tendência não for combatida com medidas claramente gratificantes para os médicos da Carreira Hospitalar.

Actualmente, reconhece-se que o erro médico, causador de situações graves ou de morte, é principalmente resulta-

do de insuficiência de conhecimentos médicos e de práticas clínicas defeituosas, ocorrendo evidentemente em grau mais elevado nos sectores clínicos sem Carreiras hierarquizadas, nem avaliação de competências.

Seria por isso, altamente desejável que todos os elementos ligados ao Serviço Nacional de Saúde, desde os postos mais elevados até aos mais modestos, se compenetrassem de que, em relação a cada vítima do erro médico, todos os seus esforços se transformam em tarefas frustradas e vãs, e que todas as atitudes, conscientes ou não, contrárias à objectivação da excelência médica, correspondem a acções que apesar de ocultas, são moralmente co-responsáveis por esses erros, além de que a preocupação exclusivamente focada na produtividade, sem garantia de qualidade, pode significar uma espécie de fraude por contabilização inadequada de resultados negativos.

Reflexões de um geronte

Admiro profundamente o Senhor Primeiro-Ministro Sócrates, sobretudo pela luta quixotesca, reveladora de enorme coragem, que empreendeu contra os poderosos lóbis que são: – os reformados, os deficientes, os funcionários públicos, os doentes.

Aludindo aos primeiros, é inadmissível que os reformados, a maior parte dos quais nada produz, continue a revelar apetite voraz e a querer comprar medicamentos, para óbvia e malevolamente, aumentarem o tempo de encargo que sobre os outros representam.

Urge pois, diminuir-lhes as pensões mesmo criando leis retroactivas e alterar unilateralmente os contratos em detrimento dos velhos. Criem-se-lhes impostos suplementares...

Há tempos visitei uma dessas pré-morgues que são os lares dos pobres diabos que são os velhos em geral, e os velhos pobres em particular e fiquei impressionado com o apego à

vida que transparece do seu olhar senil. Não percebem como é inútil essa vida quase vegetativa e que estariam muito melhor mortos?...É urgente pois, (na minha opinião), que o Senhor Primeiro-Ministro legalize a eutanásia e depois lhe aplique um programa de tipo simplex, de modo a evitar as delongas do consentimento do próprio, transferindo esse papel para a família ou melhor ainda para uma comissão política (Unidade Missão), o que terá vantagens de repercussão imediata em vários domínios da governação: desde logo diminuirão os encargos com a segurança social com maior sustentabilidade desta, haverá diminuição do défice e diminuirá o índice de envelhecimento da população, sem que as nossas jovens tenham de parir, ou os nossos mocetões de maçar-se com o acto da procriação.

Retomando o assunto em apreço acresce que é profundamente injusto que após uma carreira contri-

butiva equivalente, a uns lhes dê logo um ar, e outros persistam em viver para além do razoável, onerando todos os contribuintes. Diz-se, que um certo ditador, que obviamente não tinha só defeitos instituiu para os indigentes mais retardatários o chá da meia noite, de que consta que os velhos não regressavam; vá-se lá saber onde a verdade se mistura à calúnia e à fantasia...

Quem teve a eloquência suficiente para convencer os portugueses, de que fora necessário aumentar os impostos que se prometera baixar, e, de outras enormidades do género, facilmente convencerá os velhos da bondade da medida e de que a quietude do outro mundo, é de longe preferível às ansiedades da reforma insuficiente, ou à miséria da solidão sem afectos...

Creio que esta medida não levantará contestação dada a vestutez do alvo e a propensão natural das famílias em admitir as vantagens da urna ou do

cenotáfio, em relação à presença física e viva dos gerontes.

Também não é de esperar da parte dos médicos uma oposição renhida à implementação prática da medida. Tendo todos por inexorabilidade da morte um prognóstico fatal, arredado está o único parâmetro objectivo, restando a arguição com substantivos como sofrimento, vida, dor... que mesmo enfatizados por adjetivos como insuportável, válida, atroz... não deixarão de ser subjectivos e de grande plasticidade. Espero que tal como na interrupção voluntária da gravidez, onde fugindo-se ao cerne, se centrou a discussão nas hipóteses do início da vida humana, sendo a certeza de que esta se inicia na concepção, abalada por teorias alarves que colocam o princípio em regiões nebulosas onde o juramento de Hipócrates e a lei do aborto não colidam visivelmente... No tema em apreço adoptar-se-ia uma posição ambígua e prudente, em tudo semelhante.

Já vi a expressão de tristeza infinita dos velhos e dos doentes terminais, que escoraçados de casa e da família, foram abandonados para morrer em lares como se fossem amortalhados e colocados no caixão ainda vivos.

Já vi a morte miserável e cruel de alguns seres humanos, que já defuntos, apresentam ainda os traços indeléveis da sua agonia atroz. E, já vi os rostos medonhos deformados pelo terror e pela angústia do fim, do seu fim... Mas nunca vi ninguém que quisesse morrer... O que no caso dos velhos é absurdo... Se não fosse a isquemia cerebral, o alzheimer ou outras doenças

que alteram a razão, perceberiam que são um tropeço para si próprios e um encargo e/ou um adiar intolerável da herança, para a família.

O estado, essa pessoa de bem, que lhes paga cada vez mais relutantemente as cada vez mais magras pensões, alterando-lhes os contratos de aposentação de forma unilateral e vil, está no fundo a contribuir para a longevidade, já que a carência alimentar prolonga a vida e um regime de fome substitui com vantagem as estatinas, que são caras e inacessíveis à maior parte dos gerontes. Como os velhos em geral, desejaria não morrer ainda, mesmo que viver significasse apenas um fluxo incoerente de pensamentos, (como este), e alapar-me contra um muro virado a sudoeste para que o sol ajude o metabolismo a aquecer-me os ossos. Receio porém receber em breve uma convocação para a E.G.S.S. onde me será administrada a injeção simplex, que panaceia para todos males, curará os meus, e me enviará para regiões paralelas onde continuarei a existir fraccionado, na seiva dos ciprestes, na substância de gerações sucessivas de ratos e de vermes e na urnazita, onde rara e esporadicamente os filhos se juntem e limpem ostensivamente a lágrima inexistente. Neste mundo mediático tão caro e aprimorado pelo Senhor Primeiro-Ministro que aparece nos canais do pequeno ecrã constante e simultaneamente como se tivesse o dom da ubiquidade, e que apesar da imutabilidade dos temas (relato de uma êxito em que o seu papel foi de relevância predominante e imprescindível) nunca é fastidioso... Porque não melhorar ainda

mais e mais rapidamente o futuro, substituindo os velhos que nos foram deixando de morte natural ou iatrogénica, por dones de figuras de mérito, calculando-se este, por adição de créditos como um ilustre ex-bastonário (de mérito vitalício) quis fazer em relação aos médicos, recertificando-lhes o curso, ou transferindo-os para a ordem dos licenciados mendicantes...

Às vezes, nas horas estranhas de sonho-lucidez que antecedem o amanhecer, surpreendo-me a pensar num horrível mundo actual, em que os animais são criados para abate em corredores semelhantes a linhas de montagem, os homens se tornaram tão descartáveis como lenços de papel e os políticos são as marionetas, e as faces visíveis de um poder oculto, horrível e maligno, que se apossou do mundo, e que torna possível o extermínio de milhões de seres humanos e de nações, em nome da democracia, torna plausível que o nosso défice possa ser diminuído pela venda de dívidas fiscais por 15% do seu valor, não haja o bastante para honrar compromissos ou manter as pensões, mas haja de sobra para Expos, estádios, OTAS e TGVs e então invadido pela hiper-lucidez do terror-pânico, percebo que o esbulho dos cidadãos ainda mal começou, e que se não correremos com esta gatinha, acabaremos todos, com excepção dos do costume, com a trouxa dos sem-abrigo, ou na fila da eutanásia para nosso bem.

João Miguel Nunes «Rocha»
Assistente Hospitalar Graduado
de Oftalmologia

Envie-nos os seus artigos

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

Saúde e hospitais

No passado dia 23 debateu-se este assunto na Ordem dos Médicos, à volta do livro «Farpas pela nossa Saúde», cujo tema, globalmente, é esse mesmo. Conversaram entre si e com a audiência o autor do livro e deste artigo, a ministra da saúde Prof. Manuela Arcanjo, o Prof. Pereira Alves, Director de Departamento de Cirurgia e Presidente do Conselho de Administração do Hospital dos Capuchos durante 9 anos, e o Prof. Pedro Pita Barros, Catedrático de Economia e especialista em economia da saúde, autor também dum livro importante, «Análises da Saúde». O Bastonário moderou.



Manuela Arcanjo teceu rasgados elogios ao livro e às opiniões nele expressas, o que encheu o autor, naturalmente, de satisfação, não esmorecendo quando ela me acusou de ingénuo, citando uma frase em que afirmo que «da empresarialização dos hospitais não resultaram os benefícios financeiros esperados»: aquela ex-governante e professora de economia não esperava era benefício financeiro nenhum. Segundo ela, essa *epezação* só teve dois objectivos: um deles, a desorçamentação dos custos e prejuízos com a saúde, retirando-os artificialmente das contas do Estado nas rubricas respectivas, e mostrando por isso, contabilisticamente, um resultado que não era real. O outro, foi preparar a abertura do mercado da saúde aos privados.

Disse também que sempre a chocou, enquanto responsável pela Saúde, o seu subfinanciamento crónico, observando amiúde como facilmente grandes verbas eram desviadas para outros sectores, em detrimento da Saúde, acusada depois de insustentabilidade. E marcou-a também profundamente a influência da política no que devia ser só técnico, numa área como esta.

A gestão EPE, como foi gizada e aplicada, desestruturou os hospitais do ponto de vista clínico – Manuela Arcanjo afirmou que era previsível desde o início que isso iria acontecer, tal como o resto que se espera que aconteça – e tem vindo a transformá-los em grandes policlínicas intermediárias no fornecimento de cuidados médicos. Os Serviços, na realidade, vão desaparecendo, fundindo-se e transformando-se em grandes unidades geridas administrativamente, de cariz económico-financeiro, com uma gestão clínica subalternizada e sem peso, onde os médicos vão prestar serviço, pagos por objectivos, à peça ou à hora. Nestas condições, já pouca diferença fazem das clínicas privadas. Vai-se praticando neles uma medicina desgarrada, individualizada, ocasional, sem o componente de equipa que deve ser o fundamento da medicina hospitalar, sem equipas hierarquizadas pela competência e experiência demonstradas, condição para boa medicina, formação médica e sustentabi-

lidade no progresso da medicina e da saúde das populações. Haverá excepções ainda, dependendo das administrações lá colocadas.

A própria tentativa de reconstrução das carreiras médicas hospitalares – materializada pelo decreto há pouco publicado – apenas as fez sair dos hospitais e abrir-se também, no seu exterior, aos médicos que trabalham na privada. Passaram a ser carreiras com graus obtidos fora dos hospitais – resta saber exactamente onde, dados por quem, com provas à custa de que instituição, pública ou privada – e com uma repercussão de duvidosa utilidade dentro deles. Na verdade, a parte da lei que procura regular essa repercussão já existia e não era respeitada, e com a liberalização da gestão EPE sê-lo-á só se as administrações deixarem, a manter-se a falta actual de poder do ministério da Saúde sobre elas. Foram dados, a esse propósito, exemplos vários de reclamações contra hospitais EPE orientadas pelo ministério para o tribunal de trabalho, por falta de jurisdição própria. Além de que as administrações – no dizer também da antiga ministra – continuarão a contratar quem quiserem, como quiserem. E tendendo a não contratar médicos, mas sim serviços médicos.

As carreiras hospitalares só voltarão a fazer sentido se forem trazidas de novo para dentro dos hospitais, e não fo-

rem um mero elemento curricular encaixado no trabalho feito pelo médico para uma determinada instituição. Na lei publicada, os detentores do grau mais diferenciado («sénior») são chamados velhos mas podem não mandar nem ser os responsáveis. Isso será uma prerrogativa da administração, directamente, por achar tal, ou através da «avaliação de desempenho» que aí vem, que nada faz supor que possa ser diferente para os médicos do que é agora para as outras carreiras: uma forma cara, consumidora de tempo e recursos humanos, geradora de zangas e desinteresse dos profissionais, de permitir que as administrações postas nos hospitais possam escolher em absoluto quem querem para dirigentes técnicos intermédios das suas instituições, pondo de parte a qualidade técnica e científica, ou a falta dela.

Pita Barros, elogiando o livro, entende que a medicina é uma actividade demasiado complexa e específica para ser gerida por não médicos, devendo estes, claro, preocupar-se também com a parte económica e financeira dessa sua actividade e por isso serem assessorados por pessoal administrativo. Critica sobretudo o que chamou de *contabilicismo*, a preocupação de poupar apenas nas contas, ao invés de se procurar, sim, aproveitar melhor todo o dinheiro investido. A medicina que fica mais barata é a boa medicina, mesmo que ela implique alguns gastos mais elevados. O que interessa é a relação custo-efeito, e o segundo às vezes é difícil de contabilizar quantitativamente, sobretudo por quem é leigo na profissão e está fora da relação médico-doente. Já algumas medidas puramente

administrativas tomadas, como o *dedómetro* para os médicos, são susceptíveis de ser avaliadas quantitativamente, medindo-se os gastos – compra, instalação, manutenção, programação, câmaras de vigilância, desinfectante por causa da gripe, para além do desinteresse e negação por parte de muitos profissionais – e os ganhos – ? – que trouxeram, e isso deveria ser feito. Como seria muito importante avaliar o desempenho das administrações hospitalares, não por elas próprias mas externamente e internamente (na própria instituição). E deixou uma pergunta aos médicos presentes: a formação pós-graduada e o ensino médico podem ter lugar em instituições privadas? Até agora, a formação médica era feita nos hospitais públicos, em todo o país, e depois alguns profissionais iam trabalhar no privado. No momento, algumas clínicas procuram estruturar-se como hospitais – encarregando médicos de renome e no topo da carreira de organizar lá serviços de qualidade –, mas os hospitais, como atrás se diz, evoluem paulatinamente para estrutura de policlínicas. Onde a formação, na verdade, será muito difícil. Nomeadamente quando a tónica é o lucro contabilístico, e patologias menos rentáveis são descartadas sistemática ou definitivamente para outros hospitais – até estes as descartarem também, pelos mesmos motivos. Pereira Alves, concordando com o autor do livro, voltou à preocupação de Manuela Arcanjo com a desierarquização verificada nalguns hospitais EPE, e que põe em causa a formação e a qualidade da medicina praticada. Naqueles hospitais em que a qualidade técnica e científica foi ignorada, subs-

tituída por razões pessoais ou políticas. E afirmou compartilhar totalmente a ideia de que a medicina é para ser praticada e gerida pelos médicos, embora a preocupação tenha também de ser posta na parte administrativa. Esta não pode é tornar-se no centro do que é feito para tratar doentes, consumindo-lhe uma grande parte dos recursos, que assim são desviados desse objectivo – à semelhança do que se passa já nos Estados Unidos da América, em que 40% dos recursos alocados à Saúde são gastos pelos administradores. Terminou mostrando-se muito apreensivo com a possibilidade que a tónica administrativa e economicista (ou *contabilicista*) posta na Saúde possa vir a negar cuidados a doentes por se achar que não são «cost-effective». Uma coisa dessas contradiz totalmente a humanização que todos dizem pretender, a qual assenta acima de tudo numa ligação pessoal estreita e franca entre médico e doente, confiando este abertamente naquele, não podendo sequer imaginar que ele lhe está a colocar um rótulo com o preço enquanto doente, calculando ao mesmo tempo se esse preço deve ou não ser pago.

Estabeleceu-se no fim uma conversa acesa com a assistência, à volta destes pontos, pelo serão fora, moderada pelo Bastonário. Cada um dando mais achegas e exemplos. E entretanto a Saúde em Portugal é enviada pela «Health Consumer Powerhouse», apoiada pela Comissão Europeia, para o 25º lugar entre 33 países europeus. E a descer. Num «contínuo declínio», nas palavras daquela organização. E pensar que há bem pouco tempo éramos 5º na Europa...

Simulação em Obstetrícia

Isabel Santos Silva^{1,4}, Fernando Jorge Costa^{2,4}, Joana Carvalhas^{3,4}



Quando lemos o artigo de opinião «Horas de trabalho e erro médico?», publicado na revista nº 100 da Ordem e da autoria de dois colegas internos do Internato Complementar, sentimos que tínhamos de complementar esta mensagem. Primeiro para nos congratularmos pela existência desta preocupação nos jovens médicos relativamente à temática do erro médico e «da cultura da culpa», por outro lado para incentivarmos a discussão sobre novas metodologias de formação no ensino pré e pós graduado.

Como muito bem os colegas escreveram o chamado «erro médico» tem pouco de erro e pouco de médico. O trabalho em Medicina raramente é individual e quase sempre se baseia no trabalho de uma equipa multidisciplinar, pelo que quando ocorre um desfecho menos desejável poucas vezes se pode dizer que ocorreu um erro, mas sim uma sequência de eventos e procedimentos que isoladamente até poderão estar correctos, mas juntos levam ao desastre. Depois, faz parte da nossa cultura tentar encontrar o «culpado» e sentimos que assim está justificada a situação. Sentimos ainda, que tal nunca nos irá acontecer!

É necessário debater estas temáticas e estabelecermos uma política de mudança em relação ao erro médico. Para isso, o ensino pré e pós graduado tem que apostar no treino de equipas multidisciplinares, particularmente a nível da comunicação e da liderança.

Neste contexto, a Simulação médica poderá ser um novo instrumento de trabalho e desenvolvimento na formação médica.

Em Dezembro de 2008 abriu em Coimbra o Centro de Simulação Biomédica sob a orientação do Serviço de Anestesiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Nesse seguimento, surgiu um projecto de formação e aprendizagem na área de Obstetrícia que reuniu o Centro de Simulação Biomédica, com o *know-how* em técnicas de Simulação, e o envolvimento das Maternidade Daniel de Matos e Bissaya Barreto com o conhecimento na área de Obstetrícia.

Estas duas Maternidades já há muitos anos trabalham em conjunto, de forma mais ou menos consolidada, mas sem dúvida inovadora, para melhorar os cuidados obstétricos e perinatais na Zona Centro, reunindo especialistas de Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia, nomeadamente nas reuniões bianuais do Centro de Estudos Perinatais. Apesar deste projecto, é a primeira vez que duas instituições com responsabilidade na formação de Internos de Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia se unem num programa comum de ensino, visando o futuro de novos especialistas.

Para além do desenvolvimento de um programa complementar de formação conjunta dos Internatos de Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, este

grupo de trabalho visa também a formação e treino de equipas multidisciplinares em eventos críticos em Obstetrícia. A multidisciplinaridade da Obstetrícia torna óbvio o interesse do treino do trabalho de equipa, incluindo anestesistas, pediatras e enfermeiros obstetras. Este tipo de treino só é possível em ambientes de simulação, sendo mesmo recomendado por organizações Europeias e Americanas que se têm dedicado à análise dos eventos críticos em Obstetrícia.

Neste contexto já decorreram dois Cursos de Emergências em Obstetrícia no 1º semestre de 2009 e irão decorrer outros ao longo do ano. Estamos, também, a realizar workshops com Obstetras (em grupos de 12) com o objectivo de treinar situações críticas em Obstetrícia, tendo já efectuado esta formação cerca de uma centena de obstetras de todo o país.

Sendo a Anestesiologia a área clínica onde a Simulação teve o maior desenvolvimento, sobretudo nos últimos anos, é, sem dúvida na Obstetrícia que ela é mais antiga.

Desde a Antiguidade que existem registos históricos da utilização de modelos anatómicos realizados em cabedal e tecido para reproduzir a pélvis feminina e o parto. Frequentemente os internos de obstetrícia treinam em modelos rudimentares, nomeadamente a aplicação de fórceps, ou o parto em pélvica.

Por outro lado, a obstetrícia é uma especialidade particular onde ocorrem emergências súbitas e/ou imprevisíveis que põem em risco duas ou mais pessoas em simultâneo, mãe e o(s) feto(s). Nestas circunstâncias, o ensino pode ser contraproducente ou mesmo impossível pelo risco envolvido para do-

entes e profissionais. Assim, a Simulação oferece a possibilidade de os internos treinarem situações raras ou complicadas que ocorrem na prática clínica. A Simulação não substitui a aprendizagem em ambiente real. Muito pelo contrário, as experiências de Simulação preparam os profissionais para um melhor desempenho nas suas realidades diárias.

A Simulação permite o ensino e o treino dos internos em situações como o parto vaginal, parto em pélvica, parto assistido por fórceps ou ventosa, ou reparação de lacerações do períneo,

mas também permite a vivência de situações mais complexas como distócia de ombros, embolia de líquido amniótico ou hemorragia massiva. Nestas circunstâncias, pela sua raridade e gravidade, o treino é importante mesmo para os mais experientes especialistas pois permite a manutenção de competências, a auto-avaliação e o treino de trabalho de equipa.

A Simulação pode ser um método antigo de aprendizagem, mas é ainda uma metodologia nova com um lugar importante no ensino clínico que decorre nas nossas instituições. Esta nova

ferramenta de ensino pode ainda não ter encontrado o seu lugar na formação curricular dos Internatos Médicos de Ginecologia e Obstetrícia mas é sem dúvida um instrumento precioso para formar os futuros especialistas. Acreditamos que no futuro a Simulação fará parte obrigatória da formação em Ginecologia/Obstetrícia.

1. Assistente Graduada de Obstetrícia da Maternidade Bissaya Barreto
2. Assistente Graduado de Obstetrícia da Maternidade Daniel de Matos
3. Assistente Graduada de Anestesiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra
4. Centro de Simulação Biomédica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

«Cuidados de Saúde Primários: Uma Comparação entre Portugal e Suécia»



No passado mês de Outubro, no contexto de um programa europeu de intercâmbio de internos de Medicina Geral e Familiar conhecido por «Programa Hippocrates», foi-me concedida a oportunidade de ir à Suécia. Tive apenas uma semana para absorver informação, mas ficaram-me algumas ideias que aqui pretendo partilhar. Cheguei a Estocolmo em 17 de Outubro de 2009, mas foi só no dia seguinte que apanhei um comboio até Alvesta, local onde iria fazer este pequeno estágio. Alvesta é uma vila no Sul da Suécia com uma população aproximada de 10.000 habitantes, já incluindo os arredores, porém, posso assegurar-vos que o seu Centro de Saúde não é nada modesto. Múltiplas poderiam ser as minhas considerações, tentarei no entanto resumir e sistematizar ao máximo «o que trouxe na bagagem».

Como semelhanças, sublinho o facto de ser um sistema tradicionalmente público, sustentado pelos impostos pagos por cada cidadão e disponíveis à população geral de forma universal e sem grandes custos. Realce ainda para o papel fundamental do Médico de Família na gestão da saúde de cada cidadão ao longo da sua vida. Referidas as semelhanças, daí em diante resta-nos um oceano de diferenças que procurarei abordar nos próximos 5 pontos:

1. Médico de Família

2. Acessibilidade aos Cuidados de Saúde
3. Serviços Adicionais
4. Registos Clínicos
5. Gestão do Tempo

1. Médico de Família

Pontos Favoráveis à Suécia – Maior poder imediato dentro do Centro de Saúde para intervenção diagnóstica e terapêutica. Tal é conseguido em termos diagnósticos através da presença de laboratório de análises clínicas no Centro de Saúde, recurso sempre que necessário à avaliação de traçados electrocardiográficos na hora, avaliação oftalmológica com biomicroscópio e lâmpada de fenda sempre que se justifica, o mesmo acontecendo no que concerne ao recurso a outras técnicas como rectoscopia. Realço também ser comum o Médico de Família, se necessário, fazer pequenas intervenções como excisão de lesões dermatológicas de características suspeitas que obviamente seguirão para anatomia patológica. Em termos de terapêutica constatei também como factores a seu favor, o facto de possuírem ginásio preparado para dar resposta a um vasto número de situações, quer para reabilitação, quer simplesmente para proporcionar exercício físico regular à população. Este ginásio conta com o apoio de Fisioterapeutas em permanência no Centro de Saúde. De facto, e especificamente aquele centro, possui adicionalmente ligação contratual com uma pessoa responsável pelo acompanhamento de exercício físico na comunidade. Este trabalho é feito em diversos grupos já delineados em articulação com a equipa médica. A utilização de injeções periarticulares pelos vários médicos de família, se necessário, é normal e generalizada. Outro ponto positivo corresponde à total ausência de burocracia no trabalho diário do Médico de Família. Não observei em momento

algun o preenchimento seja de que papel fosse, nem detectei tal nos motivos de consulta dos utentes observados. Graças a este facto, as consultas, pelo menos no Centro de Saúde de Alvesta, são agendadas de 30 em 30 minutos, obviamente salvaguardando-se a possibilidade de eventual dupla marcação, quando necessário.

Pontos Favoráveis a Portugal – Abordagem da dinâmica familiar mais intensa, com a organização dos doentes efectivamente por famílias. O tipo de dinâmica médico/enfermeiro conseguido em Portugal, nomeadamente nos modelos de funcionamento em Unidade de Saúde Familiar é também um ponto forte. O facto do Planeamento Familiar, Saúde Materna e Saúde Infantil estarem na Suécia de certa forma completamente delegadas na equipa de enfermagem, tem um duplo efeito. Por um lado, é uma realidade a existência de maior disponibilidade para as restantes funções, por outro também reduz um pouco a sua experiência nestas áreas que todos nós em Portugal tão bem dominamos.

2. Acessibilidade aos Cuidados de Saúde

Pontos Favoráveis à Suécia – No Centro de Saúde de Alvesta, à partida é fácil obter resposta. Porquê? Bom, para começar e tal como já referi acima, o Médico de Família não tem qualquer tipo de burocracia em cima dos ombros. Além disso, todo o agendamento de consultas não programadas passa *a priori* pela equipa de enfermagem. Nesse ponto, o enfermeiro tem 3 opções ao seu dispor:

- Resolve o problema;
- Agenda consulta médica telefónica para o dia seguinte;
- Marca consulta médica para esse mesmo dia.

Assim, o número de utentes que chegam ao Médico de Família nesse dia é bastante inferior ao número de utentes que realmente recorrem ao Centro de Saúde. Como resultado, não detectei listas de espera.

Outros pontos interessantes são o facto de não ser tida em conta a área geográfica dos utentes para atribuição de médico. Assim, cada utente pode escolher o Centro de Saúde que lhe parece melhor satisfazer as suas necessidades. Oficialmente o utente nunca pertencerá à lista específica de nenhum médico. Isto poderia ser uma desvantagem, porém, preferencialmente os utentes acabam por escolher manter-se ligados sempre ao mesmo colega e quando o utente precisa de uma consulta, em caso de ausência ou indisponibilidade de dado colega, o utente pode sem mais demoras ver o seu problema resolvido na normal consulta de um outro Médico de Família do Centro de Saúde. Em caso de relação médico/doente conflituosa, tal também fica instantaneamente resolvido, sem papeis ou necessidade de ainda maior agudização do caso.

Pontos Favoráveis a Portugal – Bom, neste aspecto detectei também pontos eventualmente vantajosos a Portugal. Primeiro e decorrente do acima referido para a Suécia, ao que parece os utentes por vezes prefeririam ter acesso mais directo ao médico. Segundo, os horários de funcionamento em Portugal, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar, habitualmente é mais alargado do que na Suécia, sendo que lá, pelo menos em Alvesta, o horário de atendimento ficava-se entre as 8h00 e as 17h00. Outro facto é o de em Portugal os centros de saúde terem área geográfica atribuída, o que pode permitir uma mais precisa estimativa do número de utentes que nele se irão inscrever. Assim, torna-se mais fácil perceber o tamanho das infra-estruturas a construir e o número de profissionais a disponibilizar para dado local, não havendo lugar a oscilações de população alvo tão rápidas e imprevisíveis como por vezes poderá acontecer na Suécia.

3. Serviços Adicionais

Este ponto serve apenas para referir o facto de haver habitualmente num Centro de Saúde sueco fisioterapeutas com gabinetes próprios e ginásio para acompanhamento dos utentes. Serve para referir uma vez mais a possibilidade de executar no Centro de Saúde todo o tipo de análises clínicas, assim como electrocardiogramas. Serve para referir o facto da Saúde Oral não ser descurada, havendo Médicos Dentistas a trabalhar no Centro de Saúde, embora não constituindo parte integrante da equipa. Tenho de referir a equipa de Reabilitação Psico-Social que trabalha todos os utentes com baixa médica igual ou superior a 2 semanas. Tenho de referir as consultas médicas realizadas nas escolas públicas locais, nos centros públicos de apoio aos idosos e mesmo numa Extensão de Saúde inteiramente dedicada aos imigrantes e refugiados. A propósito de populações estrangeiras, na Suécia, apercebi-me que de forma generalizada, os problemas de comunicação são ultrapassados através da subscrição de serviços de tradução simultânea via telefónica que dão resposta provavelmente a qualquer que seja a língua falada pelo utente. Por último é interessante o facto de ser possível ter farmácia no mesmo edifício do Centro de Saúde, podendo o utente dirigir-se a esta ou escolher qualquer outra.

4. Registos Clínicos

Na Suécia, há muitos anos que não há registos manuscritos, sendo que estes desde que há memória, tradicionalmente sempre foram dactilografados por secretárias clínicas, a partir de gravações ditadas. Actualmente, com o advento dos computadores, o próprio papel acabou, sendo que todos os registos foram digitalizados. O sistema informático funciona de modo isolado e separado da «web». Este é o mesmo nos Centros de Saúde e nos Hospitais, sendo que inclusive as receitas seguem informaticamente para as farmácias. A interactividade e fluidez da comunicação é impressionante. Quero também

realçar o facto de eventuais dados pertinentes que o utente venha a trazer em papel, são de imediato digitalizados para o registo clínico electrónico. Se por acaso nos parece importante fazer um registo fotográfico de uma lesão, o suporte informático está preparado para o armazenar imagens com total simplicidade. Em relação à ligação à rede, nunca detectei qualquer tipo de perda de fluidez no funcionamento do sistema.

5. Gestão do Tempo

Penso que todos já adivinharão o meu comentário em relação a este aspecto. Na verdade, este conceito é absoluta e naturalmente dominado pelos colegas. É cultural. Os tempos de consulta, de pausa para refeição e dedicados a reuniões, são completamente cumpridos ao minuto. Em cada divisão, há um relógio bem visível na parede. O cumprimento do horário não é em momento algum posto em causa por seja quem for. Alguns dos leitores pensarão então que a qualidade de vida também estará afectada por regras tão rígidas. Pois para esses colegas a minha resposta é o facto de todos os dias, quer de manhã, quer de tarde, haver sempre meia-hora de pausa em que todos os funcionários sem excepção param de trabalhar para reunir, conversar e comer algo. Na verdade, o facto do horário ser tão escrupulosamente cumprido proporciona a nível laboral uma sensação de rotina controlada que traz algum conforto.

No dia 25 de Outubro de 2009 regressava a Portugal cheio de ideias «na bagagem». O caminho da mudança é sempre difícil, porém, também é de realçar alguma disponibilidade que o Ministério da Saúde ultimamente tem demonstrado para melhorar a qualidade dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente através da sua reforma. Este nível de cuidados constitui a base fundamental para sustentação do Serviço Nacional de Saúde, com benefícios por demais estudados para os utentes. Tenho esperança que este texto possa estimular alguma reflexão. É preciso participar activamente na melhoria do sistema.

O PRINCIPAL SUSPEITO

Caro Doutor José Manuel Silva,

Não o conheço pessoalmente, nem nunca troquei uma palavra consigo. O mesmo se aplica relativamente ao Dr. Pedro Nunes.

Curiosamente votei nas listas dos dois. Sou apenas um médico que paga as quotas da OM (Ordem dos Médicos) e que nunca usufruiu de nada da OM a não ser de documentos exigidos por lei para apresentar nas instituições em que trabalho.

A ideia que tenho da OM é a de uma instituição feita com grande disponibilidade pessoal do Bastonário, disponibilidade que a maioria dos médicos não tem, e de grande carolice em part-time. Penso que os tempos são outros e, como o demonstra o combate da Associação Médica Americana, é necessário um excelente departamento jurídico, dinheiro e «lobbying», para que actos médicos não sejam desempenhados por profissionais «comerciais» sem qualificação para tal. A crescente subcapitação de actos médicos e penalização dos médicos mais prescritores de exames complementares e medicamentos, com subtracção ao montante da sua reforma futura também está na ordem do dia. A grande desconfiança dos médicos relativamente ao sistema de Justiça lá como cá, é um problema sério. Frequentemente, os médicos são confrontados em tribunal com perguntas do tipo: «então o doutor não sabe que para fazer esse diagnóstico basta pedir este teste?».

O governo Obama está a tentar montar um serviço de saúde à custa dos médicos e de outros profissionais de saúde, subcapitalizando-o, deixando de pagar por acto médico e passando a pagar por resultado final (the treatment), englobando no mesmo montante consultas, exames complementares, internamento e cirurgia.

Muitos colegas não saberão, mas a medicina privada dos Estados Unidos funciona com os médicos em regime de trabalhadores por conta de outrem,

seja a Medicare e a Medicaid governamentais, sejam as companhias de seguros.

Portanto, a legislação aprovada na «House» a todos se aplicará. O profissional liberal não tem o mesmo significado que tem na Europa.

Sabemos que o que for aprovado nos Estados Unidos quanto ao financiamento rapidamente se estenderá à Europa, por isso a luta dos colegas americanos é de todo o nosso interesse.

Recomendo vivamente o artigo publicado na Medscape «Must You Still Practice Defensive Medicine to Avert a Malpractice Lawsuit?» publicado na Medscape from WebMD.

Após esta introdução deixe que lhe manifeste a minha perplexidade relativamente aos artigos que publicou na revista da OM. Não me pronunciarei sobre o conteúdo. Sobre ele tirei as minhas conclusões e os colegas farão o mesmo.

Será sobre a forma.

Não me parece que lhe venha grande retorno atacar um titular de um cargo, em exercício e com legitimidade para tal.

Como espera se for bastonário não sofrer ataques idênticos? Ou tem a intenção de proibir a publicação dos artigos que não lhe forem agradáveis?

Será a OM um partido político e deverá nortear-se pela mesma lógica?

Como pode um reino dividido subsistir? A lavagem de roupa suja nada tem a ver com o interesse dos médicos nem com o exercício da sua profissão.

Esses não são os problemas que nos preocupam. De guerras pessoais que-remos a máxima distância.

Como é doutorado e deverá um respeito à precisão factual, não levará a mal que lhe faça umas pequenas correcções:

– Diz que Manuela Ferreira Leite foi culpada da derrota do PSD. Parece-me que foram os portugueses no seu conjunto que votaram ou se abstiveram. Foi da soma de votos que se obteve o resultado eleitoral. Fica por pro-

var que outro líder do PSD tivesse outro resultado... Além disso, normalmente são os tribunais que se pronunciam quanto à culpabilidade dos arguidos.

– Pela mesma razão, os portugueses não são culpados pela pandemia de gripe A nem Galileu é culpado pela Terra girar à volta do Sol. Galileu limitou-se a afirmá-lo baseado nas observações que reuniu.

A responsabilidade reside em leis físicas que foram mais tarde formuladas ou «descobertas» (elas sempre existiram e a Terra sempre girou à volta do Sol) por Isaac Newton, Copérnico (teoria da gravidade geral ou mecânica clássica), Schrödinger, Heisenberg, Dirac, Max Planck (mecânica quântica). No artigo «Reafirmar a verdade sobre as Carreiras» afirma que está do lado da razão e que a razão está inquestionavelmente do lado dos sindicatos médicos. Não seria suficiente dizer que a razão está do lado dos sindicatos médicos?

É que esse tipo de afirmações «estou do lado da razão», «sou o dono da verdade», tem conduzido normalmente os homens por caminhos ilusórios em direcção de abismos de vários tipos. No final do artigo fala no impedir do dobrar do Cabo da Boa Esperança. Lembro-lhe que o que foi dobrado foi o Cabo das Tormentas, que passou a chamar-se Cabo da Boa Esperança de chegar à Índia e de encontrar o Reino de Prestes João, espalhar a fé cristã e fazer uns negociozitos.

Finalmente evoca a Fénix renascida das cinzas, um símbolo maçónico por excelência:

– a águia babilónica, egípcia, do império romano, de Napoleão, do III Reich alemão, a águia americana.

– o renascimento purificador das sociedades humanas pelo eclidir da guerra (o fogo que conduz às cinzas e ao renascimento purificador) que acompanhou sempre essas águias.

– a Fénix da mitologia germânica de Nietzsche, Wagner, Alfred Rosenberg

(o judeu lituano ideólogo do partido dos trabalhadores alemães, mais tarde partido socialista alemão e partido nacional socialista alemão), Himmler membro da sociedade secreta Thüle. – «Assim como ao Inverno sucede a primavera, assim à destruição e caos se sucede uma nova ordem». Os termos que utiliza, porque de natureza hermética, são infelizes, mesmo se usados por alguém que desconheça a sua história e sentido: «...renas-

cer das cinzas deixadas pelo rasto de destruição, da mistificação e da endromina, um futuro diferente, REDENTOR, e de longa dignidade e produtividade para a Ordem dos Médicos.». Não se esqueça que isto era exactamente o que postulava Alfred Rosenberg para o novo homem alemão, atribuindo as culpas dessa «endrómina» aos judeus (de cujo povo fazia parte, embora escondesse esse facto, tal como o próprio Heinrich Himmler).

Sobre a sua afirmação de que a OM mudará para muito melhor se ganhar as eleições, cá estaremos para ver, caso ganhe as eleições.

Com os melhores cumprimentos

15 de Novembro de 2009

António Campos
Médico

Convenções: resposta ao Dr. João Vasconcelos

Sem me citar uma única vez, mas dirigindo-me alguns epítetos que tentam ser desagradáveis, o Sr. Dr. João Vasconcelos (JV), respondeu ao meu artigo de opinião sobre convenções, publicado no anterior número desta Revista.

Porque o tema é importante, peço, ainda, a vossa paciência para a minha resposta.

Há uma primeira parte na opinião de JV que ensaia o cómico. Confesso que inicialmente dei uma sonora gargalhada, pelo que agradeço chamar-me «barão da Medicina». Quem conhece a minha vida sabe que nunca fui, nem pretendi ser, «barão» em nada, muito menos na Medicina.

Fiquei também, verdadeiramente assombrado pela invocação de histórias de «cruzadas», de «reis, rainhas, cavaleiros, princesas, duque e vassalos» e pela «manifestação de cultura» ao ver invocada a leitura de Alexandre O'Neill, Harry Potter e, ainda, pelos conhecimentos exibidos de economia e do funcionamento das regras do mercado. Tudo a propósito das convenções (!!).

Que mercado é este (em que o próprio JV diz concordar que as convenções só deviam ser dadas a médicos ou grupos de médicos e que há 10 anos espera pela sua), que permite que cidadãos, não ligados à saúde, comprem

uma sociedade e fiquem com as convenções efectuadas por médicos, para actos médicos e que estão encerradas há anos?

Que mercado é este em que a ARS envia a informação da existência desta concreta Sociedade e não das outras?

Que mercado é este em que, como não chegasse este aviso privilegiado aos médicos de família, volta a ARS, meses depois, com nova circular, obrigando, na prática, que todos os exames cardiológicos a essa Clínica vão drenar? Acaso é ilegal que os Imagiologistas, que há anos detêm convenções em toda a ecografia e que em todo o País laboram com cardiologistas, sejam no Distrito de Évora expoliados, na prática, de os efectuar?

Se fosse um mercado a funcionar com leis transparentes e sem suspeitas, tinham feito a convenção com JV há 10 anos, mas também com todos os outros cardiologistas credenciados.

Davam o mesmo tratamento a todos. Fiscalizavam também todos para investigar se procediam correctamente.

Se, JV concorda com isto tudo, como diz, para que me vem tentar insultar ou ofender?

Sabe que a minha crítica foi às Instituições e nunca pessoal.

Sabe que temos tido as melhores relações pessoais.



José Eduardo Correia
Presidente do Conselho Directivo da Secção
Distrital de Évora da Ordem dos Médicos

Sabe que, nesse processo jurídico que cita, eu fui sua testemunha de defesa (aí não se preocupando com o meu lugar de responsabilidade na Ordem dos Médicos).

Sabe que, posteriormente, me convidou para trabalhar nessa Clínica, inclusive como seu substituto. E que eu, agradecendo o gesto, não aceitei (será que nessa altura eu ainda não era «barão» da Medicina?).

Confundir críticas institucionais com críticas pessoais e, respondendo como o fez, mostra, primeiro, ingratidão e, em seguida, uma de três: ou um estranho carácter, ou deficiente percepção da realidade, ou a necessidade de defender quem lhe paga. Espero, francamente, que seja a segunda hipótese.

Cumprimenta-o

José Eduardo Correia
Republicano, Laico e Socialista (não deste PS, claro)

Em prol da saúde de todos



Exm° Senhor
Director da «Revista da Ordem dos Médicos»

Coimbra, Novembro de 2009

Recentemente alguns órgãos de comunicação social publicaram notícias relativas a médicos que solicitaram a escusa ao atendimento de doentes com sintomatologia gripal¹. Alegando ser portadores de doenças que acarretam um risco acrescido de complicações secundárias à infecção gripal (H1N1) 2009 ou conviventes próximos (maridos) de grávidas – estas últimas igualmente incluídas nos grupos com uma maior probabilidade de evolução clínica desfavorável – estes Colegas terão solicitado a escusa do atendimento daqueles doentes.

Como médico, especialista em saúde pública, directamente envolvido no planeamento, preparação e resposta à presente pandemia de gripe, sinto-me na obrigação ética de comentar as notícias em apreço.

Fá-lo-ei apenas do ponto de vista da fundamentação científica de tal pretensão. Há outros aspectos (de índole ética) que, no meu entender, poderão colidir com aquela que deverá ser a preocupação primeira de todos os Médicos – a saúde dos seus doentes – e que me abstenho de comentar por

existirem órgãos reguladores próprios no seio da classe médica.

De uma forma simplista, façamos o seguinte «percurso mental»: existe uma vacina que protege especificamente contra a infecção pelo vírus pandémico (H1N1) 2009; essa vacina é eficaz e segura (pressupostos fundamentais à sua autorização de introdução no mercado); é disponibilizada gratuitamente pelo Ministério da Saúde aos profissionais que lidam directamente com os doentes, por forma a controlar um risco biológico ocupacional.

Ora o que se terá verificado é que alguns desses profissionais alegaram riscos para a sua saúde ou de seus familiares próximos decorrentes de uma exposição ocupacional que pode ser prevenida através da vacinação e, adicionalmente, minimizada mediante a utilização apropriada de equipamentos de protecção individual (como máscaras cirúrgicas ou luvas descartáveis) que lhes são disponibilizados nas unidades de saúde do SNS.

A vacinação anti-gripal dos profissionais de saúde (medida preconizada pelos CDC em meados da década de 80 do século passado para a gripe sazonal) é uma obrigação ética que resulta do facto destes lidarem com doentes vulneráveis, em relação aos quais o desfecho de uma infecção gripal pode ser, inclusivamente, fatal. Acresce o facto de constituírem um grupo profissional essencial ao regular funcionamento da sociedade.

Se considerarmos que uma pandemia de gripe tem uma taxa de ataque clínica estimada de 30% (i.e., entre 3 a 6 vezes superior à da gripe sazonal) e que, na ausência de vacinação, poderão adoecer entre 30-40% dos profissionais de saúde, não podemos deixar de encarar com alguma preocupação estes fenómenos laborais – incluindo a recusa da vacinação monovalente –, ainda que episódicos e não obstante a evolução clínica favorável (até à data) da grande maioria dos casos a um nível mundial.

As pandemias são epidemias globais sendo que, no caso das pandemias de gripe, virtualmente a totalidade da população mundial é susceptível, uma vez que são provocadas por vírus completamente novos para os quais não existe imunidade prévia. Assim sendo, o risco é universal pelo que a infecção tanto pode ser adquirida numa unidade de saúde como na comunidade (por exemplo, na escola ou no local de trabalho).

Não podemos esquecer o grande investimento nacional, regional e local/institucional na formação e informação dos profissionais e público em geral, na criação de circuitos próprios de gestão destes doentes e na dotação dos hospitais e unidades de cuidados primários com equipamentos de protecção individual e soluções antissépticas de base alcoólica – estratégias que visaram a minimização do risco de disseminação da infecção gripal ao nível das unidades prestadoras de cuidados de saúde.

De acordo com o Plano de Contingência Nacional do sector da saúde para a Pandemia de Gripe, normativo nacional da Direcção-Geral da Saúde, a responsabilidade pelo planeamento e resposta pandémicos a um nível sub-regional incumbe aos dirigentes máximos das instituições de saúde (caso dos hospitais) e das áreas de influência e serviços desconcentrados das ARS (respectivamente, presidentes dos conselhos de administração das ULS e directores executivos dos ACEs).

Os profissionais que pretendem a escusa do atendimento de doentes com sintomatologia gripal – no presente contexto epidemiológico de aceleração da onda pandémica com pico de incidência estimado em Janeiro-Março do próximo ano – deverão ser confrontados com a oferta da vacinação em curso (grupo prioritário B – todos os profissionais de saúde) e apenas naqueles em que exista contra-indicação absoluta à vacinação pandémica deverá ser ponderada a escusa do aten-

dimento, após a avaliação da eficácia das medidas de protecção individual existentes.

A presente pandemia de gripe implica, por parte da sociedade em geral e dos profissionais de saúde muito em parti-

cular, uma postura de altruísmo e de enfoque no bem comum.

Médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais de saúde têm o dever inabalável de veicular informação cientificamente validada e de pro-

mover, mediante o seu exemplo, atitudes e comportamentos em prol da saúde de todos.

Atentamente,

(Lúcio Meneses de Almeida)

¹ <http://www.correiodamanha.xl.pt/noticia.aspx?contentid=956345|A-D|64-49BD-933E-273565FA206D&channelid=0000181-0000-0000-0000-000000000181> (acedido em 2009/11/11)

Revista nacional e inclusão das publicações regionais

Exmo. Senhor
Dr. Pedro Nunes
Presidente da Ordem dos Médicos

Lisboa, 20 de Novembro de 2009

Exmo. Sr. Presidente

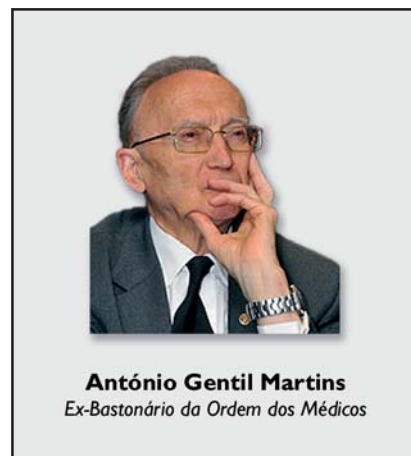
Gostaria de o felicitar vivamente pela feliz iniciativa de unir, num só volume, as anteriormente dispersas «Revistas das Secções Regionais». A nossa «Ordem dos Médicos» é uma só, e por isso nada melhor do que ter uma Revista Nacional, onde todos podem emitir as suas opiniões.

Acresce que devo também felicitá-lo pela prova de isenção e coragem que representa a publicação integral de opiniões que lhe são adversas, como se pode ver no presente número. Aos Médicos, em liberdade e no pleno exercício da democracia participativa, competirá depois fazer a sua opção, concordante ou discordante. Parabéns.

Com os cumprimentos do Colega ao dispor

Inscrito na SRS com o n° 7442

c/c aos Presidentes das 3 Secções Regionais



António Gentil Martins
Ex-Bastonário da Ordem dos Médicos

Nota do Presidente da Ordem dos Médicos:

Agradeço a opinião favorável do Dr. Gentil Martins e, de facto, contribuí para que estes números, nomeadamente o do Conselho Regional do Centro, tivessem sido publicados na ROM. Tendo possibilidade de o impedir, usando o voto de qualidade, entendi não o fazer e permitir a publicação. Contudo discordo da publicação dos Boletins Regionais se tal se traduzir numa imagem pública sistemática de divisão entre médicos com cariz regionalista.

A ROM não é lida apenas por Médicos...

Prémio em Epidemiologia do Cancro

O Alto Comissariado da Saúde, através da Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (CNDO), e a Merck Serono estão a promover o 2º Prémio ACS-Merck Serono em Epidemiologia do Cancro, com o objectivo de incentivar a investigação e contribuir para o avanço do conhecimento científico nesta área.



O Prémio, no valor de 70 mil euros, é atribuído anualmente ao melhor trabalho de investigação português no domínio da epidemiologia do cancro, e está aberto a investigadores nacionais, a título individual ou colectivo, que actuem na área da Saúde.

A iniciativa procura melhorar o conhecimento dos determinantes, prevalência e prognóstico das doenças oncológicas em Portugal. Na análise dos projectos, será avaliado o carácter inovador, bem como o impacto na melhoria da saúde das populações. As candidaturas decorrem até 31 de Julho de 2010.

Melhorar a vigilância epidemiológica é uma estratégia inscrita no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, considerada prioritária no Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010 (que compete à CNDO implementar), e à qual a Merck Serono se aliou, através da parceria na criação deste Prémio.

Todas as informações e Regulamento estão disponíveis em www.acs.min-saude.pt/2009/10/22/premioacs-merckserono.

De quem são os dados do processo clínico?

Houve tempos em que os médicos consideravam o processo clínico como a sua memória. Era o sítio onde guardavam as suas notas para, quando necessário, recuperar dados sobre sintomas, queixas, prescrições, exames – retratos dos «seus» doentes.



Depois, os doentes deixaram de ser «seus» e o processo clínico passou a ser a memória da equipa. Um regista a história, outro (ou o mesmo) regista os exames complementares, outro (ou o mesmo) anota as hipóteses diagnósticas e mais alguém regista prescrições, diagnósticos de alta, referências futuras, etc. Deixou de ser a memória do médico, passou a ser a memória da instituição.

Mas chegou o tempo em que se pensou que os dados de saúde não eram de quem os anotava mas da pessoa a quem diziam respeito (dizer respeito = referir-se a). É o tempo da autonomia, melhor, do respeito pela autonomia das pessoas que «vão ao médico». *Se alguém anota algo sobre mim, eu tenho direito a saber o que consta dessas anotações – são minhas.*

Este conceito de propriedade, depois de controverso, passou a natural e ló-

gico. *Os dados sobre a minha pessoa só podem ser meus. E se estão errados quero que os eliminem ou corrijam.*

O princípio do respeito pela autonomia do doente, associado aos outros princípios nobres da bioética, é hoje aceite sem reservas pela generalidade dos agentes da saúde e constitui a base sólida do consentimento informado, livre e esclarecido. *Se me é reconhecido o direito a decidir sobre o meu futuro, se posso aceitar ou não tratamentos que me são explicados, se posso escolher entre ser operado ou morrer com paliativos que diminuam o meu sofrer, então não entendo como podem esconder-me o que sobre mim consta dos registos clínicos.*

Foi, certamente, por isso que o legislador, esse «desconhecido», contemplou na Lei n.º 12/2005 (art.º 3.º) que a «informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa», embora concedendo que o «acesso à informação de saúde por parte do seu titular, ou de terceiros com o seu consentimento, é feito através de médico, com habilitação própria, escolhido pelo titular da informação».

Mais tarde, porém, esse mesmo legislador acaba por reconhecer que, se a autonomia do titular dos dados de saúde precisa de ser tutelada por um intermediário, «com habilitação própria» – o que quer que isso signifique –, tal representa uma clara limitação à dita autonomia. Pode mesmo dizer-se que é a marca de um paternalismo anacró-

nico. É então que surge a Lei n.º 46/2007 (art.º 7.º) que refere, expressamente, que a «comunicação de dados de saúde é feita por intermédio de médico se o requerente o solicitar». *Ou seja, a intermediação existe mas só se eu a pedir.*

Mais uma vez (por vezes demasiado tarde!) se vê que a lei segue a ética.

Estranha-se, assim, o que dizem alguns (como por exemplo, Daniel Serrão na «Semana Médica») quando se manifestam contra esse conceito também preconizado no projecto de lei n.º 788 sobre os «Direitos dos doentes à informação e ao consentimento informado». É certo que este projecto mereceu críticas justas e mesmo parecer negativo do CNECV mas, na perspectiva em que aqui se discorre, houve alguma injustiça nessas apreciações.

A intermediação obrigatória de médico para acesso aos meus dados clínicos é incompatível com o respeito pela minha autonomia.

Se já há lei, se já há aceitação ética, não resta aos fiéis «depositários da informação» de saúde senão assegurarem que ela não contém inexactidões e está resguardada de acessos indevidos. *E, quando eu os quiser ver, não compreendo por que me será negado o direito a conhecer os meus dados clínicos, seja para tomar uma decisão com efeitos imediatos, seja para efeitos futuros.*

É por estas e outras razões que urge não adiar mais a aprovação de uma legislação que, com a necessária sustentação ética, garanta aos cidadãos deste país o direito a, querendo, mate-

rializar, antecipadamente, uma vontade que deva ser respeitada, caso fiquem sem condições de a poderem expressar. *Quero que a lei respeite a minha autonomia.* E que seja essa interpretação do disposto na Convenção de Oviedo (Resolução da Assembleia a República n.º 1/2001, Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano Face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, artigo 9.º) quando estipula que a «vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta». Será tomada em conta!

[Notas gráficas: As palavras em *itálico* referem-se à minha posição como cidadão. As palavras sublinhadas estão no Diário da República. As outras são escritas na condição de membro (aposentado) da Ordem dos Médicos.]

III Fórum Nacional de Saúde

O Alto Comissariado da Saúde realiza, nos dias 8 e 9 de Março de 2010, no Centro de Congressos de Lisboa, na Junqueira, o III Fórum Nacional de Saúde (FNS), com o objectivo de debater com todos os sectores da sociedade as prioridades para o próximo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-16. Jorge Simões e Paulo Ferrinho, coordenadores do Grupo de Projecto do PNS 2011-16, presidem à comissão organizadora do III FNS.

Cirurgia da Mão

Vai realizar-se nos dias 18 e 19 de Dezembro de 2009 o I Curso Pós-Graduado de Actualização e V Curso Teórico-Prático em Cirurgia da Mão. Informações e Inscrições através do Gabinete de Estudos Pós-Graduados, Campo Mártires da Pátria, 130 – 1169-056 Lisboa/Tel.: 21 880 30 66 | Fax: 21 880 30 68/gepg@fcm.unl.pt | www.fcm.unl.pt/gepg

Concurso para Especialistas

Abertura de concurso para Especialistas a ingressar no quadro permanente de Oficiais Médicos da Força Aérea: está aberto até dia 31 de Dezembro de 2009 o concurso para admissão ao Estágio Técnico-Militar de Médicos para ingresso no quadro especial de Médicos do quadro permanente da Força Aérea (14 vagas) nas seguintes especialidades:

- Medicina Geral e Familiar (9 vagas)
- Medicina Interna (3 vagas)
- Cirurgia Geral (2 vagas)

Candidaturas online: www.enfa.pt

Para mais informações: 800 206 449

Será Constitucional haver Médicos «Light» na Universidade do Algarve?

Começo por me apresentar, sou um médico formado na Faculdade de Medicina de Lisboa instalada no Hospital Escolar de Sta. Maria, considero-me um médico tacanho por não entender esta modernidade que chegou ao curso de medicina iniciado na Universidade do Algarve. Não é novidade que todos nós utilizamos produtos com menos princípio activo como o café descafeinado, a cerveja sem álcool, doces sem açúcar, cigarros com pouca nicotina e agora até parece haver manteiga sem gordura! São os produtos «light», isto está certo quando o princípio activo tem inconvenientes para a saúde. No caso dos médicos penso que será o contrario pois quando mais preparação e mais conhecimentos tiverem melhor será para a saúde dos doentes. Este Curso de Medicina do Algarve afigura-se-me também num produto «light» já que é um curso de Medicina sem Faculdade de Medicina, sem cadeiras básicas e sem professores!!! Terá o risco também de produzir médicos com menor conteúdo de conhecimentos da arte médica. Todos sabemos que os edifícios têm sempre alicerces para terem bases sólidas e ficamos agora perplexos a saber que poderá haver médicos sem fazerem cadeiras básicas que alicerces o conhecimento do corpo humano e a compreensão da patologia e da prática clínica. Começarem pela prática clínica é começarem o edifício pelo telhado. Ficamos também a saber que são quatro anos de curso, sem professores, os alunos aprenderão medicina a verem trabalhar médicos não profissionais do ensino. Será uma aprendizagem suigeneris por contacto. Será que um desenhador a trabalhar com um arquitecto ficaria, passados anos, arquitecto? Será que um acólito ou sacristão ao auxiliar um padre nas celebrações religiosas ficará sacerdote? Ou um solicitador a colaborar com um advogado ficará formado em direito?

A Ordem dos Médicos a seu tempo pronunciou-se e referiu claramente que esta inovação do curso de medicina do Algarve teria o risco de formar médicos de qualidade inferior ao desejável. Mas a vontade política dos governantes sobrepôs-se à lógica de uma formação médica Universitária correctamente estruturada. Realmente assim foi rápido e menos oneroso criar este pseudocurso. Não houve necessidade de construir laboratórios e química, de biologia, de histologia, de fisiologia ou de farmacologia, não foram necessários institutos de bacteriologia, de anatomia, etc. etc. Os professores são médicos improvisados em docentes.

É sempre um erro em que por vezes alguns portugueses incorrem – imitar o que de menos bom há no estrangeiro. Agora foi imitar o que se passa numa Universidade do Canadá. O modelo é utópico e Portugal não é o Canadá. Em Portugal há hospitais dirigidos por não médicos, os directores dos Serviços Hospitalares e de Centros de Saúde são médicos nomeados por critérios políticos e não pela qualificação profissional. É corrente médicos menos qualificados dirigirem médicos graduados e Chefes de Serviço!! Há listas de espera para consultas, exames e intervenções e cirurgias, etc. Os Serviços Hospitalares e os Centros de Saúde no momento actual não tem ficheiros clínicos organizados o que inviabiliza haver estatísticas e trabalhos científicos de revisão clínica tão importantes para a formação médica. Eu pergunto, e como poderão estes estudantes de medicina do Algarve, sem bases, aprender uma prática médica correcta em Serviços que muitas vezes não a praticam? Terão que ser todos eles autodidactas e superdotados!

Outra surpresa neste pseudo curso de medicina é o critério de admissão dos alunos. Só admite alunos que já tenham uma licenciatura anterior. É um crité-

rio que parece pretender recrutar pessoas desiludidas ou fracassadas noutros cursos ou vaidosas e limitadas que pensem que ser médico é mais importante que ser enfermeiro. Todas as profissões são igualmente importantes e dignas. O médico tem de diferente um curso mais longo, mais trabalhoso, mais difícil e diferenciado e talvez mais exigente numa actualização contínua pós-graduada. Com este novo curso deixará de assim ser provavelmente.

Mas vendo bem, para quê ser tão exigente e preocupado com a formação duvidosa dos futuros médicos da Universidade do Algarve. Se repararmos, se estivermos atentos vemos que na realidade os curandeiros, os endireitadas, os bruxos e muitos dos praticantes das chamadas medicinas paralelas não fizeram qualquer curso e também tratam doentes! E com a aceitação pública, não constando mesmo que tenham comportamentos negligentes nem insucessos terapêuticos!

Eu como médico católico que sou aqui quero deixar uma prece: que Deus nos proteja, que tudo venha a ser um êxito para bem dos futuros licenciados «light» de produção Algarvia e dos doentes que venham a assistir.

Contudo, dada a importância e a imprescindibilidade da melhor formação médica não posso deixar de questionar: como é possível o Ministério do Ensino Superior e a Alta Autoridade para a Saúde permitirem a existência deste pseudo curso de medicina? A meu ver este curso parece-me inconstitucional pois mitiga um direito básico do cidadão, o direito à saúde, o direito às melhores práticas médicas.

José Santos Matos

Médico – Especialista em Ortopedia
Chefe de Serviço Hospitalar
Ex Director do Serviço de Ortopedia do Hospital de Faro

Breves notas sobre medicina e tecnologias



Sempre que abordo o problema das tecnologias em medicina, vêm-me à memória as imagens das duas primeiras partes (ia chamar-lhes os dois primeiros andamentos) do filme de Stanley Kubrick, «2001, Odisseia no Espaço». Kubrick era um melómano confesso, o que se reconhece pela forma como utilizou a música nas suas obras e, no caso concreto deste filme, pela escolha de um modelo que se assemelha em tudo às estruturas sinfónicas ou, talvez melhor, à forma musical da sonata.

O filme começa com um «primeiro andamento» que, de acordo com a linguagem musical, poderia chamar-se um *allegro* e que se desenvolve recorrendo a uma sucessão de cenas curtas sobre o mesmo tema (a luta entre dois grupos de macacos) separadas umas das outras por fotografias negras. É como que a transposição para o cinema do desenvolvimento em forma de «variações sobre um tema», que Beethoven utilizou muitas vezes nas suas obras sinfónicas, quartetos e sonatas. Na última «variação» um dos macacos lança um osso longo ao ar (talvez uma tibia), como forma de exteriorizar a sua alegria pela descoberta do «instrumento» que lhe dera superioridade na luta contra um grupo rival. Subita-

mente o osso transforma-se numa de várias naves espaciais que percorrem o espaço ao som do «Danúbio Azul», e assim se entra num «segundo andamento» que, pelo ambiente, se assemelha em tudo a um verdadeiro *scherzo*.

O osso, instrumento que prolonga o braço do macaco e lhe dá vantagem, não é mais do que uma forma muito primária de tecnologia. Entre ele e as sofisticadas naves espaciais que vêm a seguir, situa-se todo um caminho percorrido pelo Homem para tentar conhecer, explicar e dominar o mundo à sua volta. Neste longo intervalo está contida a evolução que conduziu primeiro ao conhecimento racional e, mais recentemente, àquilo que hoje chamamos a «tecnociência».

O que se passou então?

Para conhecer o mundo, o Homem começou por recorrer às narrativas mitopoéticas. Presentes na tradição grega e no Velho Testamento, nelas está patente uma constante ambivalência entre a atracção pelo conhecimento e a sua rejeição. Ícaro, Prometeu, a expulsão do Paraíso e a Torre de Babel não são mais do que relatos míticos dessa tensão entre a vontade de conhecer e o temor que resulta do desejo sacrílego de invadir os territórios à guarda dos deuses.

O salto que marca a passagem dos mitos para a compreensão racional do mundo, tem sido atribuída, primeiro, a Tales de Mileto e aos pré-socráticos e, mais tarde, a Sócrates, Platão e Aristóteles. Mas, chegados a este ponto, nós, médicos, não podemos esquecer que foi talvez Hipócrates o primeiro a declarar, de forma clara, o primado da razão, quando afirmou que as doenças têm causas naturais que podemos conhecer.

Não pretendo aqui fazer história da ciência. Quero apenas recordar que, no século XVII, com Copérnico, Kepler,

Bacon, Galileu, Descartes e Newton, irá acontecer a chamada Revolução Científica. Com ela dar-se-á a viragem da física aristotélica, qualitativa e animista, para um conhecimento do mundo em que tudo se pode reduzir a pontos, rectas e outras figuras geométricas ou a partículas que chocam cegamente entre si mas cujos movimentos é possível traduzir por fórmulas matemáticas.

Quais eram os objectivos desses sábios do século XVII? Fundamentalmente conhecer o mundo, em particular os movimentos, quer dos astros quer dos corpos terrestres. A aplicação prática dos conhecimentos, ou seja a tecnologia, estava longe de ser para eles um objectivo essencial embora, com Galileu, se tivesse já assistido à aplicação das leis do movimento ao campo da balística. O fascínio estava na ideia de que era possível não só conhecer o mundo como até provar isso mesmo através de elegantes demonstrações das leis da física realizadas nos serões da aristocracia do século XVIII. No campo da medicina, Vesalio, Harvey e, mais tarde Mendel, serão alguns dos representantes dessa profunda sede de saber pelo saber.

Mas em breve tudo irá mudar. A termodinâmica do século XIX é já um claro anúncio dessa transformação: os que trabalham com as máquinas a vapor passam a resolver problemas práticos que os cientistas irão depois teorizar. O electromagnetismo e a electricidade em breve darão origem a aplicações diversas e a numerosos desenvolvimentos tecnológicos. Ao mesmo tempo, os trabalhos de Pasteur conduziam às primeiras vacinas e à aplicação da assepsia e da antisepsia. Assim, e a pouco e pouco, a ciência mostrava-se capaz, não apenas de conhecer, mas de transformar e de dominar o mundo. Apesar disso, grande parte da investi-

gação do século XX situa-se ainda no campo da ciência pura, não aplicada. Max Planck, formado na tradição newtoniana, descobre os fenómenos quânticos ao procurar resolver problemas empíricos, sem imaginar as consequências tecnológicas que a sua descoberta iria ter. Watson e Crick, possuídos de uma curiosidade inesgotável e de um incontrolável desejo de ganhar o Prémio Nobel, sugerem uma estrutura para o ADN sem mostrar grande preocupação com as realizações tecnológicas que a genética poderia posteriormente realizar.

Mesmo tendo em conta estas *nuanças*, a verdade é que, durante todo o século XIX e a primeira metade do século XX, foi tomando forma um esquema que era percorrido num único sentido: ciência-tecnologia-indústria. Ora, o que aconteceu paulatinamente nas últimas cinco décadas, foi que esse sentido sofreu uma inversão. O estreito vínculo criado entre a indústria e a tecnologia passou a influenciar a produção do conhecimento científico, dando origem a um novo esquema de sentido contrário: indústria-tecnologia-ciência. É cada vez mais este vínculo, juntamente com a subserviência ao mercado, que está na origem da tendência para financiar a ciência segundo o critério da «antecipação dos resultados económicos», o que tem levado ao abandono progressivo dos investimentos na investigação básica.¹

Estamos hoje, portanto, numa época em que a ciência, no sentido clássico, deu lugar à tecnociência, em que a *performance* se sobrepõe claramente à curiosidade científica, em que os resultados são mais importantes do que aquilo que se acrescenta ao conhecimento e em que, por vezes, é difícil perceber, se é a indústria que está ao serviço da ciência, se é a ciência que está ao serviço da indústria e do lucro.

A medicina tem beneficiado amplamente dos avanços tecnológicos verifica-

dos nas últimas décadas através das chamadas tecnociências da vida e da biotecnologia. Mas, como noutras áreas, também nestas são cada vez mais evidentes os sinais característicos das actividades comercial e empresarial o que, acima de tudo, levanta sérias questões no que diz respeito à ética.

Quando falamos hoje em tecnologia ligada à saúde, é possível distinguir, entre outros, três aspectos: a investigação de novos medicamentos, os equipamentos e próteses destinados ao diagnóstico e à terapêutica e, finalmente, a genética.

O interesse pela investigação de novos medicamentos surgiu depois da descoberta da insulina, das sulfamidas e da penicilina. O efeito dramático destas drogas, despertou um interesse crescente por uma área para a qual foram atraídos grandes recursos financeiros. A necessidade de investimentos capazes de alimentar uma tecnologia cada vez mais complexa, aliada às pressões do mercado, gerou o desenvolvimento, a nível global, da indústria farmacêutica, que se foi apoderando, não apenas da investigação básica, mas também da investigação clínica, da formação e da formação de técnicos. Estamos pois perante um paradigma típico da tecnociência em que não é o desejo de conhecer que comanda a investigação, mas sim a indústria e o lucro. As verbas monstruosas dirigidas para as doenças das sociedades ricas ou para a satisfação de *lobbies* poderosos (por exemplo o que está ligado à sida) contrastam com a exiguidade de meios destinados à investigação de verdadeiras pragas sociais do terceiro mundo como a tuberculose e a malária que fazem milhares de mortes por ano.

Por outro lado, o progressivo estreitamento de relações entre as universidades e as empresas criou um ambiente de subordinação dos meios académicos e dos cientistas à indústria far-

macêutica. Em casos extremos, começam já a aparecer sinais desta influência através de artigos tendenciosos, do atraso ou não-publicação de resultados, da restrição dos temas abordados, da apropriação de teses académicas e, até, do assédio à independência e à liberdade científica.²

É neste contexto que nos chegam constantemente mensagens no sentido de que é necessário criar condições para que os médicos portugueses participem na investigação científica através dos ensaios clínicos com medicamentos. Mas pergunta-se: será que cumprir protocolos que outros desenharam e prepararam tem alguma coisa a ver com contribuição para o conhecimento científico, que exige criatividade, imaginação, autonomia?

No que diz respeito à actividade clínica, existe o risco de uma influenciada vez maior da indústria através da informação fornecida em congressos e *simposia*, e da imposição de *guidelines* de eficácia por vezes duvidosa (o caso do interferão na esclerose múltipla, cujas *guidelines* foram aprovadas pelo governo britânico por pressão das associações de doentes apoiadas pela indústria, tem sido um dos exemplos citados por alguns autores³). Assim, a autonomia clínica é cada vez menor, face às miríades de *guidelines*, protocolos e fluxogramas que surgem de todos os lados, muitos dos quais não são mais do que técnicas de promoção de vendas. Afogados num mar de «evidências», os clínicos cada vez mais prescindem de dois componentes essenciais da sua actividade: conhecimentos em ciências básicas e experiência pessoal. Mas, mais ainda que os medicamentos, são as novas tecnologias usadas no diagnóstico que maior influência tiveram no exercício da medicina clínica durante as últimas décadas.

Até meados do século XX, de que instrumentos de observação clínica dispúnhamos? Estetoscópio, termómetro,

1. Garcia JL, Martins H (2008) *O Ethos da Ciência e as suas Transformações Contemporânea, com especial atenção sobre a Biotecnologia*. In Manuel Verde Cabral et al. *Itinerários*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 397-417

2. *Ibidem*

3. Evans I, Thornton H, Chalmers I. *Testing Treatments*. British Library, 2006

esfigmomanómetro, oftalmoscópio, martelo de reflexos, raios X e pouco mais. Em poucos anos tudo se modificou graças aos avanços verificados na área da física, sobretudo da física das partículas. Os ultrasons, o efeito Doppler, a TAC, as fibras ópticas, as microcâmaras de televisão, o mundo do digital e da miniaturização – tudo isto invadiu os equipamentos médicos e permitiu desvendar o nosso corpo através da imagem.

As vantagens foram enormes e vieram modificar todo o exercício tradicional da medicina. E os efeitos perversos? Será que existem? Sem dúvida, e podem resumir-se numa frase simples: desvalorização da clínica.

A ideia que se instalou, não só em certa opinião pública mas também nalguns meios médicos, de que as novas tecnologias só por si podem fornecer o diagnóstico e que a clínica passou a ser dispensável, tem vindo a tomar conta das camadas mais jovens, com todas as consequências que daí resultam. A culpa de quem é?

Antes de mais nada, das faculdades e de algumas reformas políticas que tudo têm feito para desvalorizar e destruir as carreiras médicas. A que é que assistimos agora? A um ensino clínico fragmentado, à destruição do internato, à importância excessiva da produtividade face à qualidade e à desvalorização do ensino pós-graduado.

Os resultados disto são os gastos incontrolláveis e muitos erros, consequências inevitáveis de exames que não são necessários e da desvalorização de dados que podem ser obtidos pela simples observação clínica e que só por si permitiriam o diagnóstico. No fundo, ao não valorizarem suficientemente a observação dos doentes, os médicos deitam pela janela fora uma massa enorme de informação preciosa e insubstituível.

Mas será que existem outros dados que nos permitam avaliar com mais rigor a

importância relativa das novas tecnologias face à clínica? Será que a concordância entre o diagnóstico em vida e os resultados do exame pós-mortem aumentaram com a introdução das tecnologias mais recentes?

Vários trabalhos realizados com o objectivo de esclarecer esta questão, o último dos quais publicado em 2004, revelam que a discrepância entre os diagnósticos clínicos e os diagnósticos de autópsia, no que diz respeito a sinais *major*, ou seja, a situações patológicas com importância na evolução e desfecho da doença, atinge percentagens que se situam entre os 20 e os 40%.⁴ Estes dados são surpreendentes e obrigam-nos a uma profunda reflexão acerca dos caminhos que conduzem ao diagnóstico. Porque o diagnóstico, não nos esqueçamos, continua a ser a pedra básica de toda a conduta clínica e de todas as decisões terapêuticas.

Finalmente, é altura de fazer breves considerações sobre aquilo que hoje se chama a biotecnologia de última geração que resultou da fusão da biologia molecular com a informática e se tornou apetecível com a descoberta das técnicas de reconversão do ADN. Esta «biotecnologia surgiu num contexto ideológico muito favorável à economia de mercado», numa fase em que os sectores produtivos se afastavam do petróleo, dos automóveis e da indústria de motorização, menos rentáveis, e procuravam outras áreas para sustentar um novo ciclo de aumento de riqueza.⁵ Numa escala sem precedentes, a engenharia genética está a contribuir para a comercialização da ciência ao mesmo tempo que coloca problemas que vão para além da tecnologia para se projectarem nas questões éticas e na própria reflexão sobre o destino do Homem.

Volto assim ao filme de Kubrick «2001, Odisseia no Espaço». Hal, o computador, observa os tripulantes da nave, vê-

os comer papas, apanhar banhos de ultra-violetas e cantar os «parabéns a você». Percebe que, no espaço, os homens estão como «peixe-fora-d'água». Têm de reaprender a andar, a respirar e não passam, na prática, de simples técnicos de manutenção. Hal, pelo seu lado, sente que está vivo e adaptado às viagens espaciais, mas acaba por cometer um erro que compromete toda a missão. Os astronautas decidem desligá-lo, mas não parece fácil fazê-lo. Hal resiste, por pensar que ganhou autonomia e capacidade para decidir. O Homem, contudo, possui um instrumento simples que irá destruí-lo: uma chave de fendas.

Esta luta entre o Homem e a sua própria tecnologia chama-se «alienação» e de certa maneira recupera os temores ancestrais que estavam presentes nas velhas narrativas mitológicas. Será que qualquer dia teremos que recorrer à chave de fendas para dar cabo de toda a tecnologia que andámos a criar ao longo de milénios?

Mas, provavelmente, esta pergunta só terá sentido feita por nós, homens do século XXI, equipados com um património genético datado da idade da pedra. Porque, na verdade, desconhecemos ainda o que acontecerá quando a manipulação do ADN permitir a construção de um homem novo, libertado das fraquezas e das limitações que nos têm agarrado a este pequeno planeta, que agora sabemos não ser mais do que um grão de areia perdido na imensidão do cosmos. Um dia, talvez daqui a muitos milhões de anos, quando o nosso sistema solar implodir, a forma de energia que somos nós – e que necessita de fontes externas para o seu metabolismo – terá que partir à procura de novas galáxias⁶. É talvez para isso que estamos a acumular agora toda esta tecnologia que, por vezes, nos parece *in-humana*.

António José de Barros Veloso

4. Pasquier B. La Revue de Medicine Interne, 2005; 26: 611-614

5. Garcia JL. Análise Social 2006; XLI (181): 981-1009

6. Lyotard J-F. Une fable postmoderne. In Moralités postmodernes. Galilée, 1993