

Revista

# Ordem Médicos

ano 30 n.º 151 Junho | 2014 Mensal | 2€



## Memorando de (des)entendimento

pág. 8

## Pela nossa Saúde

pág. 12

Visita do bastonário ao Distrito Médico de Beja  
No hospital faltam incentivos e equipamento - pag. 36



# S *umário*

Revista da  
Ordem dos Médicos  
Ano 30  
N.º 151  
Junho 2014

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

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

Presidente da Ordem dos Médicos:  
**José Manuel Silva**

Director:  
**José Manuel Silva**

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

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

Redactora Principal:  
**Paula Fortunato**

Dep. Comercial:  
**Helena Pereira**

Designer gráfico e paginador:  
**António José Cruz**

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

Impressão:  
**AGIR produções gráficas,  
unipessoal, lda**  
Rua Particular, Quinta de Santa Rosa  
- Edifício Agir  
2680-458 Lisboa

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

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



## editorial

06 Discurso aos presentes  
na manifestação de 8 de Julho

## informação

03 Memorando  
de (des)entendimento

12 “Pela nossa Saúde”

14 OM corrige Ministério da Saúde  
quanto a Cuidados de Saúde  
Primários do Trabalho

16 Corpo Clínico de Unidade  
de Cirurgia de Ambulatório

17 Concurso de fotografia digital  
da OM 2014

18 Incentivos à fixação de médicos  
nos Açores

20 Constituição das equipas  
cirúrgicas ou equiparáveis

21 Admissão à competência  
em Codificação Clínica e  
Acupunctura Médica

22 Norte em defesa do SNS

24 Presidente da SRC denuncia  
graves problemas do CH  
do Baixo Vouga

25 Bragança tem saúde no vermelho

26 Declaração do CEOM  
sobre telemedicina

27 Verão no Algarve: risco ruptura  
nos cuidados de saúde

28 SUB de Loulé sem médicos

29 Irregularidades em Barcelos  
e no Centro Hospitalar  
Póvoa de Varzim/Vila do Conde

31 Análise e proposta  
de alterações concretas

36 Pagamento de honorários  
por peritagem médica

## actualidade

37 “Prata e ouro” na cerimónia  
de homenagem aos Médicos  
da Secção Regional do Centro

39 A OM e a USF-AN  
assinam protocolo de colaboração

40 Visita do bastonário ao Distrito  
Médico de Beja  
No hospital faltam incentivos e  
equipamento

60 Tomada de posse dos Conselhos  
Consultivos da OM

61 Pedro Hispano: vulto lusitano  
na cultura europeia no séc. XIII

65 Instrumentos cirúrgicos,  
ontem e hoje

## opinião

70 O Dia do Médico e a humanização

72 Casa do Médico na Região Sul  
- Se eu soubesse...!

73 Onde vão nascer os beirões?  
Ou a nova carta hospitalar...

76 A Consulta em Geriatria

78 "Alternativas" em Oncologia

80 O papel da Big Data na saúde

82 **cultura**

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

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

#### PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

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

#### COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

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

#### COORDENADORES COMPETÊNCIAS

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



**A AMP no seu tablet!**

[www.actamedicaportuguesaapps.com](http://www.actamedicaportuguesaapps.com)

- Acesso gratuito e universal a todos os artigos publicados em 35 anos de Acta Médica Portuguesa;
- Guarde os seus artigos favoritos para leitura posterior;
- Partilhe com os amigos através de e-mail, Facebook ou Twitter.



Consulte também:

- Normas de Publicação
- Processo de Submissão
- Orientação para autores e revisores
- e mais...

... em: [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com)



Com o apoio de:



Brevemente disponível na plataforma Android.



## *Discurso aos presentes na manifestação de 8 de Julho*

Caros Colegas,  
Depois de 2012, não pensei que pudesse vir a ser necessária uma nova mobilização geral dos médicos. Porém, hoje temos aqui médicos e doentes unidos “Pela nossa Saúde”.

Naturalmente, eu não poderia falar. Como Bastonário da Ordem dos Médicos, que se assume como Provedora dos Doentes, estarei sempre com os médicos e com os doentes.

A realidade actual é muito dura:

- Os médicos, sem condições para o exercício da medicina e com o trabalho médico absurdamente desqualificado, afogados em indicadores estúpidos e sistemas informáticos esquizofrénicos, atravessam gravíssimos problemas e estão a emigrar às centenas.

- Os doentes, privados de acesso às terapêuticas mais recentes, enfrentando urgências atulhadas e desumanas e cada vez mais sobrecarregados com os custos das despesas em Saúde, sofrem dificuldades crescentes no acesso aos cuidados de saúde.

- Os Hospitais e Centros de Saúde, com graves insuficiências de financiamento e a impossibilidade de contratação de médicos, enfermeiros e técnicos de Saúde, vêm cada vez mais prejudicada a sua missão de tratar os doentes.

A tudo isto, negando a realidade, como refere o OPSS, o Ministério procura impor a lei da rolha, ainda totalmente presente na última versão oficial conhecida. Já enviada para publicação, porque é secreto o seu texto final?

A gravíssima encruzilhada da Saúde, do País e dos portugueses, empobrecidos e desempregados por desastrosas decisões de sucessivos governantes, impõem que sejamos cidadãos cada vez mais exigentes e participativos.

Por muito que doa a alguns comentadores alinhados, mas que se furtam ao diálogo e ao debate com a Ordem dos Médicos, estamos todos aqui, organizações médicas, médicos e doentes, porque temos uma missão a cumprir: defender o direito dos Doentes a um SNS que cumpra a Constituição, defender a Qualidade do SNS e da Saúde em Portugal, defender condições de trabalho condignas para tratar os doentes com dignidade e humanidade.

Estamos todos aqui para dizer

“não” aos que querem transformar a medicina num comércio reduzido a contabilidade, estatísticas, indicadores, computadores e consultas de 10 em 10 minutos, despersonalizando e relegando para plano secundário o doente e as suas necessidades reais e humanas. Estamos aqui, pela segunda vez, já confirmado o êxito da greve decretada pela FNAM, para afirmar publicamente que queremos um diálogo sereno, construtivo, objectivo e concreto com o Ministério da Saúde, não apenas uma retórica vazia, inconsequente e sempre adiada por parte de uma

equipa ministerial que nem sequer cumpre o acordo de 2012 com os Sindicatos.

Senhor Ministro da Saúde, as reformas fazem-se com os profissionais e com os doentes!

Tem aqui a imensa manifestação do nosso empenho e da nossa cidadania.

O que precisaremos de fazer mais para sermos ouvidos?

Porque o diálogo voltou a falhar, por culpa do Ministério da Saúde, a Ordem dos Médicos volta a pedir a todos os médicos e aos doentes que comuniquem à Ordem todos os problemas, dificuldades

e insuficiências do SNS e dá uma indicação formal a todos os médicos para cessarem toda e qualquer colaboração graciosa com toda e qualquer estrutura do Ministério da Saúde, das locais às nacionais, demitindo-se dos seus cargos e recusando novos convites.

Senhor Ministro, ouça os profissionais de Saúde e os Doentes.

Nós nunca desistiremos da defesa da Qualidade da Saúde em Portugal, por razões deontológicas e pelos nossos doentes.

Juntos, conseguiremos!

Obrigado a todos pela vossa inequívoca presença!

Post colocado no Facebook a 8 de Julho:

## QUEM NÃO TEM ARGUMENTOS, COLA RÓTULOS!

O Ministro da Saúde e o Secretário de Estado Adjunto da Saúde foram muito infelizes e faltaram à verdade nas suas intervenções durante o dia de hoje, acusando a Ordem dos Médicos de “sindicalismo” e afirmando que a greve foi promovida pela CGTP.

Esclarecimento:

- Nenhum Sindicato Médico é filiado na CGTP e a greve dos Médicos foi apoiada pela CGTP e pela UGT, para além de muitas outras organizações profissionais e organizações de doentes.

- A Ordem dos Médicos limita-se a cumprir escrupulosamente o seu Código Deontológico e os seus Estatutos, que têm força de lei. Abaixo transcreve-se o artigo 6º dos Estatutos da Ordem, que é bem explícito quanto à obrigação da Ordem em defender os Utentes, em defender a Qualidade da Saúde e em defender o SNS.

Sugere-se em particular ao Dr. Leal da Costa, porque é médico e apenas ocupa efemeramente o poder, que volte a ler o Código Deontológico e os Estatutos da Ordem...

Na verdade, as afirmações do Ministério da Saúde são tão pobres de conteúdo que apenas nos merecem um comentário: quem não tem razão nem argumentos, procura colar rótulos estigmatizantes, ainda que reconhecidamente falsos! Que politiquice de confrangedora fragilidade...

ESTATUTO DA ORDEM DOS MÉDICOS - (DL 282/77 de 5 de Julho)

Art. 6.º A Ordem dos Médicos tem por finalidades essenciais:

- Defender a ética, a deontologia e a qualificação profissional médicas, a fim de assegurar e fazer respeitar o direito dos utentes a uma medicina qualificada;
- Fomentar e defender os interesses da profissão médica a todos os níveis, nomeadamente no respeitante à promoção sócio-profissional e à segurança social;
- Promover o desenvolvimento da cultura médica e concorrer para o estabelecimento e aperfeiçoamento constante do Serviço Nacional de Saúde, colaborando na política nacional de saúde em todos os aspectos, nomeadamente no ensino médico e carreiras médicas;
- Dar parecer sobre todos os assuntos relacionados com o ensino, com o exercício da medicina e com a organização dos serviços que se ocupem da saúde, sempre que julgue conveniente fazê-lo, junto das entidades oficiais competentes ou quando por estas for consultada;
- Velar pelo exacto cumprimento da lei, do presente Estatuto e respectivos regulamentos, nomeadamente no que se refere ao título e à profissão de médico, promovendo procedimento judicial contra quem o use ou a exerça ilegalmente;
- Emitir a cédula profissional e promover a qualificação profissional dos médicos pela concessão de títulos de diferenciação e pela participação activa no ensino pós-graduado.



## Proposta da OM para um desejado entendimento

A Ordem dos Médicos empenhou-se até ao último momento no processo negocial com o Ministério da Saúde, usando os canais próprios destas circunstâncias.

Publica-se o documento, "Memorando de Entendimento", afinal "Memorando de (Des)Entendimento", que foi evoluindo com contribuições de ambas as partes e que dia 6/07 enviámos como proposta final da Ordem dos Médicos para um desejado entendimento com o Ministério da Saúde, que esvaziaria os principais motivos da greve e poderia mesmo levar à sua eventual suspensão (decisão que dependeria da FNAM). No dia 7/07 recebemos resposta negativa do Ministério da Saúde. Infelizmente, o acordo não foi possível e a responsabilidade não é dos médicos.

### MEMORANDO DE (DES)ENTENDIMENTO

1. Promover o aumento da utilização de taxas de genéricos no mercado, garantindo uma maior segurança clínica aos doentes bem como uma diminuição dos custos da medicação ambulatoria para os doentes nomeadamente através da alteração da Portaria 137-A/2012, de 11 de maio, no sentido de permitir maior respeito pela opção do doente e modificar a regra de prescrição, não podendo esta ser alterada sempre que os médicos prescreverem um dos cinco medicamentos mais baratos, seja de prescrição de curta ou de longa duração, mantendo-se as exceções já existentes.  
*Prazo de implementação: 3 meses.*
2. Promover a continuidade do processo de enquadramento jurídico em legislação específica da definição de Ato Médico, que conduza à publicação de uma Lei do Ato Médico. Esta legislação deverá garantir e respeitar o perfil profissional ao nível das competências médicas e a coordenação das equipas de saúde já consagradas nos termos previstos nos artigos 9º dos DL 176/2009 e 177/2009, e ter como base a proposta já apresentada pela OM. Inicia-se, desde já, a revisão das propostas de diplomas relativos à profissão de podologista e à profissão de enfermeiro de família, de acordo com as propostas já apresentadas pela Ordem dos Médicos. Proibir legalmente os Terapeutas não Convencionais de usar o título de médicos.  
*Início de implementação: imediato.*  
*Prazo de implementação: 1 ano*
3. Promover a publicação de um modelo de Código de Conduta Ética em Saúde considerando as propostas apresentadas pela OM, e integrando a necessidade de respeitar o Código Deontológico da OM e as comunicações dos profissionais às respectivas Ordens profissionais.  
*Prazo de implementação: uma semana*
4. No documento em discussão sobre formação médica especializada, respeitar as competências próprias da OM e a qualidade da formação pós-graduada, nomeadamente no que diz respeito



à existência de um ano de formação clínica pós-graduada (ano comum), acessível para todos os licenciados em Medicina, e prévio à formação para obtenção do título de especialista de acordo com os programas próprios de cada especialidade médica. Actualizar o DL 40/2007, de 20 de fevereiro e o DL 341/2007, de 12 de outubro.

*Prazo de implementação: imediato.*

5. Alterar a Portaria 82/2014, de 10 de abril no âmbito da Reforma Hospitalar em curso e em especial enquadrá-la com a Portaria 123-A/2014, que será corrigida e onde ficará inequivocamente explicitado que a Portaria 82/2014 só produzirá quaisquer efeitos jurídicos depois de republicada incorporando o resultado do consenso sobre Centros e Redes de Referência e integrando as contribuições entretanto recebidas. Considera-se como relevante e desejável a participação ativa da Ordem dos Médicos no desenvolvimento das Redes de Especialidades Hospitalares e de Referência e dos Centros de Referência. Esta participação é enquadrada no âmbito da legislação já publicada sobre Redes de Referência e no projeto que envolve a criação de Centros de Referência já do conhecimento da OM. A Ordem dos Médicos está disponível para contribuir de forma positiva e construtiva para a reforma do SNS e continuar a reforma pela base da assistência, centrada nas necessidades da população, nas necessidades de médicos por especialidade, nas especificidades das áreas geográficas mais desfavorecidas, nos cuidados de proximidade, na boa prática médica, na existência de centros de referência e na construção de redes de referência que permitam melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. *É assumido que só desta forma*

*será possível criar uma rede hospitalar mais eficiente, potenciando sinergias, reduzindo desperdício, garantindo melhores resultados e assumindo sempre o primado da qualidade. O Ministério da Saúde compromete-se a analisar a problemática da emigração médica e a criar condições para estimular a fixação de médicos em todo o território nacional.*

*Início de implementação: imediato*

*Prazo de implementação: seis meses.*

6. Atuar em conjunto e de forma sistematizada no sentido de garantir a formação de especialistas médicos de acordo com as necessidades do País, definidas previamente em mapa nacional que o Ministério da Saúde se compromete a apresentar no prazo de 60 dias, de acordo com as competências de ambas as partes e tendo sempre como primado as necessidades da população. Esta atuação deverá ser relevada no que se refere à formação médica em especialidades especialmente carenciadas e na necessária adequação à atribuição de idoneidades formativas. O Ministério da Saúde reconhece a necessidade de requalificação do trabalho médico para sustentar o fluxo emigratório de médicos.

*Início de implementação: Imediato*

*Prazo de implementação: três meses.*

7. Revogar a Portaria 112/2014, de 23 de maio no sentido de ser respeitada a essência e competências próprias das Especialidades e Carreiras Médicas de Medicina Geral e Familiar e de Medicina do Trabalho, de acordo com os respectivos conteúdos funcionais definidos nos DL 176/2009 e 177/2009 e na praxis internacional.

*Prazo de implementação: 30 dias.*

8. Continuar a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, reti-

rando os limites artificiais impostos pelo Despacho 6080-B/2014, devendo esta ser acompanhada da revisão dos indicadores a serem contratualizados no sentido de contribuir para uma Medicina mais eficiente, humanizada e com melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde e dos resultados mensuráveis.

*Início de implementação: 15 dias*

9. O MS e a OM consideram a relevância da integração dos níveis de cuidados de saúde no processo de melhoria contínua que envolve o SNS. Este processo de integração, que não envolve a criação de “gestores do doente”, deve ser alvo de uma profunda discussão devendo a Ordem dos Médicos contribuir de forma efetiva com vista ao desenho de um modelo eficaz de integração de cuidados.

*Início de implementação: 15 dias*

*Prazo de implementação: 6 meses.*

10. Garantir ao máximo a segurança dos doentes e a segurança do trabalho médico a nível da prescrição médica electrónica em todas as unidades de saúde do SNS. O MS compromete-se a que sempre que existam deficiências no funcionamento da PEM e em que hajam as mesmas sido notificadas aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde deverá ser reativado, no prazo de 10 dias, temporariamente, o anterior módulo de prescrição existente no programa Sistema de Apoio ao Médico (SAM) até estarem reunidas as condições para o correto funcionamento da PEM.

*Prazo de implementação: imediato*

11. Ouvir a Ordem dos Médicos previamente à publicação de legislação com impacto na Medicina e nos médicos nos temas abrangidos pelas atribuições da Ordem dos Médicos nos termos dos seus Esta-

tutos em vigor, comprometendo-se a Ordem a respeitar os prazos pedidos pelo Ministério, nunca inferiores a 15 dias.

*Início de implementação: imediato.*

12. Aperfeiçoamento do DL 14/2014 de 22 de janeiro, uniformizando-o de acordo com a letra e interpretação do Despacho 2156-B/2014, que estabelece o regime jurídico das incompatibilidades dos membros das comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e de consultores que apoiam os respectivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico no âmbito dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, bem como dos serviços e organismos do Ministério da Saúde.

*Prazo de implementação: 6 meses.*

13. Cumprimento da carreira médica e das boas práticas médicas, respeitando a relação médico-doente. Deverá ser considerada a abertura de concursos abertos nacionais e institucionais para a colocação de médicos e o recurso à contratação temporária de especialistas em MGF já reformados para colmatar as insuficiências existentes nos CSP, sempre que possível e necessário. Deverão ambas as partes contribuir ativamente no sentido de agilizar todos os concursos em especial no que se refere à indicação de elementos de membros do júri num prazo nunca superior a 30 dias, devendo a ACSS responder rapidamente às solicitações da Ordem dos Médicos nesta matéria, para permitir a constituição de júris equilibrados e sem sobreposições.. Reconhecer os graus, as categorias

e a competência específica em gestão na nomeação para cargos de direção e chefia.

*Início de implementação: 3 meses.*

14. No âmbito da prestação de serviços, alterar a legislação específica no sentido de permitir anular as empresas intermediárias de recrutamento de médicos e autorizar aos hospitais e centros de saúde a contratação direta dos médicos que necessitem.

*Início de implementação: 3 meses.*

15. Envolver a Ordem dos Médicos em todos os processos de elaboração e revisão de legislação referente a licenciamento de unidades de saúde privada na sequência do que tem vindo a acontecer nos processos anteriores, nomeadamente garantindo que os consultórios não são obrigados a aplicar a legislação das acessibilidades (a Portaria 136-B/2014 não resolve esta questão). Efectivamente o artigo 15.º-A, agora aditado, apenas vem permitir que as unidades de saúde que não se encontrem licenciadas beneficiem daquilo que estava previsto para as unidades que já se encontrassem licenciadas ou seja, a solicitação de dispensa dos requisitos de funcionamento quando, por questões estruturais ou técnicas, a sua estrita observância seja impossível ou possa inviabilizar a continuidade da actividade desde que a dispensa não ponha em causa a segurança e a saúde dos utentes ou de terceiros. É essencial alterar o DL 279/2009, que previa a sua própria revisão no prazo de **dois** anos).

*Início de implementação: imediato*

16. Respeitar escrupulosamente e no imediato todo o acordo de 2012 estabelecido entre o MS e os Sindicatos Médicos.

*Início de implementação: imediato*

17. A OM compromete-se a atuar colaborativamente com o MS na promoção de políticas ativas de combate à doença crónica de acordo com as prioridades expressas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, em particular no que diz respeito aos principais determinantes e estilos de vida, de forma articulada com as agências do Ministério. Início de implementação: 30 dias

18. A OM compromete-se a atuar colaborativa e ativamente num Programa Global de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos, nomeadamente através de intervenções sistematizadas junto dos profissionais médicos na defesa da prossecução dos objectivos nacionais e através da defesa sistematizada das boas práticas no combate à infecção, incluindo a defesa do rigor na prescrição de medicamentos anti-infecciosos.

*Início de implementação: 15 dias*

19. A OM compromete-se a definir, em conjunto com o MS, as melhores práticas no sentido de contribuir ativamente para a melhoria de eficiência e eficácia dos serviços do SNS, incluindo a defesa das boas práticas que respeitem as capacidades económicas do Estado e dos Utentes, a condição clínica dos Doentes e o direito Constitucional dos cidadãos à Saúde..

*Início de implementação: imediato*

Miguel Guimarães  
Carlos Cortes,  
Jaime Mendes,  
José Manuel Silva

**Nota da redacção: na próxima edição da ROM faremos a devida cobertura relativa à greve dos passados dia 8 e 9 de Julho.**

# Quer ser revisor AMP?

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

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

As candidaturas deverão ser dirigidas a [secretariado@actamedicaportuguesa.com](mailto:secretariado@actamedicaportuguesa.com) e referir:

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



ACTA MÉDICA  
PORTUGUESA



PubMed





## “Pela nossa Saúde”

Divulgamos em seguida o comunicado da Ordem dos Médicos em que a instituição apelou aos doentes para não irem às consultas ou realizar exames complementares de diagnóstico nos dias 8 e 9 de Julho, para evitar despesas e perdas de tempo desnecessárias, devido à greve e instou a população a participar na concentração em frente ao Ministério da Saúde, “Pela nossa Saúde e em defesa do SNS. Porque a Saúde deve continuar a ser de todos!”

O SNS, que até aqui servia todos os portugueses com Qualidade, está a sofrer com as medidas de austeridade e a degradar-se muito mais do que outros sectores da governação, por mera opção política, pois este Governo impôs mais cortes à Saúde e aos Doentes do que aquilo a que foi forçado pela Troika.

Hoje, o Ministério já não pode continuar a esconder a dramática verdade do SNS, conforme demonstram as denúncias apresentadas nas conferências de imprensa da Ordem, as notícias transmitidas pela comunicação social, a violenta ameaça de demissão do Hospital de S. João, as denúncias de outros hospitais e o panorama terrível traçado pelo Observatório Português dos Sistema de Saúde, chamado “Síndrome da Negação”, porque o Ministério da Saúde esconde a verdade.

Os doentes sentem-no diaria-

mente, quando vão às urgências e aguardam horas, quando esperam pelas cirurgias e consultas, quando a limpeza falha, quando faltam medicamentos e material clínico nos hospitais, quando os aparelhos não são reparados, quando os médicos não podem pedir os exames de diagnóstico que acham necessários, quando não têm acesso aos novos medicamentos que os podiam curar, quando não têm dinheiro para pagar os transportes, etc., etc., etc. Em nome dos doentes, é um imperativo defender a Qualidade da Saúde em Portugal e o direito constitucional à Saúde. Um pergunta aos portugueses: sem o SNS que ainda vamos tendo, quando estiverem doentes, acham que os Seguros e as companhias seguradoras vão continuar a tratá-los?

A Ordem dos Médicos tem assumido um papel de Provedora dos Doentes e há meses que procura

negociar medidas que preservem a Qualidade da Saúde em Portugal, quase sem sucesso. A Portaria 82/2014, da Reforma Hospitalar, que o Ministério recusa revogar, ilustra a maior destruição do SNS desde a sua fundação e será extraordinariamente prejudicial aos doentes, sobretudo os do interior. Como os médicos defendem os doentes, o Ministério tem patrocinado uma intensa campanha contra a dignidade de todos os médicos, usando os casos de alguns, que devem ser exemplarmente punidos, com notícias repetidamente transmitidas na comunicação social. Como afirma que defende a transparência, fica uma pergunta directa ao Ministro da Saúde: quanto gasta mensalmente o Ministério da Saúde, e com quem, em assessorias e assessores de imagem e comunicação?

Infelizmente o diálogo com o Ministério da Saúde tem sido muito

retórico mas muito pouco consequente. Sobre isto, o Bastonário da Ordem dos Médicos, porque tem razão, está disponível para um debate público com o Ministro da Saúde sobre as razões do insucesso do processo de diálogo e sobre todas as medidas gravosas tomadas pelo Ministério da Saúde.

Quando o diálogo entrou em falha, a Ordem dos Médicos apresentou um memorando de preocupações em 13 capítulos e 56 pontos, que posteriormente reduziu para 25 pontos. Destes 25 pontos, apenas 1 deles está resolvido, com a garantia de que caiu a absurda proposta dos “gestores dos doentes”, e mais 4 pontos estão em fase de diálogo, aparentemente construtivo mas de resultado ainda completamente incerto.

Porque é que os médicos se mobilizam? Porque estão em causa a Qualidade do SNS e os direitos dos Doentes, porque, apesar de ter soluções, o Ministro continua a degradar o SNS e a não dar um Médico de Família a todos os portugueses, porque dificulta o acesso dos doentes a medicação inovadora, porque não contrata os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) essenciais ao bom funcionamento do SNS, porque não evita a emigração de especialistas médicos portugueses porque contrata médicos estrangeiros pelo dobro do custo dos médicos residentes em Portugal, porque não publica a Lei do Acto Médico, que permitira o combate ao exercício ilegal da medicina, porque quer profissionais sem as devidas qualificações a praticar actos médicos, com prejuízo dos doentes, porque continua a querer filtrar a informação através de um Código de Ética enviesado, para esconder a verdade do SNS (a Ordem vai apre-

sentar múltiplas propostas de alteração), porque não cuida da manutenção de edifícios e equipamentos, porque quer desconstruir a estrutura liderada pela Ordem dos Médicos que tem garantido a qualidade da formação dos especialistas portugueses, porque quer colocar os Médicos de Família, que já não têm tempo suficiente para os seus utentes, a exercer Medicina do Trabalho, recusando a revogação da Portaria 112/2014, porque impõe limites à continuação da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, porque se recusa a reescrever o DL 14/2014 com a letra e interpretação do Despacho 2156-B/2014, porque continua a efectuar concursos fechados, que são ilegais e dificultam a fixação de médicos no interior, porque continua a privilegiar as empresas intermédias de recrutamento de médicos (VMERs e urgências), porque há mais de um ano que não inicia a discussão dos novos Estatutos da Ordem, que aceleraria os processos disciplinares dentro da Ordem, etc., etc., etc.

Por todas estas razões, embora mantendo abertos todos os canais de diálogo, a Ordem dos Médicos, para além da manutenção das conferências de imprensa, irá dar sequência às medidas que já tinha anunciado, caso as negociações falhassem, nomeadamente: continuar a insistir junto de médicos e doentes para comunicarem todas as falhas do SNS à Ordem dos Médicos, apelar a todos os médicos que não aceitem negociar e renunciem a qualquer tipo de contratualização com o Ministério da Saúde de indicado-

res doentes e que prejudicam a humanização da medicina, suspender a colaboração de todos os médicos com o Ministério da Saúde, ACSS, ARS, DGS, Infarmed, Hospitais e ACES, bem como de quaisquer outros Grupos de Trabalho, e apoiar as duas formas de intervenção sindical imediata decididas pela FNAM. Este é apenas o início do processo.

Finalmente, a Ordem dos Médicos faz dois apelos:

1 - Tal como em 2012, apela-se aos doentes para não irem às consultas ou realizar exames complementares de diagnóstico aos Centros de Saúde e Hospitais, nos dias 8 e 9, para evitar despesas e perdas de tempo desnecessárias, devido à greve. Devem informar-se junto das respectivas instituições de Saúde.

2 - Apela-se à participação dos doentes e de toda a população na concentração do dia 8 de Julho, às 15.30, em frente ao Ministério da Saúde, “Pela nossa Saúde e em defesa do SNS”. Porque a Saúde deve continuar a ser de todos!

*Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos,*

1 de Julho de 2014

## OM corrige Ministério da Saúde quanto a Cuidados de Saúde Primários do Trabalho

Divulgamos em seguida o comunicado em que a Ordem dos Médicos corrige o Ministério da Saúde relativamente aos Cuidados de Saúde Primários do Trabalho e divulgamos a minuta de recusa para utilização dos especialistas em Medicina Geral e Familiar a qual também se encontra disponível para *download* em [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt).

Mais do que lamentável, é triste que o Ministério da Saúde tenha de se enredar em interpretações e mistificações para tentar justificar o injustificável e para procurar reescrever a verdade do que está escrito e que todos sabem ler. É que o que vai ficar para a história e para ser obrigatoriamente cumprido, é o que está escrito, não é mais uma “interpretação” do Ministério!

Na verdade, a Portaria 112/2014 obriga os Médicos de Família a fazer avaliação e prevenção de riscos profissionais, a fazer vigilância das condições de trabalho e a preencher fichas de aptidão para o trabalho, entre outras novas obrigações, que são claramente conteúdos funcionais da especialidade de Medicina do Trabalho.

Entre as várias ilegalidades desta Portaria salienta-se o facto da Lei 102/2009 explicitar no seu artº 110º que só o Médico do Trabalho pode preencher a ficha de aptidão do trabalhador, constituindo contraordenação grave a violação desta regra.

Também às Unidades de Saúde Pública são atribuídas obrigações que só poderiam ser assumidas se nas mesmas fosse integrado um especialista de Medicina do Tra-

balho, como a avaliação das condições de trabalho.

A própria Portaria, no seu artº 5º, impõe a necessidade de assegurar formação em Saúde do Trabalho aos Médicos de Família, reconhecendo explicitamente que estas novas competências não fazem parte do seu conteúdo funcional.

Representa ainda um maior desnorte que o Ministério queira impor a entrada em vigor da Portaria sem sequer procurar cumprir primeiro esta condição, que seria a de proporcionar a todos os Médicos de Família a tal formação essencial!

Para além do mais, esta Portaria viria agravar significativamente a carga de trabalho dos Médicos de Família, já completamente saturados de indicadores, problemas informáticos, inúmeras burocracias e listas de utentes excessivamente grandes. Além disto, o Ministério da Saúde ainda planeia obrigar proximamente os Médicos de Família a substituírem os especialistas de Medicina Física e Reabilitação!

Não foi levemente que os dois Sindicatos Médicos e a Ordem dos Médicos exigiram a revogação da Portaria 112/2014, pois esta Portaria, relativamente à qual nenhuma organização médica foi ouvida,

interfere inequivocamente com as competências de três especialidades médicas e é realmente inaplicável.

Ao contrário do que alguns querem fazer crer, com esta reiterada atitude impositiva para todos os Médicos de Família, o Ministério demonstra, mais uma vez, que não responde às legítimas exigências dos Médicos e que não procura o diálogo e o entendimento.

A Ordem dos Médicos reitera a exigência da revogação da Portaria 112/2014 e recorda que a OMS faz recomendações para todo o mundo, tendo em conta sobretudo os países menos desenvolvidos.

Finalmente, a Ordem dos Médicos repete que concorda com a prestação de Cuidados de Medicina do Trabalho nos CSP, mas desde que prestados por Médicos do Trabalho e insta o Ministério da Saúde a seguir esta via, assim cumprindo legalmente a Lei 102/2009.

Deve ser realçado que a Medicina do Trabalho é uma especialidade médica com Colégio próprio e com competências e conteúdos funcionais específicos e que é uma Carreira Médica definida nos DL 176 e 177/2009 (legislação das Carreiras Médicas).

Em face destas considerandos, a Ordem dos Médicos assume e renova o conselho a todos os Médicos de Família para que recusem a aplicação desta Portaria e que preencham e entreguem às hierarquias a minuta de recusa que a Ordem

elaborou e disponibiliza. Sobretudo, a Ordem dos Médicos apela a todos os Médicos de Família, de Saúde Pública e de Medicina do Trabalho que manifestem proximamente e de forma massiva a sua profunda indignação com esta in-

qualificável postura do Ministério da Saúde, que vem prejudicar os Cuidados de Saúde Primários e os Doentes/Utentes.

Ordem dos Médicos,  
23 de Junho de 2014

#### MINUTA DE RECUSA:

Ex.mo Senhor Director do ACES.....

Ex.mo Senhor Presidente do Conselho de Administração da ARS Norte IP

Ex.mo Senhor Ministro da Saúde

F....., Médico titular da cédula n.º .... Especialista em Medicina Geral e Familiar, vem expor a V.ªs Ex.:

1. Nos termos da Portaria 112/2014, de 23 de Maio (já em vigor) “os médicos com especialidade em medicina geral e familiar prestam os cuidados de saúde do trabalho” (cfr. artigo 4º n.º 3).
2. Sucede que o Signatário não possui conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitam, com **qualidade e segurança**, praticar actos do âmbito da Especialidade de Medicina do Trabalho que é, reitero-se, uma Especialidade Médica que não possui.
3. Assim, a imposição da obrigação da prática de actos próprios da Medicina do Trabalho, sem que o Signatário esteja habilitado para o efeito, poderá originar situações de responsabilidade jurídica, quer penal, quer disciplinar e deontológica, quer civil.
4. Nos termos do disposto no Código Deontológico da Ordem dos Médicos –Regulamento 14/2009, publicado no DR II Série n.º 8, de 13 de Janeiro –, “o médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga -se à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo sempre com correcção e delicadeza, no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde, conservar a vida e a sua qualidade, suavizar os sofrimentos, nomeadamente nos doentes sem esperança de cura ou em fase terminal, no pleno respeito pela dignidade do ser humano”.
5. Acresce ainda que, nos termos do n.º 1 do artigo 32.º do Código Deontológico, “o médico só deve tomar decisões ditadas pela ciência e pela sua consciência” e do n.º 1 do artigo 33º do mesmo Código “o médico deve exercer a sua profissão em condições que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e a especificidade da sua acção, não aceitando situações de interferência externa que lhe cerceiem a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de actuar em conformidade com as *leges artis*”.
6. Finalmente, nos termos do Artigo 34.º do Código Deontológico, “1 — O médico é responsável pelos seus actos e pelos praticados por profissionais sob a sua orientação, desde que estes não se afastem das suas instruções, nem excedam os limites da sua competência” sendo que, de acordo com o disposto no Artigo 36.º do mesmo Código, “1 — O médico não deve ultrapassar os limites das suas qualificações e competências. 2 — As especialidades, subespecialidades, competências e formações reconhecidas pela Ordem devem ser tidas em conta. 3 — Quando lhe pareça indicado, deve pedir a colaboração de outro médico ou indicar ao doente um colega que julgue mais qualificado (...) 5 — Excepto em situações de emergência em que não possa recorrer em tempo útil a colega competente, o médico não pode, em caso algum, praticar actos médicos para os quais reconheça não ser capaz ou não possuir a competência técnica e capacidade física e mentais exigíveis”.
7. Acresce ainda que, a aludida Portaria 112/2014 determina no seu artigo 5º que “é assegurada a formação em saúde do trabalho aos médicos e respectivas equipas que prestam cuidados de saúde primários do trabalho, no âmbito da presente portaria”.
8. Sucede que, **tal formação não foi assegurada** pelo que, até por esta via, um dos pressupostos do qual depende a aplicação do regime jurídico da Portaria 112/2014 se encontra por cumprir.
9. Sem prescindir, a Portaria 112/2014 está ferida de ilegalidade, porquanto nos termos do disposto no artigo 112º n.º 7 da Constituição da República Portuguesa, revestindo aquela carácter regulamentar devem obediência à lei que regulamenta e à qual se subordina.
10. Assim, do ponto de vista da hierarquia dos actos normativos é inaceitável que, pretendendo a Portaria 112/2014 regulamentar o artigo 76º da Lei 102/2009, de 10 de Setembro (redacção actual), viole o disposto no artigo 103º da mesma lei que determina que o **Médico do trabalho é o licenciado em Medicina com especialidade de Medicina do Trabalho reconhecida pela Ordem dos Médicos**.
11. A ofensa ao conteúdo da Lei 102/2009 fere, como ficou dito, a Portaria 112/2014 de ilegalidade.
12. Deste modo, **não pode o Signatário, à luz do que vem de ser dito, ser obrigado ao cumprimento do disposto na Portaria 112/2014, até porque a prática de qualquer acto ou omissão em violação das *leges artis* poderá implicar a prática de crime de ofensa à integridade física do doente**.
13. Assim, quer os termos do disposto no **artigo 21º da Constituição da República Portuguesa, quer nos termos do disposto no artigo 271º da mesma lei fundamental** o Signatário expressamente:
  - a. Apresenta a presente reclamação
  - b. Informa que, podendo implicar o cumprimento da referida Portaria, a prática de um crime, se recusa à prática de qualquer acto médico que extravase o âmbito das suas competências técnicas;
  - c. Expressamente invoca o Artigo 38º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos que lhe confere o **direito de objecção** técnica, apresentando a presente “recusa de subordinação a ordens técnicas oriundas de hierarquias institucionais, legal ou contratualmente estabelecidas, ou a normas de orientação adoptadas institucionalmente” em virtude de “se sentir constrangido a praticar ou deixar de praticar actos médicos, contra a sua opinião técnica”......, ... de ... de 2014  
O Médico, \_\_\_\_\_  
CC: Ordem dos Médicos

## Corpo Clínico de Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Divulgamos em seguida o parecer da Direcção do Colégio de Anestesiologia, respeitante ao corpo clínico de Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

Tendo em consideração que:

1. A cirurgia em regime de ambulatório, é um modelo cirúrgico centrado no doente, desenvolvida sob uma organização que exige requisitos especiais e por uma equipa multiprofissional vocacionada para o efeito, como é salientado no Relatório elaborado pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória (CNADCA), em Outubro de 2008.
2. Da coesão e espírito de equipa resultará o melhor resultado possível para o doente, com a possibilidade de alta para o domicílio ao fim de algumas horas de recuperação pós-operatória, sendo fundamental que para essa alta cirurgião e anestesista percebam a importância e estejam sensíveis para a execução de uma técnica perfeita, com atenção ao detalhe, que passará para o cirurgião pela cuidadosa manipulação dos tecidos, a menor agressão cirúrgica possível, uma excelente hemóstase, e para o anestesista uma técnica anestésica segura que permita uma alta precoce, num doente confortável, capaz de deambular sem apoio (com excepção daqueles operados aos

membros inferiores que poderão ter alguma limitação), sem dor, náuseas e vómitos ou outra complicação mesmo *minor*.

3. As vantagens inerentes a este modelo cirúrgico que passa por um elevado *turn-over*, num ambiente de elevada eficácia e eficiência, só conseguem ser maximizadas se forem criadas rotinas, que dependem da implementação de normas de orientação clínica, e da fixação de equipas multidisciplinares (mesmo anestesista que trabalha com os mesmos cirurgiões no mesmo dia da semana, mesmo que só o faça uma vez por semana) que permitem uma melhor interacção dos pares e uma melhor prestação de cuidados ao doente.

4. Os procedimentos cirúrgicos realizados em regime de ambulatório são aqueles que evidenciam mais rapidamente à sociedade eventuais erros cometidos ao longo do processo, pelo que se preconiza que as equipas sejam constituídas pela elite dos profissionais, aqueles com maior experiência, destreza e responsabilidade (ver relatório da CNADCA).

Acresce uma referência especial

à prática de anestesia pediátrica, independentemente do regime cirúrgico utilizado e que se encontra devidamente regulamentado por parecer aprovado pelo Colégio de Anestesiologia e homologado pelo Conselho Nacional Executivo (CNE) da Ordem dos Médicos (OM) em 24 de Fevereiro de 2012 sob o título de “Anestesia Pediátrica – Recomendações” que pode ser consultado no site oficial da OM na página do Colégio de Anestesiologia, em Comunicados /Resoluções / Pareceres, e que naturalmente deve ser aplicado pelo Serviço de Anestesiologia.

(<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&top=ab817c9349cf9c4f6877e1894a1faa00&id=046ddf96c233a273fd390c3d0b1a9aa4>)

Assim, e em resumo, somos do parecer que deve haver um respeito mútuo entre os responsáveis pelos diferentes serviços (Coordenador da UCA, Directores de Serviços Cirúrgicos e de Anestesiologia) que devem comungar do objectivo comum da obtenção dos melhores resultados possíveis no melhor interesse dos doentes e da Instituição,



através da selecção dos profissionais mais capazes, mais interessados e com maior experiência, alargando o grupo de forma crescente, mas integrada, aos restantes elementos do Serviço que se mostrarem interessados em participar, sobretudo com o espírito de criar equipas solidárias multidisciplinares e multiprofissionais.

Existe um pouco a noção de que os requisitos atrás explanados para a anestesia e cirurgia em regime de ambulatório, e que não são definidos por decreto ou estabelecidos através de critérios facilmente objectiváveis, não pa-

recem estar ao alcance de todos os profissionais, pelo que compete aos seus dirigentes seleccionar com bom senso e elevado sentido de responsabilidade, aqueles que forem capazes de objectivamente atingir os resultados de excelência que todos almejamos para este tipo de programas.

Por tudo aquilo que aqui foi exposto recomenda-se que a integração de anestesiológicos sem experiência em anestesia para cirurgia em regime de ambulatório se faça de forma faseada e integrada, nunca na área pediátrica se não tiverem os requisitos definidos pelo Colégio de Anes-

tesiológica e homologados pelo CNE, de maneira a não pôr em causa a qualidade organizacional da UCA.

Alerta-se por último que a dificuldade de implementar e estruturar um programa organizacional deste tipo que tanto tempo leva a gerar confiança nos pares, na Administração, nos doentes e na população em geral, pode ser facilmente destruído por simples falhas humanas, mesmo que pontuais pondo em causa dum momento para o outro o trabalho desenvolvido durante anos por profissionais dedicados.



**Concurso de fotografia digital da OM 2014**

Divulgámos no site nacional ([www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)) o regulamento do concurso de fotografia digital da Ordem dos Médicos 2014. Este concurso, organizado pelo Distrito Médico de Setúbal, tem por objectivos fomentar, reconhecer, premiar e difundir a criatividade dos médicos apaixonados pela fotografia enquanto modo de expressão artística e é aberto a todos os inscritos na OM. O tema é livre e cada participante pode apresentar a concurso até 3 trabalhos, os quais devem ser enviados por correio electrónico até ao final do dia 30 de Setembro de 2014. A informação completa sobre as regras deve ser lida no site (para mais fácil localização pode ser usada a pesquisa que se encontra do lado direito da homepage e onde bastará escrever uma palavra chave como por exemplo "fotografia" ou "regulamento") onde se encontram também as indicações quanto à forma de envio dos trabalhos (endereço de email), constituição do júri, prémios, exposição final, etc.



## Incentivos à fixação de médicos nos Açores

Com o Decreto Regulamentar Regional n.º 5/2014/A pretendeu-se aperfeiçoar o regime dos incentivos à fixação de médicos na Região Autónoma dos Açores. Divulgamos em seguida os incentivos em vigor e as vagas que foram abertas em 2014.

A actual situação de recursos humanos existente nas várias especialidades médicas e a carência que afecta as unidades de saúde da Região Autónoma dos Açores levou a tutela a repensar o regime dos incentivos atribuídos na Região, por forma a captar e fixar médicos de forma permanente e, assim, assegurar a manutenção dos cuidados de saúde a todos os cidadãos.

Os incentivos a conceder incluem:

- No primeiro ano - acréscimo ao vencimento bruto mensal no valor de 1.500,00 € (mil e quinhentos euros);

- No segundo ano - acréscimo ao vencimento bruto mensal no valor de 750 € (setecentos e cinquenta euros);

- No terceiro ano - acréscimo ao vencimento bruto mensal no valor de 500 € (quinhentos euros).

Existe ainda a possibilidade de apoios adicionais que incluem, no caso de médicos deslocados do exterior da Região, transporte via aérea para o médico e respectivo agregado familiar para o novo local de trabalho; transpor-

te de bagagem, via marítima, até ao limite de 10 m<sup>3</sup>, para o agregado familiar; transporte de uma viatura automóvel, desde que o respectivo transporte se processe nos 60 dias imediatos ao início de funções na Região.

A aferição e fixação das especialidades médicas particularmente carenciadas, é estabelecida, anualmente, de acordo com as necessidades manifestadas pelas Unidades de Saúde da Região e para 2014 foram abertas as seguintes vagas: 3 para Anestesiologia, 4 para Ginecologia/Obstetrícia, 1 para Imagiologia, 1 para Anatomia Patológica, 2 para Cardiologia, 1 para Medicina Intensiva, 1 para Nefrologia, 1 para Oncologia, 2 para Urologia, 1 para Patologia Clínica, 1 para Cirurgia Geral, 1 para Imuno-hemoterapia, 1 para Medicina Interna, 1 para Medicina Física e Reabilitação, 1 para Ortopedia, 13 para Medicina Geral e Familiar e 8 para Saúde Pública.

A atribuição destas condições especiais depende da assumpção do compromisso por parte do médico de prestar serviço no

local onde foi admitido, pelo período de cinco anos e o seu não cumprimento acarreta, naturalmente, sanções de ordem pecuniária.

Os diplomas legais relativos a estes incentivos podem ser consultados no site nacional, bastando para tal usar a pesquisa por recurso a palavras chave (Açores, incentivos, fixação...)

Nota da redacção: em Junho o bastonário da Ordem dos Médicos visitou a Região Autónoma dos Açores onde ficou ao corrente de diversas dificuldades que os colegas enfrentam, sendo a falta de recursos humanos uma das que merece maior atenção, a par de alguma desestruturação das equipas, nomeadamente nos cuidados de saúde primários. Na próxima edição da ROM iremos publicar a reportagem referente a essa visita.

# Renovação da Cédula Profissional

Caros Colegas

Como temos vindo a afirmar, a utilização crescente que a classe médica faz de meios informáticos e de documentos em formato electrónico e a tendência para a completa desmaterialização dos actos e processos clínicos (receituário, exames, etc.) criam a necessidade de uma ferramenta que traga a maior segurança a estes processos.

É por este motivo que a Direcção da Ordem dos Médicos (OM) quer dotar os profissionais com uma **nova cédula profissional** que lhes permita aceder à **nova tecnologia** com a **maior segurança** possível.

Esta nova cédula profissional pode incluir até um máximo de 3 funcionalidades:

1. Identificação Profissional (Cédula Profissional)
2. Assinatura Digital Qualificada (Opcional)
3. Cartão Bancário com características próprias (Opcional)

A fim de poder permitir aos médicos utilizar a Assinatura Digital Qualificada, a nova Cédula inclui um chip que possibilita a incorporação de um Certificado Digital Qualificado. Este possibilitará a prescrição de actos médicos com toda a segurança (como reconhecido pelo Gabinete Nacional de Segurança) nomeadamente: a prescrição electrónica de medicamentos, meios complementares de diagnóstico e certificados de óbito.

Visando dotar todos os Médicos com os melhores instrumentos, relembramos que **o portal de agendamento se encontra disponível no site da OM**, (<https://www.cartaoordemosmedicos.com>) podendo a renovação ser agendada segundo a preferência e disponibilidade de cada um. **O processo de renovação é cómodo e célere.**

Assim, mais uma vez convidamos todos os Colegas a agendar a renovação da sua cédula profissional.



Lisboa, Maio de 2014

José Manuel Silva  
Bastonário da Ordem dos Médicos

---

## Constituição das equipas cirúrgicas ou equiparáveis

O Conselho Nacional Executivo, reunido a 28 de Fevereiro de 2014, analisou os pareceres e recomendações existentes sobre a composição de equipas cirúrgicas tendo decidido reafirmar os princípios anteriormente aprovados e que se republicaram sob a forma de orientações para a constituição das equipas por actos cirúrgicos ou equiparados no site nacional da OM.

---

A realização de qualquer acto médico pressupõe uma plataforma técnica com vectores material e humano adequados. Tal apetrechamento material e humano pode variar entre um nível optimizado e um nível mínimo exigível. Este princípio geral aplica-se, por maioria de razão, à execução de actos cirúrgicos, para os quais é indispensável a existência de um responsável, que saiba possuir as necessárias aptidões e esteja disponível para o demonstrar, nomeadamente, através da posse dos títulos reconhecidos pela Ordem dos Médicos. O nível mínimo exigível depende das circunstâncias envolvidas do caso, sendo certo que, em situações de comprovada emergência, e se tal se mostrar, em absoluto, necessário à salvaguarda da vida e saúde do doente, pode o médico actuar abaixo do nível mínimo necessário para situações programadas. Reflecte-se com esta doutrina o estabelecido no artigo

7º do Código Deontológico que prevê que "o médico deve, em qualquer lugar ou circunstância, prestar tratamento de urgência a pessoas que se encontrem em perigo imediato, independentemente da sua função específica ou da sua formação especializada". O mesmo princípio decorre do ordenamento penal, genericamente previsto como crime de omissão de auxílio.

No caso de actos cirúrgicos programados, e não estando em causa situações de emergência, é dever dos médicos cumprir o disposto no artigo 31 nº1 do Código Deontológico que estabelece como princípio geral que "o médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se por esse facto à prestação dos melhores cuidados de saúde ao seu alcance...". Este dever de optimização da qualidade do exercício profissional implica que, em quaisquer actos médicos e, particularmente, nos actos cirúrgicos em

que a vida ou uma importante função possam estar em risco a equipa mínima a estar presente/disponível no bloco operatório seja constituída por um cirurgião autonomamente competente na execução da técnica e por, pelo menos, um ajudante, médico, com a diferenciação suficiente para, no caso de surgirem circunstâncias imponderáveis e não previsíveis, poder suprir a indisponibilidade do cirurgião responsável, em condições técnicas minimamente aceitáveis. Acresce que a elevada diferenciação técnica que hoje caracteriza e é exigida para a prática de actos médicos, e sobretudo para aqueles com maior risco de morbilidade e mortalidade, acarreta um inevitável acréscimo de responsabilidade colegial e colectiva das equipas médicas, sem reduzir ou iludir a responsabilidade individual de cada médico. Poder-se-á, ainda, aduzir, em reforço da doutrina agora exposta, que ao responsável da equipa ci-

rúrgica se aplicam os princípios previstos no artigo 3º do Código Deontológico, segundo o qual, o médico, no exercício da sua profissão é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus actos, e no artigo 33 nº 1 do mesmo Código que prevê que "o médico deve procurar exercer a sua profissão em condições que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e a especificidade da sua acção...". É importante considerar que, em qualquer caso, a equipa consti-

tuida tem de assegurar ao doente a conclusão do acto cirúrgico encetado. Podendo sobrevir ao cirurgião qualquer circunstância fortuita, mesmo de saúde, que o impeça de atender a uma complicação eventualmente surgida ou terminar a cirurgia começada, é imprescindível garantir a disponibilidade de um médico capaz de ajudar ou empreender as manobras necessárias à salvaguarda do doente, o que, visto tratar-se de uma situação anómala e excepcional, não colide

com a norma genérica do Código Deontológico que impede o médico de ultrapassar as suas qualificações e competências artigo 36º. (...)

Nota da redacção: A informação completa encontra-se disponível em [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt) e poderá ser facilmente encontrada usando a pesquisa disponível do lado direito da homepage (por recurso a qualquer palavra chave como 'orientações', 'equipas', 'actos cirúrgicos').

## Admissão à competência em Codificação Clínica e Acupunctura Médica

Está a decorrer o período de admissão por consenso à competência em Codificação Clínica. Os interessados devem apresentar a sua candidatura até 30 de Dezembro de 2014 junto da sua Secção Regional. Foram publicados no site nacional da OM os critérios, condições e documentos necessários para a concretização dessas candidaturas, bem como a grelha de análise curricular para orientação interna do júri, modelo de requerimento, check-list, etc.

Relembra-se igualmente que a Comissão Técnica da competência em Acupunctura Médica definiu os respectivos critérios de admissão os quais foram igualmente publicados no portal da OM. Os critérios incluem a conclusão com aproveitamento de um Curso de Formação Pós-Graduada em Acupunctura reconhecido pela Ordem dos Médicos, sendo desejável que todos os médicos com essa formação requeiram o reconhecimento da sua Competência Médica em Acupunctura. Toda a informação necessária está disponível na área desta Competência em [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt).



## Norte em defesa do SNS

Na sequência do comunicado de imprensa divulgado no dia 19 de Junho de 2014 pelo Conselho de Administração do CHSJ revelando que a qualidade na prestação de cuidados de saúde à população pode estar em risco, devido à política de saúde que tem sido implementada nos últimos anos, o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos emitiu dois comunicados congratulando-se pelo facto de um grupo de profissionais ter assumido uma posição clara na defesa da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes e manifestando a sua solidariedade pela posição assumida por todos os serviços clínicos e não clínicos do CHSJ.

O comunicado de imprensa divulgado no dia 19 de Junho de 2014 pelo Conselho de Administração do CHSJ revelando que a qualidade na prestação de cuidados de saúde à população pode estar em risco, devido à política de saúde que tem sido implementada nos últimos anos, merece da parte do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRN) os seguintes comentários:

1. O CRN congratula-se pelo facto de um grupo de profissionais ter assumido uma posição clara e unânime na defesa da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes;
2. Salienta a circunstância de, na defesa do interesse público e não da instituição, o mesmo grupo de profissionais não ter adoptado a 'Lei da Rolha' que o Ministro da Saúde quer impor na Saúde. Em primeiro lugar os Doentes e depois a instituição;
3. O CRN manifesta publicamente a sua total solidariedade pela posição assumida por todos os serviços clínicos e não clínicos

do CHSJ. Em particular, saúda vivamente todos os médicos, que, no cumprimento do seu Código Deontológico, têm o dever de denunciar à Ordem dos Médicos as irregularidades, deficiências e insuficiências que possam colocar em risco a saúde dos doentes e dos médicos;

4. O CRN aguarda que rapidamente lhe sejam comunicadas todas as situações que possam pôr em risco a qualidade da prestação de cuidados de saúde à população, salientando que esta é uma obrigação ética, moral e cívica de todos os médicos;

5. O CRN, na defesa dos princípios constitucionais que devem reger o país, reclama do poder político equidade no acesso aos cuidados de saúde para todos os portugueses, equidade no financiamento, respeito pelas necessidades de recursos humanos, e um plano de reforma hospitalar que respeite as necessidades da população e possibilite o desenvolvimento do plano estratégico de cada hospital de acordo com

os princípios da transparência, da concorrência pela qualidade e da medicina de proximidade;

6. Finalmente, renovamos as nossas convicções de que é essencial romper com a visão de curto prazo. A visão da sustentabilidade 'atrapalhada e cega' a qualquer custo. A visão da diminuição imediata da despesa sem qualquer preocupação pelos danos colaterais. A visão que centra a Saúde nas finanças e não nos doentes. A visão que não respeita a dignidade das pessoas e limita a sua liberdade de expressão. A visão que não distingue o essencial do acessório. A visão que nos pode conduzir a um caminho sem retorno. Portugal já acumulou três anos de atraso e retrocesso na modernização e desenvolvimento do seu SNS. Basta! Temos que saber encontrar nas nossas diferenças o caminho que nos une. Um exemplo a seguir.

Porto, 20 de Junho de 2014

O Conselho Regional  
do Norte da OM

## *Centro Hospitalar de São João*

### Um exemplo a seguir em defesa do SNS

Em face do comunicado emitido pelo Conselho de Administração do CHSJ, em 21 de Junho, dando conta que as lideranças intermédias tinham avaliado favoravelmente as soluções propostas pela tutela, aguardando a concretização das mesmas até ao dia 15 de Julho, o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos reforça publicamente os seguintes pontos:

1. Embora tendo já recebido algumas denúncias sobre situações de deficiência, insuficiência ou irregularidade, que podem colocar em risco a saúde dos doentes e ou dos médicos, o CRN continua a aguardar que lhe sejam comunicadas todas as situações que possam pôr em risco a qualidade da prestação de cuidados de saúde à população, salientando que esta é uma obrigação ética, deontológica, moral e cívica de todos os médicos;
2. O CRN sublinha o facto de o Primeiro-Ministro de Portugal reconhecer explicitamente, na Assembleia da República, que os profissionais de saúde do CHSJ têm razão, ou seja, reconhecer que a Saúde em Portugal não está no bom caminho;
3. O Ministério da Saúde, através do seu Secretário de Estado, terá aceite as condições reclamadas pelo Conselho de Administração do CHSJ. Ou seja, o Ministério da Saúde vem reconhecer o que já todos sabemos há muito tempo: os cuidados de saúde estão a degradar-se rapidamente e de forma irreversível, se a actual política de saúde se mantiver;
4. Nos últimos anos, o CHSJ tem sido reiteradamente considerado um hospital de referência no panorama nacional, quer ao nível da gestão quer ao nível do desempenho. Se o CHSJ vem publicamente reconhecer a existência de problemas potencialmente graves que podem colocar em risco a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes, o que estará a acontecer nos outros hospitais portugueses não deverá ser muito diferente. Provavelmente poderá até ser pior;
5. O grupo de profissionais do CHSJ apontou um caminho para tentar resolver uma situação que começava a ser insuportável. E aparentemente vai ter sucesso. Um exemplo que deve ser seguido por todos aqueles hospitais que possam estar nas mesmas condições do CHSJ;
6. Finalmente, não podemos deixar de reiterar a urgência em quebrar com o ciclo vicioso e precário que está a bloquear a Saúde em Portugal. Definitivamente, a Saúde necessita de uma nova agenda política, que reforme o sistema privilegiando a qualidade dos cuidados e colocando o cidadão no centro das prioridades.

Porto, 23 de Junho de 2014

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos



## Conferência de imprensa do Conselho Regional do Centro Presidente da SRC denuncia graves problemas do CH do Baixo Vouga

Desmantelamento da consulta de Hematologia e consequente armazenamento de novos pedidos de consulta para doentes portadores de patologias hematológicas, algumas das quais do foro oncológico, durante quase um ano, escalas sistematicamente incompletas do Serviço de Urgência (SU) da responsabilidade de empresas de recrutamento de médicos, médicos internos a serem escalados, algumas vezes, em lugares que deveriam ser ocupados por médicos especialistas, desmantelamento da consulta de Diabetologia da Medicina Interna, com atrasos de meses na marcação de consultas e óbvio prejuízo para os doentes, desmantelamento do serviço de Cirurgia do Ambulatório do Hospital de Estarreja e falta de condições dessa mesma consulta no Hospital de Águeda, bem como perda de idoneidades formativas em vários serviços do Centro Hospitalar. O CHBV está há 2 anos sem coordenador de doação de órgãos.

Estes foram alguns dos graves problemas elencados, no dia 12 de Junho, pelo Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, na primeira de várias conferências de imprensa que terão lugar, semanalmente, nas diversas Secções Regionais da Ordem dos Médicos e que visam denunciar as deficiências dos serviços de saúde do país. Sobre os problemas detectados no Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), realizaram-se, em Aveiro, duas Reuniões Gerais de Médicos, nos passados meses de Abril e Maio, nas quais se concluiu que “a actual gestão do CHBV está a prejudicar gravemente a organização dos cuidados de saúde prestados nos hospitais de Aveiro, Águeda

e Estarreja, podendo colocar em causa o atendimento e o correcto tratamento dos doentes”, afirmou Carlos Cortes. E acrescentou: “a formação médica tem perdido qualidade, correndo o risco de vir a perder a maioria das suas valências nessa área”, assegurou aos jornalistas Carlos Cortes.

Além dos problemas anteriormente referidos, os médicos do CHBV têm também “relatado uma notória falta de diálogo do Conselho de Administração, com atitudes persecutórias, como exonerações pela intransigência de responsáveis de serviços ou unidades e deslocações incompreensíveis de profissionais entre unidades hospitalares”.

A realização destas conferências de imprensa foi uma das medidas

resultantes do Memorando de Exigências apresentado pela Ordem dos Médicos na primeira semana de Junho, que decidiu tornar públicas as denúncias de insuficiências e deficiências assinaladas nas unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde e que, por várias vezes, já foram reportadas às entidades competentes. Assim, os representantes dos médicos pretendem fazer “eco dos vários problemas detectados pelos profissionais de saúde no seu local de trabalho, apelando ao Ministério da Saúde, à Administração Regional de Saúde do Centro e à Inspeção-Geral das Actividades em Saúde para averiguarem e resolverem essas graves situações”, concluiu Carlos Cortes.



## Conferência de Imprensa do Conselho Regional do Norte

# Bragança tem saúde no vermelho

Na primeira conferência de imprensa agendada pelo Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos para denunciar as insuficiências do Serviço Nacional de Saúde, o distrito de Bragança foi colocado na agenda mediática. O facto de o serviço de urgência médico-cirúrgica do Hospital de Mirandela (USF Nordeste) estar, na prática, a operar como unidade básica, foi a exposição mais grave, mas outras situações, como o subfinanciamento e a falta de médicos também mereceram destaque.

Na teoria, o serviço de urgência do Hospital de Mirandela é médico-cirúrgico (UMC). Na prática, pelo facto de não dispor de dois cirurgiões gerais e de uma equipa de anestesia 24 horas por dia, funciona como urgência básica. Acresce a esta realidade, que a taxa moderadora cobrada aos utentes corresponde ao valor estipulado numa UMC: 18,05 euros [a taxa numa urgência básica é 15,47 euros]. Para o presidente do CRNOM, trata-se de “um erro grave, uma deficiência que urge rapidamente corrigir”. “As soluções são dotar o hospital com os meios suficientes para, de facto, poder ter uma UMC, ou desclassificar a urgência para básica. Penso que primeira faria mais sentido”, alertou.

Esta foi uma das denúncias que



marcaram a conferência de imprensa do CRNOM, realizada a 16 de Junho. A apresentação pública surgiu na sequência do compromisso inscrito no Me-

morando de Exigências de expor à comunicação social um conjunto de insuficiências no Serviço Nacional de Saúde em cada uma das regiões do país. O CRNOM de aproveitou a oportunidade para tornar público o relatório da visita efectuada ao distrito de Bragança, onde constam constrangimentos graves à organização dos serviços e à actividade assistencial na área de referência da ULS Nordeste. Além da urgência de Mirandela, Miguel Guimarães lembrou que os doentes são obrigados a percorrer longas distâncias sem direito a transporte hospitalar participado. “Pessoas carenciadas ficam a 30, 60 ou mais quilómetros casa e não têm como regressar. Uma viagem de regresso pode custar 150 euros de táxi”, exemplificou o dirigente.

A falta de profissionais é outra das carências graves da região. Especialidades como a Neurologia, Ginecologia/Obstetrícia e a Nefrologia são deficitárias, tendo Miguel Guimarães dando o exemplo de que “existe apenas uma nefrologista para todo o distrito”. Acresce o problema estrutural do subfinanciamento, dado que a capitação atribuída à ULS Nordeste é “significativamente menor” do que a atribuída a outras regiões. Miguel Guimarães recordou, a propósito que aquela unidade recebe “menos 104 euros do que a ULS Norte Alentejano”, apesar de cobrir mais 912 quilómetros quadrados de território. “Bragança deve ser uma região acarinhada”, defendeu.

#### **Médicos “inadaptados”**

O presidente do CRNOM aproveitou a conferência de imprensa para desmentir a notícia divulgada pelo Correio da Manhã, que apontava para a existência de 3000 médicos com certidões de inadaptação informática. Estas declarações são emitidas pela Ordem aos profissionais que, comprovadamente, não estão habilitados a recorrer às plataformas de prescrição eletrónicas. De acordo com Miguel Guimarães, o número apontado pelo jornal não pode corresponder à verdade, uma vez que, anunciou, “foram emitidas e validadas 81 declarações de inadaptação” na SRNOM desde que a legislação entrou em vigor. Destes médicos, “83% têm mais de 65 anos”.

#### **Internos esperam concursos**

Uma das denúncias mais relevantes apresentadas pelo CRNOM nesta conferência de imprensa foi o atraso na concretização do processo de recrutamento previsto pelo Despacho nº 7007-A/2014. Este documento, publicado a 27 de Maio, abria um conjunto de vagas significativo para a especialidade de Medicina Geral e Familiar, mas a sua materialização estava dependente das Administrações Regionais de Saúde (ARS) que não deram diferimento no prazo máximo de cinco dias +uteis que estava previsto. “O prazo terminou no dia 4 de junho e nenhuma ARS publicou as vagas e os membros dos júris”, acentuou Miguel Guimarães, recordando que, neste momento, estão 83 médicos recém-especialistas em MGF à espera de colocação.

## Declaração do CEOM sobre telemedicina

O Conselho Europeu das Ordens dos Médicos emitiu uma Declaração sobre Telemedicina no dia 13 de Junho de 2014 na qual se alerta para a necessidade de, com a prática de telemedicina, não se contribuir para a desumanização da relação médico/doente.

1. A Declaração do CEOM Conselho Europeu das Ordens dos Médicos sobre Telemedicina foi formalmente adoptada no dia 13 de Junho de 2014 durante a reunião plenária que aconteceu em Bari, Itália.
2. Os países subscritores alertam, nessa declaração, para a necessidade de, com a prática de telemedicina, não se contribuir para a desumanização da relação médico/doente bem como para a manutenção, no contexto da telemedicina, do dever de respeito para com os códigos deontológicos. O CEOM sublinha que a utilização de tecnologias de informação e da comunicação no exercício da telemedicina não obriga a quaisquer disposições específicas nos códigos deontológicos dos médicos, nos Estados membros, nem na Carta europeia de Ética médica pois os princípios éticos e deontológicos em vigor aplicação, naturalmente, a essa prática da medicina.
3. Na declaração o CEOM recorda ainda que os direitos dos doentes, assim como os deveres dos médicos, se impõem de igual forma na telemedicina.
4. Apesar de não ser necessária qualquer alteração em termos de códigos deontológicos ou éticos, o CEOM considera que são necessários quadros jurídicos nacionais e uma coordenação de nível europeu para enquadramento desta prática médica.
5. O texto completo da declaração pode ser lido em [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt), na área dedicada ao internacional, em “destaques”.



## Conferência de Imprensa do Conselho Regional do Sul Verão no Algarve: risco de ruptura nos cuidados de saúde

No seguimento da decisão da Ordem dos Médicos e do apelo que fez através do memorando para que todos os colegas, todas as Distritais Médicas, todos os Colégios de Especialidade que denunciem à OM em cada Secção Regional as situações de deficiência ou insuficiência que possam pôr em risco a saúde dos doentes, o Conselho Regional do Sul denunciou no dia 24 de Junho, em conferência de imprensa especificamente convocada para o efeito, as insuficiências/deficiências das unidades de Saúde da região algarvia. Publicamos em seguida o texto distribuído durante essa conferência.

Este nosso encontro é o primeiro passo no compromisso de apoiarmos todos os médicos que queiram denunciar situações nos seus serviços ou unidades. Prometemos que o faríamos e, enquanto o Ministério da Saúde não recuar definitivamente na sua intenção de produzir uma lei da rolha que designa como código de ética ou na Portaria n.º 82/2014 da famigerada reforma hospitalar, tomaremos esta atitude as vezes que forem necessárias.

Estamos a viver um período dramático de subfinanciamento do SNS, de défice de recursos e de perigosas decisões para os doentes e não podemos calar-nos sob pena de sermos coniventes. Somos médicos, assumimos as nossas responsabilidades em defesa dos doentes.

De resto, a Ordem dos Médicos começou já por aprovar e distribuir a todos os médicos um formulário

para denúncias e um endereço de *email* para que os nossos colegas o possam fazer de forma mais recatada e sem exposição pública.

No Algarve aproximam-se os dias de Verão, altura em que a população triplica, circunstância sazonal a que os serviços de saúde precisam de dar resposta.

Ora, se nesta região, sobretudo no plano hospitalar, os problemas têm sido recorrentes e cada vez mais graves ao longo do ano, com falta de recursos humanos, nomeadamente médicos, mas também de equipamentos e terapêuticas, com a chegada do Verão é previsível um forte agravamento dos problemas e da escassez das soluções.

Neste momento é possível referenciar um vasto conjunto de situações que prejudicarão drasticamente, e ainda mais do que o que acontece neste momento, a qualidade dos cuidados de saúde prestados na região. Estão connos-

co o presidente do Conselho Distrital do Algarve da Ordem dos Médicos, Dr. Ulisses Brito – médico no Hospital de Faro –, e outro dos nossos dirigentes na região, o Dr. Pedro Quaresma, cirurgião no Hospital de Portimão.

Eles relatarão aqui de viva voz o que se passa, desde as falhas na rede de serviços de urgência básica (a que um número elevado de turistas terá necessidade de recorrer) até à falta de médicos de família e às falhas de especialidades tão importantes como a Anestesiologia, Dermatologia, Ortopedia, etc.

Estarão daqui a pouco à vossa disposição para falar da situação real, dos problemas que surgem no dia-a-dia, das preocupações com os doentes e dos elevados riscos de se dar uma ruptura neste Verão.

Mas a situação no Algarve é apenas uma parte do cenário que percorre o país, onde o bloqueio do

funcionamento de um grande hospital está suspenso por dias, no limite do tolerável para as direcções de serviço que deram um prazo ao governo para satisfazer condições mínimas de trabalho.

Tem havido um crescente estrangulamento do funcionamento dos serviços hospitalares, a que não é alheia a Portaria n.º 20/2014 de 29 de Janeiro, que reduziu o financiamento aos hospitais, com sibilinas decisões que reduzem o pagamento aos hospitais, particularmente nas áreas de internamento.

Têm na vossa posse os resultados de uma breve reflexão sobre as decisões de redução de financiamento que a Portaria traduz e que podem consultar para verificarem, o que significa.

Mas não só nos cuidados hospitalares a situação se agravou, também os Cuidados de Saúde Primários estão a ser descurados, quer no Algarve, onde terão daqui a pouco um quadro negro da organização nomeadamente dos serviços de urgência básica, quer no país todo. Aos médicos de família

são pedidos actos para os quais não têm formação específica nem tempo.

Por outro lado, o programa de criação de USF está praticamente parado e exige-se agora um prazo máximo para os centros de saúde verem os seus utentes sob pena de sanções graves.

O SNS não suportará, em condições mínimas de qualidade, muito mais tempo estas políticas e tudo faremos para enfrentar o Ministério até ser possível inverter esta prática dolosa.

## SUB de Loulé sem médicos

Apesar da conferência de imprensa de dia 24 de Junho a alertar para a gravidade da situação, a saúde no Algarve continuou a degradar-se. Consequentemente, no dia 2 de Julho o Conselho Regional do Sul da OM emitiu um comunicado a denunciar os problemas que se verificam na SUB de Loulé .

Apesar do alerta lançado pelo Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos em conferência de imprensa, a situação nos cuidados de saúde do Algarve agrava-se, contrariando as declarações dos responsáveis pela saúde na região, designadamente o presidente da ARS Algarve e o presidente do Centro hospitalar do Algarve.

Ontem, o Serviço de Urgência Básica (SUB) de Loulé funcionou boa parte do dia sem médico e outra parte do dia com um médico que foi deslocado das consultas para a urgência. Para tanto, e com grande prejuízo dos utentes, foram adiadas por mais um mês várias consultas que já estavam marcadas.

Hoje, o SUB de Loulé está até esta hora sem médico e prevê-se que não haja solução para este problema, sem recorrer a mais uma transferência de um médico de consultas para a urgência.

As pessoas que hoje tiveram necessidade de recorrer à urgência estão a aguardar no Centro de Saúde de Loulé para serem atendidas.

Esta situação, já denunciada pelo Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, pode agravar-se ainda mais com o risco iminente de um pequeno grupo de médicos estrangeiros que presta serviço no SUB se deslocar para uma região próxima de Espanha, que oferece melhores contratos do que em Portugal.

O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos coloca-se ao lado das populações que estão a ser prejudicadas pelas medidas absurdas tomadas no Serviço Nacional de Saúde e disponibiliza-se para prestar todas as informações necessárias sobre este lamentável caso, as suas repercussões e as soluções que podem ser adoptadas para o resolver.

Lisboa, 2 de Julho de 2014

Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos



## Conferência de Imprensa CRNOM Irregularidades em Barcelos e no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Na segunda conferência de imprensa para apresentação das denúncias reportadas pelos médicos, o Hospital de Barcelos e o Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde estiveram em destaque. Na unidade de Barcelos, o Conselho Regional do Norte (CRNOM) tomou conhecimento de que a urgência pediátrica tem apenas um especialista a tempo inteiro. No centro hospitalar existem 400 doentes à espera de consulta na especialidade de cirurgia vascular.

O serviço de urgência pediátrica do Hospital de Barcelos, que tem um atendimento médio diário de 60 crianças, conta com apenas um especialista com horário completo desde o início do mês de Junho de 2014. A equipa, normalmente constituída por dois pediatras e um tarefeiro, especialista em Medicina Geral e Familiar (MGF), já havia sido reduzida em Abril, quando o colega de MGF foi retirado. A partir de 1 de Junho, restou um pediatra na urgência com horário de 12 horas.

Esta foi uma das situações reportadas pelos médicos inscritos na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, através do correio electrónico [denuncias@nortemedico.pt](mailto:denuncias@nortemedico.pt), e apresentadas

pelo Conselho Regional (CRNOM) na segunda conferência de imprensa, realizada a 30 de Junho.

Relativamente àquela unidade hospitalar, Miguel Guimarães assinalou que a própria urgência geral “muitas vezes funciona apenas com um clínico geral”, quando estão previstos três, tornando o tempo de espera “insuportável” para os doentes. “Chegam a esperar entre cinco a sete horas”, sublinhou. A esta realidade, acresce a saturação do quadro de consultas e cirurgias no serviço de Ortopedia, onde três especialistas e um médico em regime de prestação de serviços têm de assegurar toda a actividade assistencial. De acordo com o presidente do CRNOM, “os

doentes traumatizados aguardam, muitas vezes, mais de uma semana para serem tratados” e as cirurgias programadas “são sucessivamente adiadas”. Ainda neste caso particular, Miguel Guimarães contestou o facto de os doentes ortopédicos “ficarem entregues à instituição” no período entre as 20 e as 8 horas da manhã, dado que os “pós-operatórios imediatos de cirurgias invasivas, como artroplastias ou revisões de artroplastias” não contam com “o apoio de um especialista de ortopedia”. “A limitação nos quadros tornou prática habitual a realização de cirurgias com apenas um cirurgião presente. O ajudante fica na consulta externa. Esta prática já se estendeu à cirurgia de ambulatório de

ortopedia e otorrinolaringologia”, lamentou o presidente do CRNOM.

No dia seguinte à conferência de imprensa, o presidente do Conselho de Administração do Hospital de Barcelos, Fernando Marques, reconheceu a veracidade das denúncias efectuadas e admitiu que a "enorme escassez" de médicos naquela unidade "poderá, eventualmente levar a algumas práticas menos aconselháveis".

#### 400 doentes em espera

A segunda unidade destacada pelo Conselho Regional foi o Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde. Neste agrupamento foi rescindido o contrato com o único cirurgião vascular disponível no final de 2013, tornando necessário cessar a referenciação de doentes para a referida especialidade. De acordo com Miguel Guimarães, não só não a referenciação não foi controlada, como em Janeiro deste ano "havia mais de 400 consultas marcadas para cirurgia vascular até final do ano e mais de 100 doentes estavam inscritos para cirurgia". "Em Junho, o problema destes doentes continua por resolver", assegurou.

No mesmo hospital, verificou-se uma situação de incumprimento sucessivo com a empresa de imagiologia/radiologia prestadora de serviços, levando a que esta suspendesse o contrato. Numa primeira fase, a empresa deixou de enviar os exames ao hospital e, mais recentemente, começou a devolvê-los através de pagamento à cobrança.

#### "Desatino" no Ministério

Miguel Guimarães aproveitou a conferência de imprensa para contestar a publicação do Despacho

n.º 8175-A/2014, que insiste no modelo de "concurso fechado" e que tem a particularidade de entrar em conflito com outra legislação controversa: a Portaria 82/2014 que define a reclassificação das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. Tudo porque, o concurso referido abre um conjunto de vagas por especialidade que, a cumprir-se a portaria da reforma hospitalar, estão condenadas a ser extintas em determinadas unidades. Um exemplo: a vaga que abriu para Urologia no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, um dos serviços "riscados" pelo Ministério da Saúde.

Miguel Guimarães mostrou não perceber "o que a tutela anda a fazer" nesta matéria e considerou este exemplo "uma prova do desatino que está a conduzir este Ministério". "Esta contradição legislativa só vem reforçar a ideia de que a Portaria 82/2014 tem de ser rapidamente alterada", concluiu.

**Nota:** estas conferências de imprensa, na região norte, surgem após a Reunião Geral de Médicos realizada no dia 11 de Junho de 2014, nas instalações da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, da qual resultou "uma clara manifestação de apoio às medidas inscritas no 'Memorando de Exigências' da OM e no apoio à realização de uma greve nacional de médicos proposta pela FNAM". Segundo o CRN, nessa reunião ficou bem expressa "a revolta contra as políticas desastrosas, desumanas e humilhantes do Ministro da Saúde, que violam profunda e continuamente a dignidade das pessoas e dos médicos", sendo "cada vez mais evidentes as razões pelas quais a Ordem dos Médicos deve assumir uma atitude firme em de-

fesa da qualidade do exercício da Medicina e dos cuidados de saúde prestados aos doentes". Como se podia ler em comunicado do CRN de dia 13 de Junho "este é, definitivamente, o tempo de nos fazermos respeitar e sermos consequentes na acção política, exigindo o respeito e a valorização de uma classe profissional que, diariamente, dá o melhor de si em benefício dos doentes e do serviço público de saúde". "A Ordem dos Médicos, legitimada pelas centenas de colegas presentes nesta Reunião Geral de Médicos, não vai abdicar dos pontos constantes do documento apresentado ao Ministério da Saúde. Entendemos ainda que a continuação do diálogo com os seus responsáveis só poderá ser concretizado, caso haja um compromisso expresso de aplicar as propostas apresentadas", referiram os responsáveis do Conselho Regional do Norte em comunicado. E foi precisamente nessa sequência que no dia 4 de Julho este mesmo Conselho emitiu novo comunicado onde se podia ler que dadas "as políticas desastrosas, desumanas e humilhantes para os doentes e profissionais de saúde, reiteradamente impostas pelo Ministro da Saúde, estão a conduzir à decadência do SNS e à desqualificação da Medicina", em que invocava a participação de todos os Médicos nas medidas de contestação anunciadas pela FNAM para os passados dias 8 e 9 de Julho. Porque é preciso "saber resistir e não desistir de lutar pelos valores e princípios em que acreditamos" porque "os doentes precisam de nós" e têm que "sentir que alguém se preocupa e está determinado em defender o SNS", pode ler-se no texto integral desse comunicado do CRN divulgado no site nacional da OM.



## Análise e proposta de alterações concretas

Publicamos em seguida a análise jurídica da proposta de Lei 203/XII/GOV, o parecer do CNE da Ordem dos Médicos e o comentário do Conselho Regional do Norte a essa mesma proposta que a OM define como de “enorme gravidade”, nomeadamente por pôr em causa a saúde pública ao “conferir total e ilimitada autonomia técnico-científica, particularmente quando em prática isolada” aos profissionais de podologia, o que irá contribuir para “desestruturar completamente a hierarquia de competências e responsabilidades, esporejar o Doente e conduzir à destruição da organização do SNS, construída ao longo de 35 anos, que conferiu ao nosso país a melhor organização de saúde do mundo, analisada sob a perspectiva da relação qualidade/acessibilidade/custo”.

“Exmo Sr Presidente da Comissão Parlamentar de Segurança Social e Trabalho

Assunto: Lei 203/XII/GOV. Análise das repercussões e proposta de alterações concretas

A Ordem dos Médicos vem chamar a atenção de V. Ex.a para a enorme gravidade desta proposta de Lei, solicitar-lhe a sua superior e ponderada intervenção nesta matéria e a distribuição desta comunicação por todos os Deputados da CSST.

De facto, se a proposta de Lei, de iniciativa do Ministério da Saúde, for aprovada como está, assistiremos à evolução dos podologistas (antigas pedicures), com um curso essencialmente teórico de apenas 3 anos, para, com autonomia total e sem qualquer limitação legal, serem médicos, anestésistas, cirurgiões, fisiatras, enfermeiros, fisioterapeutas e ortoprotésicos

do pé, mas numa definição lata de pé que incluiu todo o membro inferior.

Com apenas 3 anos de formação, os podologistas passariam a desempenhar, com total autonomia técnica e científica, múltiplas funções de profissões que têm todas elas períodos de formação mais longos sobre um dos sistemas mais complexos do corpo humano, o pé!

Se a Lei for aprovada como está, o curso de medicina deixará de ser necessário e as especialidades médicas poderão ser reduzidas a três anos?

Alguém imagina um Urologista formado logo após o 12º ano com um curso universitário teórico-prático de apenas 3 anos?! Ou um Oftalmologista?! Ou um Internista?! Ou um Cirurgião Cardiorádico?! Etc., etc., etc.... Alguém consegue imaginar a catástrofe de Saúde Pública que

seria uma situação destas?! Então porque aceitá-lo para o pé, repito, um dos sistemas mais complexos do corpo humano?

No futuro também será criado um curso de três anos para as atuais manicures evoluírem para manologistas, com a mesma dimensão e independência de prevenção, diagnóstico e terapêutica dos podologistas?

A proposta de Lei começa por equiparar os podologistas, e bem, às profissões paramédicas, de acordo com o DL 261/93. Porém, evolui no sentido de lhes conferir total e ilimitada autonomia técnico-científica, particularmente quando em prática isolada.

Terá o legislador avaliado as consequências se todas as outras profissões paramédicas, como inevitavelmente acontecerá, exigirem o mesmo grau de autonomia?

Basta consultar o site da Esco-

la Superior de Tecnologia da Saúde, que leciona 12 cursos de licenciatura, com 4 anos de formação (a Podologia tem apenas 3 anos de formação), para avaliar o que aconteceria se a todas essas profissões fosse conferida total autonomia técnica e científica: análises clínicas e saúde pública, anatomia patológica, citologia e tanatologia, cardiopneumologia, dietética e nutrição, farmácia, fisioterapia, medicina nuclear, ortoprotesia, ortóptica, radiologia, radioterapia, saúde ambiental.

Irá a Assembleia da República decretar o fim do curso de Farmácia das Universidades, conferindo total autonomia técnica e científica aos técnicos de farmácia? Teremos, no futuro próximo, técnicos de farmácia como Directores Técnicos de Farmácia ou Directores dos Serviços de Farmácia dos hospitais?

Deveremos acabar com as especialidade médicas de Medicina Nuclear, Patologia Clínica, Cardiologia, Pneumologia, Fisiatria, Radiologia, Radioterapia, Oftalmologia e Saúde Pública, conferindo aos respectivos técnicos total autonomia técnica e científica e permitindo-lhes que efectuem as mais profundas intervenções diagnósticas e terapêuticas nas respectivas áreas de conhecimento sem qualquer limite legal?

Conforme decorre explicitamente da Lei, vão os Podologistas passar a requisitar todos os exames complementares de diagnóstico e terapêutica que entenderem, com participação do Estado? Como vão interpretar os resultados desses exames sem conhecimento médico? O que vai acontecer à despesa pública? E aos doentes...

Querem os Podologistas prescrever medicamentos, para além daqueles que são de venda livre,

fazendo uma analogia com os Médicos Dentistas. A Ordem dos Médicos recorda que os Médicos Dentistas têm uma formação base de seis anos, e mesmo assim usam apenas uma farmacopeia muito restrita, e que são as entidades reguladoras, não os médicos, que definem quais são os medicamentos de prescrição médica exclusiva. Podem os Podologistas prescrever medicamentos, com os seus múltiplos mecanismos de acção, interacções potenciais e efeitos adversos, sem conhecimentos de fisiopatologia sistémica, farmacologia e clínica? E a segurança do Doente? E vai o Estado comparticipar estas prescrições?

Provavelmente, a todas estas questões, todos responderão, NÃO!

Então porque razões se pretende legislar com esta vastidão a Podologia, um curso eminentemente teórico de apenas três anos e sem exigentes critérios de selecção?! O que está verdadeiramente subjacente a esta proposta de Lei?!...

**Sublinhe-se que a Ordem dos Médicos defende a regulamentação da Podologia, mas tal deve ser feito equiparando-a simplesmente às demais profissões paramédicas.**

Esta institucionalização de múltiplas autonomias dentro da Equipa de Saúde, que inclui também a proposta do Gestor do Doente, vai desestruturar completamente a hierarquia de competências e responsabilidades, esporejar o Doente e conduzir à destruição da organização do SNS, construída ao longo de 35 anos, que conferiu ao nosso país a melhor organização de saúde do mundo, analisada sob a perspectiva da relação qualidade/acessibilidade/custo. Está em causa a Saúde Pública.

Solicito a particular atenção de V. Ex.a para esta relevantíssima questão e a sua intervenção ao mais alto nível para uma reformulação da proposta de Lei, que deveria passar pelas seguintes alterações concretas.

- **Eliminar o art.º 2.º.** Trata-se de um elenco de funções excepcionalmente vasto, que se inicia pelo diagnóstico e abrange actos anestésicos, actos terapêuticos invasivos e não invasivos, prescrição de meios complementares de diagnóstico, aplicação de próteses e ortóteses - estas também aplicáveis em todo o membro inferior e, portanto, não limitadas ao pé, o que também se verifica quanto aos tratamentos correctores e paliativos.

Facto é que a sistematização seguida nesta proposta de diploma é muito distinta da que foi usada nas restantes profissões paramédicas, cujo regime consta do Decreto-Lei n.º 261/93, de 24 de Julho, o qual foi desenvolvido posteriormente pelo Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de Agosto.

- **art.º 7.º n.º 2. Nova redacção:**

a) Praticar atos de prevenção, diagnóstico e tratamento podológico do pé

b) Exercer os atos terapêuticos podológicos sobre as alterações do pé, sua etiologia e consequências, utilizando os procedimentos técnicos, ...

- **art.º 8.º, alínea a). Nova redacção:** Exercer livremente a profissão, de acordo com diagnóstico e prescrição médica.

- **art.º 9.º, alínea g). Nova redacção:** Relacionar-se e tratar com urbanidade os colegas de profissão, os demais profissionais de saúde, os doentes e o público em geral.

Com os mais cordiais cumprimentos, *pessoais e institucionais*, José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos  
9 de Maio de 2014"



## Análise jurídica da proposta de Lei

“ASSUNTO: PROJECTO DE REGULAMENTAÇÃO DO REGIME DE ACESSO E DE EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DE PODOLOGISTA. AVALIAÇÃO JURÍDICA DA LEI 203/XII/GOV

Na exposição de motivos que sustenta a proposta de lei apresentada pelo Governo à Assembleia da República são invocados quer o direito constitucional de escolha de uma profissão, quer a necessidade de protecção da saúde dos cidadãos contra possíveis lesões praticadas por causa do exercício não qualificado de funções.

Alega-se, ainda, a existência de inúmeros profissionais que, exercem esta actividade, sem qualquer controlo nem normas reguladoras, o que configura um risco para a saúde pública.

Trata-se de matéria que não é nova e relativamente à qual a OM já se pronunciou e cujas posições dá aqui como reproduzidas.

Vejamos, então, o teor da Proposta de Lei, com particular incidência no teor dos artigos 2.º, 7.º e 8.º.

Antes de mais cumpre referir que, de acordo com o art.º 1.º da proposta de diploma, o regime jurídico aqui regulado será aplicável à profissão de podologista, independentemente do sector onde a mesma seja exercida (público, privado ou social).

No que concerne ao art.º 2.º, o mesmo contempla um conjunto de definições, cujos efeitos estarão limitados ao diploma em causa.

Embora não esteja explícito, tudo leva a concluir que este conjunto de definições se refere, no essencial, à actividade que pode ser desenvolvida pelos profissionais em questão, com clara explicitação de alguns dos actos que poderão ser praticados.

Trata-se de um elenco muito vasto, que se inicia pelo diagnóstico e abrange actos anestésicos, actos terapêuticos invasivos e não invasivos, prescrição de meios complementares de diagnóstico, aplicação de próteses e ortóteses - estas também aplicáveis em todo o membro inferior e, portanto, não limitadas ao pé, o que também se verifica quanto aos tratamentos correctores e paliativos.

Consultado o site da Assembleia da República verifica-se que o documento oportunamente apresentado pela Ordem dos Médicos consta do processo e é mencionado no Parecer da Comissão de Segurança Social e Trabalho, designadamente no que concerne ao teor do artigo 2.º (definições). Contudo, parece-nos que o efeito pretendido não foi alcançado, antes se verificando o inverso, na medida em que do elenco das definições passou a constar o “acto de diagnóstico”, para além de não terem sido acolhidas as demais sugestões formuladas.

Por outro lado, embora não conste da proposta qualquer menção à possibilidade destes profissionais prescreverem medicamentos, tal aspecto foi discutido no Parlamento na sessão de 28 de Fevereiro, aquando da aprovação na generalidade deste documento, como opção possível e ainda em aberto. Não obstante, a manter-se a actual versão da Proposta de Lei, os podologistas não poderão prescrever medicamentos, tanto mais que estes profissionais não constam da definição de «receita médica» constante da alínea hhh)<sup>1</sup> do art.º 3.º do Estatuto do Medicamento.

Facto é que **a sistematização seguida nesta proposta de diploma é muito distinta da que foi usada nas restantes profissões paramédicas**, cujo regime consta do Decreto-Lei n.º 261/93, de 24 de Julho,

o qual foi desenvolvido posteriormente pelo Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de Agosto.

Com efeito, no caso dos podologistas o legislador opta por concretizar o tipo de actos que podem ser praticados no exercício da profissão, enquanto nas demais profissões paramédicas se limitou a caracterizar de modo muito genérico e sucinto cada uma das profissões, em anexo ao D.L. 261/93, explicitando no n.º 1 do art.º 3.º do D.L. 320/99 que “*as profissões compreendem a realização das actividades constantes do anexo ao Decreto-Lei n.º 261/93, de 24 de Julho, tendo como matriz a utilização de técnicas de base científica com fins de promoção da saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, ou de reabilitação.*”

Para ilustrar o que ficou dito e a título exemplificativo, vejamos algumas das caracterizações de actividades constantes do mencionado Anexo ao D.L. 261/93:

1 - *Análises clínicas e de saúde pública. - Desenvolvimento de actividades ao nível da patologia clínica, imunologia, hematologia clínica, genética e saúde pública, através do estudo, aplicação e avaliação das técnicas e métodos analíticos próprios, com fins de diagnóstico e de rastreio.*

2 - *Anatomia patológica, citológica e tanatológica. - Tratamento de tecidos biológicos colhidos no organismo vivo ou morto, com observação macroscópica e microscópica, óptica e electrónica, com vista ao diagnóstico anatomopatológico; realização de montagem de peças anatómicas para fins de ensino e formação; execução e controlo das diversas fases da técnica citológica.*

3 - *Audiometria. - Desenvolvimento de actividades no âmbito da prevenção e conservação da audição, do diagnóstico*

1- hhh) «Receita médica», documento através do qual são prescritos, por um médico ou, nos casos previstos em legislação especial, por um médico dentista ou por um odontologista, um ou mais medicamentos determinados;

e reabilitação auditiva, bem como no domínio da funcionalidade vestibular.

4 - *Cardiopneumografia*. - Centra-se no desenvolvimento de actividades técnicas para o estudo funcional e de capacidade anatomofisiopatológica do coração, vasos e pulmões, e de actividades ao nível da programação, aplicação de meios de diagnóstico e sua avaliação, bem como no desenvolvimento de acções terapêuticas específicas, no âmbito da cardiologia, pneumologia e cirurgia cardiotorácica.

Ora o que, antes de mais, nos suscita perplexidade é o facto de o legislador demonstrar uma especial preocupação em regulamentar a podologia sem todavia ter o cuidado de definir o conteúdo legal do acto médico, como lhe exige a Lei de Bases da Saúde.

Com esta estratégia normativa e atendendo a formações específicas espartilhadas, o legislador nacional vai consagrando conteúdos funcionais de determinadas profissões da saúde em nítida colisão com áreas de especialidades médicas para as quais existem parâmetros nacionais e internacionais de há muito aceites e que implicam, para além da licenciatura / mestrado integrado em medicina, uma cuidada e longa formação pós-graduada.

Queremos com isto dizer que a construção aleatória desta legislação fere claramente a lógica que deve presidir nesta área, sujeita a rigorosas exigências de qualidade, com vista a uma efectiva defesa da saúde pública.

Com efeito, apesar de o acto médico não estar regulamentado em Portugal, **há práticas definidas no referido artigo 2.º da Proposta que se reconduzem ao conceito de acto médico, designadamente os actos de diagnóstico, com possibilidade de solicitação de exames complementares de diagnóstico, os actos anestésicos, a prescrição e aplicação de próte-**

**ses ou ortóteses e, principalmente, os actos cirúrgicos.**

Pelo que resulta das consultas que realizámos, os podologistas recebem formação académica para a prática destes actos; todavia a verdade é que tal formação não se revela, para a Ordem dos Médicos, suficiente para o domínio total das técnicas e ainda das possíveis intercorrências ou afectações do equilíbrio do doente.

Daí que a Ordem dos Médicos defenda, como tem sucedido relativamente a outras áreas, que a prática podiátrica, principalmente quando envolva actos médicos, seja precedida de indicação e ou supervisão de médicos.

O acompanhamento médico do exercício da podologia é, pelas razões expostas, uma condição essencial para garantir a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Facto é que, por força do estabelecido no art.º 7.º da proposta de Lei em análise, a profissão de podologista é equiparada a uma profissão paramédica.

De acordo com o art.º 1.º do D.L. 261/93, são paramédicas as actividades profissionais de saúde que compreendem a utilização de técnicas de base científica com fins de promoção da saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, ou de reabilitação. Não são abrangidas, contudo, as actividades exercidas, no âmbito de competências próprias, por profissionais com inscrição obrigatória em associação de natureza pública e ainda por odontologistas, enfermeiros e parteiras.

As ditas *profissões desenvolvem-se em complementaridade funcional com outros grupos profissionais da saúde, com igual dignidade e autonomia técnica de exercício profissional*, conforme se afirma no n.º 2 do art.º 3.º do D.L. 320/99.

Expressão muito idêntica é agora utilizada no n.º 1 do art.º 7.º da Proposta de Lei, onde se afirma que *a profissão de podologista é exercida com autonomia técnica e em complementaridade funcional com outros grupos profissionais de saúde.*

Face a tal similitude de linguagem, entendemos que a integração destes profissionais em equipas multidisciplinares será em tudo semelhante à dos demais paramédicos, ou seja, subordinada hierarquicamente ao médico, sem prejuízo da autonomia técnica que a lei lhes confere.

A nosso ver, o problema coloca-se em todas as situações em que estes profissionais não trabalhem integrados em equipa, mas antes em prática isolada, circunstância em que poderão realizar cirurgias e anestésias do pé e, eventualmente do membro inferior (a definição de «tratamento corretor» não é clara, mas por oposição à definição de «tratamento conservador» tudo leva a crer que aquele será invasivo), para além dos demais actos que resultam da conjugação do art.º 2.º com o n.º 2 do art.º 7.º da Proposta de Lei.

Não obstante, em nossa opinião quando o legislador utiliza a expressão “complementaridade funcional” tal deveria ser entendido no sentido de que a intervenção profissional destes técnicos não é isolada, mas antes uma parcela da intervenção/tratamento do doente. Todavia, para que este entendimento fosse efectivamente seguido, necessário seria que o legislador fosse mais explícito, nomeadamente quanto à necessidade de indicação e ou supervisão médica relativamente a, pelo menos, parte significativa dos actos que poderão praticar, como sejam intervenções cirúrgicas e actos anestésicos.

Consequentemente seria **imprescindível a alteração da alínea a)**

**do art.º 8.º da Proposta, que consagra o direito dos podologistas exercerem livremente a profissão, o que nos parece ter como significado a sua independência face a todos os demais profissionais da saúde, designadamente face aos médicos.**

No que concerne aos deveres elencados no art.º 9.º da Proposta, consideramos que deveria ser alterada a redacção da alínea g) de modo a ficar consagrado que os podologistas, para além de deverem relacionar-se e tratar com urbanidade os colegas de profissão, devem, igualmente fazê-lo relativamente aos demais profissionais de saúde, bem como aos doentes e ao público em geral. Por fim e no que atine ao art.º 11.º, entendemos que deveria ser explicitada qual a tipologia de unidades de saúde que será aplicável a estes profissionais, parecendo insuficiente a simples remissão para o D.L. 279/2009.

Ordem dos Médicos  
Lisboa, 2014-04-24”

## **Comunicado CRN Ministério da Saúde persiste na violação das competências médicas**

“O desafio verdadeiramente demolidor que os doentes e os médicos enfrentam há cerca de três anos, desde que Portugal está sob assistência financeira, não permite encarar o futuro com grande esperança. Cada vez mais se exige uma verdadeira união entre todos na defesa daquela que é considerada a maior conquista social da nossa democracia: o acesso a um serviço de saúde público e universal.

Neste período, as alterações legislativas realizadas pelo Ministério da Saúde (MS) tiveram como único compromisso a redução drástica da despesa no sector, sem qual-

quer intenção de reforma e com custos dramáticos na qualidade dos cuidados prestados à população. Um exemplo paradigmático desta política é a forma como o MS tem, regularmente, avançado com a possibilidade de outros profissionais de saúde substituírem os médicos em determinadas funções. Trata-se de uma intenção reiterada do Governo, que coloca em causa o prestígio e a competência da Medicina portuguesa.

A Proposta de Lei 203/XII/GOV é o caso mais recente. Este documento, actualmente em discussão na Assembleia da República (AR), transforma na prática a profissão de esteticista/pedicure (podologia) numa profissão de elevada diferenciação e extensão, abrangendo competências de Medicina, Cirurgia e Anestesiologia. E tudo isto com um curso teórico de apenas 3 anos! De acordo com a proposta de lei, os podologistas passariam ainda a desempenhar, com total autonomia técnica e científica (prevenção, diagnóstico e terapêutica), múltiplas funções de profissões que têm, todas elas, períodos de formação bem mais extensos e exigentes.

Os médicos especialistas, entre os quais se incluem aqueles que tratam doenças dos membros inferiores, são profissionais que cumpriram uma formação pré e pós-graduada de 11 a 13 anos e cujas competências estão ampla e consistentemente definidas do ponto de vista técnico e científico. Sem prejuízo das responsabilidades atribuídas a cada profissional, bem como do trabalho multidisciplinar, a legislação existente define o médico como coordenador das equipas de saúde.

Neste documento, os podologistas são equiparados às profissões paramédicas. No entanto, simultaneamente é-lhes conferida uma

autonomia ilimitada que não existe em nenhum das restantes profissões paramédicas, tornando o alcance do diploma verdadeiramente incompreensível. Nesta matéria, a regulamentação da actividade de podologia só poderia ser feita por analogia com as restantes profissões paramédicas e jamais por analogia à profissão de médico.

A Ordem dos Médicos tem defendido, de forma persistente e continuada, a existência de legislação específica (acto médico) que defina, de forma clara, a esfera de actuação dos seus profissionais e proteja o direito dos doentes a uma Medicina qualificada. Por outro lado, temos o maior respeito pelo trabalho dos restantes profissionais de saúde e acreditamos que os melhores resultados são obtidos quando resultam de um esforço de complementaridade e coordenação multidisciplinar, num quadro de rigoroso respeito pelas competências próprias de cada profissão. Não podemos, por isso, aceitar mais uma tentativa de diluir competências na área da saúde com intenções meramente economicistas, sem respeito por critérios técnico-científicos e que pode, a curto prazo, contribuir para uma deterioração acelerada da assistência prestada aos doentes.

O MS e os deputados da AR têm o dever de clarificar esta matéria. E, desde logo, de exercer o seu direito de intervenção no sentido de reformular a proposta de Lei 203/XII/GOV, nomeadamente eliminando o seu artigo 2.º.

A Ordem dos Médicos não irá transigir neste domínio e irá defender, até às últimas consequências, o reforço da relação médico-doente e o direito dos doentes a uma Medicina de qualidade.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos  
Porto, 25 de Abril de 2014”

## Pagamento de honorários por peritagem médica

O departamento jurídico da Ordem dos Médicos emitiu um parecer em que explica como os peritos indicados pela OM e os relatores de pareceres pedidos pelos Tribunais devem proceder para receberem os honorários devidos por esse trabalho.

Conforme indicação do departamento jurídico, após o perito emitir parecer ou prestar quaisquer esclarecimentos que sejam solicitados, poderá enviar o requerimento que transcrevemos a baixo para solicitar o pagamento dos seus honorários.

Este direito de pagamento de honorários abrange tanto os médicos que sejam designados pela OM como peritos como os relatores de pareceres pedidos pelos tribunais. O pagamento de honorários poderá ter como base a tabela que se encontra fixada para as perícias e que tem como referência a UC (Unidade de Conta) cujo valor é actualmente de 102 euros. A Portaria pela qual se fixam esses honorários (Portaria nº 175/2011, de 28.04) encontra-se disponível para consulta em [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt) bastando recorrer à pesquisa usando palavras chave como honorários, peritagem, etc.). Publicamos aqui a carta exemplificativa do requerimento (disponível para *download* no site nacional) a ser enviado pe-

los médicos, **após a conclusão do processo**, a solicitar o pagamento de honorários com base na referida portaria, ressalvando que os valores poderão variar, naturalmente. A minuta é apenas exemplificativa:

[MINUTA]

Exmº Senhor  
Juiz de Direito do Xº Juízo do Tribunal de Instrução Criminal do Porto  
Rua S. Bento da Vitória, nº 12  
4099-009 PORTO

Processo XXX/XXXX.XX  
XXXXX, perita indicada pela direcção do Colégio de XXXXX da Ordem dos Médicos para dar parecer no âmbito do processo XXX/XXXX.XX, que corre termos nesse juízo, vem requerer que lhe sejam pagos os honorários nos seguintes termos:  
1. A elaboração de relatório/parecer: € 204 (2UC);  
2. Prestação de esclarecimentos: € 20,40 (0,2 UC)

Mais esclarece que o cálculo dos honorários teve por base a tabela de preços das perícias forenses aprovada pela Portaria nº 175/2011, de 28.04.

Pede Deferimento  
XXXXX

Homenagem aos médicos do Distrito de Coimbra que completaram 25 anos de inscrição



## “Prata e ouro” na cerimónia de homenagem aos Médicos da Secção Regional do Centro

Foi num ambiente de festa que a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) brindou, no mês de Junho, os médicos que completaram, em 2013, 25 e 50 anos de inscrição na Ordem dos Médicos. Primeiro em Coimbra, no dia 18 de Junho (Dia do Médico), e depois em Aveiro, Castelo Branco, Leiria e Guarda, os momentos de homenagem ficaram marcados ainda pela presença de muitos familiares e amigos dos associados distinguidos.

Em Leiria, Castelo Branco e Guarda foram, simultaneamente, dadas as boas-vindas aos Internos destes Distritos Médicos, reunindo-se, assim, num mesmo local, várias gerações num encontro recheado de grandes emoções.

O Presidente da SRCOM enalteceu o orgulho que sentiu em participar nesta fase tão importante da vida de todos os Médicos. “Orgulho-me de ser hoje o portador da mensagem de reconhecimento do vosso papel na sociedade”, disse Carlos Cortes. Em Coimbra, no Dia do Médico, o Presidente da SRCOM lembrou um aforismo no qual estão inscritas as principais virtudes que a Medicina e quem a pratica devem aplicar e lembrar ao longo das diversas gerações: “A vida é curta, a arte é longa, a oportunidade é fugaz, a experiência enganosa, o julgamento difícil”, frase de Hipócrates (Aforismos, Livro I,1).

As adversidades sentidas nos últimos anos pelos médicos no dia-a-dia têm-se refletido na dificuldade em assegurar a prestação de cuidados de saúde de excelência aos utentes. A evolução que a Saúde sofreu ao longo dos últimos 50 anos não traduz, obrigatoriamente, “uma ascensão qualitativa ou quantitativa”. Ao invés, hoje, “os médicos são obrigados a preocuparem-se mais com os problemas informáticos, com níveis de produção, com números de consultas, horas de internamento, custos/

benefícios do que propriamente com os doentes que têm de tratar”, lamentou Carlos Cortes. No mesmo sentido, o médico Marcial de Oliveira, do distrito de Coimbra, um dos contemplados com a medalha dos 50 anos, lembrou o exercício de “uma medicina pobre, mas que priorizava o saber ouvir o doente”, lamentando que o evoluir das tecnologias esteja “a contribuir para afastar o médico do doente”. Por isso, lançou à Ordem dos Médicos o desafio que se coloca a esta instituição



Homenagem aos médicos do Distrito de Coimbra que completaram 50 anos de inscrição

no século XXI, “que avança humanamente torto: pensemos nisto e caminhemos energeticamente, defendendo a verdade sem medo das palavras, das supostas leis ou dos insultos e não cruzemos os braços”, apelou Marcial de Oliveira.

A homenagem aos Médicos com 25 e 50 anos de inscrição na Ordem ficou ainda assinalada com o descerramento, na sede da SR-COM, de duas placas evocativas que eternizam um momento tão marcante no percurso profissional de todos os médicos.



Homenagem aos médicos da Guarda que completaram, em 2013, 25 anos de inscrição



Recepção aos Internos do Distrito de Leiria



Cerimónia de homenagem no Conselho Distrital de Aveiro



Homenagem aos médicos do Distrito de Leiria que completaram 25 anos de inscrição



Boas-vindas aos Internos do Distrito da Guarda



Homenagem aos médicos em Castelo Branco

Fotos de Rui Ferreira



## A OM e a USF-AN assinam protocolo de colaboração

A Ordem dos Médicos e a Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN) assinaram um protocolo de colaboração no âmbito do desenvolvimento do projecto BI das USF.

A assinatura do protocolo entre a OM e a USF-AN teve lugar no dia 30 de Abril, na sede da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Tendo em conta que a OM é a associação pública que regula o exercício da medicina em Portugal e que tem, entre outras finalidades, a incumbência de defender a qualificação profissional médica, os interesses da profissão médica e a promoção do aperfeiçoamento do Serviço Nacional de Saúde e que a USF-AN é uma associação igualmente de âmbito nacional cuja missão é representar as Unidades de Saúde Familiar e profissionais de saúde que as integram, fomentar a partilha de conhecimento, o desenvolvimento e a sua qualidade, enquanto equipas autónomas e responsáveis, e que ambas as instituições partilham pontos de vista no que respeita ao modo como poderá ser realizado o projecto BI das USF, o estabelecimento do protocolo de colaboração para o

desenvolvimento desse projecto foi um passo natural.

Ao abrigo deste protocolo, pretende-se a cooperação das partes na concretização do BI das USF, projecto que resultará num dispositivo de gestão do conhecimento que permite caracterizar as USF, qualificar o seu desempenho de forma integradora e multidimensional, contribuindo para a melhoria contínua e sustentada da saúde e para a sensibilização dos profissionais e da

população em geral. A Ordem dos Médicos irá partilhar informação relevante para efeitos de análise e definição estratégica relacionada com a melhoria dos cuidados de saúde primários e com a qualidade de vida dos doentes. A USF-AN, por seu lado, irá criar as condições para a operacionalização do BI das USF. As duas instituições irão colaborar e participar conjuntamente em iniciativas no âmbito deste projecto.



José Manuel Silva, presidente da OM, e Bernardo Vilas Boas, presidente da USF-AN

## Visita do bastonário ao Distrito Médico de Beja No hospital faltam incentivos e equipamento

O bastonário da Ordem dos Médicos (OM) visitou nos dias 24 e 25 de Março várias unidades de saúde do Distrito Médico de Beja. Continuando o trabalho já iniciado aquando das visitas a Bragança e Algarve, o responsável quer assim perceber no terreno as reais condições de trabalho dos médicos do país, bem como aferir a forma como os doentes portugueses estão a ser assistidos.

A visita às unidades de saúde do Distrito Médico de Beja começou pelo Hospital José Joaquim Fernandes, onde está instalada a administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA).

Neste hospital foram muitas as queixas sobre as dificuldades de fixação de médicos por falta de incentivos e também de falta de equipamentos importantes para diagnóstico para além da atribuição de idoneidades formativas.

Numa reunião com Emília Duro, a directora clínica, na qual participaram também Jaime Teixeira Mendes, presidente do Conselho Regional do Sul, e Pedro Vasconcelos, presidente do Conselho Distrital de Beja da OM, o bastonário esclareceu: “O que procuramos é divulgar aquilo que não está bem, estimular a resolução dos problemas que todos nós sabemos que existem e, com isso, preservar a qualidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e do trabalho médico”, afirmou.

“Pretendemos mostrar a realidade, ouvir os colegas e, naquilo que for a nossa possibilidade de intervenção, nomeadamente por exercício de uma magistratura de influência, contribuir para a resolução das questões que nos sejam levantadas”, continuou.

José Manuel Silva disse estar ciente que “nem sempre esta postura da Ordem tem sido vista de forma positiva por algumas pessoas ligadas à administração central”, todavia, acredita que “esta é uma missão essencial da OM, tendo já contribuído para a resolução de alguns problemas”. A este propósito lembrou a visita que realizou ao Hospital de Aveiro durante a campanha eleitoral, em Dezembro, e sobre a qual publicou depois um artigo na comunicação social com incidência nos problemas do serviço de urgência. Embora “o presidente do Conselho de Administração do hospital não tenha ficado muito satisfeito, a verdade é que isso levou a que o senhor ministro fizesse uma vi-

sita não programada à urgência daquele hospital e reconhecesse a necessidade de obras, tendo posteriormente libertado verbas para aumentar a capacidade da urgência”, recordou o bastonário.

José Manuel Silva considerou depois: “Eu nunca ponho em dúvida que os conselhos de administração desenvolvem todos os esforços possíveis para resolver os problemas das suas instituições. O que está em causa é que não lhes são disponibilizados meios para responder às necessidades das instituições que dirigem e, infelizmente, no país em que estamos, a administração central muitas vezes só disponibiliza esses meios quando os problemas chegam ao conhecimento da Comunicação Social”.

O mais alto dirigente da Ordem esclareceu a directora clínica que o seu objectivo não é expor as situações na Comunicação Social, mas apenas divulgá-las na revista da Ordem dos Médicos, havendo sempre o cuidado de enviar pre-



viamente ao ministro da Saúde um relatório daquilo que vai ser publicado.

Reforçando a intenção da visita, o bastonário explicou que “o objectivo é construir e ajudar, pressionando o Ministério da Saúde para que este olhe os problemas locais com outros olhos”. Não foi, aliás, por acaso que as visitas começaram por Bragança, tendo depois seguido para o Algarve e agora tenham sido dirigidas ao Distrito Médico de Beja. Foi porque se pretendeu “começar pelas zonas mais carenciadas do país e mais distantes do poder central”. “A nossa intenção e a nossa postura é colaborar com toda a gente para a resolução dos problemas e para a manutenção do que é o nosso objectivo comum, que é servir os doentes com a máxima qualidade possível”, frisou.

Ainda assim, o bastonário admite as limitações causadas pelo contexto económico que se vive: “É evidente que reconhecemos que estamos a atravessar um período muito difícil de austeridade, mas também todos sabemos que as medidas de austeridade se estão

a reflectir nos diferentes sectores da sociedade de forma desigual. E que o SNS está claramente a ser causticado, também por uma estratégia política, na sua capacidade de resposta e na acessibilidade dos doentes.”

### **Discriminação positiva e capacidade formativa**

A directora clínica do Hospital de Beja, Emília Duro, agradeceu a visita da Ordem dos Médicos, aproveitando para explicar que “tudo tem sido feito, entre tudo aquilo que é possível fazer”. “Evidentemente que temos muitas dificuldades, muitas coisas para melhorar, mas de facto a nossa intenção é fazer tudo para o bem-estar do utente e melhorar as condições de trabalho dos profissionais”, afirmou.

Segundo José Manuel Silva, a Ordem dos Médicos “está disponível para colaborar em tudo o que a Administração considere que a intervenção da Ordem possa ser positiva e até permitir desbloquear alguma situação,

nomeadamente na análise das situações de idoneidade e capacidade formativa, porque estamos empenhados em contribuir para proporcionar ao país os especialistas de que os cidadãos necessitam em cada região”. A este propósito considerou que “vivemos uma situação paradoxal, porque estamos a formar médicos a mais, os médicos estão a emigrar e o interior do país continua sem médicos”. “A Administração ainda não entendeu que só com medidas de discriminação positiva será possível que o interior do país tenha os médicos e os profissionais de saúde necessários”, defendeu, sendo que este tópico viria a ser várias vezes abordado ao longo da visita.

“Queremos que haja uma formação adequada às necessidades, mas temos este constrangimento, porque o trabalho médico foi excessivamente desqualificado. A verdade é que neste momento os médicos estão a emigrar com grande facilidade e os países mais desenvolvidos da Europa vêm contratar proactivamente médicos e enfermeiros e outros

## **Sociedade civil em movimento**

Para o presidente da OM, “aquilo que deve ser a determinação de todos os profissionais de saúde, independentemente do cargo ou actividade, é defender a qualidade da profissão e os direitos constitucionais dos doentes e acesso ao SNS, de forma geral, universal e tendencialmente gratuita, mas com acesso atempado e com serviços de qualidade para responder às necessidades dos doentes”. “É essa a nossa determinação e esperamos que, à medida que formos efectuando estas visitas, a própria Administração acabe por ver esta iniciativa da Ordem de forma positiva, porque isto é sociedade civil em movimento pela defesa dos seus legítimos direitos. Trata-se de um confronto entre poder central e sociedade civil, o qual é benéfico para a Democracia e essencial para que este país possa ter um futuro”, justificou, lembrando que “o país está pouco habituado a ter uma cidadania activa, mas também essa cultura tem de mudar”.



Reunião no Hospital José Joaquim Fernandes de Beja

## Marcada carência de médicos



José Manuel Silva e Emília Duro

Emília Duro concordou com José Manuel Silva a propósito da necessidade de se criar uma discriminação positiva para atrair médicos para o interior do país. No caso específico do Hospital de Beja relatou uma “marcada carência de médicos, nomeadamente de Anestesiologia, Ortopedia e Oftalmologia”, de tal forma que “os concursos são abertos mas ficam desertos e essa é uma grande preocupação deste Conselho de Administração”. Nesse sentido, secundou a necessidade de discriminação positiva, mas a qual “tem de ser decidida a nível central, caso contrário não vamos ficar com médicos nos próximos anos”.

profissionais de saúde a Portugal”, reconheceu, lembrando que o Ministério da Saúde ainda não entregou, como solicitado pela OM, o mapa nacional das necessidades médicas.

A capacidade formativa dos serviços preocupa bastante a directora clínica do hospital: “Tínhamos alguns serviços muito bons em termos de capacidade formativa e alguns requisitos levam a que essas capacidades formativas tenham que ser postas em causa, nomeadamente no Serviço de Radiologia, em que o requisito importante é a existência de ressonância magnética para podermos dar idoneidade aos nossos internos. Neste momento, está a ser desenvolvida uma colaboração com o Hospital de Évora com o objectivo de não se perder a capacidade formativa.”

A directora clínica aproveitou ainda para informar que irão pedir apoio à OM, para que promova visitas aos serviços que normalmente tinham idoneidade e estão a perdê-la. Por outro lado, lamentou que alguns serviços com capacidade para ter idoneidade formativa a não tenham, como é o

caso da Anestesiologia, factor que poderia ser importante “para ajudar a fixar os médicos aqui”.

Outra questão que motiva preocupação é a dos orientadores de formação, que vão escasseando no Hospital de Beja: “Vamos tendo cada vez menos, pessoas a aceitarem a orientação dos internos. Há situações em que ou temos de pedir licença aos directores para continuarem a ser orientadores de formação ou então temos de nos servir das pessoas que acabam a especialidade para começarem a ser orientadores de formação. Ora isto pode pôr em causa a qualidade da nossa formação.”

Face às inquietações apresentadas por Emília Duro, o bastonário solidarizou-se por completo e recorreu um anúncio publicado pela OM no jornal “Expresso”, em que perguntava se “Portugal quer médicos suficientes, ou não”. “Porque se quer médicos suficientes tem de olhar para a fixação dos médicos de outra maneira, se não os médicos vão emigrar”, concluiu.

A este propósito apresentou ainda como exemplo um desabafo

publicado nas redes sociais por uma anesthesiologista que, depois de 20 anos a exercer em Portugal, decidiu emigrar para França. Diz a médica que só se arrepende de ter ido tão tarde e deixa ainda o apelo para que os colegas lhe sigam o exemplo. “Não estamos a falar de problemas de empregabilidade, porque anestesistas não têm problemas de empregabilidade. Estamos a falar de excessiva desqualificação do trabalho médico, o que faz com que os médicos emigrem”, esclareceu José Manuel Silva. Na sua opinião, “nem que se formem 100 mil médicos por ano em Portugal, estes vão querer fixar-se em Beja por vencimentos líquidos de mil e poucos euros por mês quando têm três e quatro vezes mais na Europa, nos países mais desenvolvidos, com outras perspectivas de desenvolvimento profissional e até para o próprio futuro pessoal e familiar”.

Por seu turno, também no âmbito da Radiologia, igualmente mencionado pela directora clínica, o presidente da OM considera “necessário que o Ministério da Saúde invista nos serviços de Radiologia do país e na contratação de médicos radiologistas”. “Ora, nós sabemos que há hospitais a entregar ao sector privado em *outsourcing* a realização de exames radiológicos. Cada vez há menos espaço de formação para médicos radiologistas e nós corremos o risco de ter um sério problema na formação da Radiologia, como noutras especialidades neste país, se os serviços não forem devidamente equipados e se o Ministério pagar mais no sector privado do que paga de vencimento no sector público”, denunciou. “Se quer defender o SNS – e é essa a nossa dúvida, se o Ministério da Saúde quer defender o SNS – tem de criar condições para os profissionais se fixarem

no SNS mantendo o ritmo de formação nas várias especialidades”, disse ainda.

A terminar o encontro com a directora clínica, o bastonário reforçou que “o objectivo da OM é que estas questões sejam analisadas com verdade, que o Ministério da Saúde assuma as suas responsabilidades. Porque o que está a acontecer é que estamos a formar médicos a mais, vamos gastar milhares de milhões de euros em formação médica especializada e os médicos vão emigrar. É por isso também que vimos ao terreno falar com os colegas, falar com as administrações, ouvir estes problemas, reproduzi-los e fazê-los chegar ao senhor ministro da Saúde”.

## Ortopedistas vão dando conta do recado

Iniciando a visita aos diversos serviços do Hospital, a comitiva da OM dirigiu-se ao Serviço de Ortopedia. Uma das questões que o bastonário quis perceber passou pela forma como é feita a marcação das consultas. Estas são marcadas por hora, tendo em conta que são servidas pessoas que habitam a “a mais de 100 quilómetros”, elucidaram.

Recorde-se que o distrito de Beja tem uma população residente de 150 287 habitantes, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, e acesso a um hospital, o qual serve ainda a população que habita de Sines para baixo. A unidade de saúde mais próxima é o Hospital do Litoral Alentejano, situado em Santiago do Cacém.

Ainda que os ortopedistas existentes não sejam suficientes para as necessidades, os profissionais reconhecem que “com algum esforço vamos dando conta do recado”, nomeadamente com o

apoio de seis internos. Ainda assim a questão da criação de incentivos para a fixação de profissionais foi



levantada, porque “isto é interior mesmo”, afirmou um médico. “Aqui não há privada, deve ser o único distrito do país que não tem uma única clínica privada. Portanto, para fixar pessoas aqui é preciso que haja algum incentivo” avisaram.

“Sentem que os doentes estão a faltar às consultas?”, quis saber ainda o bastonário. A resposta foi negativa, tendo em conta que “cerca de 20 a 30% sempre faltam, sempre foi assim”. Todavia, um dos receios referidos por um dos especialistas prende-se exactamente com a possibilidade de isso vir a acontecer no futuro, nomeadamente entre “a classe média, que são os novos pobres, porque grande parte da nossa população está isenta e vem na mesma. (Para os outros) o problema é o custo dos transportes”. Outro problema suscitado prendeu-se com a situação dos internos espanhóis que vinham a Beja fazer o internato da especialidade e depois de conseguirem “um bom currículo iam embora e entravam nas melhores clínicas lá. É uma pena porque se investiu muito na formação e agora não temos ninguém”, lamentam os médicos.

## Desmotivação na Oftalmologia

O Serviço de Oftalmologia do Hospital de Beja está, segundo os profissionais que nele trabalham, “relativamente bem equipado”, permitindo fazer “cirurgias bastante diferenciadas”. Mas a desmotivação é uma realidade: “É tudo tratado de forma igual, mas o mérito tem de ser reconhecido”, lamentou um dos clínicos que acompanhou a visita.

A falta de recursos humanos é a maior lacuna deste serviço, bem como o facto de apenas ter idoneidade formativa parcial, estando neste momento a aguardar a avaliação da situação. Embora os profissionais reconheçam que é difícil para a Administração aceitar a baixa de produção que os internos implicam, também se sabe que esta situação acontece sobretudo no primeiro ano de formação. O problema reside precisamente aqui: com a idoneidade formativa parcial, o interno só está no serviço “no primeiro ano e nos três anos seguintes ele vai embora, depois, se calhar, já não quer voltar e estamos a perder tempo.”



## O famigerado contentor das consultas

A visita prosseguiu em direcção às consultas de diabetologia, as quais funcionam num enorme contentor em forma de pavilhão, o que retira muita da privacidade necessária ao correcto desenvolvimento das tarefas. Datando de 1960, o Hospital de Beja é, “entre os designados novos hospitais, o mais antigo”, esclarece um dos clínicos.



Isabel Ramôa explica como funciona a consulta

É aqui que a Consulta de Diabetes funciona e é aqui que os responsáveis da OM falam com a médica Isabel Ramôa. Sendo responsável por uma consulta disciplinar de diabetologia, lamenta não dispor de espaço para o fazer da melhor forma: “É um dinamismo difícil de ultrapassar com estas condições. Por outro lado, há outras instalações que podiam ser aproveitadas e eu tenho tentado. Temos, por exemplo, o edifício da Psiquiatria, que é novo e tem tido dificuldade em ser utilizado por falta de psiquiatras, e não quer dizer que não faça falta numa região com uma elevada taxa de suicídio, mas o facto de ter sido construído para uma finalidade não permite que seja utilizado para outra.”

Segundo Isabel Ramôa, o local onde estão “é um autêntico contentor”. “No Inverno é muito frio e o ar condicionado está frequentemente avariado, o que não impede que se faça um bom trabalho, apesar das condições e mesmo com os internos”, referiu.

### Gestão centralizada de camas

Isabel Ramôa aproveitou a

oportunidade para convidar a OM a visitar o Serviço de Urgência e a constatar a existência de doentes em macas. “É uma realidade que não acontece só no Hospital de Beja, as opções é que são diferentes. Por vezes há camas disponíveis e eu sou favorável à gestão centralizada de camas”, disse. E continuou: “A mim custa-me ter doentes em macas quando há camas disponíveis. E acontece ficarem dias em macas, acabam por ter alta e nada disso conta como produção de quem cá trabalhou, porque não geram GDH. Funciona como um Serviço de Observação quando na verdade foi um internamento.” José Manuel Silva apoiou a posição da médica e constatou que “temos camas hospitalares a menos em Portugal. O problema não seria grave se os cuidados continuados respondessem, mas são insuficientes. Comparando com a média da OCDE temos praticamente um terço das camas da Alemanha e estamos abaixo da média da OCDE, portanto, temos poucas camas hospitalares. Temos 3,4 camas hospitalares por 1000 habitantes, o que é abaixo da média.”

## Falta de ressonância magnética impede formação em Radiologia

De visita ao Serviço de Radiologia, e já avisado da falta de ressonância magnética, José Manuel Silva foi peremptório: “Para aumentar a formação em Radiologia, (o Ministério da Saúde) tem de disponibilizar equipamento. Desde 2004 que não há aqui qualquer investimento em equipamento e o que há está obsoleto. Não tem ressonância, então, perdeu idoneidade formativa.” Segundo o director do Serviço, os aspectos focados pelo bastonário “são importantes para que o Hospital continue a ter formação”. A relevância sente-se não só para que haja internos, mas para a formação dos próprios profissionais da unidade, para que continuem a ter contacto com a tecnologia, neste caso, com a realização de ressonância magnética. “Não sou de Beja nem nenhum dos médicos que aqui está é de Beja; viemos todos para aqui porque isto tinha condições, tinha uma qua-

lidade institucional significativa que nos atraía”, explicou.

O bastonário quis saber qual o montante de investimento que seria necessário para que o Serviço tivesse ressonância magnética. Cerca de 500 a 700 mil euros, foi a resposta obtida. Ainda assim, o director do Serviço esclareceu que mesmo que houvesse equipamento de ressonância magnética, haveria sempre o problema de gestão de espaço para o acomodar.

O espaço é mesmo uma das situações menos positivas do Serviço. Por exemplo, o facto de os doentes que vêm fazer aqui exames esperarem no mesmo local que os doentes da Urgência gera situações difíceis de gerir, porque os tempos de espera são necessariamente diferentes. As pessoas não o compreendem e acabam por reclamar por escrito. Por outro lado, o responsável denunciou outro problema que considera “grave” e “inaceitável em termos europeus”: “As salas (onde os exames se realizam) são ao pé da sala de espera, onde se

encontra toda a gente”, nomeadamente grávidas e crianças. Ou seja, “a sala de espera é um corredor e isso é um problema”.

## VMER e helicóptero

José Manuel Silva interessou-se ainda pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) estacionada no hospital, tendo ficado a saber, através de Richard Glied, director do Serviço de Urgência, que a viatura apresenta uma taxa de operacionalidade muito elevada. “Não deve haver muitas VMER com uma taxa de operacionalidade superior à nossa”, disse, frisando que “está a funcionar bem e a transição dos doentes entre hospitais também, apesar dos problemas relacionados com as distâncias enormes”.

Não há médicos contratados em exclusivo para operar com a VMER, esta é uma tarefa de alguns clínicos do Serviço de Urgência. Ainda assim, Richard Glied assegura que se verifica

## Custos aumentados e radiação duplicada

Na perspectiva do director, um Serviço de Radiologia bem apetrechado poderia ser para a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) “um patamar de ligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares”. Porém, além das situações já mencionadas, outra contribui para dificultar essa ambição e está relacionada com o PACS, o programa informático utilizado no Serviço de Radiologia e que põe em causa



Manuel Matias, director do Serviço de Radiologia, explica ao bastonário os problemas do seu Serviço

a possibilidade de comunicar com os centros de saúde. “Todos os exames que os doentes fazem noutros sítios e que para cá são enviados, não chegam em tempo útil nem em condições de observação”, revelaram, frisando que “as informações estão desgarradas”. Ou seja, “o doente faz o exame lá e quando chega cá faz outra vez”, o que não só aumenta os custos do SNS como também “duplica a radiação” a que o doente é exposto.

O mesmo problema de comunicação é observado no sentido inverso, ou seja, os exames realizados no Hospital de Beja também não chegam em condições aos outros locais, porque “o software não permite a leitura”.

“um bom funcionamento da transição dos doentes da rua para o hospital, os doentes estão avisados, ligam em tempo útil e temos telemóveis de serviço para os colegas (que estão nas VMER) informarem os colegas (sobre a situação em causa). Depois, o transporte secundário não é feito com VMER, mas assegurado pelos médicos e enfermeiros de escala. Na opinião do director do Serviço, utilizar uma VMER para esse fim “é uma política totalmente errada, devia ser simplesmente proibido”. Todavia, esta é uma situação que sobrecarrega os profissionais, alerta uma médica a acompanhar a visita. Perante esta observação, Richard Glied explicou: “Fica à nossa custa, mas pelo menos as pessoas lá de fora não vão sofrer com isso (na eventualidade de haver um acidente quando a VMER estivesse a ser usada para um transporte secundário).” O bastonário quis então perceber melhor a utilização que é feita do helicóptero que existe em Beja, referindo ainda o helicóptero de Loulé, um Kamov: “É uma vergonha corrupta que os Kamov estejam a ser utilizados pelo INEM. Foi uma decisão política que viola as regras europeias da aviação.” Richard Glied corroborou a opi-

nião de José Manuel Silva sobre a inadequação deste tipo de helicópteros para a situação específica. O médico, que na altura da aquisição do equipamento era director regional do INEM em Faro, explicou que houve um erro na transcrição da ficha técnica do helicóptero, que é adequado ao frio e não ao calor que é sentido no Algarve e Alentejo. “Não consegui mudar a opinião (da Administração Central) e voltei ao hospital”, disse.

Para o Hospital de Beja, o clínico sente a necessidade de haver uma pista destinada ao helicóptero e nesse sentido já iniciou contactos com o Conselho de Administração e com o Instituto Nacional de Aviação Civil.

### Condições difíceis no serviço de Urgência

Em relação ao Serviço de Urgência propriamente dito, Richard Glied reconheceu que “o atendimento dos doentes críticos tem de ser optimizado”. “A monitorização já melhorou, falta uma sala de reanimação verdadeira.”

Segundo uma internista presente no momento, “falta também um gabinete para a Medicina Inter-

na, a única especialidade que está aqui 24 sobre 24 horas e não tem instalações. O nosso gabinete é na sala de macas”.

O director do Serviço admite a falta de condições para os utentes que ali acorrem. “Entrar aqui nestas condições é difícil. É necessário arranjar alguma forma de dignidade e de boa competência médica, temos de trabalhar as duas coisas juntas”, sintetizou. O bastonário concordou: “Realmente, a falta de espaço é impressionante. Além disso, falta equipamento e recursos humanos.” “Já foi pior”, explica a médica, “porque agora temos um grupo de internos, jovem e grande, que talvez seja a salvação disto, porque tivemos muitos anos sem internos e era muito mau.”

### ARS quer retirar implantação de CDI ao Serviço de Cardiologia

Durante a visita ao Serviço de Cardiologia voltou a surgir o tema da emigração dos médicos e a desqualificação do trabalho destes. José Manuel Silva de novo defendeu a necessidade de se adoptarem medidas de discriminação positiva para atrair e

No Serviço de Urgência acumulam-se os doentes e faltam as condições



fixar profissionais no interior do país: “Não concordo que se aceite a escravização dos médicos e a sua desqualificação e proletarização completa. Se o país quer médicos e está a formá-los neste momento em qualidade e quantidade suficiente, então tem de criar condições para que eles se fixem em Portugal. O número de médicos que actualmente nos pede certificados para emigrar é cada vez maior.”

Além da questão remuneratória, também o desenvolvimento tecnológico é crucial para fixar profissionais, defendeu ainda uma médica que acompanhava a visita ao Serviço. O bastonário corroborou e lembrou, a este propósito, a intenção de a Administração Regional de Saúde do Alentejo querer retirar a implantação de CDI do Hospital de Beja. A este propósito, um dos médicos informou que tinha sido possível colocar, uns dias antes, dois CDI, mas tal implica “uma luta constante com a Administração”. “Mas se não se colocasse (a Administração) teria de pagar na mesma o dispositivo e o transporte do doente, ou seja, o custo ainda cresce. Além disso, depois ainda há o seguimento do doente fora, pelo que

do ponto de vista económico é uma despesa que aumenta”, concluiu.

“E quando os doentes precisam de hemodinâmica como fazem?”, perguntou o presidente da OM. “Temos um protocolo com o Hospital de Santa Marta e todos os dias vão lá dois doentes fazer cateterismos. Quando temos necessidade de enviar um terceiro doente temos de telefonar para lá”, esclareceu o director do Serviço. “O problema da distância é muito difícil de ultrapassar, porque nós não conseguimos colocar um doente numa hora e meia em Évora. Muitas vezes, acaba por ir para o Hospital de Santa Marta, porque o serviço é mais completo”. Além disso, a população tem uma idade média avançada e são “doentes que precisam de intervenções múltiplas, pesadas”.

Não havendo lacunas ao nível de espaço físico, o mesmo não se passa com os recursos humanos. Nas palavras do director do Serviço, “o enquadramento institucional nacional e regional não favorece os hospitais mais pequenos e depois é a falta de dinheiro no sistema e ficamos preocupados com a forma como havemos de lidar com isto”.

## Centro de Saúde de Beja Pressão para ter internos mas falta espaço

O primeiro dia da visita do bastonário prosseguiu no Centro de Saúde de Beja. Aí, um dos problemas mais gritantes é a falta de espaço. Segundo a directora do CS, este é um centro de saúde formativo, que actualmente acolhe seis internos e “é necessário espaço para eles trabalharem além de nós”, disse a médica. “Somos pressionados a ter internos, mas a verdade é que a falta de espaço nos impede. Vemos relatórios de colegas que nunca, em quatro anos de internato, tiveram um gabinete para exercer a actividade. Não sei como se consegue”, desabafou.

Face a esta situação, também Pedro Vasconcelos, o presidente do Conselho Distrital de Beja e também ele médico naquela unidade, referiu não saber como é possível que ainda assim o Centro de Saúde continue a ter idoneidade, “porque quando fazemos visitas para atribuição de idoneidade, se verificamos que não há local para



Os médicos debatem-se com problemas para darem aos doentes o melhor tratamento



Coordenadora do CS apresentou os problemas da unidade

o interno, este é logo um requisito para condicionar a atribuição”.

De acordo com a médica, “há espaço que podia ser aproveitado, mas tal não é aceite”. “Quando o Centro de Saúde Mental saiu daqui e foi para instalações novas eu propus que a Unidade de Cuidados na Comunidade que está aqui ocupasse essas instalações, mas disseram logo que não”, revelou ainda.

Outra situação denunciada prendeu-se com a transferência de um colega para o Centro de Saúde, sem que haja espaço e sem solução à vista. O bastonário pediu para ser mantido informado sobre a evolução da situação. Por outro lado, também ao nível dos cuidados de saúde primários os problemas informáticos são gritantes e foram também referidos à comitiva da OM.

O Centro de Saúde de Beja é uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) com 15 médicos, três dos quais formadores. Aberta até às 21 horas, o número de utentes que atende por dia é muito variável, “depende da época do ano”, oscilando entre os 40 e os 60/70.

### Centro de Saúde de Castro Verde Um SUB e apoio a SIV sem equipa suficiente

No Centro de Saúde de Castro Verde um dos problemas é a assistência SIV e o défice da equipa que tem essa responsabilidade. Esta unidade, com um serviço de urgência básica (SUB) coordenado pelo serviço



## "É ilegal, ponto final"

O bastonário não tem dúvidas sobre a situação que se vive na equipa de urgência e de SIV do CS de Castro Verde: "É ilegal, ponto final! Não pode ser!". José Manuel Silva recorda que "têm que existir equipas com dois médicos e dois enfermeiros na urgência e quem está escalado na SIV não pode estar, simultaneamente, de escala na urgência". O cumprimento destes requisitos mínimos obrigatórios permite que, quando há um transporte secundário, exista a possibilidade de ir uma equipa a acompanhar o doente, explicou. Ao contrário do que sucede em Castro Verde onde existem dois enfermeiros escalados na urgência sendo que um deles é, ao mesmo tempo, o enfermeiro escalado para a SIV o que significa que quando sai para acompanhar o doente na ambulância de Suporte Imediato de Vida, se houver necessidade simultânea de um transporte secundário em que o outro enfermeiro vá a acompanhar, a urgência fica sem enfermagem! Quem dirige o SUB é o director do serviço de urgência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, a quem o bastonário contactou na sequência da conversa com os médicos de Castro Verde e de quem obteve o compromisso de ir resolver a situação.

de urgência do Hospital de Beja e que abrange ainda os concelhos de Mértola, Almodôvar, Ourique e Aljustrel, funciona com 3 médicos do quadro, um contratado e um outro em regime de prestação de serviços.

A directora, Olímpia Camacho, lamenta o espaço apertado para albergar tudo e espera que do plano que está em elaboração cheguem boas soluções, mas queixa-se sobretudo do reduzido número de profissionais, que têm que dar resposta ao trabalho diário no centro de saúde, mas também ao SUB e à SIV sempre que são chamados.

A equipa de SIV pode ter que sair duas a três vezes por dia

e normalmente só há dois enfermeiros para dar resposta a tudo. "Num serviço de urgência tudo é imprevisível, tanto pode não acontecer nada como de repente haver não sei quantas pessoas e a capacidade de resposta ser deficitária", referiu a directora. Quando assim acontece, há um enfermeiro que tem que sair e dar resposta à SIV e fica apenas um na urgência. Por vezes, o CODU chega a determinar a deslocação de médico e enfermeiro e "já se viveram aqui situações complicadas", disse Olímpia Camacho. "Sentimos que em determinadas alturas é quase impossível. Estão a chegar situações para suturar,



os doentes para tratar, os doentes para fazer pensos, e está um médico sozinho isto é uma corrida. Ao fim-de-semana não temos respostas no ambulatório e aqueles pensos que não é possível estar dois dias sem serem feitos, vêm aqui e são feitos aqui na SUV, mas ficam para o fim pois têm de esperar o atendimento para quando é possível encaixar. Podem esperar horas, pois todo o movimento da urgência está à frente!", desabafou a directora.

De facto, aos fins-de-semana, com os horários mais reduzidos dos centros de saúde há ainda uma afluência maior. "Ao sábado a partir das 13 horas cai cá tudo!", exclama Olímpia Camacho. O CS de Castro Verde cobre um território com uma população muito envelhecida. A médica refere que ela própria reflecte sobre a faixa etária das pessoas que vai vendo ao longo do dia: "Às vezes ponho-me a pensar, num papel ao lado escrevo a idade dos utentes e anoto 80, 80, 80 e tal, 90!".



Olímpia Camacho

## Acumulação das funções de autoridade de Saúde da coordenadora do CS de Almodôvar

### Situação "inacreditável e inaceitável"

Em Almodôvar, um centro de saúde que tem cerca de 8 mil inscritos e oito extensões de saúde, o maior problema é a falta de pessoal, nomeadamente "muito mal de médicos" é como a coordenadora do Centro de Saúde define a situação. Há consulta de recurso aos sábados, domingos e feriados, tudo isto assegurado com uma médica do quadro, a própria coordenadora, e um outro colega com contrato de 18 horas de trabalho, para além dos esporádicos contratados ao serviço.

No Centro de Saúde de Almodôvar, o bastonário colocou à coordenadora, Lourdes Maruta, as mesmas questões sobre o modelo de contratualização e incentivou-a também a não assinar o documento pelas razões que tinha já apresentado no Centro de Saúde de Castro Verde.

"Ainda agora lancei a mesma provocação em Castro Verde! Não assinem a contratualização! Se assinarem não acontece nada, se cumprirem não acontece nada, se não assinarem não acontece nada! Então, pelo menos preservem a vossa dignidade e não assinem", disse o bastonário à coordenadora do CS. "Neste momento acho que a contratualização é insultuosa para a dignidade dos médicos de Medicina Geral e Familiar", concluiu.

Para além da contratualização, uma outra situação ganhou relevo em Almodôvar. A coordenadora

do CS desempenha também, por inerência, funções de autoridade de saúde do concelho, tarefa que tem uma correspondência exígua na remuneração e que a obriga a um trabalho de disponibilidade permanente.

"Nós aqui nestas zonas trabalhamos um bocado por carolice! Para além do trabalho aqui de coordenação do centro de saúde sou autoridade tutelada de saúde", explicou Lourdes Maruta, que adiantou ser a mesma a situação da colega de Castro Verde, embora não tenham especialidade de Saúde Pública.

A coordenadora do CS explicou que lhe foi pedido "para exercer este cargo e sobre as contrapartidas disseram que é estarmos disponíveis 24 horas por dia, o que é um bocado duro de roer, porque irmos às 4 horas da manhã por esse mundo fora é complicadíssimo". Por esta tarefa tem uma compensação de 6 horas de trabalho extraordinário, com disponibilidade de 24 horas, segundo a própria. Instada a recusar-se a fazer esse trabalho, a coordenadora do CS referiu que já tinha tentado, com a sua colega de Castro Verde, alegando que "estar 24 horas por dia de serviço é desumano". E explicou que a GNR lhe liga para o telefone pessoal cada vez que "aparece uma situação", já que a partir do momento em que um familiar liga para o CODU é activado um sistema de contactos que inclui o seu. "De maneira que não fazemos mais nada durante a semana, andamos por aí, por montes e vales, a verificar óbitos", considerou.

"Por isso já dissemos que não estávamos interessados em estar de serviço 24 horas, numa altura em que se pôs o problema das certidões de óbito, a verificação de óbitos, o que éramos obriga-



Lourdes Maruta conversa com José Manuel Silva e Jaime Mendes



Reunião no CS de Almodôvar; Edite Spencer, Laura Oliveira e Pedro Vasconcelos

dos a fazer”, repetiu, mas foram instadas a manter-se porque apenas “seríamos obrigados a fazer a verificação de morte violenta e nos outros casos não. Só que não é isso que se passava, fazíamos da violenta e da outra toda e continuamos a fazer!”, revelou. A determinada altura ambas se recusaram de facto e foi então a partir daí que passaram a ter a compensação de 6 horas de trabalho extraordinário por semana.”

O bastonário perguntou a Lourdes Maruta como resolviam o problema durante as suas férias. “Chamam-nos!”, exclamou a coordenadora do CS, que agora procura desligar o telemóvel quando está de férias e ultimamente não tem tido

a experiência de passar férias no estrangeiro, prática que o bastonário aconselhou em tom irónico.

Com base no montante pago por hora extraordinária, José Manuel Silva fez as contas e concluiu que as seis horas poderiam corresponder a uns 150 euros por semana para estar disponível 24 horas por dia, o que considerou ser “ilegal”.

De resto, a médica avançou que esse número de horas é sempre ultrapassado. “Para ir certificar um óbito no fim do concelho, só aí demoro 2 horas”, esclareceu Lourdes Maruta.

“E anda o senhor ministro a dizer mal dos médicos permanentemente! Ele diz que não, que nunca diz mal dos médi-

cos. Bem, ele mal dos médicos não diz, mas as notícias são sistematicamente de carácter negativo para os médicos, e agora o senhor secretário de Estado diz que vai disciplinar os médicos para eles irem para onde não querem, para servir a população”, recordou o bastonário, perante o exemplo de dedicação praticamente não remunerada destes médicos. E rematou: “Confesso que estou surpreendido! É inacreditável e inaceitável!”.

No final da reunião, Lourdes Maruta ainda fez mais um desabafo: “É como o caso das horas para gestão, tiraram-nos o pagamento... e olhe, agora, quando chegaram, estava a despachar exames complementares de diagnóstico. Eu acabo de fazer 10, 12, 15 consultas e depois tenho que ir dar despacho àquilo tudo!”

O bastonário rematou: “Quer dizer, estão a escravizá-la e a colega aceita...”

## Centro de Saúde de Sines Mudança na referenciação prejudica gravemente os doentes



A visita às unidades de saúde do Distrito Médico de Beja começou, no segundo dia, pelo Centro de Saúde de Sines. À delegação da Ordem presidida pelo bastonário, com a companhia do presidente do Conselho Regional do Sul, Jaime Teixeira Mendes, do presidente do Conselho Distrital de Beja, Pedro Vasconcelos, e das

vogais Edite Spencer e Laura Oliveira, juntou-se o secretário do Conselho Regional do Sul, Sérgio Silva.

A maior queixa dos médicos de Sines foi a alteração do modelo de referência, que desviou os utentes de Setúbal, para onde têm bons transportes, para Évora, onde chegam a ter que pernoitar por falta de soluções de transporte.

O quadro do Centro de Saúde de Sines comporta 10 médicos, mas apenas seis desses lugares estão preenchidos, sendo que dois deles “estão em situação complicada”, como refere a coordenadora do Centro de Saúde, Cecília Gil. Significa isso que num concelho com cerca de 15 mil inscritos estarão cerca de 3 mil utentes sem médico de família. Na equipa estão também duas internas de especialidade, uma delas que chegou muito recentemente.

A visita ao CS de Sines, que funciona em instalações completamente inadequadas e exíguas, começou com uma reunião com todos os médicos e sem a presença da administração da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), como explicou o bastonário à coordenadora, que tem a expectativa que a construção do novo centro de saúde esteja para breve e resolva boa parte dos problemas de instalação.

Tal como noutros centros de saúde, como em Beja onde o problema é mais conhecido, também em Sines o mau funcionamento do sistema informático é muitas vezes impeditivo de concluir tarefas. A situação é particularmente crítica na extensão de Porto Covo, mas na sede do concelho também ocorre com frequência.

O bastonário perguntou aos médicos se a ligação entre o PEM e o SAM era boa, ao que uma das médicas presentes respondeu: “Tem

dias!”. Uma outra médica referiu: “Há um aspecto que a nós nos atormenta, que é o interface entre abrir o PEM e até chegar à receita, em que são precisos três ok para cada doente. Isto tem a ver com o programa.”

O problema mais apontado é que ao trabalhar no SAM não é possível fazer uma passagem directa para o PEM e é necessário accionar várias vezes uma confirmação, que nem sempre é rápida. O percurso inverso, do PEM para o SAM também não é muito amigável, o que se traduz em tempo perdido e alguma paciência, segundo os próprios médicos.

Quanto ao sistema informático e aos problemas que causa no dia-a-dia do trabalho dos médicos, Pedro Vasconcelos defendeu que o que causa dificuldades “é que para além destes dois programas há uma infinidade de outros que têm que se utilizar, tipo malabarista a ver se não se deixa cair uma bola, e em que se perde imenso tempo”. A solução apontada pelos médicos é que deveria estar tudo concentrado.

## Encaminhamento para Évora

Mas uma questão particular que prejudica os utentes do Centro de Saúde de Sines é a da referência. Uma das médicas apresentou o caso de um dos seus doentes, que tem uma esclerose em placas e que vai esperar um ano por uma consulta, mas o mais grave, segundo a médica, é que essa consulta vai ser em Évora.

“As pessoas para irem daqui a Évora vão, mas não vêm no mesmo dia, têm que dormir lá. Vamos lá ver, as pessoas não têm carro, são pobres e cada vez mais pobres. Eu não posso dizer a esta doen-

te que vá a um serviço privado”, lamentou a médica, que contou outro caso de uma sua doente que terá que se deslocar a Évora para uma consulta, também daqui a um ano. Estes casos de referência para Évora são em especialidades como Neurologia, Dermatologia, Nefrologia, Ortopedia infantil.

O bastonário confirmou se para as pessoas seria mais fácil ir a Setúbal e exclamou: “Quem decidiu isto não pensa!”. Os transportes na zona de Sines estão todos orientados para Setúbal, como é natural, uma vez que se trata da sede de distrito.

“Não pode ser, as pessoas cada vez têm menos dinheiro”, concluiu a médica que denunciou a situação. O presidente do Conselho Distrital de Beja apelou aos médicos para comunicarem essas situações formalmente para que seja possível influenciar a ARS Alentejo a definir melhor essa referência, uma vez que “os canais de comunicação são fáceis”.

A esta questão que causa prejuízos sérios aos utentes, os médicos juntam o tempo que se perde a procurar soluções de referência nos mais diversos casos. “A referência não está clara nem faz sentido”, disse uma médica, embora Sérgio Silva, do CRS, tenha defendido que “está visível, o que não acontecia antes”.

## O Hospital do Litoral Alentejano do ponto de vista dos CSP

Uma médica do Centro de Saúde de Sines considera que “a cirurgia do HLA funciona lindamente” e admitiu que “também há coisas boas que devem ser relatadas”. Já o caso da Urologia é diferente. Uma outra médica considerou que “o tempo de resposta a con-

sulta é muito demorado”, embora o serviço tenha sido classificado como o segundo melhor hospital do país no que se refere a doenças genitais masculinas, como recordou o bastonário. A médica concluiu que “deve ser em alguma coisa especial que a gente não precisa”.

A relação entre os médicos dos cuidados de saúde primários (CSP) e os médicos hospitalares, através do Alert, é sempre delicada, mas a médica de família de Sines considera que casos como o da Pediatria, por exemplo, funcionam bem e o colega

hospitalar responde e informa sobre o que fez.

A coordenadora do centro de saúde espera que alguns destes problemas se resolvam, uma vez que “há uma intenção de haver uma melhoria significativa a esse nível, da parte do hospital, vamos ver se se consegue implementar a obrigatoriedade do retorno da informação”.

Os médicos do CS de Sines relataram ainda um conjunto de problemas que se criaram quando o hospital de Setúbal devolveu cerca de uma centena de processos de utentes que es-

tavam já inscritos, mas que com o novo modelo de referenciação passariam a não poder ser ali seguidos.

De todo o modo ressalvam o caso da Psiquiatria. Um especialista do Hospital de S. Bernardo desloca-se a Sines uma vez por semana, tal como a Santiago do Cacém. Foi este o único acordo que se manteve com o Hospital de Setúbal, segundo a coordenadora do CS.

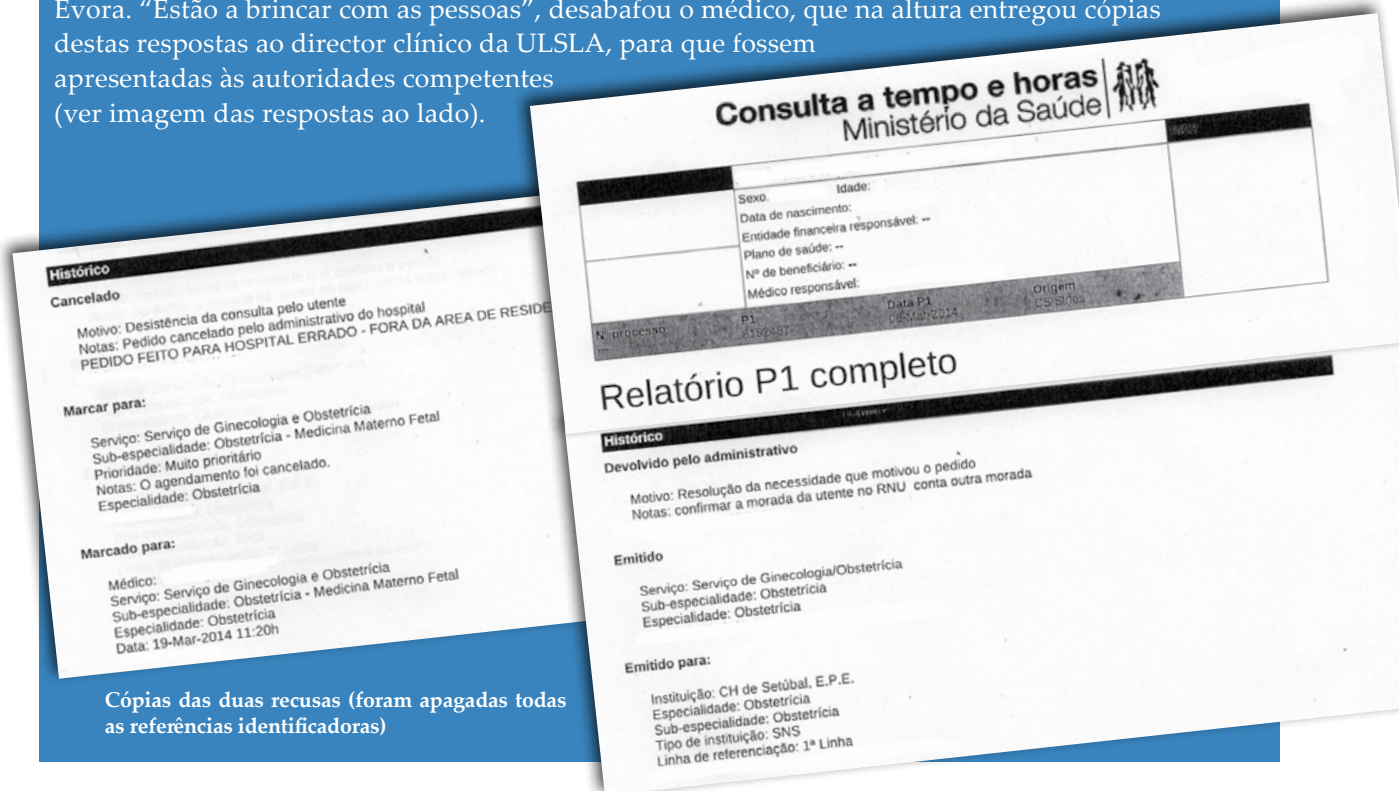
A reunião terminou com o debate sobre o modelo de contratualização. Basicamente, a resposta dos médicos e da coordenadora

## Grávida recusada em Setúbal e em Évora

A confusão que está estabelecida com a referenciação de doentes em certas especialidades que não existem na ULSLA tem criado situações caricatas.

De Sines para Setúbal referencia-se apenas para Obstetrícia e, mesmo assim, ocorrem problemas inexplicáveis. O episódio mais relevante e foi contado por um médico, que referenciou uma utente da sua lista para Setúbal para uma consulta de Obstetrícia, onde de resto já tinha ido antes por complicações na gravidez. A resposta foi uma recusa, alegando que a utente não era daquela área. Pouco convencido, mas sem alternativas, o médico referenciou então para Évora, de onde chegou uma resposta semelhante.

Em face das respostas obtidas a partir do Alert, a doente nem podia ser seguida em Setúbal nem em Évora. “Estão a brincar com as pessoas”, desabafou o médico, que na altura entregou cópias destas respostas ao director clínico da ULSLA, para que fossem apresentadas às autoridades competentes (ver imagem das respostas ao lado).



Cópias das duas recusas (foram apagadas todas as referências identificadoras)

do CS às questões da relevância do modelo não diferiu da que foi obtida em outros centros de saúde, trata-se de um processo que não tem incentivos, nem sequer sanções e não determina nada na qualidade de prestação dos cuidados de saúde.

“Isto não serve para nada, é uma farsa de burocratas para justificarem a sua existência e infernizarem a vida aos médicos”, concluiu o bastonário.

## Centro de Saúde Santiago do Cacém Faltam médicos e não especialistas têm lista

No Centro de Saúde de Santiago do Cacém trabalham oito médicos de família (MF) e mais três médicos de origem cubana sem especialidade que têm também lista atribuída. A equipa distribuiu-se pelo centro de saúde e por mais sete extensões dispersas

num dos maiores concelhos de Portugal em área. Estima-se que 7 a 10 mil utentes estejam ainda assim a descoberto, sem MF, numa população que ultrapassará um pouco os 30 mil habitantes.

A reunião com os médicos decorreu na Unidade de Saúde Pública, que funciona num edifício vizinho do Centro de Saúde e começou com as queixas sobre as dificuldades de fixar médicos especialistas no concelho, problema para o qual não se avista solução, uma vez que os concursos têm ficado desertos e não se prevê que haja incentivos que abram a possibilidade de atrair profissionais. Neste momento, há 5 internos a fazer a especialidade e o centro de saúde quer manter a idoneidade formativa que foi avaliada em 2010 ou 2011 e que voltará a sê-lo dentro de um ano ou dois no máximo.

Pedro Vasconcelos, presidente do Conselho Distrital de Beja da Ordem dos Médicos, e membro do Colégio de Especialidade de Medicina Geral e Familiar, referiu algumas questões delicadas com vista à confirmação

da idoneidade. “Havia um consultório, pelo menos que nem marquesa tinha”, recordou.

O dirigente perguntou ainda: “Têm lista atribuída a médicos cubanos sem serem médicos de família?”. O coordenador do CS, Rui Calado, confirmou que embora seja “uma solução transitória e de recurso”, na verdade estes médicos têm uma lista de utentes, caso que Pedro Vasconcelos considerou “até um bocado insultuoso para quem está a fazer o internato, é dar-lhes a entender que fazer internato ou não vale o mesmo”.

Para o bastonário a questão é que “felizmente, a curto prazo, vamos ter médicos de família suficientes e, infelizmente, também a curto prazo, vamos até ter médicos de família a mais. Teoricamente, daqui a dez anos, temos mais de mil médicos de família a mais. Estão a entrar mais de 400 por ano na especialidade e dentro em pouco vão sair cerca de 2 mil médicos com a especialidade de Medicina Geral e Familiar, quando o grande boom de reformas já passou. Estatisticamente, a falta de médicos de família está resolvido a médio prazo”.

Quanto à questão da contratação de médicos cubanos, José Manuel Silva advertiu que “não podemos aceitar nunca, para além das questões da especialidade, que estejam a oferecer condições a colegas estrangeiros que não estão a oferecer aos portugueses. Se oferecessem aos médicos portugueses, nomeadamente aos reformados, com qualidade, com a especialidade, as condições que estão a oferecer aos cubanos, havia aí muito médico disponível para ser contratado!”

Neste contexto, o coordenador do Centro de Saúde sublinhou: “O problema com os cubanos é que aquilo que é pago pelo governo



Rui Calado, coordenador do CS de Santiago do Cacém

## ULS impôs lista de utentes para médicos sem especialidade

O Centro de Saúde de Santiago está integrado na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA) e foi a seguir à criação desta estrutura funcional que os médicos cubanos sem especialidade passaram a ter atribuída lista de utentes como explicou o coordenador do CS:

“Havia um modelo de gestão de inscritos em que determinada lista de um determinado sítio estava associada a um colega cubano que estivesse aí colocado. Ou seja, em termos funcionais, no mínimo, tinham alguém que os assistisse. Mas não estavam inscritos nele como médico de lista. Se eu pedisse ao sistema o número de utentes sem médico de família, aqueles apareciam-me como tal.

Foi-nos dada indicação mais recentemente, já depois da criação da ULSLA, que devíamos inscrever os utentes nos médicos cubanos, com a mesma regra aplicada aos médicos de família. Ou seja, por cada hora disponível de consulta, consoante o horário dos médicos, inscreveríamos 50 utentes. Ora, os colegas cubanos têm 52 horas, mesmo tirando as 6 consideradas de trabalho em ficheiro, portanto não assistenciais, e têm assim cada um mais de 2 mil utentes. Estes três colegas aproximam-se dos 7000 utentes, que a juntar aos que nós já temos sem médico mesmo, sem inscrição em lista, dará próximo dos 50% da população.”

Reunião na Unidade de Saúde Pública de Santiago do Cacém



português é provavelmente dez vezes aquilo que recebem. Damos-lhes alojamento, transporte, o que para nós é muito complicado, e isso tudo significa 5000 euros.”

Mário Jorge Santos, autoridade de saúde no concelho, também se pronunciou: “Ou seja, todas as casas que os municípios têm, que serviam para fixar profissionais, o que podia ser um incentivo ao médico jovem para vir para cá e que é oferecer casas, não temos essa possibilidade, ou quase não temos.”

### Na contratualização os indicadores aumentam todos os anos

A questão da contratualização foi a seguir abordada pelo bastonário. O coordenador do CS relatou o processo deste ano e as reuniões

em que já tinha participado. “A discussão tem-se centrado basicamente nos indicadores de desempenho. Não foi difícil, nem muito complicado, porque a determinada altura os indicadores têm pouca margem de negociação. Eu procurei fazer o meu plano, respeitante com aquilo que são as atividades mensuráveis por indicador, que fizesse corresponder as horas disponíveis, previstas, de cada médico, conjunto de médicos, traduzidas em atividade, em percentagem desses indicadores. Vamos imaginar, se atingimos 35%, a indicação que nos é dada não é de 35, mas de 45% e, a partir daqui, se fizermos as contas ao contrário, se voltarmos para trás, descobrimos que faltam não sei quantas horas. Se isto se passar entre duas actividades eu poderei retirar horas numa actividade

e direccionar horas para outra. Se se passar em todas, não sei como é que se direcciona e, na prática, foi isso que se passou, ou seja, não houve indicador nenhum que não tivesse de ser aumentado...”

O bastonário sublinhou: “Então, obrigam-vos a aumentar os indicadores todos em relação àquilo que era a vossa *performance*.”

Rui Calado continuou a sua explicação: “Eventualmente isso com a justificação em alguns casos, pois havia *performances* muito baixas em algumas situações, nomeadamente naquelas que são dependentes dos registos, que continuam a ter uma falha muito significativa que não é tanto o tempo de consulta que falta, mas durante a consulta fazer o registo correcto; e isso tem truques, porque podemos registar num sítio mas deveria ter sido noutra. Mas

há outros casos que dependem necessariamente de tempo disponível, por exemplo o atendimento familiar. O atendimento adequado às grávidas implica que haja disponibilidade para fazer oito consultas a cada grávida, implica que haja tempo para fazer a seis consultas a cada criança, por exemplo. E tudo isso implica tempo para o registo.”

José Manuel Silva questionou então o coordenador do CS sobre o sentido das conclusões a que chegaram, ao que este respondeu que nalguns casos, “se calhar, uma derrota à partida” é a conclusão a retirar.

À pergunta que formulara já aos outros coordenadores de CS já contactados nesta visita ao Distrito Médico de Beja, sobre o que acontece quando não se cumprem os indicadores de contratualização, Rui Calado explicou que “para além da má figura, aparentemente haverá uma negociação entre a ARS e a ULS que faz depender uma parte, 10%, do financiamento, do cumprimento dos indicadores negociados”.

O bastonário voltou a referir o absurdo que é “cumprir os indicadores no centro de saúde e depois o financiamento ir todo para o hospital”.

Mário Jorge Santos, por seu turno, relatou a sua experiência, “do outro lado da contratualização”, como coordenador do grupo regional na área do controlo de infeção, e defendeu que “primeiro deve haver uma contratualização interna, quer entre as várias unidades e a administração quer entre as várias unidades no sentido de partilharem recursos, porque há recursos que são partilhados e que podem ser alocados”.

“Mas o pior é que a contratualização é comprometida pela sua baixa qualidade”, referiu o médico de

Saúde Pública, que argumentou: “por não ter racionalidade, por não se pretender atingir os objetivos que é preciso atingir e por outro lado por terem objetivos que podem não ser necessários em termos de produção, ou até irrealistas. Atinge-se um objetivo, vamos para outro, mas a tendência não devia ser essa, devíamos ver quais são os objetivos que precisamos de atingir, porque nós não podemos, principalmente nos cuidados de saúde primários, em que a variedade de serviços é enorme, contratualizar com a ARS todos os indicadores que são relevantes! Portanto, temos que atingir uns e no ano seguinte ou num período trianual optar por outros que é necessário melhorar”.

De facto, segundo Mário Jorge Santos, “há uma pirâmide burocrático-administrativa que não tem nada a ver nem com as necessidades de saúde da população nem com a melhoria dos verdadeiros indicadores de saúde e que se torna uma perversão porque é um sistema perfeitamente burocrático, em que ninguém se prepara, porque ninguém tem tempo para se preparar.”

O bastonário insistiu na questão do cumprimento de decisões sem fundamento e perguntou: “Se não cumprirem apontam-vos alguma pistola à cabeça? E se não assinarem a contratualização, o que é que acontece?”. As respostas são invariavelmente as mesmas, provavelmente nada.

José Manuel Silva concluiu: “Aquilo não é para levar a sério e não deviam assinar, a não ser que parta de uma negociação séria e de uma definição correcta dos indicadores a avaliar, que parta de um histórico que respeite as características de cada unidade, isso sim. Mas como isso é difícil, é mais fácil o trabalho de cima, dos burocratas, tomem

lá os indicadores! Nós temos obrigação ética de trabalhar bem e de cumprir a *leges artis*, mas não isso dos indicadores que vêm impostos de cima para baixo, sem qualquer fundamentação técnica, sem qualquer avaliação da implicação em termos de ganhos de saúde”.

A reunião terminou com a intervenção de uma interna que, instada pelo bastonário, abordou algumas dificuldades que lhe têm sido colocadas.

## Hospital do Litoral Alentejano No limiar da sobrevivência



O Hospital do Litoral Alentejano, em Santiago do Cacém, precisa de mais médicos e de valências de que não dispõem para cumprir os seus compromissos. Num contexto em que uns médicos emigram outros se reformam precocemente, será difícil atrair jovens médicos. Entretanto, a urgência deste hospital vive num “caos permanente”, segundo os profissionais.

director clínico para a área de cuidados de saúde primários da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Mário Paulino Moreira, agora o único director clínico – uma vez que o anterior homólogo da área de cuidados hospitalares se demitiu e nunca foi substituído –, sublinha que “há um grave problema de fixação de recursos, abriram-se 68 vagas durante o ano de 2013 nas diferentes especialidades e apenas se conseguiu que um dos internos de Medicina Interna ficasse cá e, já este ano, que uma patologista também ficasse, o resto das vagas têm fica-



No corredor da urgência é visível a falta de espaço do serviço

do completamente desertas". Também na área de Medicina Geral e Familiar, das 11 vagas a concurso nem uma foi possível preencher, segundo o médico. Numa reunião com o Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA) e por conseguinte do Hospital do Litoral Alentejano, que cobre uma população de 98 mil pessoas distribuídas por cinco concelhos e que se alonga por 200 quilómetros ao longo da costa, o bastonário questionou a administração sobre a natureza dos concursos, que são apenas para quem tem vínculo ao SNS, e criticou esse condicionamento, "porque há colegas interessados em virem para a região, mas não podem concorrer a esses concursos por não terem

vínculo".

Presidente do CA, Maria Joaquina Matos considera que "o problema é a falta de médicos, é o problema número 1, número 2 e número 3". Para cumprir a carteira de serviços, a ULSLA precisaria de mais 85 médicos. "As valências em falta são Psiquiatria, Neurologia...", explicava a presidente do CA, mas o bastonário pediu para fazer um comentário: "Os psiquiatras estão a emigrar, muitos mesmo, porque entre o Litoral Alentejano e a Dinamarca preferem ir para a Dinamarca, por que é que será?"

José Manuel Silva referiu-se ao facto de a Ordem ter publicado, como publicidade paga, meia página no Expresso, a perguntar ao Ministério da Saúde se querem ter médicos suficientes

em Portugal ou não. "Alguém vai, no final da sua especialidade, deslocalizar-se, às vezes com problemas familiares, para uma zona que pode ser qualificada como interior, por mil e poucos euros limpos?", perguntou.

### **Sem mais 85 médicos ULSLA não conseguirá objectivos**

Maria Joaquina Matos considera que "a Ordem dos Médicos podia ajudar aí vivamente, porque já fizemos sentir isso quer à ARS quer ao Ministério da Saúde, sabemos que estamos todos a atravessar uma fase difícil em termos económico-financeiros e de contexto nacional e internacional, mas de facto é preciso



fixar aqui médicos, porque depois vêm os cubanos, que não conhecem propriamente o território e aí já se aceitam e pagamos aos cubanos."

E o bastonário voltou a recordar que o Ministério da Saúde paga aos cubanos mais do que aos portugueses e a presidente do CA da ULSLA admitiu: "Nós preferimos ter médicos nacionais nem que tenhamos de lhes pagar o subsídio de fixação". É que sem os 85 médicos de que a unidade precisa não será possível levar a cabo o Plano Estratégico.

A presidente do CA considerou que a valência de Psiquiatria é particularmente importante porque, por exemplo, o concelho de Odemira, que a ULSLA abrange, tem a maior taxa de suicídios da Europa.

Mesmo que mudem as regras, o bastonário desconfia que não será possível estancar a saída de médicos do país. "Entre os internos já é voz corrente para que país vão emigrar, a desqualificação do trabalho médico tem consequências e há colegas a emigrar de especialidades carenciadas no país. Não é possível com o que se ganha em Portugal manter um nível de vida aceitável para um médico", argumentou.

José Manuel Silva explicou a falta de médicos desde que se impuseram *numerus clausus* apertados e depois, por falta de planeamento, começaram então a formar-se médicos a mais, o que sucede actualmente, período em que se estão a abrir 1500 vagas por ano para internato.

Há, neste momento, 40 mil médicos em Portugal com menos de 70 anos, o que significa que temos médicos suficientes para o país todo, de acordo com o rá-



## Não há director clínico

O Hospital do Litoral Alentejano está sem director clínico, o que, segundo a perspectiva dos médicos ouvidos, transtorna o normal funcionamento, havendo uma desorganização nos serviços, "com cada cabeça sua sentença, sem qualquer linha condutora, total ausência de participação clínica no plano do hospital e respectiva contratualização". De resto, esta situação transparece para os cuidados de Saúde Primários pela falta de uma linha de articulação, o que coloca em risco a qualidade dos cuidados prestados.

Na reunião, a presidente do Conselho de Administração explicou a questão de não haver formalmente director clínico. "Não temos director clínico por causa do estatuto remuneratório, o Ministério da Saúde cometeu o erro de não contemplar a remuneração do director clínico nas empresas de nível C, o que impede que se consiga encontrar alguém para desempenhar essas funções", disse Joaquina Matos.

cio da OCDE, segundo o bastonário.

Por outro lado, "estamos a sofrer o problema das reformas precoces", considerou o dirigente, que acusou os sucessivos governos de criarem as condições para esse fenómeno, "porque as pessoas reformam-se porque a lei o permite". Na verdade, com a emigração e as reformas, "Portugal vai continuar com falta de médicos, por mais milhares que formemos", concluiu José Manuel Silva.

A não ser que se obrigue os médicos, no final da especialidade, a ficarem a trabalhar em Portugal, "em regime de semi-escravatura", o bastonário não vê que seja possível inverter a situação. Mas, nesse caso, haveria razão suficiente para "um levantamento médico", defendeu.

## Urgência caótica

O grave problema de falta de médicos obriga a administração do hospital a recorrer permanentemente a empresas de fornecimento de pessoal médico para a urgência, o que Mário Paulino Moreira considerou "uma praga", mas sem alternativa, uma vez que a ULSLA tem dois serviços de urgência básica, um em Odemira, que funciona praticamente apenas com médicos de empresas, e outro em Alcácer do Sal, e a urgência médico-cirúrgica do próprio hospital, cujo "primeiro atendimento é feito sobretudo por pessoas da empresa".

Mais tarde, na visita ao Serviço de Urgência, os médicos queixaram-se ao bastonário que este Conselho de Administração piorou a política de recursos humanos e "só se contrata ao mais baixo preço, com



Bastonário conversa com os colegas do HLA

empresas a pagar 16 euros à hora aos médicos que fornecem".

O serviço acolhe em torno de 150 doentes por dia e os médicos queixam-se de que "é um caos" e "funciona tudo nos níveis mínimos e

mesmo assim é preciso entrar em muita guerra".

Joaquina Matos apontou, na reunião, para além da falta de médicos e da dívida avultada do hospital, que já herdaram, a necessidade

## Médicos escalados 24 horas mais do que uma vez por semana

Segundo os médicos ouvidos na visita ao Serviço de Urgência, a situação que se vive é de "caos". Normalmente estão escalados dois médicos para o atendimento geral, que asseguram o grosso de todos os atendimentos, uma vez que uma elevada percentagem dos utentes são triados, inapropriadamente, para o atendimento geral, como é o caso dos doentes que já vêm encaminhados dos SUB, trazidos pelo INEM ou enviados das consultas dos CSP, já com indicação de uma especialidade; além disso, estes dois médicos, muitos dos dias, também têm que atender a urgência de pediatria, quando não existe médico escalado.

Acresce a esta situação, o facto de as escalas das especialidades de Medicina Interna, Ortopedia e Cirurgia funcionarem com médicos escalados 24 horas, em certas circunstâncias até duas vezes na mesma semana, sendo do conhecimento geral que estes médicos prosseguem depois ao serviço no dia seguinte e muitas vezes estão escalados para o INEM consecutivamente.

Por outro lado, os médicos contratados para o atendimento geral, na sua grande maioria estrangeiros e sem especialidade, aparecem nos relatórios dos episódios de urgência do ALERT com a especialidade de medicina geral e familiar, inscrita à frente do seu nome, entre parêntesis. Há também acusações de que existe o caso de um médico não especialista a quem foi atribuída a especialidade de Cirurgia Geral.

A situação grave que se vive neste serviço está, para além de outras explicações, também relacionada com o facto de funcionar há já algum tempo sem director.

de se fazerem investimentos, como é o caso da "reformulação da estrutura física do próprio Serviço de Urgência, que precisa de obras, nomeadamente de redimensionamento do SO, onde por rotina temos doentes que não cabem naquele espaço físico".

Concluindo o que pensa sobre a falta de médicos neste hospital e na sua região, o bastonário recordou: "Já dissemos ao senhor ministro que não espere colocar médicos no interior do país enquanto pagar o mesmo que paga em Lisboa, ainda por cima quando as pessoas em Lisboa podem complementar os seus proventos com o exercício no sector privado. É preciso haver medidas de discriminação positiva".

De resto, defendeu que "o que interessa ao hospital seria ter aqui profissionais a tempo inteiro, em dedicação integral, porque isso é que é rentabilizador para as estruturas, não é estar a criar mais confusões e mais conflitos de interesses. Ofereçam remunerações minimamente condignas e as pessoas preferem estar aqui nas 54 praias do que irem para a Dinamarca."

Na visita que a delegação da Ordem fez aos vários serviços do hospital encontrou profissionais desmotivados, que lutam com faltas de equipamento, exaustos pelas horas de trabalho que acumulam e sem compensações.

Por exemplo, Na Unidade de Cuidados Intensivos trabalham 3 médicos fixos e há outros que vêm de Setúbal e até do Hospital de S. José fazer serviço. Na Cirurgia há 10 médicos e mais cinco internos de especialidade e há também apenas cinco anestesiologistas no quadro do hospital. No hospital de dia, a consulta de Oncologia também é assegurada por um médico não especialista, de origem cubana.



[www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)  
O portal oficial da OM





## Tomada de posse dos Conselhos Consultivos da OM

Tomaram posse no passado dia 30 de Abril, na Sede da Secção Regional do Norte da OM, os membros dos seguintes conselhos consultivos da Ordem dos Médicos:

- Conselho Nacional para a Avaliação da Formação;
- Conselho Nacional da Auditoria e Qualidade;
- Conselho Nacional dos Cuidados Continuados;
- Conselho Nacional do Ensino e Educação Médica;
- Conselho Nacional de Ética e Deontologias Médicas;
- Conselho Nacional do Exercício da Medicina Livre;
- Conselho Nacional do Exercício Técnico da Medicina;
- Conselho Nacional para as Novas Tecnologias Informáticas;
- Conselho Nacional da Pós-Graduação;
- Conselho Nacional para a Política do Medicamento;
- Conselho Nacional da Segurança Social dos Médicos;
- Conselho Nacional para o Serviço Nacional de Saúde.

A informação sobre a composição dos conselhos consultivos encontra-se disponível no site nacional ([www.ordemosmedicos.pt](http://www.ordemosmedicos.pt)) no separador CNE – Órgãos consultivos.





## Pedro Hispano: vulto lusitano na cultura europeia no séc. XIII

Realizou-se no dia 19 de Outubro de 2013 na Ordem dos Médicos em Coimbra, uma sessão temática do Núcleo de História da Medicina da OM dedicada a Pedro Hispano Lusitanensis, médico e papa, vulto da cultura europeia no séc. XIII. Alfredo Rasteiro, Maria Helena da Rocha Pereira, António Aires Gonçalves e José de Paiva Boléo-Tomé foram os oradores convidados.

Pedro Hispano e a arte dos olhos no século XIII foi o tema que nos apresentou Alfredo Rasteiro que referiu “as preocupações sociais do Engenheiro químico Jorge Mario Bergoglio (1936- ), Papa Francisco desde 13 de Março de 2013” como um óptimo enquadramento para a compreensão do “interesse pelos pobres de Mestre Pedro Julião Rebolo (c.1210 -1277) que terá sido Papa, Papa João XXI desde 20 de Setembro de 1276 a 20 de Maio de 1277, considerado Autor do «Tesouro dos Pobres», «Conservação da saúde», «Incómodos e curas oculares», etc.”. Alfredo Rasteiro referiu a transcrição de Albrecht Maria Berger que data de 1899, do «Breviarium de egritudinibus oculorum et curis», «Codex latinus 40» da Biblioteca do Estado da Baviera (A.M.Berger: «Die Ophthalmologie des Petrus Hispanus», Munchen, 1899). “Desde então, aguarda-se revisão actualizada e leitura comparativa destes e outros textos, especialmente entre o «Co-

dex Latinus 40» estudado por Berger e o «Incipit tractatus augii Petri Yspanis», «Manuscrito Gaddianus 14» da Biblioteca Medicea Laurenziana de Florença”. “«Codex latinus 40» e «MS Gaddianus 14» são cadernos de apontamentos em que os trabalhos atribuídos a Pedro divergem em pequeninas coisas, por exemplo: «MS Gaddianus 14», «fabricado em resposta às preces de discípulos fidelíssimos» enquanto o «Codex latino 40» «foi» «feito a pedido do discípulo Fabiani de Salerno» sendo que «fabricauí» e «Fabiani» serão transcrições da mesma palavra e «Salernitani» poderá ser acrescento”, explicou Alfredo Rasteiro, salientando que “continuamos a discutir o legado de Pedro Hispano e esquecemos o que herdou da Medicina peninsular hispânica de Sevilha e Córdoba, o que foi buscar à «Escola de Tradutores de Toledo» e a Gerardo de Cremona”. Afirmando como a história do sofrimento e a medicina popular devem muito a Pedro Hispano,

referiu que Amaldo de Vilanova imitou «Le tresor des pauvres», Gonçalo Rodrigues Cabreira compôs um «Compêndio ... de coisas curiosas recopiladas do Tesouro dos Pobres...», Francisco Morato Roma publicou uma «Luz da Medicina» “repleta de mezinhas com todos os cheiros e para todas as comichões, da raiz dos cabelos às plantas dos pés: «a capite usque ad plantam pedis»”, todas obras cuja génese reside no «Tesouro dos Pobres» do Papa e médico português. “Proibido de exercer a «Medicina manual» (Cirurgia), pelo Concílio de Latrão (1215), aconselhou saquinhos ao pescoço com olhos de Corvo, ou olhos de Caranguejo, e colares de Corriolas, «coisas que não fazem mal» e que chegaram ao século XXI, em desenhos de gravatas e bijuterias de fantasia”. “Em Portugal, a implantação do Serviço Nacional de Saúde, Lei nº 56/79 de 15 de Setembro de 1979 não acabou com as medicinas populares e alternativas associadas à economia

paralela, nem com o Congresso anual de Vilar de Perdizes, activo desde 1983”, lembrou.

Pedro Hispano, carreira eclesiástica, percurso académico e médico ao serviço do papado foi o tema trazido por António Aires Gonçalves que explicou como, ainda jovem, Hispano seguiu para Paris onde estudou no Colégio das Artes (teologia, física, astronomia, etc.). Pedro Hispano foi médico dos Papas Adriano V e Gregório X, embaixador do Papa Clemente IV. O Papa João XXI, o nosso Pedro Hispano, é coroado em 20 de Setembro de 1276. “Pedro Hispano era um homem muito erudito que tocava vários instrumentos e gostava de alquimia, que quando foi eleito acabou por ter o apoio de Orsini que julgou que iria dominá-lo”. Dado o seu gosto pela alquimia Pedro Hispano, então João XXI, mandaria construir em Viterbo uma dependência especificamente destinada às suas experiências. “Esteve só 8 meses como Papa... Foi muito pouco tempo mas com muito trabalho”. A brevidade do seu papado não surpreende quando analisamos as suas acções. Mas, caso houvesse dúvida, são as palavras dos seus detractores que melhor o demonstram: João XXI é definido por quem o ataca como um homem de grande ciência mas que “não dignificava o cargo de Papa” porque “recebia qualquer um; era precipitado no uso da palavra; modesto e discreto; aceder a ele era fácil; atribuía bolsas de estudo e ajudas diversas aos pobres, etc.”. Os dominicanos deixaram uma péssima imagem do nosso Papa por falsamente o acusarem de condenar teses de São Tomás de Aquino. Os dominicanos consideravam-no herético, bruxo, adivinho, alquimista e que ‘consultava mortos’, talvez numa referência ao facto de Pedro Hispano ser anatomista. “Tudo

isto prejudicou muito a imagem do nosso Papa que foi votado ao desprezo, até que alguns autores dos séculos XV e XVI começaram finalmente a perceber, graças à descoberta de vários documentos da autoria de Pedro Hispano, que a realidade era algo muito diferente”. Mas a obra de Pedro Hispano fala por si para a posteridade: tratados de zoologia, astronomia e muitas outras áreas do conhecimento foram alvo de estudo por parte do nosso Papa. “Da sua obra fazem parte: *Summulae Logicales*, 12 capítulos de sistematização da lógica de Aristóteles, com 300 cópias manuscritas e 260 edições impressas e que foi adoptado durante 300 anos; o Tratado dos Olhos que continha, entre outras, uma receita de um colírio que, séculos depois, seria usado por Miguel Ângelo que ao ficar com problemas de visão em consequência da pintura da Capela Sistina, soube da existência desse tratado e procurou-o; o Tesouro dos Pobres dedicado a Gregório X com 1400 receitas ‘para tudo’ e que merecia esse nome porque Pedro Hispano tinha a preocupação de fazer receitas acessíveis para os menos favorecidos, obra de particular relevância numa época em que a medicina praticada era essencialmente escolástica, não se observando o doente mas apenas tratando os sintomas conforme o estudo dos antigos (Avicena e outros), com 70 cópias manuscritas, 100 edições impressas em 12 línguas; *Scientia Libri de Anima*, tratado de psicologia, para muitos a mais importante das obras de Pedro Hispano, traduzido para 9 línguas e adoptado durante 200 anos, *Liber de Conservanda Sanitate*, obra de medicina preventiva onde se preconizava o exercício físico e que o excesso de comida levava à doença”, este último conceito muito visionário para a época, conforme realçou Aires

Gonçalves durante a sua palestra. Pedro Hispano Português - Da eleição papal às vicissitudes da tumultuação foi o tema desenvolvido por José de Paiva Boléo-Tomé que referiu como a vida do nosso Papa não foi fácil mas antes recheada de dificuldades, problemas e incompreensões. “Foi um papado inesperado e difícil”. “Eleito Papa sem partido apoiante, Pedro Hispano, agora Papa João XXI teve de organizar o seu próprio programa num mundo socio-político cheio de contradições e abusos. Foi independente numa Europa que, até aos nossos dias, parece que quase só conheceu três atitudes: a guerra, a convalescência da guerra, ou a preparação para a guerra. Francos e germânicos estiveram quase sempre no centro das polémicas, das lutas, das ambições. Francos e germânicos disputaram entre si a hegemonia dos povos e o controlo da força mais temida durante muitos séculos – o poder espiritual do Papa, que os podia excomungar, retirando-lhes o apoio do povo”. A acção de Pedro Hispano “começou ‘por dentro’. No próprio dia da entronização, um domingo, expediu uma bula constituindo tribunais especiais para julgar os delitos cometidos por clérigos durante o período de «*sé vacante*». Nesse mesmo dia, manteve a suspensão da constituição *Ubi Periculum* de Gregório X, que tinha instituído o conclave, com o objectivo de lhe dar mais independência do poder político, principalmente com uma escolha cuidadosa dos cardeais eleitores. Imediatamente a seguir dedicou-se à pacificação da Europa”. José de Paiva Boléo-Tomé referiu a relevância das questões doutrinárias, que dominaram uma boa parte da Idade Média, como uma preocupação para o Papa português: “entre elas contam-se as que foram conhecidas como

«questões doutrinárias de Paris», por estarem estreitamente ligadas a alguns *mestres* da Faculdade das Artes, da Universidade de Paris”. O percurso do Papa João XXI foi repleto de guerrilhas, contradições e intrigas o que culminou na sua morte: “por volta do dia 13 ou 14 de Maio de 1277, quando passava por uma dependência do palácio, foi atingido por um desabamento do teto, que possivelmente provocou um traumatismo craniano, de que veio a falecer no dia 20 do mesmo mês. Estes são os dados presumivelmente certos, ficando apenas o dia do acidente um pouco nebuloso. Este acontecimento foi rapidamente interpretado pelos historiadores dominicanos como castigo divino, chegando ao ponto de afirmar – «*hic hereticus et nigromanticus oppressus est in I palatio a dyabolo, benedictus Deus*». A hipótese de assassinato parece não ter sido levantada na época, mais dada a considerar causas sobrenaturais como o castigo divino por se dedicar a ciências mágicas. Mas essa possibilidade, bem plausível, foi levantada já no nosso tempo, embora quase nada explorada”. “Papa com o nome de João, o 21º, Pedro Hispano Portugalense repousa em Viterbo, perto de Roma, junto do que foi o palácio dos Papas. Admirado por muitos, acusado por alguns de *herético e nigromântico*, a sua obra atravessou os tempos e continua hoje a ser admirada por estudiosos de várias origens. Que Portugal e os Portugueses saibam prestar-lhe a homenagem devida aos grandes da nação que os viu nascer, e que souberam projectar o nome, a origem e a obra através da História”, conclui José de Paiva Boléo-Tomé.

Maria Helena da Rocha Pereira falou com admiração sobre a razão e experiência na obra *Thesaurus Pauperum*, designando Pedro His-



Maria Helena Rocha Pereira e Aires Gonçalves



pano como “uma das figuras mais notáveis da cultura portuguesa”, apesar de muitas das obras que lhe são atribuídas estarem por publicar ou só recentemente começaram a ser estudadas. “E, contudo, uma delas foi Livro de referência para os estudiosos de quase toda a Europa (com a notável exceção de Inglaterra). Referimo-nos, como todos sabem, às *Summulae Logicales*”. Estas *Summulae Logicales*, foram copiadas e comentadas mais de trezentas vezes e editadas cerca de duzentas. “Contudo, tiveram de esperar até 1972 por uma edição crítica digna desse nome, a do professor holandês De Rijk”, referiu. Existem muitas dúvidas quanto ao percurso de Pedro Hispano: não se sabe com grau de certeza se Pedro Hispano frequentou a escola de Salerno e, se o fez, “foi já numa

fase em que ela entrava em declínio”, explicou a oradora e prosseguiu: “De qualquer modo, é já no começo do século XIII que surgem as primeiras universidades, em Bolonha, Paris, Montpellier. Estas duas últimas tornaram-se famosas na área da medicina. E aqui, mais uma vez, as opiniões dividem-se: em qual delas teria estudado Pedro Hispano?” Mas sabemos que Pedro Hispano foi, não só médico, mas professor de medicina na universidade de Siena: “prova-o o manuscrito l 530 do Arquivo Municipal de Mainz, do século XIV-XV, que nos referiu João Ferreira, em cujo *incipit* se lê, entre outras afirmações: «*Magistri Petri Yspani Compostellanensis, mediei Salerni ... senensis civis artis Medicine professoris*». Ora, o que se afirma no códice em referência, como já há

tempos procurei mostrar, é que ele era “Sen. civis artis Medicine professoris”. A abreviatura foi durante muito tempo desdobrada -em “senex”, o que alterava de forma espetacular o que se tinha como data aproximada do nascimento de Pedro Hispano. Se a desdobrarmos em “Senensis”, eliminaremos sem dúvida esta dificuldade, conforme julgamos ter provado no nosso artigo ‘Um manuscrito inédito do livro *De conservando sanitate* de Pedro Hispano”.

Depois de analisar algumas das dúvidas que persistem em volta da figura e da obra de Pedro Hispano, Maria Helena da Rocha Pereira prosseguiu para uma análise do método na elaboração do *Thesaurus pauperum*, seguindo a edição crítica que dele elaborou em 1973: “O livro é formado por 48 capítulos de dimensões muito variáveis (nesta contagem não incluímos, por apócrifos, o *De crepatura* e o *De anthrace*), e considerámos o *Tractatus de febribus* como independente. Ficámos mesmo assim com um longo receituário, selecionado em diversos autores de diferentes épocas, e acrescido, não raro, de adições do próprio, adições essas que, excetuando o primeiro capítulo, contêm também receitas do nosso Autor (ao todo 45 têm essa proveniência). E não só receitas, como

comentários, que vão desde os mais elogiosos - como *Mirum est, Summo est medicina, Multum valent, Optimum est experimentam* ou *Probatum est experimentam* - à sentença oposta, como *Molestam est nimis*.

Os exemplos poderiam multiplicar-se, mas talvez mereça uma especial menção a preocupação várias vezes expressa em sublinhar o testemunho presencial assinado em frases como o *Et ego vidi* ou *Hoc ego vidi*”. “É no prólogo que se encontram expostos com rigor os princípios e propósitos do *Thesaurus pauperum*, uma obra preservada em mais de 70 manuscritos, arquivados em bibliotecas que se estendem pela Europa fora, desde o Porto a Moscovo. (...) O prólogo concentra, de uma maneira clara, os princípios deontológicos a observar. Para além das afirmações de carácter religioso com que principia (uma do Velho Testamento, outra mais adiante com uma parábola do Novo), percebemos nele os ecos do Juramento de Hipócrates (ainda proferido em diversos países e retomado no nosso desde os últimos anos do século passado), dos *Aforismos*, da *Medicina Antiga*. Sem esquecer uma afirmação de modéstia, declara empreender uma obra superior às suas forças e acentua o cuidado com que investigou as suas fontes, quer anti-

gas quer modernas, e o rigor com que as menciona. Mas, pelo meio destas declarações, sobressaem os princípios da deontologia médica: não aplicar os medicamentos sem atentar na espécie da enfermidade e na natureza do doente; não empregar remédios de efeito mortal (perda de vida, provocação do aborto, ou impedimento de gravidez); resistir à atração do dinheiro ou da paixão”.

“Longo e acidentado tem sido o caminho do homem na procura do bem-estar físico. Para além do que se sabe ou julga saber sobre as sociedades orientais, surge-nos no século V a.C., numa ilha do Mar Egeu, o criador da Medicina como ciência. Mas já antes de Hipócrates se fazia sentir a ânsia da melhoria das condições físicas do homem. Já entre os chefes aqueus que sitiavam Tróia, dois deles, Macaão e Podalírio, descendentes de Asclépios, deus da saúde, eram médicos e acudiam conforme podiam às situações mais graves. E já então a veneração por eles se exprimia neste verso muitas vezes citado: Um médico vale por muitos homens”, concluiu.

Resumos mais completos das palestras podem ser consultados no site nacional da OM na área dedicada à História da Medicina.

## notícia

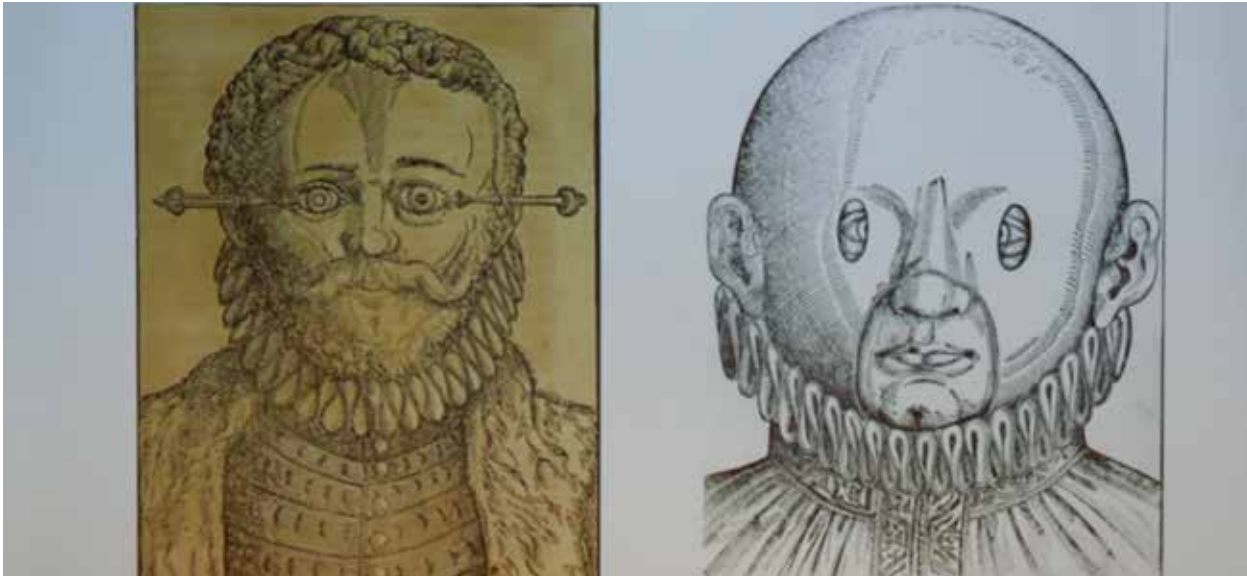
# Prémios SOPEAM 2013

No decurso da Semana do Autor Médico, a Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos (SOPEAM) atribuiu os Prémios de Ficção referentes ao ano de 2013.

O júri foi constituído por António Trábulo, médico e escritor, membro da direcção da SOPEAM, Joaquim Sousa Dinis, escritor, juiz conselheiro jubilado do STJ e vice-presidente da Associação Portuguesa de Escritores Juristas (APEJ) e José Viale Moutinho, escritor.

Apreciadas e analisadas as obras literárias concorrentes, o júri deliberou por unanimidade atribuir o prémio Fialho de Almeida (Ficção) à obra "Todas as Cores do Vento" da autoria de Miguel Miranda; o prémio Abel Salazar (Ensaio) à obra "O admirável placebo" da autoria de Teresa Gomes Mota, com uma Menção Honrosa à obra "Pedro Tamen -Classicismo e Modernidade" de Maria do Sameiro Barroso. O júri deliberou não atribuir o prémio Revelação.





## Instrumentos cirúrgicos, ontem e hoje

O NHMOM organizou no dia 22 de Fevereiro, na biblioteca histórica da OM, uma sessão temática sobre instrumentos cirúrgicos, em que se falou de eficácia e arte e que contou com os contributos de Carlos Vieira Reis, Cristina Moisés e Amélia Ricon Ferraz.

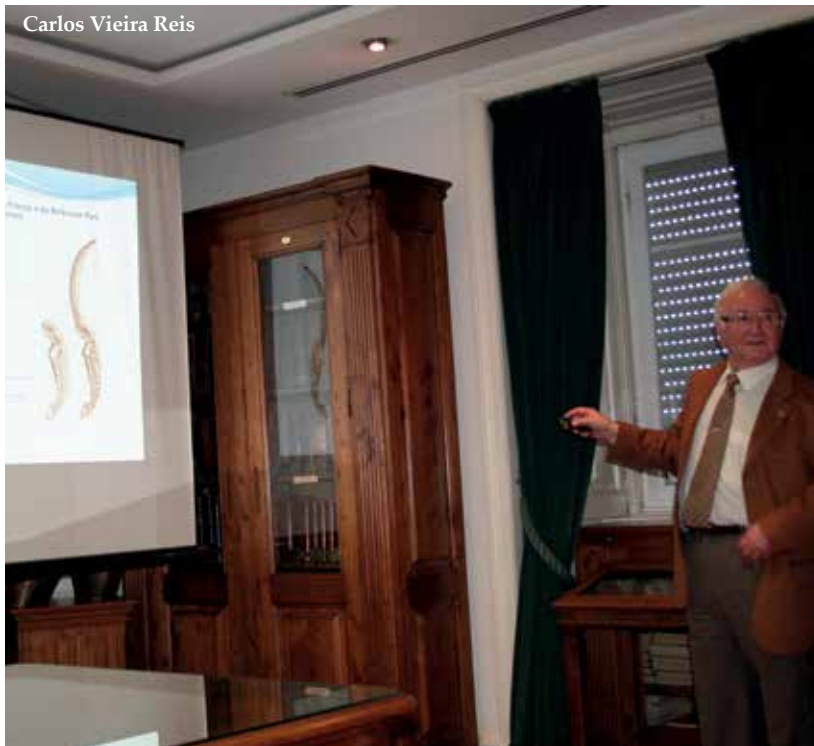
Carlos Vieira Reis, presidente emérito da UMEM e membro do NHMOM, da SHMSGSL, entre outras organizações, foi o primeiro orador desta sessão, com uma palestra sobre a Cirurgia no século XVI e os instrumentos que se usavam, com uma especial incidência quer na eficácia, quer na arte existentes nesses instrumentos. Vieira Reis começou por explicar-

-nos que “no séc. XVI houve uma melhoria na prática da cirurgia por maior exigência nas habilitações dos cirurgiões, aumento do número de acções militares e de novas armas (mais feridos e mais graves) e mais conhecimentos anatómicos”. Esta situação resultou da generalização do uso das armas de fogo o que fez com que a cirurgia tivesse que abordar

com novas atitudes o tratamento das feridas, patologia mais frequente e com maior relevância em termos cirúrgicos. O palestrante referiu várias publicações da época sobre as feridas, as suas causas e os seus efeitos, além de ter especificado o tipo de instrumentos usados: “nas amputações havia os que usavam a faca curva aquecida como se fosse um cau-

Aires Gonçalves, Amélia Ricon Ferraz, Maria do Sameiro Barroso, Cristina Moisés e Carlos Vieira Reis





tério, aproveitando logo no corte para o fazer”, explicou, acrescentando que Paré terá sido “talvez o primeiro a passar a fazer laqueação de vasos”. “Não se pode dizer que havia uma única maneira de tratar estas feridas. Na verdade os procedimentos eram vários e pouco fundamentados: água salgada, clara de ovo (como agente aglutinador), mel rosado, gema de ovo, terebentina, sulfato ferroso, bálsamos, unguentos, adstringentes, azeite, vinagre, cera, purga, dieta, abstinência sexual, evitar manipulações instrumentais, retirar corpos estranhos, unir ou não os bordos ou deixar curar por segunda intenção, tudo se usou”. Giovanni di Vigo, (1450-1525), Jacopo Berengario da Capri (1470-1530), Giovanni Francesco Rota foram alguns dos que “cauterizavam as feridas superficiais com o cautério e as profundas com azeite a ferver” e, “para neutralizarem o efeito venenoso da pólvora, aplicavam terebentina com mel e gema de ovo”. Mas, entretanto, Bartolomeo Maggi

(1476-1552) provou que a pólvora não era nada venenosa. Os avanços foram fantásticos nesta época: “Paracelso descobriu em 1540 os efeitos soporíferos do éter e Paré usou a compressão de nervos e vasos com finalidade anestésica, em 1564”. Carlos Vieira Reis explicou que Paré teve sempre uma grande preocupação em divulgar o que fazia o que permitiu a disseminação do conhecimento. “Ambroise Paré (1510-1590) foi de barbeiro cirurgião a Conselheiro e Primeiro Cirurgião de quatro reis, Deão da Confraria de S. Cosme e S. Damião” – embora tenha sido recusado diversas vezes por essa confraria, acabou por nela ingressar e chegar a Deão –, “foi militar, homem de múltiplas guerras e terríveis combates e sempre um homem de paz. Inovador, crítico das verdades feitas e alvo apetecido de invejas e calúnias. Interessou-se especialmente pelas técnicas de amputação, desbridamento das feridas, polifarmácia, laqueação de vasos sanguíneos, desarticulações, suturas, incisões

em tecido são, o encerramento ou não das feridas, a sutura seca, os corpos estranhos, a medicina legal, a cesariana, a litotomia, a hérnia, a anatomia da próstata, a organização sanitária e a criação de próteses. Criador das ‘ambrósias’ e precursor da medicina psicossomática” – são deles expressões como ‘Rosto rugoso é calamitoso’ e ‘Boa mesa, boa vida, violas e violões’ –, o orador explicou-nos que, às escondidas dos médicos, os membros da corte tomavam as tisanas que Paré produzia e definiu-o como “o pai da cirurgia moderna”. Dos muitos instrumentos que nos mostrou Carlos Vieira Reis, apercebemo-nos que, como sublinhou, o século XVI estava muito longe da assepsia, mas, em contrapartida, os instrumentos cirúrgicos eram verdadeiras obras de arte, de uma beleza inegável: dos serrotes às máscaras de estrabismo, das próteses de nariz às próteses articuladas para membros superior e inferior, os avanços eram minuciosamente descritos em livros que nos permitem hoje admirar não apenas a técnica cirúrgica mas também a beleza de muitas dessas peças.

### Os instrumentos cirúrgicos como prolongamento da mão do cirurgião

Cristina Moisão, cirurgiã geral e membro da direcção do NH-MOM, iniciou a sua intervenção sobre os instrumentos cirúrgicos do século XVIII lamentando o difícil acesso aos instrumentos portugueses. Reconhecendo que arte e ciência não vivem uma sem a outra, Cristina Moisão, lembrou-nos como a cirurgia é uma arte de mãos – na formação da palavra ‘Kheir’ significa

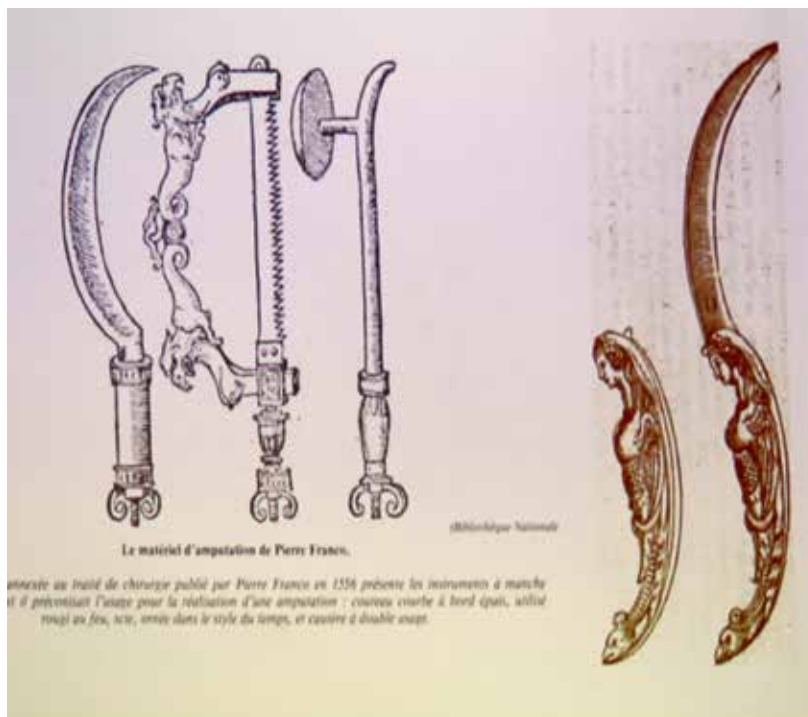
mão e 'ergon' significa trabalho – ou, como define António da Cruz na sua obra 'Recopilaçam de Cirurgia' de 1601. A cirurgia é a “sciencia que ensina o modo e calidade de obrar, principalmente soldando, cortando e fazendo outras obras de mãos, sarando os homens, como for possível”. Essa ligação entre a ciência e a mão, faz com que Cristina Moisão defina alguns instrumentos cirúrgicos como meros prolongamentos da mão e defende que é como prolongamentos da mão do cirurgião que devem ser usados. “Em Portugal o ensino fazia-se em dois pólos: Universidade de Coimbra e Hospital Real de Todos os Santos de Lisboa, sendo o primeiro mais académico e o segundo mais prático”. José Correia Picanço, Antonio de Monravà y Roca e Bernardo Santucci foram alguns dos professores desses dois pólos. Uma das mudanças a assinalar, que nos foi referida pela oradora, foi o facto de se passar a exigir aos cirurgiões, além dos conhecimentos de anatomia, conhecimentos de fisiologia (Antonio de Monravà y Roca que deu aulas em Portugal foi um dos percursores dos primeiros trabalhos de fisiologia), obrigando-os a deixar de ser meros morfologistas; “além da forma, passa a ser necessária a compreensão do funcionamento”. Surgem cadeiras específicas de cirurgia e, nessa fase, “alargava-se a dissecação de cadáveres para o treino dos gestos cirúrgicos”; Cristina Moisão recordou como, devido à oposição religiosa quanto a estes procedimentos, Paré roubava cadáveres dos cemitérios para poder estudar e treinar, às escondidas. A oradora lembrou ainda, a propósito da relação instrumentos/mãos do médicos como nessas épocas “as unhas serviam para cortar as veias, ras-

par dentro de feridas conspurcadas, etc.”. Das intervenções cirúrgicas que se faziam na época, explicou-nos serem as mais comuns as vasculares (“intervenção primordial nesses séculos, por causa dos feridos de guerra”): Sangrias, operações às varizes e amputações... Eram também frequentes as operações a aneurismas das artérias dos membros superiores, provavelmente em resultado das sucessivas sangrias e dos traumas daí resultantes que originavam pseudo-aneurismas, coágulos de sangue que tinham que ser limpos, explicou Cristina Moisão. Na neurocirurgia, a trepanação (“usada desde a pré-história e que consiste na abertura do crânio com um orifício no osso realizado com serra circular”) era prática frequente; em urologia a litotomia e a circuncisão tinham instrumentos específicos, assim como alguns outros usados em obstetrícia para os casos de partos complicados. “O parto podia decorrer com a parturiente deitada, acorçada, ajoelhada ou sentada. Nas classes mais abastadas eram utilizadas as cadeiras obstétricas, em que se paria sentada. O parto era geralmente assistido por aparadeiras ou parteiras, apenas se exigindo a presença do médico



quando existiam complicações”. A oradora mostrou diversos conjuntos de instrumentos usados para as práticas cirúrgicas das várias especialidades e explicou a forma como eram adaptados à realidade da época: por exemplo, “na amputação, em que o cirurgião tinha cinco ou seis auxiliares só para segurar o doente, era necessário ser muito rápido porque o doente não estava anestesiado e porque era preciso limitar a he-





morragia, portanto muitas dessas facas eram concavas e circulares”. Os estojos cirúrgicos da época incluíam serras, facas e instrumentos específicos para limar os ossos, mas existiam estojos específicos, por exemplo, para a extracção de cataratas, com instrumentos oftalmológicos, ou para reanimação, os quais incluíam instrumentos como foles para instilar, pipos, etc., porque se usava na época um método de ressuscitação que era o enema de fumo de tabaco. “Por fim, deixo-vos com estas duas frases de Feliciano de Almeida, antigas de 300 anos, mas sempre actuais: *‘São obras da Cirurgia separar o que está junto, juntar o separado e extirpar o supérfluo’*; *‘Os erros das curas Chirurgicas sempre procedem da ignorância’*”, concluiu Cristina Moisão depois de uma interessante visita pela diversidade de instrumentos do século XVIII.

### A revolução instrumental

Amélia Ricon Ferraz, directora do Museu de História da Medicina ‘Maximiano Lemos’ da FMUP,

falou-nos sobre os instrumentos cirúrgicos dos séculos XIX e XX e da revolução instrumental que acompanhou esses séculos. As suas primeiras palavras foram de “homenagem ao Professor Moisão, que sempre demonstrou amor pela museologia médica”. A criação de instrumentos radica na própria evolução adaptativa do homem, como nos explicou A directora do Museu ‘Maximiano Lemos’. “A mensagem que cada instrumento cirúrgico nos transmite, após uma observação atenta, é diversificada em termos da ciência e da prática de que é veiculo e da tecnologia subjacente ao seu fabrico. O interesse que o instrumento cirúrgico desperta ultrapassa largamente o seu valor como peça integrante do património cirúrgico internacional. Cada instrumento constitui um complemento de informação ou quantas vezes o único testemunho da Cirurgia no passado”.

Em alguns dos instrumentos que nos mostrou, Amélia Ricon Ferraz analisou os mais diversos aspectos. Marca, fabricante, ma-

teriais usados, nada ficou esquecido. O tema desta sua palestra foi, aliás, igualmente tema de tese de doutoramento. Apresentou alguns instrumentos do século XIX, fabricados em Portugal e referiu marcas como Coutelaria Policarpo ou Eurocitel, sendo que desta última ainda encontramos imensos instrumentos.

“Os materiais dos instrumentos cirúrgicos fornecem os conhecimentos básicos de ordem tecnológica necessários para o completo entendimento da composição do instrumento cirúrgico”. Foram-nos mostrados instrumentos em vidro (“que é um material frequente nos instrumentos acessórios de uma cirurgia”), madeira (um raspador dentário, por exemplo), ébano (“que encontramos nos cabos de muitos instrumentos”), metais como o cobre, gomas elásticas, etc.; Folhas, raízes e frutos também eram usados, explicou, exemplificando com a parte superior de uma cabaça usada como ventosa (o que se traduz na aplicação efectiva de um vegetal nas práticas cirúrgicas). “A tecnologia dos materiais interfere na prática cirúrgica e as exigências clínicas determinam o encontro de respostas tecnológicas”. “No século XVIII a introdução de um aço com uma maior percentagem de carbono permitiu adotar formas e dimensões mais ajustadas. Desde a revolução instrumental até à introdução do aço inoxidável figuraram os aços electrolaminados e as formas estilizadas com desmembramento das partes. Os metais não ferrosos introduziram-se em diferentes tempos e continuam a ser utilizados. Os instrumentos em borracha desenvolveram-se com a descoberta do processo de vulcanização com enxofre (1841). Os plásticos (século XX) vieram introduzir a prática



da instrumentação descartável”, explica Amélia Ricon Ferraz. São-nos mostrados estojos minúsculos e dobráveis, concebidos para ser possível o seu fácil transporte e explicados os diversos materiais em que se podiam fazer os estojos do século XIX: o uso de brocados a ouro e veludos era frequente, mas também os há em prata, couro, pele de peixe. Dos grandes avanços do século salientou a introdução da anestesia em 1846 e as pinças hemostáticas. Pasteur diz “se fosse cirurgião, não operava sem primeiro lavar as mãos e passar os seus instrumentos por uma chama”, e como nos mostrou Amélia Ricon Ferraz, os instrumentos cirúrgicos

começam a mostrar essa vertente: os materiais adaptam-se e, nas peças, vê-se o vestígio da chama que tentou esterilizar o instrumento. Com o eclodir das especialidades médicas, também os catálogos de instrumentos aumentaram imenso.

E em Portugal? “A manufatura de instrumentos cirúrgicos em Portugal data da época pombalina e caracterizou-se, em períodos bem definidos, por uma criatividade e produtividade diversificadas que visaram salvaguardar as exigências do continente e das colónias portuguesas bem como os pedidos do estrangeiro. O nosso fabrico mereceu condecorações internacionais, prémios de inven-

ção e foi agraciado por muitos Estados. A sua história, uma lição de dificuldades embora plena de sucessos, conta-nos os esforços desenvolvidos pelo fabricante, no cumprimento da vontade do cirurgião, expressão fiel do reconhecimento universal da importância do instrumento na prática cirúrgica. A simplicidade de outrora na relação cirurgião-fabricante, ainda patente em Portugal, está a ser progressivamente substituída por outra mais complexa onde figuram especialistas de saber complementar”.

Resumos mais completos das palestras podem ser consultados no site nacional da OM na área dedicada à História da Medicina.

## Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos - 2014

Conferência

**17 de Setembro**, quarta-feira, 21h – em Lisboa

**"António Ribeiro Sanches: Um médico português, judeu, pela Europa do século XVIII"**

- José Luís Dória

na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos – Av. Almirante Gago Coutinho, 151 - Lisboa

informações e inscrições: Paula Fortunato - paula.fortunato@omcne.pt

História da  
Medicina



**Carlos Diogo Cortes**

Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos

*“O empenho e a dedicação que os médicos homenageados no Dia do Médico demonstraram ao longo da sua vida fazem sonhar e acreditar as novas gerações de médicos que os sucederam e sucederão”*

## O Dia do Médico e a humanização

*“A vida é curta, a arte é longa, a oportunidade é fugaz, a experiência enganosa, o julgamento difícil”, Hipócrates, Aforismos, Livro I, 1.*

Neste aforismo estão inscritas as principais virtudes que a Medicina e quem a pratica, como arte e ciência, devem aplicar e respeitar ao longo de toda a sua vida, lembrar e transmitir de geração para geração.

Tal como Esculápio o descreveu na Grécia Antiga, a entrega à Medicina requer devoção à profissão, dedicação, entrega aos seus doentes, humildade no conhecimento, perseverança na procura da cura, partilha do saber e profundo sentimento de solidariedade e humanismo. Hoje, ainda acrescento que essa entrega também passa pelo dever cívico de defender a Medicina e a Saúde.

A Medicina não é só uma área do saber, não se limita ao conhecimento teórico nem à experiência clínica e técnica adquirida ao longo dos anos; é também uma forma de estar e uma característica de personalidade. Ser Médico é dedicar cada momento na busca do bem-estar e do amenizar do sofrimento do próximo.

Ser Médico não é uma profissão que se exerce durante um horário de trabalho. Não deixamos de ser Médicos no final do dia, mas assu-

mimos uma atitude permanente de entrega voluntária.

Em Portugal, o Dia do Médico é festejado a 18 de Junho.

Este dia e os subseqüentes são celebrados pelas homenagens a quem se dedicou à arte e à ciência médica desde há 25 e 50 anos de inscrição na Ordem dos Médicos. Esta instituição presta o seu reconhecimento a quem consagrou a sua existência aos ensinamentos decorrentes dos escritos ancestrais do *Corpus Hippocraticum*.

A atribuição de medalhas comemorativas assinala este momento solene cujo valor simbólico vai muito além do próprio acontecimento em si.

A evolução do conhecimento e o advento das novas tecnologias e terapêuticas, em passos exponenciais nestas últimas décadas, permitem tratar um mar imenso de patologias e aumentar a esperança de viver mais tempo e melhor. Hoje, parecem ter caído as barreiras da impossibilidade e da vencibilidade. A imortalidade e o Homem só estão separados por escassos progressos científicos e tecnológicos que um curto espaço de

tempo aparenta conseguir vencer. Mas o que se ganhou em modernização está a perder-se, atualmente, em humanização.

É um lugar comum referir que a Saúde sofreu uma evolução ao longo dos últimos 50 anos. Mas essa evolução não implica, necessariamente, uma ascensão qualitativa ou quantitativa.

Bem pelo contrário. Os médicos são agora obrigados a preocuparem-se mais com os problemas informáticos, com níveis de produção, com números de consultas, com horas de internamento, com controlo permanente da sua atividade, com enxovalhamentos públicos na comunicação social do que propriamente com os doentes que têm e querem tratar.

A evolução recente das políticas de saúde deixaram de preservar a relação médico-doente e excluem progressivamente a humanização dos cuidados.

Como se ensina hoje a relação médico-doente, quando a necessidade de números e a “produtividade” são os principais pilares do funcionamento dos hospitais e dos centros de saúde?

Como se pratica hoje a relação

médico-doente, quando todo o sistema se afunila no sentido de desumanizar e despersonalizar?

Como se cultiva a relação médico-doente, quando perdemos gradualmente a nossa autonomia, a independência dos nossos atos e vemos as nossas competências transferidas para outros profissionais menos qualificados?

O empenho e a dedicação que os médicos homenageados no Dia do Médico demonstraram ao longo

da sua vida fazem sonhar e acreditar as novas gerações de médicos que os sucederam e sucederão. O seu empenho ajudou a construir um sistema público de saúde (o SNS) do qual o país se orgulha, a sua dedicação ajudou a atingir patamares de excelência técnica e científica.

Este legado está a ser posto em causa por medidas que em nada beneficiam os doentes e que recusam reconhecer o importante

papel dos Médicos no funcionamento dos hospitais e dos centros de saúde.

Mas cabe aos Médicos e aos Doentes também preservar esta nossa herança humanista milenar. Cabe-nos preservar uma Saúde humana e de qualidade para todos.

Esta é uma reflexão e um desafio para o futuro: preservar a humanização e o contacto com os Doentes.

*agenda*

## I Congresso Médico da Beira Interior

24 a 27 de Setembro na Guarda

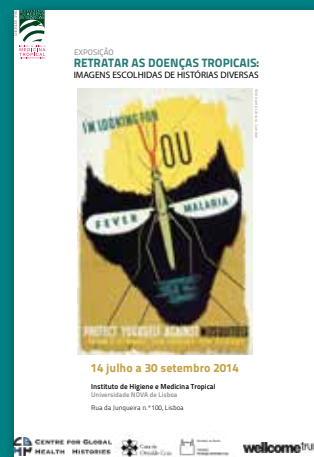
Para mais informações: [cong.med.beirainterior@ulsguarda.min-saude.pt](mailto:cong.med.beirainterior@ulsguarda.min-saude.pt)  
<http://www.ipg.pt/cmbi2014/>

*Exposição*

### “Retratar as Doenças Tropicais: imagens escolhidas de histórias”

14 de Julho a 30 de Setembro no Instituto de Higiene  
e Medicina Tropical  
(Rua da Junqueira, N.º 100, Lisboa)

Das 10h às 17h, de Segunda a Sexta-feira (visitas guiadas: +351 21 365 26 74)  
Entrada livre.



## Agenda de eventos

Se deseja anunciar o seu evento na Agenda da Revista da Ordem dos Médicos (ROM) deve:

- obter previamente o patrocínio científico da OM, através do seu Conselho Nacional da Avaliação da Formação;
- preencher todos os campos do formulário que encontra no site (na área dedicada à revista da OM);
- enviar o pedido de publicação na agenda com uma antecedência mínima de 45 dias em relação à data do encontro.



**José Eduardo Correia**

Cardiologista e Chefe de Serviço de Medicina Interna

## Casa do Médico na Região Sul - Se eu soubesse...!

Ao passarmos na Avenida Duque de Ávila, em Lisboa, podemos ler, em grandes caracteres, “Futuras Instalações da Casa dos Solicitadores e Advogados” (cito de cor).

Lembramo-nos ainda de quantas profissões contemplam a sua velhice, 3ª idade, dependência, necessidades várias que a Vida vai dando a cada um, (muitas das vezes sem esperar), realizando Residências Assistidas, como sejam as Casas do Artista, Juízes, Professores, Inválidos do Comércio, Família Militar etc. Todas com os seus Estatutos, que podem ser consultados.

E perguntamos porque não têm os Médicos, na Região Sul, uma Casa semelhante?

Uma casa em que possamos estar quando mais velhos, dependentes por vários mecanismos que todos nós conhecemos bem da nossa prática clínica.

A Casa do Médico em Sines não serve para estas intenções e necessidades.

Quem conhece Sines, quem conhece esta Casa entende o que eu quero dizer.

Sines é uma excelente praia. Fre-

quentei-a na adolescência e sei bem do que afirmo.

Claro que já foi melhor antes de ser o enorme porto e refinaria que hoje é.

Mas mesmo assim continua bonita com praias adjacentes muito agradáveis.

Mas sejamos claros!

Estamos a falar de médicos com mais de 65 anos, muitos que estão ou podem vir a estar doentes, incapacitados, sozinhos, dependentes!

Vão viver para Sines? Cidade pequena, que de Inverno pouco tem? Longe dos seus familiares, amigos, referências de toda uma vida?

E de Verão? Vão viver numa Casa com uma vista fabulosa mas com grande altitude, num alto de Sines, com grande dificuldade de chegar à praia?

Como descer e/ou subir todo aquele declive quando a juventude se foi?

Só alguns conseguem e esses, certamente, não são os que precisam da Casa do Médico.

É pois urgente a sua implementação com as características apropriadas às necessidades que citei.

Devia ter sido “Ontem”.

Quando fui Presidente da Seção Distrital de Évora da Ordem dos Médicos tentei que se fizesse uma Casa do Médico para aquelas dimensões e população médica.

Como sabem as Distritais não têm autonomia financeira.

A autorização foi-me negada pela tutela financeira da Seção Regional Sul com o argumento final: - “Se se fazia em Évora todas as outras Distritais podiam querer e não havia dinheiro que chegasse”

É um argumento um pouco redondo. Mas foi essa a decisão.

Então porque não a fizeram em Lisboa? Essa centralização obviaria aquele argumento.

Mas apelo a todos os médicos, em especial a quem dirige a Seção Sul, que ponha mãos à obra, que não se “Lembre de Santa Bárbara só quando troveja”, que não espere pela sua própria velhice, dependência, necessidade de qualquer motivo para dizer: “Se eu soubesse...!”

PS - Os Médicos que sentem solidários com esta ideia era bom que a expressassem também.





J. Castel-Branco da Silveira

Chefe Serviço H.S. Maria (1983); Membro Senado Universidade Clássica Lisboa (1979 e 1983); Director Serviço H.Castelo Branco (1984 a 1994); Director do HAL ((1994/1997); Presidente Conselho Consultivo da ULSCBranco (2011/2013).

## Onde vão nascer os beirões? Ou a nova carta hospitalar...

O despacho com proposta de reorganização hospitalar incorre no risco de esvaziar os distritos de fronteira terrestre do mais precioso serviços para revitalização socioeconómica: o direito à saúde.

Desenganam-se quantos, com responsabilidades, julgam possível reverter a situação com pretensas medidas inovadoras e motivadoras à fixação de empresas e quadros técnicos.

O acesso à saúde será sempre prioritário: onde vão nascer os nossos filhos? Aonde acorro se preciso de consulta? Qual o hospital numa emergência? A que distancia o apoio adequado? Que tempo demora? Qual a garantia de qualidade e segurança?

Esta proposta atenta não só princípios éticos garantes de qualidade e humanização, como se torna verdadeiro absurdo técnico, na dupla perspectiva de sustentabilidade financeira do SNS e racionalidade nas acessibilidades.

A “reforma” retoma diplomas fulcrais na história da assistência médica em Portugal, mas numa perspectiva sociodemográfica economicista. Omite princípios básicos, que preceituavam a criação de carreiras médicas, os quesitos para atribuição de idoneidade formativa, e novas formas de organização do trabalho face às exigências da medicina, pela aglutinação de ac-

tividades homogéneas numa mesma equipa, globalmente responsável, estando o doente no centro do sistema. Aonde se encontra a pessoa/doente neste diploma?

Mudam-se os nomes mas tudo vai continuar, não na mesma, mas absurdamente pior: não resultarão benefícios, menores custos, nem menos práticas defensivas! Antes discriminatória e injusta, na falta de uma estratégia global de ordenamento do território, e um inaceitável atentado aos direitos dos cidadãos por critérios de “densidade populacional”.

Onde estão os critérios de avaliação de qualidade na perspectiva do doente e do pessoal de saúde? Como está garantida a acessibilidade, continuidade, satisfação e humanização adequada aos fins de custos /benefícios, que se compreendem, mas com o doente no centro do sistema? Quem define critérios de prioridade nas acessibilidades, às dezenas de especialidades médico-cirúrgicas, hoje disponibilizadas, dentro das redes de referência a criar ou existentes, garantindo e responsabilizando-se pela circulação da informação cli-

nica? Como se vão articular, inevitavelmente como unidades funcionais polivalentes, a multiplicidade de cuidados continuados existentes e a criar? Onde pára a carta dos direitos e deveres dos doentes? Onde cabem as comissões de ética, de humanização, avaliação de qualidade bem como de desempenho profissional, quando as carreiras estão destruídas, os serviços desresponsabilizados, as direcções técnicas desvirtuadas, pela prioridade dada a critérios de diferenciação em “gestão” na saúde? Será que se esquece que o melhor gestor foi, é e será sempre o médico mais diferenciado: ele saberá o que é mais importante para o seu doente, otimizando práticas e exames de diagnóstico e atitude terapêutica.

Conhecerá o grande público quantas especialidades são, nos dias de hoje, reconhecidas oficialmente, com respectivos assentos na Ordem dos Médicos e tutela da Saúde? Quarenta e sete, leu bem -47-! Sucederam à vintena, de trinta anos atrás, para bem de todos, graças ao imparável desenvolvimento da ciência e à inovação far-

macológica e instrumental. A estas 47 acrescem mais vinte subespecialidades e competências técnicas! Será que algum hospital as detém na totalidade? Obviamente nenhum: daí a lógica da complementaridade, aglutinação de competências afins, referenciação em rede na circulação de doentes, e novos modelos organizacionais dos serviços em estruturas que, sendo complexas, se revelam na prática, altamente eficientes como centros e departamentos, de responsabilidade integrada! Estão nas nossas anteriores leis e existem comprovadamente nos nossos hospitais: há excelentes exemplos, premiando disponibilidade e mérito a custos menores. Há que escolher liderança, equipa, motivá-la! E cumprir objectivos.

Mas que rede hospitalar, dentro das inevitáveis acessibilidades a que todos temos direitos, este diploma nos trás? Omite critérios de tempos de deslocação, referidos nos estudos preparatórios das comissões de estudo que refere, e são essenciais para intervenção eficaz. Jamais se questionam as transferências de doentes, transportes, ajudas técnicas, horas extras... Muito grave pelos custos inerentes sobejamente demonstrados.

Repare-se na escandalosa discriminação a que a Beira Baixa, como

Comunidade Intermunicipal, é posicionada neste documento, e já na sequência de anterior reforma, referente à classificação da tipologia das “urgências”.

Critérios de densidade populacional, a capital de um dos distritos de maior dimensão do País, mais envelhecido e empobrecido, com difíceis acessos e longínquos, encerraram serviços de atendimento permanente em todos os concelhos, ficando como resposta única, nocturna e fins-de-semana, a “urgência do Hospital na capital do distrito”, classificada como médico-cirúrgica, e a cerca de uma centena de KM de vários aglomerados populacionais!

Com esta portaria, é incluída no “grupo I”, básico, e perde a generalidade das especialidades que detém, como o maior e mais diferenciado hospital de nível III da anterior carta hospitalar, tendo agora como referenciação Viseu, ou os hospitais centrais de Coimbra ou Lisboa.

Curiosamente, e para espanto de quem de boa-fé se debruce sobre o mapa de Portugal continental e leia os censos populacionais, as cidades de Vila Real e de Évora estão no “grupo II”, qualquer delas com densidades populacionais inferior-

res, e a 1 hora dos grandes centros do litoral e dotadas com urgências polivalentes! Acrescento que ainda bem, no interesse daquelas comunidades: só que não se entende como é que Castelo Branco, no centro geográfico da vasta zona raiana do interior do País e vale superior do Tejo, tendo nela e desde há uma trintena de anos, caso único de então, a generalidade das especialidades médico-cirúrgicas, as básicas e as referenciadas como intermédias, diferenciadas e altamente diferenciadas, é desclassificado...Que interesses se servem?

E isto, precisamente, quando se comemoram trinta anos que Sua Excelência o PR de então, a 5 de maio de 1984, o honrou com a sua presença, inaugurando serviços pioneiros e mesmo inexistentes em alguns hospitais centrais, como o de cuidados intensivos polivalente e hemodiálise, para além da gastroenterologia, cardiologia, oftalmologia, neurologia, medicina física, entre outros! Incompreensível, injusto, discriminatório e atentando direitos e expectativas legítimas existentes!

Qual o futuro que nos apontam com esta “carta hospitalar” apesar de garantias várias, verbalizadas, mas que não constam da nova classificação dos hospitais

públicos? Não criemos utopias com vãs promessas inexequíveis: o acesso a novas tecnologias não pode omitir tempos de deslocação para intervenção eficaz. As novas tecnologias de intervenção nas emergências vasculares, centrais e periféricas, são presentemente a única que reconhecemos como fundamental criar e disponibilizar: se não como serviço próprio, com equipas móveis. O mesmo acontece em relação ao direito de nascer em segurança!

E deixem-nos com o que temos que mais não queremos.

Corrijam-se procedimentos que se sedimentaram, comprometendo virtualidades que o 25 de abril e o SNS há 35 anos assegurava, com soluções a curto prazo e ganhos evidentes, tais como:

1. A implementação de medicina familiar de proximidade e no domicílio, retiraria dos hospitais, metade de quantos indevidamente procuram as urgências, a custos brutais. Romper com esta prática seria “inovação disruptiva”, com ganhos a curto prazo e clara humanização do sistema. Porquê o

atraso no desenvolvimento das unidades de saúde familiar?

2. Aposte-se na mobilidade dos próprios elementos da equipa clínica, em especialidades de grande procura: o contacto interpares fortalece e enriquece a formação a educação continua, com a presença dos médicos assistentes nos hospitais e dos especialistas destes centros de saúde! A avaliação de desempenho, tão esquecida, seria mais justa e criteriosa na decisão retributiva e progressão na carreira. As carreiras repostas, hierarquizadas e responsabilizadas. Os doentes são comuns...

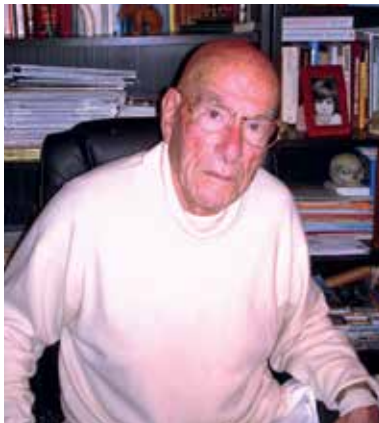
3. Programas de indiscutível sucesso, como o de saúde materno-infantil, exemplo talvez maior, que futuro aguarda se prejudicado o regular e fácil acompanhamento por especialista de ginecologia/obstetrícia e imagiologia fetal? Sempre podemos nascer beirões: mas em Viseu, bem próximo da Guarda, com sorte para os mesmos, e da Covilhã. As alternativas são nascer alentejano (Évora) ou transmontano (Vila Real).

4. As doenças geriátricas, ine-

vitavelmente associadas ao envelhecimento populacional, particularmente gravoso neste distrito, e as doenças crónicas que correspondem a mais de 20% de internamentos hospitalares, demonstrados como desnecessários em estudo recente, se houvesse conveniente acompanhamento local... Nestas situações a medicina familiar domiciliária é garante de qualidade e humanização acrescida a custos bem menores...e sem risco de infeções hospitalares, acidente terminal frequente!

A carta hospitalar catalogando todo o interior de grau I, equiparável aos antigos hospitais concelhios, com promessas absurdas de referenciação em algumas especialidades mas na realidade destruidora de trabalho credenciado de décadas, remete-nos para 24 de abril.

Tenhamos o bom senso de nos unir, se não como Beira Baixa como Vale Superior do Tejo e Comunidades Intermunicipais: a escassez de recursos e a lógica de proximidade aconselha a cooperar.



**Josias Gyll**

Especialista em MGF

## A Consulta em Geriatria

Esta consulta deve ser uma relação bilateral médico-doente, horizontal e empática; por isso, também terapêutica. Se, depois deste encontro, o Doente não se confessar melhorado é porque a relação foi deficitária.

O Idoso deve ser aceite, de modo positivo e incondicional, mais como **Ser** doente do que como alguém que **tem** doença.

Ser doente é um ser perturbado, independentemente de ter ou não doença; a doença para o Idoso pode ser comportamento reactivo equilibrante, como seja o de recuperar os outros consigo, quando isolado ou quando o sofrimento da consequente e temível solidão se anuncia.

O médico, perante o Idoso sofrer, mais que saber dizer, deve saber ouvir com humildade intelectual e controle do seu egocentrismo. Saber ouvir é escutar, pensar e sentir o Doente, com emoção.

Durante a consulta, não deve interferir com palavras que roubem o tema ao Doente, nem deve impor um modelo pessoal de comportamento; antes deverá sempre respeitar o modelo de vida do entrevistado, transparecendo autenticidade solidária.

A resposta à informação solicitada pelo Doente deverá ter um efeito terapêutico; para o conseguir, o médico deverá considerar que, no diálogo, são mais importantes os silêncios que as palavras para en-

tender, quando o Idoso diz, a realidade contida no que ele não diz; e, quando o Idoso diz “quero saber tudo”, é necessário saber porque é que o diz e o que, na realidade, ele quer saber. O médico deve conduzir o Idoso à consciência de Si, para que conheça as suas potencialidades e participe na sua própria cura, sendo certo que é sempre o Doente que se cura; o médico ajuda-o a curar-se mas, certo é também que, sem esta ajuda, é quase impossível a cura, assim como ainda ela não se verificará sem a colaboração do Doente.

Não esquecer:

I – que na senilidade não há doença que não seja simultaneamente do somático e do psíquico e que todo o órgão e a sua função estão intimamente relacionados com o Eu que, mediante o processo mental, se anatomiza no cérebro em expressões de emoção e de pensamento.

II – que o Idoso é um ser humano diferente da criança e do adulto que foi, mercê de 5 especificidades que o caracterizam:

1. Diferenciação; o Idoso, através do seu senescer tornou-se, progressivamente cada vez mais diferente dos outros e mais idêntico a Si mes-

mo, desenvolvendo e realçando as suas qualidades, positivas e negativas, que o foram estruturando desde a infância

2. Lentificação (bradipsiquia e bradicinesia); o Idoso lentifica progressivamente os movimentos activos, os passivos e os reflexos, a cinética fisiológica, a percepção, o entendimento, a comunicação, os processos biológicos vitais e os instintos feitos de memória teleonómica da Espécie.

3. Perda de capacidades adaptativas; a dificuldade de adaptação a novas situações aumenta com a progressão da senescência e do simultâneo declínio da homeostase.

4. Misoneísmo, isto é, críptico às mudanças, principalmente nas ideias e nos critérios.

5. Disfunção dos afectos expressa em labilidade emocional por incontínências emocionais; muitas vezes as lágrimas não chegam aos olhos.

III – que a senilidade não é doença nem é uma idade; é comportamento.

IV – que a senescência avançada (senilidade), não sendo doença, é factor de risco para a instalação de patologias, sejam elas anatómicas,

funcionais, psicológicas ou psicossociais.

V – que a primeira etapa da consulta é avaliar o grau de autonomia e de independência do Idoso não só pela observação do sistema músculo-ósteo-articular, mas também pela qualidade da comunicação.

Quase sempre o ser humano entra na senilidade pela porta da psicopatologia que se ocupa da relação perturbada; a neurose é o seu modelo estrutural porque é uma perturbação da comunicação.

VI – que, para o médico, deve ser mais relevante o “ser doente” do que o “ter doença”. Ser Doente é estar perturbado e quem está perturbado é perturbante no ambiente eco-social em que se situa.

VII – que toda a doença no Idoso tende, por si só ou pelas sequelas, para a cronicidade e para a invalidez, pela perda de autonomia e de independência.

VIII – que o Idoso tem maior necessidade de reabilitação, a qual é mais lenta agora que em idades antecedentes.

IX – que no Idoso com doença há, invariavelmente, multimorbilidade e grande susceptibilidade para iatrogenias que resultam de fármacos, de inactividade, de psicoterapias mal formuladas, duma comunicação defeituosa ou até mesmo de carência de intenção; a palavra, quando inadequada ou mal formu-

lada, é perigosamente iatrogénica e pode ter, no Idoso Doente, efeitos devastadores.

X – que o Idoso vive as suas doenças, as reais e as imaginadas, mas todas reais para ele, para além da biofísica, projectando-se num futuro feito de angústia, no qual há ruminacões de morte.

XI – que, no Idoso, a doença é insidiosa, tem frágil expressão, tem sintomatologia larvada, é de diagnóstico difícil e, por isso, não raras vezes, o diagnóstico é perigosamente tardio.

XII – que diagnóstico é o que predomina num terreno com multimorbilidade e que, no Idoso, a polipragmasia terapêutica é um grave erro pelo perigo de iatrogenia devida a condicionalismos anatomofisiológicos, tais como:

1. perda de massa protoplásmica metabolicamente activa, isto é, perda de células, o que significa haver menos consumidores para o fármaco, pelo que não deve ser prescrito na habitual dose para o adulto.
2. défice de absorção devido à hipotrofia da mucosa intestinal.
3. diminuição da albumina sérica.
4. declínio e lentidão do metabolismo hepático.
5. declínio da eliminação renal.

XIII – que, se não for abordado o conflito psíquico, a farmacoterapia prolongar-se-á e o risco de iatrogenizar o Idoso aumenta.

XIV – que a patologia e a terapêutica no Idoso nunca são redutíveis ao biológico, nem ao psicológico, nem ao social. Elas englobam doenças da comunicação, agressões psicossociais, perturbações funcionais e anatómicas, alterações psicológicas e doenças iatrogénicas e sequelares todas intrincadas pelo que, a consulta do Idoso terá de ser, necessária e imprescindivelmente, transbiopsicossocio-cultural.

XV – que o Idoso querulo acrescenta às suas doenças sofrimento de inaptações, de desamor, de inibições, de reminiscências e de medos relacionados mais com o morrer do que com a morte.

A memória no Idoso não é recordação, é antes presentificação permanente e dolorosa de emoções que investem relações e imaginações vividas no passado no qual se fixa. A convergência dos globos oculares traduz um comportamento de fuga para a sua interioridade povoada por aquele passado, moderador da solidão que lhe vive nos seus dias de existência morta.

Resulta assim que a consulta de Geriatria exige do médico disponibilidade e tempo para ver, ouvir e sentir o Idoso que sofre; exige do médico humanismo e solidariedade que é o novo rosto da Medicina rica de competência, de sabedoria e de compaixão.





Ângelo Oliveira

Presidente do Colégio de Especialidade de Radioncologia da Ordem dos Médicos

## "Alternativas" em Oncologia

Em entrevista ao Jornal O Público de 29 de Junho de 2014, o Senhor Secretário de Estado adjunto de Saúde, Fernando Leal da Costa, perante a pergunta "Como explica que as listas de espera para cirurgias oncológicas estejam a aumentar?" respondeu: *"O que está a acontecer é que estamos a ser capazes de diagnosticar mais cancros e mais cedo, o que gera pressão maior sobre o sistema. Apesar de termos feito mais cirurgias de cancro em 2013, a espera aumentou, essencialmente no cancro da próstata. Se calhar temos de estudar a hipótese de generalizar abordagens alternativas à cirurgia, como a radioterapia."* Contrariando a opinião do Senhor Secretário de Estado "que a Ordem dos Médicos tem abandonado o papel ético-normativo que lhe compete", cumpre-me o dever de esclarecer o papel da Radioterapia no cancro da próstata, deixando a acusação de "deriva sindical da OM" ao cuidado dos respetivos Órgãos Executivos.

Em primeiro lugar, foi infeliz a designação "abordagens alternativas" quando se refere à radioterapia no cancro da próstata. A terapêutica pelas radiações, seja por Radioterapia Externa ou Braquiterapia, ambas da responsabilidade dos Médicos Radioncologistas inscritos na Ordem dos Médicos, tem indicação no carcinoma da próstata. A designação "alternativa" é infeliz pelo facto de poder ser interpretada pelo público em geral e particularmente pelos doentes, como de segunda escolha ou de recurso. Há situações clínicas com potencial indicação para cirurgia, outras para radioterapia e outras ainda eventualmente candidatas a vigilância ativa. Múltiplas situações apresentam potencial indicação para uma, duas ou mes-

mo para as três atitudes, baseado na evidência científica atual. Não é pelo facto de haver listas de espera para cirurgia que os doentes passam a ter indicação para radioterapia ou pelo facto de haver listas de espera para cirurgia e radioterapia que passam a ser candidatas a vigilância ativa. O Senhor Secretário de Estado teve ainda uma segunda opinião infeliz na mesma frase, ao propor considerar *"estudar a hipótese de generalizar abordagens alternativas..."*. No cancro da próstata, nunca a abordagem poderá ser generalizada. Perante atitudes comparáveis, com resultados terapêuticos sobreponíveis, qualquer generalização é um erro. Deverá o doente, corretamente informado dos resultados terapêuticos esperados nas diferentes

atitudes, participar na orientação clínica, optando muitas vezes baseado em fatores relacionados com a qualidade de vida e o perfil de toxicidade potencial, distinto para as diferentes abordagens.

A "generalização" que proponho ao Senhor Secretário de Estado será "Que todo o Doente Oncológico tenha a decisão terapêutica inicial tomada numa consulta multidisciplinar, onde estejam representadas e apresentadas todas as diferentes potenciais abordagens e a decisão ser tomada perante a participação e a vontade expressa pelo doente". Esta seria a generalização por nós desejada, se real e legalmente obrigatória, tal como ocorre noutros países europeus.

O funcionamento das consultas de grupo em Portugal é bem distinto deste princípio, particu-

larmente no cancro da próstata. Pelo facto do diagnóstico ser realizado por especialidade que não a Radioncologia, muitas vezes esta opção terapêutica não é corretamente equacionada no plano inicial, sendo os doentes orientados unilateralmente. Inclusivamente, a falta de uma decisão isenta e validada pela consulta multidisciplinar, aumenta o risco de auto referenciação indevida, podendo esta ocorrer não só no sentido urologia-cirurgia mas também para braquiterapia ou mesmo radioterapia externa (menos comum na europa que nos EUA, onde são frequentes as sociedades de urologistas investidores em clínicas de radioterapia).

Importa admitir que instituições com consultas de decisão multidisciplinar presenciais, para todos os novos casos de cancro da próstata são excecionais em Portugal e mesmo estes raros exemplos estão a ser ameaçados, porque na nobreza dos seus propósitos, são inevitavelmente exigentes nos recursos. A segunda questão que importa analisar é a das listas de espera. Perante a opinião expressa pelo Se-

nhor Secretário de Estado poder-se-á concluir que a par da falta de recursos cirúrgicos, o país abunda em profissionais e equipamentos de radioterapia de reserva que poderão resolver esta inesperada “pressão sobre o sistema.”!

Saberá o Senhor Secretário de Estado qual a real dimensão da espera para radioterapia em Portugal? Provavelmente não, pelo simples facto da única monitorização objetiva e eficaz em oncologia ser a do tempo de espera para cirurgia. Nunca foi realizado qualquer modelo idêntico, para controlar com rigor o tempo entre o diagnóstico e a decisão terapêutica ou entre a decisão e a radioterapia.

Conclui-se portanto haver lista de espera aumentada para cirurgia no cancro da próstata em Portugal, desconhecendo-se na realidade, com a objetividade e o rigor empregue no exemplo cirúrgico, a dimensão real da espera para radioterapia.

Outra questão que importa debater é a qualidade em radioterapia do cancro da próstata. Será a capacidade instalada suficiente para realizar radioterapia

com qualidade, segundo o atual estado da arte? Saberá o Senhor Secretário de Estado quais os recursos necessários para realizar radioterapia de intensidade modulada (IMRT) ou radioterapia guiada pela imagem (IGRT)? Qual o papel das novas técnicas como a radioterapia estereotáxica extracorpórea (SBRT) no cancro da próstata? Qual o impacto no planeamento dos recursos da Especialidade?

A Ordem dos Médicos e o Colégio de Especialidade de Radioncologia está disponível para colaborar em todas as questões que envolvam a sua área de conhecimento e saber, seja no cancro da próstata ou qualquer outra área de patologia, e os seus especialistas aptos e disponíveis para colaborar em todas as medidas que promovam a melhoria dos cuidados aos seus doentes. Em linguagem popular, o ato de solucionar empurrando para o parceiro a solução das carências, mais que tapar o sol com a peneira, designa-se empurrar com a barriga. ... O problema surge quando a barriga é grande e o horizonte pequeno .... podemos não ver bem para onde estamos a empurrar.



**Helder Machado**

Internista; Consultor informático

## O papel da Big Data na saúde

O papel da BIG DATA é hoje crucial em toda a biologia. A sua repercussão nas ciências médicas vai influenciar decisivamente a intervenção dos profissionais...

O papel da BIG DATA é hoje crucial em toda a biologia. A sua repercussão nas ciências médicas vai influenciar decisivamente a intervenção dos profissionais. As respostas a quatro perguntas básicas, o que aconteceu, que está a acontecer, porque aconteceu e o que vai acontecer ajudam a esclarecer quem está cada vez mais mergulhado numa imensidade de dados. Neste tio de ambiente, torna-se indispensável uma referência sólida, o EHR (electronic health record) ponto convergente de toda a informação em saúde. Ele deverá assentar numa arquitetura capaz de receber *inputs* a partir dos quais gerará *outputs*, de modo automático e instantâneo. Se a análise dos perfis ómicos está estreitamente dependente do domínio da BIG DATA, a caracterização do subjetivo não poderá ser negligenciada, se aspirarmos à personalização de cuidados. Os utentes afinal são pessoas. Em paralelo à tecnologia a aproximação às fontes atualizadas de saber torna-se urgente, sob pena de nos afastarmos perigosamente do alvo.

**A resposta concreta a quatro perguntas ajuda a esclarecer o papel da BIG DATA na saúde:**

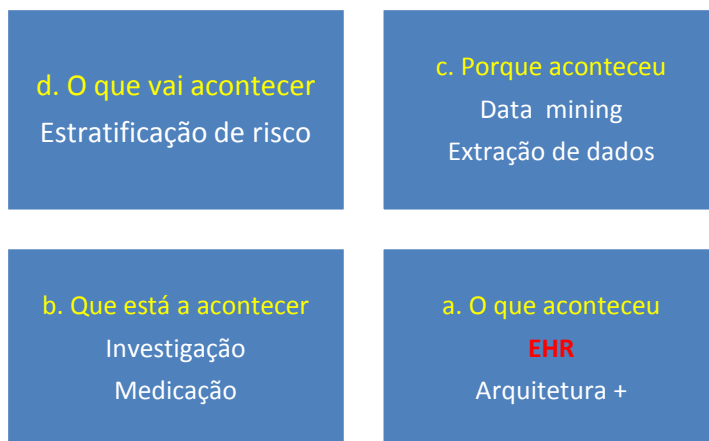
1. O que aconteceu? – Emissão de relatórios
2. Que está a acontecer? – Monitorização
3. Porque aconteceu? – Avaliação
4. O que vai acontecer? – Análise do risco

O quadro I oferece uma perspetiva sobre a capacidade da BIG DATA na área da saúde. De 1 para 4, caminha-se da bai-

xa complexidade tecnológica e baixo valor, para o seu incremento.

Sem ter à mão um EHR (Eletronic Health Record), um verdadeiro "Hub", tanto os profissionais de saúde como os gestores têm dificuldade em saber ao certo o que se passa. Vêm números, mas não entendem a sua génese. A situação deteriora-se e nasce a tentação de cortar em cima do joelho. Uma tentação mal avisada, em regra com consequências pesadas.

(a) Só com um verdadeiro EHR se podem obter relatórios au-



**Quadro I**



tomatizados em tempo útil de forma a saber o que aconteceu. (b) O que está a acontecer depende de monitorização apropriada. A revelação de investigação deficiente devida a exames complementares desajustados, o seu injustificável atraso, a medicação inapropriada, só desta forma se detetam e são suscetíveis de correção.

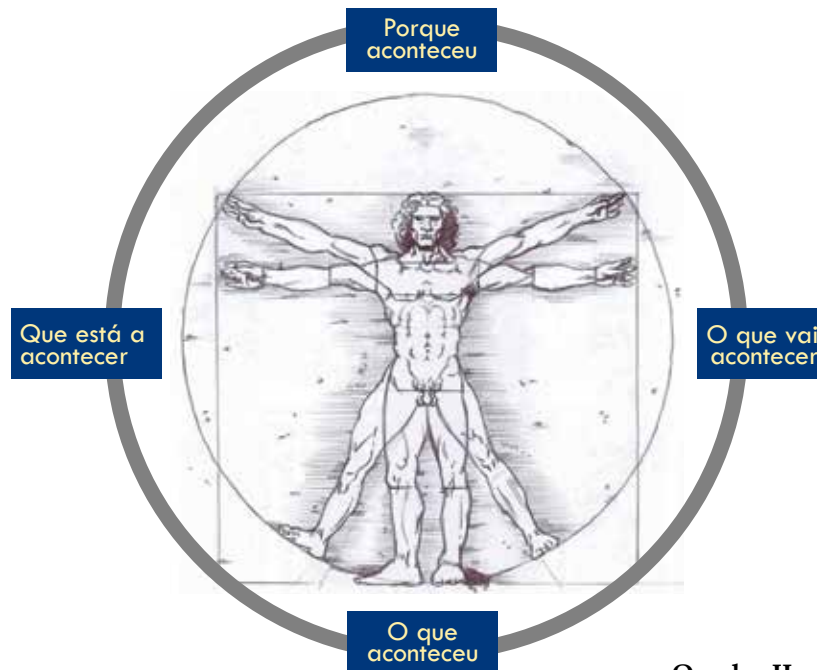
(c) O porque aconteceu é viabilizado pelo “data mining”. Assim se procede à identificação das doenças de risco (1, 2), à avaliação da eficácia terapêutica e à interação entre fármacos, à justeza das NOCS (normas de orientação terapêutica) contaminada por critérios economicistas.

(d) O que vai acontecer apoia-se na estratificação preditiva de risco e seu ajustamento (*benchmarking*), com implicações éticas e económicas em todo o tipo de instituições (3, 4).

## O futuro à porta

Os dados das ciências ómicas, e a abordagem psicossocial, vão alterar drasticamente a gestão dos cuidados de saúde e reforçar a personalização, representada na imagem humana com o genoma como pano de fundo (quadro 2). O tratamento de dados relacionados com o “embedding” biológico (5) não poderá deixar de incluir os perfis dos utilizadores dos serviços, a serem construídos a partir de sinais subjetivos. É mais um desafio.

Este documento assinala a transformação em curso. Relançar os processos analíticos destinados a explorar grandes quantidades de dados – BIG DATA. A busca de padrões con-



Quadro II

sistentes, seguida da validação de resultados, de forma a permitir a estratificação preditiva dos riscos com impacto decisivo na prevenção e poupança de recursos.

A base de operações continuará a ser o EHR. Ao evoluir do quadro 1 para o quadro 2, o fator personalização torna-se aparente, vai permitir o “fato à medida” e convida à reflexão.

Se os serviços de saúde negligenciarem a funcionalidade do EHR (5), continuarão a desperdiçar recursos com produtos insatisfatórios e atalhos sem saída. Os resultados estão à vista. Há caminhos ínvios que alimentam estilos improvisados de gestão, tantas vezes a roçar o ridículo. Assim se desfiguram os valores que norteiam os profissionais e se defraudam diariamente os utentes/doentes e os contribuintes.

A relevância do EHR é ilustrada por uma apresentação da Austrália feita por um clínico geral visionário, Sam Heard, co-responsável pelo lançamento de uma arquitetura informática de registos de saúde con-

vertida num padrão internacional (openEHR). Estamos a falar nos antípodas (6). Haverá quem esteja disposto a fazer a aproximação?

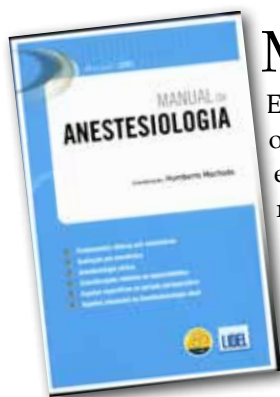
Porto, 14.05.07

## Bibliografia

1. <http://stm.sciencemag.org/content/6/234/234ra57.abstract>  
*Disease Risk Factors Identified Through Shared Genetic Architecture and Electronic Medical Records*, Li Li et al
2. <http://stm.sciencemag.org/content/6/234/234cm3.abstract>  
*Biobanks and Electronic Medical Records: Enabling Cost-Effective Research*, Erica Bowton et al.
3. <http://www.academyhealth.org/files/2012/tuesday/haas.pdf>
4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23732586>
5. Aya Sasaki, Wilfred C. de Vega, Patrick O. McGowan. Biological embedding in mental health: An epigenomic perspective. *Biochemistry and Cell Biology*, 2013, 91(1): 14-21, 10.1139/bcb-2012-0070
6. <http://www.slideshare.net/HINZ/e-health-foundations-and-openehr-heard>

## Cardiologista sentimental

“Camilo Castelo Branco: Cardiologista sentimental” é o nome da obra da autoria do médico António Costa Gil de Sousa Prates em que se apresenta uma perspectiva da obra de Camilo Castelo Branco pouco ou nada analisada: um estudo do consumo semântico e estilístico da palavra coração nos livros desse autor clássico. Não se trata propriamente de um estudo literário, mas antes de um levantamento interpretativo da ocorrência da palavra coração na extensa obra desse escritor, a quem António Costa Gil de Sousa Prates confere o título de cardiologista, honoris causa... Uma leitura interessante que nos leva a descobrir as múltiplas referências metafóricas a esse órgão e não apenas quando é usada a palavra “coração”, na obra de Camilo Castelo Branco onde abundam palpitações e aneurismas.



## Manual de Anestesiologia

Enriquecida com as vivências profissionais de 60 especialistas de diversas áreas médicas, esta obra alia a componente prática a saberes das ciências básicas, passando pela avaliação do doente e pelas propostas anestésicas mais consensuais. Trata-se de uma edição da Lidel, com coordenação de Humberto Machado, em que se resume a evolução desta especialidade nos últimos 20 anos e que surge para dar resposta à complexidade das técnicas cirúrgicas exigidas aos médicos anestesiológicos. A Anestesiologia é encarada como uma especialidade médica abrangente, que intervém em diversas áreas como a medicina perioperatória, a medicina da dor, a medicina intensiva e a emergência médica. Partindo deste princípio, este livro pretende explicar o posicionamento da especialidade perante o doente e os sistemas de saúde bem como a complementaridade com outras áreas, e ajudar a desmistificar a prática com a avaliação e estratificação do risco clínico. A obra apresenta também uma forte componente prática para explicar todas técnicas, a avaliação das patologias do doente e as propostas anestésicas mais consensuais, abordando temas como avaliação pré-anestésica, anestesiologia clínica, aspetos específicos no período perioperatório, aspetos relevantes na Anestesiologia atual em termos éticos e médico-legais, avaliação de desempenho e interações farmacológicas com plantas medicinais.



## Árvores possíveis

Salvador Saldanha Coelho é médico e autor de "Árvores possíveis", um livro com forte vertente humanista e belas ilustrações da autoria de Ricardo Paula. O livro apresenta quatro contos que têm como fio condutor as relações humanas e o gosto por viver em cidades antigas banhadas por belos rios. Cada conto, realidade temperada por ficção, passa-se numa das 4 estações do ano. Inverno ilustra a insuficiência da psiquiatria actual, a Primavera narra a bonomia dos alentejanos e do povo do Bairro Alto, o Verão traz-nos o jogo da sedução e, por fim, o Outono faz o elogio da integridade. Uma obra publicada pelas Edições Mahatma (edicoesmahatma@mail.com).

### Técnicas e procedimentos em Radiologia convencional

Coordenação de Sandra Rua Ventura (Lidel)

### Neurologia fundamental

Obra coordenada por José Ferro e José Pimentel (Lidel)

### Reumatologia fundamental

Obra coordenada por João Eurico Cabral da Fonseca, Helena Canhão e Mário Viana de Queiroz (Lidel)

### Lidere como um líder - os 12 trabalhos do executivo

Da autoria de Miguel Pina e Cunha, Arménio Rego e João Cotrim de Figueiredo (Edições Sílabo)

