

Olhar para a saúde só pelo prisma financeiro é um caminho perigoso

O Governo prepara mexidas no Sistema Nacional de Saúde. Os pormenores não são ainda conhecidos, mas as linhas de fundo são públicas e assumidas pelo Executivo. Uma delas passa pelo pagamento diferenciado no acesso aos cuidados de saúde. Sem entrar em questões jurídico-constitucionais (embora elas sejam importantes) julgo oportuno deixar aqui algumas considerações. A primeira é a constatação óbvia de que há um problema de financiamento do SNS. A saúde é um bem precioso e cada vez mais caro. Novas tecnologias, novas doenças, novas técnicas e novas terapêuticas, mais investigação, uma esperança de vida maior são alguns dos factores que aumentam exponencialmente os custos da saúde em todos os Estados que mantêm um sistema de saúde tendencialmente gratuito e universal. A dúvida é acreditar que paliativos resolvam o problema de fundo do SNS. E a diferenciação das taxas é claramente uma medida que não serve para parar a hemorragia. O SNS tem problemas novos, é preciso coragem para enfrentar o problema e propor alterações. O que não vale a pena é fazer crer que taxas diferenciadas sejam a solução. Até porque, também aqui, não serão os ricos a pagar... o SNS.

As matérias salariais não competem à Ordem dos Médicos, são competência dos sindicatos médicos, mas é difícil ficar em silêncio perante a proposta de redução salarial em estudo nos hospitais SA. Aparentemente a medida não atinge apenas a classe médica, mas também outros profissionais de saúde. Trabalhar mais e receber menos parece ser a palavra de ordem. Olhar para a saúde só pelo prisma financeiro é um caminho perigoso. Nos últimos anos a prática de repetidos governos e gestores provou que as medidas economicistas não resolvem só por si os problemas. Não me parece que seja pagando menos e exigindo mais que se vá melhorar a qualidade nos hospitais, sejam eles públicos ou SA.

Faleceu subitamente o Dr. Armando Franchini Corregedor da Fonseca. Foi tesoureiro do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos no mandato de 1990/1992. Lamento profundamente mais uma perda na Medicina Portuguesa e para a Ordem dos Médicos. À família enlutada apresento os meus sentidos pêsames.



S U M Á R I O

3 EDITORIAL

6 INFORMAÇÃO

Inclui informação do Conselho Nacional do Médico Interno (relativamente ao II Congresso Nacional dos Médicos Internos) e das Secções Regionais do Sul e Norte.

24 ENTREVISTA

Carlos Cortes, ex-coordenador do Conselho Nacional do Médico Interno e actual presidente da Direcção Nacional, e membro fundador, da recém-criada Associação Nacional do Médico Interno (ANMI), em entrevista à Revista da Ordem dos Médicos, falou da qualidade da formação médica em Portugal, do novo decreto dos internatos médicos, dos objectivos e posicionamento da ANMI no contexto das associações e sindicatos médicos e do contributo positivo que considera que os médicos internos poderão trazer à modernização da classe.

30 DISCIPLINA

Apresentação de dois casos dos Conselhos Disciplinares do Centro e Norte.

38 OPINIÃO

Preencher uma lacuna...
de Miguel Sousa Neves

39 Dignificação da classe médica

de Maria Helena Martins

40 Compromisso de cuidados médicos centrados no doente

de António Paes Cardoso

42 HISTÓRIAS DA HISTÓRIA

Uma história exemplar
por Coutinho Miranda

46 CONTOS

De vez em quando... eu conto uma história!
... provavelmente mulato!
de Raul de Amaral-Marques

49 NOTÍCIAS

52 CULTURA

Informação relativa a lançamentos literários e a uma exposição de pintura.

54 LEGISLAÇÃO

Resumo da legislação publicada no mês de Agosto.

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 20 - N.º 50 - Outubro 2004

PROPRIEDADE:



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

Redacção, Produção e Serviços de Publicidade:
Av. Almirante Reis, 242 - 2.º Esq.º
1000-057 LISBOA
E-mail: celom.omcne@omsul.com
Tel. 218 437 750 - Fax. 218 437 751

Director:
J. Germano de Sousa

Directores-Adjuntos:
Miguel Leão
António Reis Marques
Pedro Nunes

Redactores Principais:
Miguel Guimarães,
Rui Nogueira, J. Gil de Moraes

Directora Executiva: Paula Fortunato

Dep. Editorial:
Paula Fortunato
Miguel Reis

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Dep. Financeiro:
Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:
CELOM

Capa de: Carlos Rodrigues

Impressão:
SOGAPAL, Sociedade Gráfica da Paia, SA
Av.º dos Cavaleiros 35-35A - Carnaxide

Inscrição no ICS: 108374
Depósito Legal: 7421/85
Preço Avulso: 1,6 Euros
Periodicidade: Mensal
Tiragem: 32.000 exemplares
(11 números anuais)

II Congresso Nacional dos Médicos Internos

O Conselho Nacional do Médico Interno vem por este meio apresentar o II Congresso Nacional dos Médicos Internos. Este evento insere-se dentro do programa eleitoral que o CNMI definiu para o seu triénio de actividade.

Por se tratar de um espaço de intervenção privilegiado, palco de um interface directo com aqueles que representamos, por constituir oportunidade única no panorama nacional de reunião de todos os Médicos Internos e por se encontrar sob a nobre chancela da Ordem dos Médicos, estamos empenhados e apostados em fazer desta edição um grande sucesso; sucesso este baseado não só num programa que queremos tão atractivo quanto oportuno mas também na aposta da participação maciça por parte dos jovens médicos. Para cumprir e honrar tão ambicio-

sas metas propusemo-nos aproveitar a boa experiência das Jornadas dos Médicos Internos da Zona Centro. Estas Jornadas contam com a

tro uma referência e um marco no calendário dos médicos internos.

Para além de um excelente e participado programa, estas Jornadas

contam com um número crescente de participantes, tendo atingido na sua última edição mais de 300 participantes. O CNMI, em reunião nacional, entendeu este ano propor à SRC o alargamento do âmbito destas jornadas, visando proporcionar a participação de todos os colegas do país. Entendemos que o actual contexto de remodelação do diploma dos Internatos, da pressão e imposição da produtividade em detrimento da formação, dos novos modelos de gestão hospitalar, da realidade do contexto europeu por si justificam plenamente este Congresso.



organização da Secção Regional do Centro em estreita colaboração com o CNMI. Actualmente na sua 3ª edição, constituem na região Cen-

Contamos com todos,

Programa do II Congresso Nacional dos Médicos Internos

[Sexta-feira] 15 de Outubro

14H30 - Comunicações Livres I/Colocação Posters

16H00 - Workshops - Sessão I

17H00 - Saídas Profissionais - "novas" alternativas/especialidades emergentes

- Médico da indústria farmacêutica - Dra. Ana Maria Nogueira - Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos da Indústria Farmacêutica

- Medicina Legal - Professor Duarte Nuno - Presidente do Colégio de Medicina Legal

- A Emergência - Dr. António Marques - Competência em Emergência Médica

- Medicina Desportiva - Dr. Bernardo Paes Vasconcelos - Presidente do Colégio de Medicina Desportiva

- Medicina e a iniciativa privada - Professor Vilaça Ramos - Presidente Assembleia Geral da ANAUDI

- Medicina do Trabalho - Dr. António Pires - Presidente do Colégio de Medicina de Trabalho

19H00 - A História Portuguesa dos Internatos Médicos

- Dr. Serafim Guimarães - Presidente do Conselho Nacional do Internato Médico

Jantar - Quinta do Adelino - aldeia do Cubo

[Sábado] 16 de Outubro

08H30 - Comunicações Livres II/Visita Posters

10H00 - Responsabilidade Médica do Médico Interno - a perspectiva do jurista, o papel da seguradora e o relacionamento com a imprensa

- Análise de alguns casos práticos

- Professor Manuel da Costa Andrade - Do-

cente da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

- Dr. Paulo Sancho - Advogado da Ordem dos Médicos

- Dr. Sequeira Nunes - Representante AMA

- Dr. Miguel Múrias Mauritti - Jornalista

12H00 - Sessão Clínica I: Sinais clínicos de gravidade pré-paragem

- Dra. Glória Cabral Campelo - Directora Internato Médico do Hospital Pedro Hispano

12H30 - Sessão de Abertura

Almoço de trabalho - Hotel Turismo da Guarda

14H30 - Como escrever/interpretar um artigo - Dr. Pedro Serrano - Coordenador do Internato de Saúde Pública da Zona Sul

- Como ultrapassar os revisores internacionais - Professor Lino Gonçalves - Docente da Faculdade de Medicina da UC

- Como fazer uma comunicação oral - Dra. Raquel Braga - Médica Família do CS da Boa Hora ULS Matosinhos

- A organização de um *Curriculum Vitae* - Dra. Isabel Santos - Docente da Faculdade Ciências Médicas da UNL

- Normas na elaboração de um poster - Professor Silvério Cabrita - Docente da Faculdade de Medicina da UC

17H00 - Diferentes modelos de Gestão, diferentes internatos médicos?

- Os contratos que aguardam os jovens médicos

- Hospital Universitário - Professor Nascimento Costa - Presidente do CA dos Hospitais da Universidade de Coimbra

- Os Hospitalares SA - Dr. Álvaro Carvalho -

Presidente do CA do Hospital Garcia de Orta SA

- O exemplo do Hospital S. Sebastião - Dr. Paulo Figueiredo - Director Internato Médico do Hospital S. Sebastião

- O desafio dos privados - Dr. Alfredo Loureiro - Director da UNINEFRO SA

- As cooperativas na saúde - Dr. Carlos Arroz - Médico de Família do C.S. Peniche

18H30 - Workshops - Sessão II

Jantar - Quinta da Fumagueira - Aldeia de Maçainhas

[Domingo] 17 de Outubro

08H30 - Comunicações Livres III/ Visita Posters

10H00 - O novo diploma dos Internatos Médicos - novo *exame de acesso, o ano comum, as vagas protocoladas, a investigação, o regulamento...*

- Representante do Ministério da Saúde

- Professor Fernando Ramalho - Assessor do Ministro da Saúde

- Dr. Miguel Leão - Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos

- Dr. Pedro Nunes - Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos

- Dr. Reis Marques - Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos

12H00 - Sessão Clínica II: Abordagem inicial do politraumatizado

- Dr. Salvador Massada - Grupo de Trauma do Hospital de S. João

Almoço - Casa da Lageosa

- Cerimónia de encerramento com anúncio das comunicações/posters premiados

16H00 - Desportos tradicionais e alternativos, passeios turísticos, actividades de lazer.

A Qualidade e os Médicos – como convivemos com a qualidade no nosso dia-a-dia?

Portugal, hoje: experiências positivas e negativas

11 de Dezembro (9.30h) – Casa do Médico – Porto

A **qualidade** em saúde está **hoje** – e tem estado nos últimos anos – na agenda política e no discurso das instituições de saúde, quer sejam públicas ou privadas. Somos confrontados quer com as nossas tutelas, quer com os nossos doentes. Como convivemos com estas novas necessidades? Como se posiciona **Portugal** nesta matéria? Qual a percepção dos **Médicos** em relação a esta problemática? Que **experiências** a realçar ou a tomar como exemplo para o que deve ser evitado no **dia-a-dia**? O Fórum «A Qualidade e os Médicos – Como convivemos com a qualidade no nosso dia-a-dia?» - Portugal, hoje:

experiências positivas e negativas» pretende, através de um debate alargado tanto aos interlocutores como à assistência, trocar ideias, partilhar experiências e, com isso, abrir caminho a eventuais propostas.

O Conselho Nacional para a Qualidade da Ordem dos Médicos convida todos os Colegas a inscreverem-se e a participarem, quer através da apresentação de **comunicações orais** (*powerpoint* ou transparências) e de **posters**, quer através do **debate** que se seguirá a cada apresentação e em que a assistência poderá colocar questões, relatar experiências, etc.

Inscrições gratuitas através do secretariado do Conselho Nacional para a Qualidade da Ordem dos Médicos
A/C Exm.^a Sr.^a D.^a Rosa Soares

Tel.: 21 842 71 00; Fax: 21 842 71 99; Email: omcne@omsul.com

Indicação de Peritos

A propósito de um processo disciplinar que envolvia o Presidente da Direcção do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, o Conselho Regional do Sul tomou conhecimento do parecer que a seguir se transcreve, o qual determinou não haver indícios da prática de qualquer infracção técnico-deontológica por parte do visado:

PARECER

1. Neste processo o médico Dr. Miguel Leão, Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, queixa-se do médico Prof. Doutor Luís Mendes da Graça, Presidente da Direcção do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia.

2. Na origem da queixa está uma carta enviada pelo participado ao Presidente da Ordem dos Médicos, carta essa que o Dr. Miguel Leão terá considerado censurável.

3. Na citada carta que o Prof. Doutor Luís Mendes da Graça escreveu ao Bastonário, dizia-se nomeadamente o seguinte – e passamos a transcrever:

«Com os melhores cumprimentos, venho de novo informar V. Ex^a que o Conselho Regional do Norte continua a nomear peritos médicos da área da Ginecologia e Obstetrícia para comparecerem em diversos tribunais.

Considerando esta Direcção que a indicação dos peritos constitui atributo próprio da Direcção do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia - nomeadamente por os colegas indicados pelo Conselho Regional do Norte em grande parte dos casos não poderem ser considerados verdadeiramente peritos nas áreas específicas do conhecimento médico em questão, o que revela o desconhecimento total da entidade que os nomeia - vimos pedir a V. Ex^a que tome medidas que consideramos mais convenientes sobre esta usurpação de funções».

4. Face a esta carta, o Dr. Miguel Leão reagiu, por escrito, nos seguintes termos – e passamos a transcrever: «Tendo o Conselho Regional do Norte sido acusado da prática de usurpação de funções pelo Presidente da Direcção do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, conforme fotocópia do ofício anexo, vimos solicitar a V. Ex^a que instaure àquele médico o competente processo disciplinar.

Em alternativa, ou seja, caso se opte pela não instauração de processo disciplinar ao Dr. Luís Mendes da Graça, restará a V. Ex^a a alternativa de comunicar aos Tribunais que o Conselho Regional do Norte praticou actos previstos e punidos pelo Código Penal 'usurpação de funções'».

5. Tendo sido solicitados esclarecimentos ao Prof. Doutor Luís Mendes da Graça, este veio declarar o seguinte – e passamos a transcrever:

«Foi com surpresa, indignação e pesar que recebi o ofício de V. Ex^a, n.º 000918, datado de 16 do corrente, sobre o assunto em epígrafe.

Surpresa, por constatar que o Presidente de uma Secção Regional da Ordem dos Médicos solicita a instauração de um Processo Disciplinar ao Presidente de um órgão colegial eleito a nível nacional que, mesmo que com funções meramente consultivas, representa os mais de 1200 Especialistas de Ginecologia e Obstetrícia do País.

Surpresa, ainda, por esse Colega solicitar a abertura desse processo ao Presidente da Direcção de um Colégio que, nessa qualidade, não tem poderes decisórios próprios, mas desempenha unicamente funções de coordenação e de porta-voz do grupo de 10 Colegas da Especialidade que representam as Secções Regionais do Norte, Centro e Sul da OM.

Por estes motivos, que, na sua essência, emanam do Regulamento dos Colégios, os Presidentes das Direcções dos ditos não podem, na minha modesta opinião, ser constituídos sujeitos de qualquer processo, disciplinar ou de outra natureza, excepto se praticarem actos reprováveis a título pessoal. Não pode ser considerado este o caso do ofício elaborado na reunião da Direcção do Colégio de 14 de Março pp, que serve de base à solicitação do Senhor Presidente da Secção Regional do Norte da OM.

De facto, o texto desse ofício, no seu 2.º parágrafo, frisa bem: "Considerando a Direcção que a nomeação de peritos constitui atributo próprio da Direcção do Colégio da Especialidade...". Não foi o Presidente da Direcção, foram todos os membros da Direcção presentes que, colegialmente, assim o decidiram, vindo a propósito sublinhar, mais uma vez, que o Presidente é um entre iguais, não dispendo de poderes decisórios próprios, logo, não tendo direito de veto sobre as decisões da Direcção do Colégio, que se reúne sempre em plená-

rio. Assim, ao solicitar-se o recurso a um processo disciplinar sobre decisões tomadas pela Direcção do Colégio, este terá de incluir os 10 Colegas que constituem essa Direcção .

Segue-se a indignação por constatar o desrespeito que o Presidente de uma Direcção Regional nutre pelos Colegas que fazem parte de órgãos eleitos da OM e que disponibilizam o seu tempo, o seu saber profissional e as suas qualificações técnicas, com o objectivo de enquadrar as Especialidades dentro dos parâmetros de rigor, de responsabilidade e de exigência técnica que deveriam ser o escopo de uma organização profissional prestigiada.

Nas relações entre Colegas, principalmente quando Médicos, exige-se consideração profissional e pessoal. Se há pontos a esclarecer ou que, de algum modo, possam ter originado fricção ou melindre, existem vias fáceis de contacto para os clarificar .Ora o pedido de instauração de um processo disciplinar, com as frágeis razões aduzidas e sem qualquer contacto prévio, não pode deixar de ser considerado um acto de desrespeito e de desconsideração pela Direcção do Colégio da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia da OM e, sendo eu o directamente visado, como um intolerável e gratuito acto de agressão à minha pessoa e às funções que desempenho na OM.

Finalmente, sinto-me pesaroso pelo entendimento que o Senhor Presidente da Secção Regional do Norte faz das funções das Direcções dos Colégios das Especialidades. Ao reivindicar para si a capacidade exclusiva de nomear peritos "regionais" de qualquer Especialidade sem dispor de assessoria técnica eleita pelos seus pares, deixa sem resposta as seguintes questões:

a) Sendo as Direcções dos Colégios órgãos técnicos consultivos do CNE da OM, não será a elas que competirá o acto "técnico" da indigitação de peritos da Especialidade para responder às solicitações dos Tribunais, ainda que sejam, posteriormente, as Secções Regionais a nomeá-los?

b) Se forem as Presidências das Direcções Regionais da OM a fazê-lo sem a assessoria do órgão técnico nacional, que garantias existem de que sejam nomeados os peritos tecnicamente mais qualificados?

c) Estendendo-se o âmbito da jurisdição das Secções Regionais apenas a uma área do País, por que razão deverão ser os Tribunais dessa região privados do contributo, como peritos, dos Especialistas das outras regiões se, para tal, forem tecnicamente mais competentes?

d) Se se entender que as indigitações de peritos devem ser feitas como pretende o Presidente da Secção Regional do Norte, qual será a razão plausível para que os membros da Direcção do Colégio dispendam muitas horas de trabalho para emitirem pareceres técnicos solicitados pelos Tribunais e por órgãos da OM - como os

Conselhos de Disciplina, por exemplo - sobre dezenas de processos referentes a Colegas das diversas regiões do País?

Confesso que não consigo encontrar, para estas questões, respostas que se articulem coerentemente com a posição do Senhor Presidente da Secção Regional do Norte da OM, que se sentiu tão ofendido com um mero ofício da Direcção do Colégio da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia que o levou a lançar a sua sanha vindicativa sobre a pessoa do seu Presidente. Não quero, sequer, pensar que tudo isto tenha a ver com a posição pessoal e técnica que adrede tomei sobre o futuro Centro Materno-Infantil do Norte, um disparate técnico à luz de todos os parâmetros internacionais, de que o Norte e o País se virão a arrepender caso seja implementado em qualquer uma das versões que vieram a público. Os comentários sobre a minha pessoa, imbuídos de falsidades, que, a esse propósito, o Dr. Miguel Leão fez publicar, quer na imprensa médica generalista ("Tempo Medicina"), quer na própria "Revista da Ordem dos Médicos" 2003; 19 (35): II, fazem-me temer o pior, pois já tenho idade, curriculum e cabelos brancos suficientes para saber que nada acontece por acaso.

Julgo que esclareci O Douto Conselho Disciplinar Regional do Sul da OM sobre o assunto sujeito a Processo de Averiguação na 5/03. Não quero deixar de frisar que, neste assunto, não me considero vilão (que ganharia com isso?), nem vítima, pois não tenho feito para tal. Mas não resisto à tentação de citar uma frase do discurso proferido por Wiston Churchill na "House of Commons", em 4 de Novembro de 1952, que traduzo livremente:

"Pessoalmente, estou sempre pronto para aprender, apesar de nem sempre estar disposto para ser ensinado ". (estivemos a transcrever as declarações do médico participado)

6. Confrontando as 3 cartas acima transcritas, o relator do presente processo constata que estão aqui em causa duas questões distintas e independentes:

a) Uma é a de saber quem é que tem competência dentro da Ordem dos Médicos para propor aos juizes nomes de peritos médicos;

b) Outra questão é a de saber se o Prof. Doutor Luís Mendes da Graça terá cometido alguma infracção deontológica ao acusar o Conselho Regional do Norte de usurpação de funções.

7. Quanto à indicação ou nomeação de peritos médicos, nem o Estatuto da Ordem dos Médicos, nem o Regulamento Geral dos Colégios das Especialidades, nem o Código de Processo Penal dão uma resposta cabal.

8. Parece-nos todavia evidente que, sendo os Colégios das Especialidades órgãos técnicos consultivos da Ordem dos Médicos, congregando os médicos qualificados nas diferentes especialidades, serão eles os órgãos mais

INFORMAÇÃO

Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos

indicados para nomear ou propor peritos, quanto mais não seja por maioria de razão, visto caber-lhes também a eles propor os júris dos exames de especialidades.

9. Isso não significa, no entanto, que neguemos a outros órgãos da Ordem competência para propor ou nomear peritos, visto entendermos que há órgãos que, pelo seu carácter representativo e pela qualificação dos seus membros, têm obviamente competência para indicar peritos (refira-se, a título de exemplo, o Conselho Nacional Executivo e os Conselhos Regionais).

10. Não houve, pois, usurpação de funções por parte do Conselho Regional do Norte, sendo no entanto de notar que, do ponto de vista substancial, muitas das considerações tecidas pelo Prof. Doutor Luís Mendes da Graça são pertinentes.

11. Com efeito, na maior parte dos casos serão os Colégios das Especialidades as entidades mais qualificadas para, face a um problema concreto, saberem qual é o melhor perito para o caso em análise, para além de não haver motivo sério para que o perito tenha de ser forçosamente um especialista a exercer a sua actividade na área da respectiva região.

12. Quanto ao facto de o participado ter acusado o Conselho Regional do Norte de usurpação de funções, não nos parece que tal facto consubstancie uma infracção deontológica.

13. Com efeito, o Prof. Doutor Luís Mendes da Graça limitou-se a transmitir por carta a posição da Direcção do Colégio de Ginecologia/Obstetria ao Presidente da Ordem dos Médicos, não tendo feito qualquer ataque pessoal nem promovido qualquer polémica pública.

14. Importa acrescentar que resulta claramente dos autos que o participado usou a expressão «usurpação de funções» no sentido de «ingerência», no sentido de «desrespeito pelas competências do Colégio», não tendo tido qualquer intenção de acusar o Conselho Regional do Norte da prática de crime de usurpação de funções, previsto e punido no artigo 358º do Código Penal.

15. Assim sendo, quer-nos parecer que o Dr. Miguel Leão terá reagido com uma sensibilidade exacerbada às críticas tecidas pela Direcção do Colégio da Especialidade, optando por tentar resolver em sede disciplinar uma questão de incontestável relevância que deveria ser discutida entre as Direcções dos Colégios, os Conselhos Regionais e o Presidente da Ordem dos Médicos.

16. Atendendo ao exposto, propomos ao Conselho Disciplinar Regional do Sul o arquivamento do presente processo, em virtude de não haver indícios da prática de qualquer infracção técnico-deontológica por parte do Prof. Doutor Luís Mendes da Graça.

Lisboa, 27 de Julho de 2004

O RELATOR

Dr. Francisco Manuel Canelhas Freire de Andrade

AGENDA

1.º Ciclo de Conferências de Saúde do Centro de Estudos Ibéricos – Saúde sem Fronteiras de Maio 2004 a Maio de 2005

(1 conferência por mês)

Sala da Assembleia Municipal – Guarda

Contactos: Telef./Fax: 271 220 212; e-mail: cei@cei.pt

Cytokines in Clinical Practice

(Programa Internacional de Pós-graduação 2004)

14 a 16 de Outubro de 2004

Local: Braga, Universidade do Minho, Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde

Contactos: Cláudia Barreira (sec-pg@ecsaude.uminho.pt)

Telef.: 253 60 48 32; Fax: 253 60 48 09

I Jornadas Oncológicas de Coimbra

14 a 16 de Outubro de 2004

Local: Luso

Contactos: Telef.: 239 400 325; E-mail:

hgervasio@croc.min-saude.pt

22º Curso Pós-Graduado Dr. Carlos George (Transplantação Cardíaca e Pulmonar)

20 e 21 de Outubro de 2004

Local: Lisboa, Hospital de Santa Marta SA

Contactos: Telef.: 21 359 41 15 (Maria José Anacleto)

Conferência “A minha visão sobre a saúde em Portugal: presente e futuro”

(conferência proferida pelo Ministro da Saúde 23 de Outubro de 2004)

Local: Lisboa

Contactos: e-mail: spgsaude@sapo.pt; Fax: 252 688 939

2º Encontro da Família em Cuidados de Saúde Primários

22 e 23 de Outubro de 2004

Local: Braga, Universidade do Minho, Escola de Ciências da Saúde

Contactos: E-mail: jorge.brandao@grunenthal.pt ou

paula.garcia@grunenthal.pt

IV Jornadas de Saúde do Centro de Saúde de Sacavém (Estilos de Vida)

25 e 26 de Outubro de 2004

Local: Apelação, Espaço Cultural da Quinta da Fonte

Contactos: Telef.: 21 847 25 77; Fax: 21 847 37 46; E-mail:

ginasimao@eurocongressos.pt

Congresso «Toxicod dependência, Saúde Mental e Comunicação Social»

28 e 29 de Outubro 2004

Local: Fórum Lisboa

Contactos: VITAE - Associação de Solidariedade e

Desenvolvimento Internacional, Telef.: 217751710/

218161640; E-mail: vitae@assoc-vitae.org

Processo de auditoria financeira em clínica

Sobre o assunto mencionado em epígrafe o Departamento Jurídico emitiu o parecer que a seguir se transcreve e com o qual o Conselho Regional concordou, tendo decidido oficial o Presidente do Tribunal de Contas para que sejam alterados os procedimentos daquele Tribunal quando estejam em causa dados de saúde protegidos pelo sigilo médico:

«1. Foi solicitado a este departamento parecer sobre a possibilidade legal do Tribunal de Contas poder aceder aos dados constantes de ficheiro clínico, obtendo inclusive cópia de fichas clínicas.

2. Esclareça-se que o Tribunal de Contas deslocou uma equipa de técnicos a uma unidade privada de saúde de medicina física e reabilitação, no âmbito de uma auditoria que se encontra a efectuar à A. D. S. E., tendo então observado os processos clínicos e fotocopiados oito desses processos.

3. A Directora da referida unidade considera este último acto grave (sic) e solicita esclarecimento urgente.

4. Importa acrescentar que dois dias antes da visita, o Tribunal de Contas enviou um fax à gerente da sociedade comercial proprietária da unidade privada de saúde em causa, informando que "no âmbito da auditoria à Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (ADSE) torna-se necessária a deslocação da equipa de auditoria a esse Centro, a fim de analisar documentação relativa a despesas com cuidados de saúde

facturados à ADSE, na sequência de acordo com esta entidade. A deslocação terá início no próximo dia 28 de Abril, pelas 10h30m, caso não haja comunicação em contrário da vossa parte, solicitando-se a V. Ex.a que sejam facultados aos membros da equipa de auditoria (2 elementos), os documentos necessários, designadamente, fichas de fisioterapia e outros registos de suporte de facturação de serviços prestados nos meses de Março a Maio de 2002. Solicita-se ainda a disponibilização de instalações para a equipa de auditoria pelo período previsível de 3 dias".

5. Vejamos então o que dispõem a legislação e regulamentos em vigor.

6. De acordo com o artigo 214.º da Constituição da República Portuguesa, "O Tribunal de Contas é o órgão supremo de fiscalização da legalidade das despesas públicas e de julgamento das contas que a lei mandar submeter-lhe, competindo-lhe, nomeadamente: a) Dar parecer sobre a Conta Geral do Estado, incluindo a da segurança social; b) Dar parecer sobre as contas das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira; c) Efectivar a responsabilidade por infracções financeiras, nos termos da lei; d) Exercer as

demais competências que lhe forem atribuídas por lei".

7. O referido Tribunal possui regulamentação própria, que se encontra prevista na Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto (disponível em www.tcontas.pt).

8. Segundo o artigo 10.º deste diploma, o Tribunal de Contas tem direito à coadjuvação de todas as entidades públicas e privadas, nos mesmos termos dos tribunais judiciais.

9. Porquanto resulta do Estatuto dos Serviços de Apoio do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 440/99, de 2 de Novembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 184/2001, de 21 de Junho), o pessoal integrado no corpo especial de fiscalização e controlo quando em serviço e sempre que necessário ao desempenho das suas funções, goza do direito a, entre outros, proceder ao exame de quaisquer elementos em poder de entidades objecto da fiscalização do Tribunal, quando se mostrem indispensáveis à realização das respectivas tarefas, podendo ainda requisitar ou reproduzir documentos em poder de entidades objecto de intervenção do Tribunal, quando se mostre indispensável à realização de quaisquer diligências, para o que será levantado o correspondente auto, dispensável no caso de simples reprodução de documentos – cfr. artigo 27.º do referido diploma (em www.tcontas.pt).

10. A falta injustificada da colaboração devida ao Tribunal de Contas acarreta uma pena de multa, no mínimo de 50.000\$00 e máximo de 500.000\$00.

11. Chegados a este ponto, importa determinar se, no âmbito de uma auditoria à A. D. S. E., uma unidade privada de saúde convencionada com aquela instituição, está ou pode ser sujeita ao

poder de controlo do Tribunal de Contas, e se, portanto, os funcionários do Tribunal podem exercer os direitos referidos no parágrafo anterior.

12. Sobre este aspecto, o artigo 2.º, n.º 3 da Lei n.º 98/97, diz-nos que *"estão também sujeitas ao controlo do Tribunal de Contas as entidades de qualquer natureza que (...) sejam beneficiárias, a qualquer título, de dinheiros ou outros valores públicos, na medida necessária à fiscalização da legalidade, regularidade e correcção económica e financeira da aplicação dos mesmos dinheiros e valores públicos"*.

13. Uma vez que a unidade privada de saúde recebe da A. D. S. E. uma contrapartida financeira pelos serviços prestados aos seus beneficiários, julgamos estar feito o enquadramento legal necessário que habilita a intervenção dos funcionários do Tribunal de Contas.

14. Vejamos agora como se coadunam estes poderes com o dever de segredo profissional dos médicos e o direito à reserva da intimidade da vida privada de todos os cidadãos.

15. Como sabemos, no processo penal e no processo civil os médicos têm o direito e o dever de se escusarem a colaborar com as autoridades quando esteja em causa a violação do segredo profissional - vide o disposto nos artigos 618.º e 519.º, n.º 4 do Código de Processo Civil, 135.º do Código de Processo Penal e 73.º do Código Deontológico (este último disponível em www.ordemosmedicos.pt).

16. Especificamente quanto às unidades privadas de saúde na área da medicina física e reabilitação, o Manual de Boas Práticas (Aviso n.º 9448/2002 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, publicado na 2.ª série do Diário da República de 29 de Agosto) esclarece que *"Todos os utentes deverão ter o seu processo clínico guardado em arquivo de que conste, além da ficha de consulta, a ficha de prescrição terapêutica, devidamente identificada e sujeita às normas de confidencialidade em vigor e o registo da assiduidade do utente"*, cabendo ao Director Clínico *"cumprir e fazer cumprir o Código Deontológico da Ordem dos Médicos"* e *"con-*

servar o processo clínico do utente".

17. O Código Deontológico da Ordem dos Médicos estabelece no seu artigo 77.º o princípio geral no que atine ao processo clínico. *"O Médico, seja qual for o Estatuto a que se submeta a sua acção profissional, tem o direito e o dever de registar cuidadosamente os resultados que considere relevantes das observações clínicas dos doentes a seu cargo, conservando-as ao abrigo de qualquer indiscrição, de acordo com as normas do segredo profissional"*.

18. Esta parte final do artigo remete-nos para as excepções ao segredo, previstas no artigo 70.º, a saber: *"a) O consentimento do doente ou seu representante quando a revelação não prejudique terceiros pessoas com interesse na manutenção do segredo; b) O que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do Médico e do doente, não podendo em qualquer destes casos o Médico revelar mais do que o necessário e sem prévia consulta ao Presidente da Ordem"*.

19. Quanto os Tribunais pretendem obter acesso aos dados constantes de processos clínicos, efectuem aquilo que se designa (em processo penal) de busca domiciliária.

20. De acordo com o n.º 3 do artigo 177.º do Código de Processo Penal, *"tratando-se de busca em (...) consultório médico, ela é, sob pena de nulidade, presidida pessoalmente pelo juiz, o qual avisa previamente o presidente do conselho local (...) da Ordem dos Médicos, para que o mesmo, ou um seu delegado, possa estar presente"*.

21. Em processo civil, o artigo 519.º diz-nos que *"todas as pessoas, sejam ou não partes na causa, têm o dever de prestar a sua colaboração para a descoberta da verdade, respondendo ao que lhes for perguntado, submetendo-se às inspecções necessárias, facultando o que for requisitado e praticando os actos que forem determinados"*. No entanto, funciona aqui a excepção referida supra, isto é, *"a recusa é, porém, legítima se a obediência importar: a) Violação da integridade física ou moral das pessoas; b) Intromissão na vida privada ou familiar, no*

domicílio, na correspondência ou nas telecomunicações; c) Violação do sigilo profissional ou de funcionários públicos, ou do segredo de Estado, sem prejuízo do disposto no n.º 4.

22. Invocada a excepção, seguir-se-á a tramitação prevista em processo penal (art. 135.º), por força do disposto no n.º 4 do referido artigo 519.º, ou seja, *"havendo dúvidas fundadas sobre a legitimidade da escusa, a autoridade judiciária perante a qual o incidente se tiver suscitado procede às averiguações necessárias. Se, após estas, concluir pela ilegitimidade da escusa, ordena, ou requer ao Tribunal que ordene, a prestação do depoimento"*.

23. No procedimento administrativo, rege o disposto no artigo 89º, cuja redacção se transcreve: *"1 - O órgão que dirigir a instrução pode determinar aos interessados a prestação de informações, a apresentação de documentos ou coisas, a sujeição a inspecções e a colaboração noutros meios de prova. 2 - É legítima a recusa às determinações previstas no número anterior, quando a obediência às mesmas: a) Envolver a violação de segredo profissional; b) Implicar o esclarecimento de factos cuja revelação esteja proibida ou dispensada por lei; c) Importar a revelação de factos puníveis, praticados pelo próprio interessado, pelo seu cônjuge ou por seu ascendente ou descendente, irmão ou afim nos mesmos graus; d) For susceptível de causar dano moral ou material ao próprio interessado ou a alguma das pessoas referidas na alínea anterior"*.

24. Aqui chegados e tendo presente todas as normas legislativas e regulamentares relacionadas com esta questão, julga-se ser possível alcançar uma conclusão sobre a questão que nos foi colocada.

25. Se é certo que o Estado tem o direito de aceder aos dados constantes dos processos clínicos, por forma a verificar da correcção e legalidade da utilização de dinheiros públicos, também é certo que esse acesso deverá respeitar o direito constitucionalmente consagrado de reserva da vida privada e o dever/direito ao segredo profissional a que os médicos estão obrigados.

26. Nessa medida, somos de parecer que o Tribunal de Contas deveria ter informado previamente a Directora Clínica (e não apenas a gerente da sociedade proprietária da unidade privada de saúde) sobre quais os dados que, em concreto, pretendia obter e para que fim, por forma a que esta pudesse apurar da preponderância desse interesse e assim ponderar a medida do o acesso.

27. Igual conclusão retirou a Comissão Nacional de Protecção de Dados no que respeita ao dever de colaboração com os Tribunais, na sua Deliberação n.º 51/2001 (disponível em www.cnpd.pt)

28. Nesse documento diz-se a determinado passo que “Estando em causa a comunicação de dados de saúde – susceptíveis de integrarem informação relativa à vida privada (cf. art. 519.º n.º 3 al. b) do CPC) e sujeitos ao dever de sigilo profissional para os profissionais de saúde do Hospital (cf. art. 519.º n.º 3 al. c) do CPC e os artigos 135.º e 182.º do CPP) – admite a CNPD a cedência da informação a pedido da autoridade judiciária competente, com observância dos seguintes princípios: a) O despacho da autoridade judiciária deve ser fundamentado e especificar os motivos determinantes do

pedido de colaboração, por forma a permitir que o responsável pelo tratamento ou alguém por ele mandatado (v.g. o director clínico) possa pronunciar-se e ponderar a relevância do pedido, podendo, nos termos legais (cf. art. 135.º e 192.º n.º 1 e 2 do CPP e art. 519.º n.º 4 do CPC) “escusar-se” a fornecer os elementos, por terem invocado o segredo profissional; b) Havendo “dúvidas fundadas sobre a ilegitimidade da escusa”, a autoridade judiciária, depois de proceder às “averiguações necessárias pode ordenar a prestação de informações (cf. art. 135.º n.º 2 e 182.º n.º 1 e 2 do CPP e art. 519.º n.º 4 do CPC) ou suscitar a resolução do incidente no Tribunal Superior, conforme resulta, respectivamente, do disposto no artigo 135.º n.º 3 do CPP e, por remissão, do art. 519.º n.º 4 do CPC”.

29. Outra solução seria a Directora Clínica solicitar aos doentes cujas fichas clínicas iriam ser consultadas e/ou fotocopiadas o indispensável consentimento, facto que, como sabemos, exclui o dever de segredo profissional, por força da alínea a) do artigo 70.º do Código Deontológico.

30. Por último, considerando os valores em “disputa”, somos também de parecer que, tal como acontece no processo penal, o Tribunal de Contas

deveria oficial a Ordem dos Médicos da realização do acto processual, por forma a que esta pudesse estar presente, por intermédio de um seu delegado, que seria o garante, juntamente com a Directora Clínica, do respeito pela reserva da vida privada dos doentes, limitando a devassa ao estritamente necessário.

31. Sugere-se, assim, o envio de ofício ao Presidente do Tribunal de Contas para que sejam alterados os procedimentos daquele Tribunal quando estejam em causa dados de saúde protegidos pelo sigilo médico.

32. Contudo, por não vislumbrarmos uma norma legal que permita “impor” ao Tribunal de Contas esse dever de comunicação, consideramos adequado que a Ordem dos Médicos informe a classe, por via dos respectivos meios de comunicação social, de que, perante notificações para realização de auditorias com origem no Tribunal de Contas, os médicos poderão solicitar a presença de um elemento do Conselho Regional ou Distrital para acompanhamento da diligência no que respeita à salvaguarda do segredo profissional e da reserva da intimidade dos doentes.

Esta é, s.m., a n. opinião.»

O consultor Jurídico, Paulo Sancho

Averbamento do título de doutor na Cédula Profissional

O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos aprovou um parecer do Departamento Jurídico sobre o assunto mencionado em epígrafe que a seguir se transcreve para que todos os interessados possam ter conhecimento do mesmo:

«O Dr. ... solicitou à Ordem dos Médicos o averbamento do seu título de doutor na cédula profissional.

Entende o consulente que, após a conclusão com aproveitamento do doutoramento, tem direito a que essa referência conste da sua cédula profissional.

Ora, a cédula, emitida pela Ordem dos Médicos, é um elemento de identificação do médico que permite con-

firmar perante terceiros a habilitação para o exercício da profissão do seu portador.

Além do título de médico, apenas a obtenção do título de especialista e a consequente inscrição no Colégio de Especialidade são mencionadas no aludido documento.

Tendo em atenção que o doutoramento não é condição necessária ao exercício da Medicina e que não diz respeito a uma qualificação concedida pela Ordem dos Médicos, entendemos que o averbamento solicitado não é admissível.»

O consultor Jurídico, Paulo Sancho

Propriedade e licenciamento de farmácias e venda de MNSRM

Análise dos resultados da consulta aos médicos relativamente ao assunto em epígrafe:

1 - Conforme é do conhecimento público terminou no dia 11 de Junho o período de votação respeitante à consulta relativa à propriedade e licenciamento de farmácias e venda de medicamentos não sujeitos a receita médica.

2 - O CRN congratula-se vivamente com a manifestação de cidadania dos médicos inscritos na Secção Regional do Norte. Na verdade, o número de votantes foi o maior de sempre na história da Ordem dos Médicos. Votaram 3830 médicos o que corresponde a 34,5 % dos médicos inscritos. Esta percentagem é ainda superior à percentagem média de votantes nas eleições para a Ordem dos Médicos que se situa em 31,2%.

3 - Relativamente às questões sujeitas a votação os resultados são os seguintes:

Assegurada a respectiva direcção técnica por um farmacêutico, considera que a propriedade das farmácias deve deixar de ser propriedade exclusiva de farmacêuticos?

VOTOS SIM - 3447	90%
VOTOS NÃO - 345	9%
BRANCOS - 13	0,3%
NULOS - 25	0,7%

Assegurado o controlo técnico por um farmacêutico, considera que os medicamentos não sujeitos a receita médica poderão ser vendidos em grandes superfícies comerciais, tal como acontece em outros países?

VOTOS SIM - 3313	86,5%
VOTOS NÃO - 481	12,6%
BRANCOS - 15	0,4%
NULOS - 21	0,5%

Considera que a abertura de farmácias deve ocorrer sem restrições geográficas ou de densidade populacional, tal como acontece com todas as outras actividades profissionais?

VOTOS SIM - 3579	93,4%
VOTOS NÃO - 228	6%
BRANCOS - 11	0,3%
NULOS - 12	0,3%

4 - O contexto em que esta consulta decorreu impõe e exige uma análise política. Contudo, e tendo em conta que no dia 11 de Junho decorria um Dia de Luto Nacional decretado pelo Governo em nome da memória do Prof. Doutor António Sousa Franco e ao qual este Conselho se associou, entendeu-se diferir a apreciação destes resultados para esta conferência de imprensa.

5 - Como é sabido esta consulta decorreu sob a proibição da colocação de urnas para votação, por decisão do Senhor Ministro da Saúde na sequência de uma intervenção da Associação Nacional de Farmácias junto daquele governante. Face ao êxito desta consulta o Conselho Regional do Norte agradece àquele governante a sua decisão.

6 - Se havia quaisquer dúvidas quanto à conduta do mais impopular membro do governo, as mesmas ficaram dissipadas por aquela extraordinária intervenção. Já sabíamos que o Ministro da Saúde não acerta nos números das listas de espera. Já sabíamos que o Ministro da Saúde não presta contas fiáveis relativamente aos Hospitais SA. Já sabíamos que o Ministro da Saúde pretende entregar o tratamento das doenças dos pés a não médicos. Já sabíamos que o Ministro da Saúde considera as mulheres mais

aptas a realizar trabalho doméstico do que a praticar medicina. Já sabíamos que o Ministro da Saúde é adepto de um modelo de assistência médica em que as consultas telefónicas, as ofertas de telemóveis e as chamadas de valor acrescentado substituem o acto médico presencial. Contudo, não sabíamos que o Ministro da Saúde não gosta do exercício da democracia.

7 - Mas mais importante do que tudo aquilo que sabíamos, é os doentes portugueses ficarem agora a saber que, apesar do Ministro da Saúde e da Associação Nacional de Farmácias, estão criadas as condições para que os médicos se mobilizem em torno de um projecto nacional que reformule a legislação relativa à propriedade e estabelecimento das farmácias e à venda de medicamentos não sujeitos a receita médica permitindo, deste modo, mais e melhor acesso a medicamentos mais baratos. Saudamos por isso uma recente posição do Presidente da Autoridade da Concorrência.

8 - Não tendo os médicos quaisquer interesses no negócio das farmácias não querendo vir a tê-lo, somente os doentes beneficiarão da manifestação de cidadania agora protagonizada pelos médicos do Norte. Assim, o Conselho Regional do Norte irá empenhar-se na criação de um movimento nacional de médicos alargado a todo o País, que poderá passar pelo recurso à iniciativa legislativa dos cidadãos através da realização de uma petição a apresentar na Assembleia da República, com vista à tradução legislativa dos resultados acima descritos.

9 - Os resultados desta consulta bem

como a actuação do Senhor Ministro da Saúde serão comunicadas ao Senhor Primeiro-Ministro, a todos os membros do Governo com excepção daquele Ministro, aos Grupos Parlamentares da Assembleia da Republica, à Comissão Parlamentar dos Assuntos Sociais e Trabalho e ao Presidente da Autoridade da Concorrência.

Ofício dirigido ao Senhor Primeiro Ministro, a todos os Membros do Governo com excepção do Ministro da Saúde, Presidentes dos Grupos Parlamentares da Assembleia da Republica, Presidente da Comissão Parlamentar dos Assuntos Sociais e Trabalho e Autoridade da Concorrência

Excelência:

Conforme é do conhecimento público ... (segue-se a reprodução do comunicado atrás publicado até ao seu ponto 4).

Como é sabido esta consulta decorreu sob a proibição da colocação de urnas para votação em vários Hospi-

tais, por decisão do Senhor Ministro da Saúde na sequência de uma intervenção da Associação Nacional de Farmácias junto daquele governante. Face ao êxito desta consulta o Conselho Regional do Norte só pode agradecer àquele governante a sua decisão, que contribuiu, de forma decisiva, para a expressão da vontade dos médicos do Norte. Na verdade, interpretamos tão elevada votação como uma manifestação implícita de protesto para com o mais impopular membro do Governo.

Contudo, bem mais importante do que proibição do Senhor Ministro da Saúde, é os doentes portugueses ficarem agora a saber que, apesar do Ministro da Saúde e da Associação Nacional de Farmácias, estão criadas as condições para que os médicos se mobilizem em torno de um projecto nacional que reformule a legislação relativa à propriedade e estabelecimento das farmácias e à venda de medicamentos não sujeitos a receita médica permitindo, deste modo, mais

e melhor acesso a medicamentos mais baratos. Saudamos por isso uma recente posição do Presidente da Autoridade da Concorrência.

Não tendo os médicos quaisquer interesses no negócio das farmácias e não querendo vir a tê-lo, somente os doentes beneficiarão da manifestação de cidadania agora protagonizada pelos médicos do Norte. Assim, o Conselho Regional do Norte irá empenhar-se na criação de um movimento nacional de médicos alargado a todo o País, que poderá passar pelo recurso à iniciativa legislativa dos cidadãos através da realização de uma petição a apresentar na Assembleia da Republica, com vista à tradução legislativa dos resultados acima descritos.

Agradecendo a Vossa Ex.^a toda a atenção que esta missiva possa merecer, peço-lhe que aceite os meus mais respeitosos cumprimentos.

O Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos
(Dr. Miguel Leão)

Demissão dos Membros Médicos do Conselho de Administração do Hospital de S. João

(Anúncio de carta aberta a Sua Excelência o Primeiro-Ministro)

As instituições signatárias vêm informar a opinião pública que, após a anunciada posse do novo Conselho de Administração do Hospital de S. João que decorrerá amanhã na ARS-Norte pelas 10 horas, divulgarão uma carta aberta dirigida a Sua Excelência o Primeiro-ministro explicitando as razões que as levam a instar a Procuradoria-geral da Republica a dar resposta urgente ao pedido de intervenção da Prof. Dr.^a Isabel Ramos, Presidente do Conselho de Administração cessante, a respeito do contrato entre o Hospital de S. João e a empresa Bragaparkes.

Não queremos ser coniventes com negócios pouco cristalinos, como aqueles que a comunicação social tem retratado a propósito do complexo hoteleiro e comercial construído dentro dos espaços do Hospital de S. João.

Dirigiremos aquela carta a Sua Excelência o Senhor Primeiro-ministro porque não reconhecemos ao Ministro da Saúde, pelas suas práticas continuadas, a credibilidade e a dependência

indispensáveis à defesa do interesse público e de duas instituições como o Hospital de S. João e a Faculdade de Medicina do Porto.

Pela Associação Portuguesa dos Médicos da Carreira Hospitalar - António Santos Graça

Pelo Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos - Miguel Leão

Pela Faculdade de Medicina do Porto - José Amarante

Pelo Sindicato de Ciências e Tecnologias da Saúde - Almerindo Rego

Pelo Sindicato dos Enfermeiros Portugueses - Raimundo Filipe

Pelo Sindicato Independente dos Médicos - Mário Santos

Pelo Sindicato dos Médicos do Norte - Jorge Almeida

Pelo Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica - Edgar Loureiro

Pelo Sindicato dos Trabalhadores da Função Pública do Norte - Miguel Vital

Porto, 30 de Maio de 2004

Composição das equipas de urgência de pediatria

Pedido de parecer dos médicos pediatras do Hospital de Barcelos.

O Corpo Clínico do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria Maior S. A. – Barcelos solicitou, via carta registada com aviso de recepção enviada a 13 de Janeiro de 2004, o parecer de V. Exa. relativamente à Composição das Equipas de Urgência de Pediatria. Esse pedido aguarda, segundo resposta do Conselho Regional enviada a 22 de Janeiro de 2004, o parecer do Colégio da Especialidade de Pediatria.

Dado o carácter urgente do pedido vimos por este meio solicitar a V. Exa. a maior atenção para ao assunto.

Gratos pela atenção dispensada, Apresentando os melhores cumprimentos, subscrevem-se.

Barcelos, 1 de Março de 2004

Parecer da Direcção do Colégio de Especialidade de Pediatria

16 de Abril de 2004

Em resposta aos ofícios nºs 196 -10907 (22 de Janeiro) e 707 (12 de Março) começo por lamentar e pedir desculpa pelo atraso.

A questão da composição “mínima” das equipas de urgência de Pediatria não tem resposta simples, ao contrário do que acontece com as especialidades cirúrgicas em que é mais fácil definir a composição da equipa necessária para os procedimentos operatórios e para atender emergências em simultâneo.

É, contudo, possível propor alguns critérios mínimos a ter em conta:

1. As Unidades de Cuidados Intensivos e de Neonatologia dos Hospitais Centrais necessitam de especialista em presença física integralmente dedicados a essas funções, dada a sua habitual dimensão e complexidade dos doentes internados.

2. Relativamente ao número de médicos a escalar dependerá dos recursos humanos e do movimento do atendi-

mento. Relativamente ao número de internos convém não perder de vista que o principal compromisso entre as instituições hospitalares e os médicos internos é proporcionar-lhes formação em exercício e as tarefas assistenciais da urgência não devem adulterar aquele contrato.

3. Como regra base não é desejável que esteja um único médico de serviço na primeira linha de atendimento pediátrico, embora possam ter diferentes níveis de diferenciação. Por outras palavras, recomenda-se a disponibilidade de, pelo menos, 2 médicos para o atendimento pediátrico, sem que isso signifique que tenham de estar obrigatória e exclusivamente dedicados a essa função. Um pediatra deve estar disponível para atender directamente ou funcionar como consultor de médicos menos diferenciados.

4. O planeamento do serviço de urgência deve prever como lidar com situações de necessidades acrescidas (acidente, catástrofe ou necessidade de evacuar algum doente para outro hospital com acompanhamento médico), em que pode ser preciso recorrer à convocação extraordinária de médicos do serviço.

5. Os hospitais cumprem um serviço público que não pode ser interrompido. Os serviços de urgência devem funcionar de forma a dar atendimento à população da região servida pelo hospital. O encerramento dum serviço e envio automático para o hospital central mais próximo não só não respeita esse princípio como cria um peso assistencial adicional no outro hospital que não recebe mais médicos para compensar esse aumento.

6. Este princípio não invalida a possibilidade de hospitais numa região se associarem e partilharem recursos humanos numa urgência “centralizada” num dos hospitais. Essa solução tem sido conseguida em Lisboa e no Porto.

7. O excessivo e injustificado recurso aos serviços de urgência força a prática duma Medicina de baixa qualidade porque se dispõe de escassos minutos para o diagnóstico exacto e não há continuidade de cuidados. Por isso, podem implementar-se medidas que restrinjam esse recurso exagerado, como a pré-triagem. Essa decisão deve tomar-se em cooperação com os centros de saúde locais, que devem responsabilizar-se pela capacidade de resposta à doença súbita que não requer cuidados hospitalares.

Em resumo, não pode definir-se em abstracto um denominador comum a todos os serviços de urgência, mas recomenda-se o atendimento das regras enunciadas em conjugação com a adequada gestão dos recursos disponíveis. Com os cumprimentos,

O Presidente do Colégio de Especialidade de Pediatria,

Dr. Jorge Amil Dias.

Deliberação do CRN dirigida aos Médicos Pediatras do Hospital de Barcelos

21 De Abril De 2004

Por lapso deste Conselho Regional não foi anexada a posição do Conselho Regional do Norte, relativamente ao assunto em epígrafe, atendendo ao parecer da Direcção do Colégio de Especialidade de Pediatria.

Assim, e tendo em conta ao ponto 3 do referido parecer, o número mínimo de médicos escalados para um serviço de urgência pediátrica deve ser de 2, ainda que com diferentes níveis de diferenciação. Tendo em conta o ponto 4 do mesmo parecer é desejável a existência de um médico em regime de prevenção para lidar com situações de necessidades acrescidas.

Com os melhores cumprimentos
O Presidente do Conselho Regional
(Dr. Miguel Leão)

A nossa formação não está ao nível da UE... É melhor

Carlos Cortes, ex-coordenador do Conselho Nacional do Médico Interno e actual presidente da Direcção Nacional, e membro fundador, da recém-criada Associação Nacional do Médico Interno (ANMI), considera que a formação médica em Portugal sempre primou pela excelência, facto que se reflecte na boa prestação de cuidados de saúde à população portuguesa. Contudo, as alterações que se avizinham em termos de internatos médicos fazem com que este médico interno de patologia clínica no IPO de Coimbra se sinta apreensivo em relação ao futuro. Preocupações que, a tornarem-se realidade, desencadearão por parte da ANMI reacções de contestação, conforme nos explicou Carlos Cortes.

Revista da Ordem dos Médicos - Quais as razões que levaram à criação da ANMI?

Carlos Cortes - O processo embrionário desta associação iniciou-se há cerca de dois anos quando um grupo de médicos internos concluiu que existia um vazio nesta área, quer a nível da representação, quer das soluções para os seus problemas. A Associação Nacional dos Jovens Médicos (ANJM), projecto que eu também tinha integrado, tinha acabado por desaparecer em virtude da inércia e da falta de capacidade de resposta. Quando começámos a falar sobre esta ideia achámos que havia necessidade de constituir uma associação em moldes diferentes da ANJM.

ROM - Em que se traduz essa diferença?

CC - Somos diferentes porque temos uma ligação muito maior com os médicos internos: há uma faceta política que compete à direcção nacional, mas temos também uma parte mais sócio-profissional que é desempenhada pelos núcleos de especialidade. Este lado sócio-profissional destina-se aos colegas que se preocupam com o aprofundamento curricular na especialidade que escolheram.

ROM - Quem é que a ANMI pretende representar?

CC - Esta associação propõe-se representar todos os colegas médicos internos: aqueles que querem ter uma actuação política mais activa tê-la-ão através da direcção nacional, quem não quiser essa envolvimento político, mas quiser desenvolver a sua especialidade poderá fazê-lo através dos núcleos de especialidade. Essa é uma das grandes diferenças desta associação.

ROM - A ANMI terá, portanto, um lugar próprio no panorama das associações médicas, sindicatos...

CC - Nós avaliamos a questão de saber se haveria um espaço para a ANMI, tendo em conta o papel da Ordem dos Médicos (OM), dos sindicatos e até do próprio Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI). E concluímos que sim, que há espaço para todos: quando fui coordenador nacional do CNMI apercebi-me que existiam muitas limitações pois, por se tratar de um órgão consultivo da OM, o Conselho nunca poderá, *a priori* ter uma posição divergente expressa publicamente. O CNMI faz a ligação entre os médicos internos e a Ordem e tem uma postura intra-ordem.

ROM - E a ANMI...

CC - A Associação Nacional do Médico Interno é extra-ordem: é totalmente independente de qualquer entidade de representação dos médicos, desde a Ordem aos sindicatos. É uma associação exclusivamente de médicos internos para médicos internos. No entanto queremos ter com a Ordem dos Médicos um relacionamento privilegiado, tendo em conta as suas responsabilidades na área da formação.

ROM - E quais são os objectivos fundamentais da Associação?

CC - Entendemos que o sentido da nossa profissão é tratar as pessoas e achamos que, para isso, é preciso haver uma medicina de qualidade. E, para haver uma medicina de qualidade, a formação médica tem um papel fundamental. As acções desta associação visam sempre defender a formação dos jovens médicos. É esse o nosso primeiro objectivo: defender os nossos associados, naturalmente, alertar para os seus problemas, claro, mas, em pri-

meiro lugar, defender a qualidade da formação. É precisamente isso que temos feito desde a génese da ANMI. Apesar de ser uma associação nova tem crescido muito. Temos cada vez mais associados e pretendemos tentar resolver os seus problemas, mas isso é algo que, como os colegas vão ter que perceber, terá que ser gradual. Posso afirmar que, com 4 meses de existência, esta Associação é incontornável nas questões de formação médica.

ROM – Que tipo de apoio é que os médicos internos podem esperar da ANMI?

CC – Como lhe referi, isso será algo gradual. Mas pretendemos, por exemplo, aderir a um serviço jurídico para ajudar os colegas. As pessoas estão a interessar-se pela associação e penso que isso permitirá a sua sustentabilidade financeira. Pretendemos, em breve, inaugurar um site na net que contenha informação diversa que sirva de apoio aos colegas no seu dia-a-dia, elaborar protocolos com entidades diversas para ajudar os associados nas mais diversas áreas...

ROM – Como vê a ANMI no futuro?

CC – No futuro queremos que esta associação se torne algo de incontornável para o médico interno, queremos que o médico interno, quando tiver algum problema, recorra à ANMI no que se refere a tudo o que diz respeito à sua profissão. Queremos ter uma postura de vanguarda na solução dos problemas.

ROM – De que forma se coordena essa postura com o papel da OM?

CC – Mantendo-se uma postura de total independência, não deixando de ter uma cooperação institucional muito próxima. Tendo em conta o nosso objectivo de resolver, através da ANMI, os problemas dos médicos internos, temos naturalmente um papel fulcral no alertar da Ordem e dos sindicatos para essas questões. Juntamente com estas instituições queremos de facto dar respostas às expectativas dos mé-

dicos internos. A OM resolve prontamente e pontualmente certas situações problemáticas, mas nós queremos que o processo seja ainda mais rápido e sistemático.

ROM – Mas acha que não havia capacidade de resposta em relação aos problemas dos internos?

CC – Muitas vezes tive a sensação de que havia uma secundarização dos nossos problemas. Considero que só este ano houve uma verdadeira tomada de consciência por parte dos colegas em relação às dificuldades que enfrentávamos. Curiosamente, ou talvez não, a diferença este ano é que surgiu a Associação Nacional do Médico Interno. Acho sinceramente que só este ano é que se começou a tratar das questões que envolvem os jovens médicos com mais seriedade. O caso do pagamento das horas extraordinárias, por exemplo: só este ano é que houve uma consciência plena por parte dos colegas de que esta situação constituía uma situação grave e injusta. Mas este problema arrasta-se desde 2001 e nunca foi paga uma única hora extraordinária pela tabela máxima aos médicos internos. Quer os sindicatos, quer a Ordem, estão hoje mais desportos para as questões que nos dizem respeito do que estavam há dois ou três anos.

ROM – Como analisa o novo decreto que altera o regime jurídico da Formação Médica?

CC – Tenho a capacidade de analisar este decreto na perspectiva de quem acompanhou o seu desenvolvimento. O diploma que apareceu em Julho do ano passado não é o documento que temos agora: existia na versão original situações muito prejudiciais, estávamos num ambiente muito adverso. Se o que sabíamos de facto era muito mau, o que se alvitrava era ainda pior, nomeadamente a hipótese do exame de acesso à especialidade poder vir a ser feito, através de entrevista, pelo director de serviço. Levantavam-se muitas questões nocivas àquilo que nós consideramos que é a defesa da formação médica.

ROM – Nessa altura ainda não existia a ANMI...

CC – Nessa fase, eu era coordenador do CNMI, mas a representatividade efectiva do Conselho não estava tão desenvolvida como está agora. Apesar disso, consegui que o CNMI iniciasse uma representação mais participativa no que se refere à elaboração deste diploma, nomeadamente nas questões que se prendem com o papel da Ordem dos Médicos. Pela primeira vez foi atribuído ao Conselho Nacional do Médico Interno um papel que nunca tinha tido. Eu próprio participei em algumas das reuniões que houve com o ministério e sentia que não havia um bom ambiente para a obtenção de um decreto satisfatório. Fizemos tudo para fazer ouvir as nossas posições, mas este Ministro é irredutível em muitos pontos...

ROM – Mas encontra pontos positivos no diploma dos internatos?

CC – De facto, a evolução do decreto surpreendeu-me. Eu diria que foi muito boa, alguns pontos que eram perniciosos acabaram por ser eliminados, tendo-se encontrado, se não um consenso, pelo menos um certo «meio termo». É claro que, às vezes, o meio termo é insuficiente para aquilo que defendemos.



ROM – E, neste caso, é insuficiente?

CC – Neste caso era necessário ir mais longe. A questão que se coloca é que em Março deste ano o decreto voltou a pôr em causa quer a qualidade da formação, quer alguns direitos laborais dos jovens médicos. O decreto foi novamente corrigido mas no entendimento da ANMI de forma insuficiente. Dou-lhe um exemplo: não concordamos de modo nenhum com a finalização do Ano Comum em 2007. É necessária uma avaliação dos 6º anos profissionalizantes, efectuada por pessoas de valor inegável na área da saúde e da formação, para que se possa, após a análise, substituir então o Ano Comum pelos sextos anos, mas com a garantia da manutenção da qualidade da formação.

ROM – Quais são os outros pontos com que a ANMI não concorda?

CC – Quanto a nós há uma enorme desvalorização do orientador de formação, quando essa figura devia ter um papel fulcral neste diploma. É mais uma das questões que é remetida para regulamentação posterior e essa é precisamente uma das críticas que fazemos: tudo aquilo que consideramos importante é remetido para regulamentação; não se faz referência aos objectivos da formação, nem a como vão ser feitas as avaliações e o próprio Ano Comum não está definido no decreto. O regime de transição permanece um mistério: como será a avaliação, os objectivos?

ROM – Que análise faz dessa remissão para regulamentação posterior?

CC – É simples: em relação à formação médica consideramos que este Ministro fez tudo de forma apressada, não trabalhou o diploma durante tempo suficiente, não o fez de forma continuada e sustentada e não discutiu suficientemente o seu conteúdo com quem conhece a realidade dos internatos... Julgo que a regulamentação vai ser elaborada em breve e a ANMI não foi ainda contactada.

ROM – Que dúvidas lhe suscita esta

indefinição?

CC – Em primeiro lugar, como é que o decreto vai ser aplicado se não existe ainda regulamentação e o início do Ano Comum está previsto já para Janeiro de 2005? Há tempo para fazer um currículo sério do Ano Comum e iniciá-lo já em Janeiro? Como é que vai ser o Ano Comum? Há tempo para aplicar as novas regras, ainda por definir? Não se sabe ainda quais as valências que farão parte desse Ano Comum, quanto tempo vão durar os internatos, ainda não se prepararam condições nos serviços para receber os internos durante um período de tempo ainda não determinado. São

A seis, sete meses do exame nada está definido. É uma falta de consideração pelos médicos internos.

demasiadas questões. Consideramos portanto que não há tempo até Janeiro de 2005 para termos uma regulamentação aprovada, se o que se pretende, e é o que nós pretendemos, é que essa regulamentação seja aprovada de forma trabalhada, consciente e séria, e não apressada e frágil.

ROM – Que problemas práticos se colocam aos jovens médicos?

CC – Os médicos internos começam a estudar para o exame da especialidade cerca de um ano antes do mesmo pois a exigência do exame é muito grande. Neste momento, os colegas que vão fazer o exame em Março/Abril nem sequer sabem por onde devem estudar. Como a regulação não está feita pode surgir bibliografia completamente diferente. A seis, sete meses do exame nada está definido. É uma falta de consideração pelos médicos internos. Este ministério não nos respeita. Mas a paciência dos jovens médicos tem limites, facto para o qual já alertei o Senhor Ministro. Achamos que devemos

ser um parceiro de consulta na questão da regulamentação do decreto. Se assim não for, deixo no ar a seguinte questão: este Ministro e a sua equipa têm capacidade para resolver os problemas da formação médica?

ROM – Mas a transição para o novo regime está definida?

CC – Um dos bons pontos deste diploma foi que este Ministro integrou no diploma, com o aval da Ordem dos Médicos, uma proposta relativa à fase de transição efectuada pelos médicos internos e pelos estudantes. Isto revela, quanto a nós, a fraca preparação que este Ministério demonstra em relação aos internatos médicos, pois a proposta do regime de transição que efectuaram nada tinha a ver com a realidade. Notava-se perfeitamente que quem elaborara o regime de transição originário não conhecia a situação sobre a qual estava a legislar. A nossa proposta foi integrada e ficámos muito satisfeitos por termos contribuído positivamente para um dos melhores pontos do diploma.

ROM – E quanto à junção dos dois internatos?

CC – Esse é outro ponto positivo do novo decreto. É claro que também existem pontos positivos. Já defendíamos essa junção pois havia a necessidade de tornar mais séria a parte generalista do internato: o Internato Geral era demasiado prejudicado pelo peso do exame de acesso à especialidade. Este exame está agora posicionado antes da entrada para o internato, algo com que também concordamos. O facto da escolha da especialidade ser feita depois do Ano Comum é uma solução inteligente para muitas injustiças que existiam.

ROM – Que tipo de injustiças?

CC – Havia a possibilidade dos colegas da União Europeia não fazerem o Internato Geral e entrarem directamente para a especialidade. Isso não era correcto, era injusto em relação aos colegas nacionais. Além disso, o currículo do Internato Complemen-

tar estava preparado para médicos que tinham feito o Internato Geral, não estava preparado para os que tinham acabado de frequentar o sexto ano da licenciatura. Conclusão: quando os colegas da União «saltavam» essa fase da formação, surgiam situações de incapacidades, porque não tinham tido o tempo de preparação que o Internato Geral nos dava a nós durante os 18 meses de duração. Havia jovens médicos que nos primeiros 6 meses de especialidade tinham que ser acompanhados porque nem sequer sabiam falar correctamente português. Por tudo isto, a junção do Internato Geral e do Internato Complementar num único internato médico é benéfica.

ROM – Mas...

CC – Mas o fim do Ano Comum implica voltarmos à mesma situação: regressa a possibilidade dos colegas da União entrarem directamente para a especialidade sem terem sido preparados em questões tão simples como a comunicação em português. Até porque a prova de comunicação que existe é, por um lado, nitidamente insuficiente e por outro completamente descontextualizada: considero uma vergonha pedir a colegas que fizeram toda a sua escolaridade em Portugal que provem que têm capacidade para comunicar na sua língua; mas é necessária uma maior seriedade nesta prova de comunicação para os colegas que vêm de outros países. Como sabe, a medicina é um processo interactivo e a questão da linguagem é muito importante pois insere-se na própria capacidade para poder tratar o doente.

ROM – Sentiu pressões a quando da greve contra o decreto-lei dos Internatos?

CC – A ANMI esteve muito envolvida nessa questão: houve uma tentativa em Julho de encontrar um consenso alargado quanto às medidas de contestação a este diploma, a qual, com muita pena nossa, não resultou. Em relação à apreciação do diploma as questões levantadas eram muito semelhantes entre as várias entidades: o pagamento das horas extraordinárias, as urgên-

cias em regime de voluntariado, a formação médica nos Hospitais SA... Mas o consenso não foi possível, o que é perfeitamente normal: cada entidade é independente. A ANMI também é totalmente independente e só responde perante os seus associados, não cedendo a quaisquer pressões. As decisões são legitimamente tomadas na Direcção Nacional. As posições que cada entidade toma, são da sua responsabilidade. Naturalmente que teríamos preferido uma contestação de âmbito nacional mas naquela altura não havia condições para isso. De qualquer das formas, demonstrámos a nossa solidariedade com a greve dos colegas que optaram por participar. Lembro que a contestação deve ser dirigida contra o Ministério que é o responsável desta políticas na área da formação médica, a divisão provocada por alguns sectores médicos só nos prejudica. A ANMI continua a defender uma concertação das organizações médicas em defesa da formação médica.

ROM – E numa contestação futura?

CC – A efectuar alguma contestação, esta terá que ser clara e terá que ter repercussão junto da opinião pública, sensibilizando-a para os nossos problemas. É sempre preferível que seja algo bem preparado. Esta associação continua a estar disponível para participar em contestações de consenso com outras entidades.

ROM – Mas preferiam participar em negociações?

CC – Nestes processos há várias fases: a fase inicial de negociação, depois a fase de contestação jurídica e posteriormente a fase de contestação efectiva. Consideramos que há ainda a oportunidade de efectuar alguma negociação. Mas já deixámos muito claro ao Senhor Ministro que a ANMI não poderá manter a sua postura de diálogo se o Ministério não resolver com seriedade alguns problemas graves. Consideramos que foi demonstrada pouca disponibilidade por parte da tutela para os resolver. A qualidade e a excelência formativas são as ques-

tões mais importantes para nós e a verdade é que este Ministro tem evidenciado pouca sensibilidade nestes assuntos. É importante o reconhecimento do nosso papel nas instituições de saúde já que os médicos internos são um suporte imprescindível no Sistema Nacional de Saúde.

ROM – É um facto que, por vezes, os internos não têm ninguém a orientá-los. Sente que se está a cumprir a função formativa do Internato Geral?

CC – Os internos gerais devem ter um orientador a acompanhá-los, mas sabemos que há muitas falhas nesse aspecto, daí defendermos que haja um maior reconhecimento do papel do orientador. Temos que ter cuidado com o conceito de orientador e não esquecer que ao médico interno cabe uma grande parte de autonomia nessa área.

ROM – Como analisa então qualidade da formação médica no contexto do que se faz nos outros países?

CC – Não considero que a nossa formação esteja ao nível da formação da União Europeia... É melhor. Estou convicto que é mais exigente do que a da maior parte dos países. Muitos colegas que têm participado em reuniões internacionais de médicos internos re-



gressam estupefactos com a pouca exigência que alguns países têm nos seus internatos médicos. Em termos curriculares, ao contrário do que sucede com outros países, todas as nossas especialidades são reconhecidas em toda a União europeia. Os nossos currículos são adoptados pelos outros parceiros da União como exemplo daquilo que se faz de melhor e não queremos que deixe de ser assim. É algo que eu receio que suceda com este Ministério pois aparentemente quer sobrepor-se à competência técnica dos Colégios da Especialidade. Se isso vier a suceder, vai com certeza pôr em causa a saúde dos portugueses.

ROM – Mas o Ministério defendeu que os internatos em Portugal eram dos mais longos da Europa...

CC – Sucedem que o Ministério foi buscar os piores exemplos da União Europeia. Isso só prova que, percebendo pouco sobre a formação médica portuguesa, ainda percebe menos sobre a formação médica nos outros países da UE. Um exemplo dado era o da cardiologia em Inglaterra, especialidade que só tinha a duração de três anos, o que era praticamente metade da duração que tinha em Portugal. O que, pelos vistos, o Senhor Ministro não sabia, é que em Inglaterra nenhum colega pode entrar para cardiologia se não tiver feito um estágio de dois ou três anos de medicina interna. Em Portugal a cardiologia já tem um estágio de medicina interna incorporado na especialidade. Se algum dia, no nosso país, for o Ministério a delinear a duração das especialidades médicas, então aconselhar-se-ão os colegas a ir fazer o internato no estrangeiro... Não podemos concordar que alguém possa, alguma vez, sobrepor-se aos Colégios da Especialidade na questão dos currículos da formação médica.

ROM – Como analisa a evolução do papel dos jovens médicos no contexto da OM?

CC – Na altura em que fui coordenador nacional do Conselho Nacional do Médico Interno reivindiquei um papel

acrescido dos médicos internos dentro da Ordem pois o CNMI deve ter um papel de destaque no que diz respeito à formação médica. Ao início houve alguma dificuldade pois não havia hábitos de cooperação tão alargada. Hoje, graças ao trabalho destes últimos anos, é diferente: pouca coisa passa ao lado do CNMI. A Ordem reconhece a importância deste órgão consultivo. Também é significativo que as listas que concorrem este ano à Ordem integrem um número maior de médicos internos do que no passado. Penso que a partir de Janeiro de 2005 o contributo dos jovens médicos dentro da Ordem vai tornar-se muito mais importante. Vai passar a existir médicos internos nos órgãos de tomada de decisão.

A OM pode esperar de nós uma cooperação positiva, mas também deve esperar uma postura de entidade independente, capaz de fazer despertar para novos problemas, para uma nova atitude.

ROM – O que irá mudar então?

CC – Especificamente em relação à ANMI, a OM pode esperar de nós uma cooperação positiva, mas também deve esperar uma postura de entidade independente, capaz de fazer despertar para novos problemas, para uma nova atitude. Pretendemos que esta associação venha, de alguma forma, modernizar a classe médica, dar um espírito diferente: algo que faz muita falta neste momento, nomeadamente, para o relacionamento com a sociedade. Consideramos que o espírito que os jovens mé-

dicos podem trazer poderá interligar-se com uma maior responsabilização de todos, com uma maior exigência a todas as classes profissionais. A Ordem e a classe médica têm que se modernizar. Será uma mudança de atitude que não vai acontecer de um dia para o outro. É algo que vai instalar-se gradualmente.

Depois de nós, outros médicos virão, os quais irão continuar a possibilitar essa modernização e a adaptação a uma sociedade cada vez mais exigente. Já não estamos no tempo do médico de aldeia que era o detentor de uma verdade absoluta e inquestionável. Há uma nova realidade à qual devemos adaptar-nos.

ROM – Apesar de, em termos nacionais, os médicos serem por vezes «atacados», internacionalmente não considera que há um reconhecimento crescente?

CC – Penso que tem razão: pelo menos da parte dos nossos pares, na União há um reconhecimento da boa medicina que praticamos. Apesar de não termos as condições que gostaríamos, apesar de não podermos praticar a medicina de excelência que queremos praticar, temos que reconhecer que a medicina que fazemos é boa. Muitas vezes é a medicina do «desenrascar»: se não temos melhor, temos que conseguir resolver a situação com o que temos, algo que muitos médicos de outros países não conseguiriam fazer. Penso que essa é uma mais valia em relação aos nossos pares pois «fazemos das tripas coração» dentro de um Sistema Nacional de Saúde que não tem as condições necessárias para exercer uma medicina de excelência.

ROM – Que outras questões destaca como preocupações dos internos?

CC – A formação médica nos hospitais SA é, neste momento, uma grande preocupação. Já denunciámos directamente ao Senhor Ministro a situação de estar a ser desviada uma preocupação fundamental na qualidade dos cuidados de saúde para uma aposta numa valorização economicista das institui-

ções. Aparentemente, hoje em dia, as melhores instituições são as que mais poupam, as que mais cirurgias fazem. Mas parece-me evidente que a aposta deve ser num critério de qualidade e não num critério de quantidade. A formação corre o risco de vir a ser subalternizada nos hospitais SA, onde os médicos internos são vistos apenas como mão de obra. A formação médica tem que ser definida pelo Ministério como sendo valorizada nos critérios para o *ranking* dos hospitais SA. Há hospitais que na parte formativa estão nitidamente a fazer contenções.

ROM – Como caracteriza a postura do Ministério em relação à avaliação?

CC – Na questão da avaliação tem existido uma grande ambiguidade no Ministério, se por um lado nos foi dada a garantia de um exame de acesso à especialidade de um mesmo moldes que o actual, sabemos existir pressões no sentido de incluir neste a média da Licenciatura, já para o próximo ano. Nunca vamos aceitar tal alteração. O exame tem de ser o mais objectivo possível: nacional e escrito, para nunca serem criadas disparidades na avaliação. Sectores do Ministério pretendem a implementação de uma entrevista com o Director de Serviço. Lamento que ainda se tente impor esta ideia...

O Ministério, ao propor, em Setembro, o aumento de índice 52 para 73, tal como sempre defendemos, acaba por criar outra injustiça: os P2 de 2005 vão manter o índice 52. Deparamo-nos com uma situação insólita de termos no mesmo Hospital, no mesmo Serviço, na mesma Urgência, médicos internos com responsabilidades idênticas, exigências idênticas, mas remunerações substancialmente diferentes. Acho que é a marca deste Ministério, não aprofundar os dossiês, assim torna-se impossível apostar na qualidade.

ROM – E quanto à investigação?

CC – A formação é um dos pilares das instituições, mas a investigação é igualmente fundamental. Mais uma vez a aposta num sector fundamental está a

desaparecer completamente. Os hospitais também têm que continuar a ser centros de investigação. Os portugueses têm que ter orgulho ao ir a reuniões internacionais e demonstrarem que em Portugal também há evolução da medicina. O desenvolvimento da medicina no nosso país está a ser relegado para segundo plano. Se não queremos ter hospitais de nível terceiro-mundista temos que inverter essa tendência.

ROM – E a investigação que está a ser feita é com o apoio da indústria farmacêutica...

CC – Para nós a solução ideal era ser o Ministério a responsabilizar-se pelo desenvolvimento da investigação: tal como acontece nos países nórdicos, os médicos deveriam ter subvenções do Estado, para poderem fazer a sua formação directamente em estágios, congressos, palestras...

ROM – Mas os países nórdicos são uma excepção...

CC – Mas são uma excepção saudável. No nosso país, quem tem feito esse papel, e muito bem, temos que o reconhecer, é a indústria farmacêutica. Desde que não haja desvios, considero que se deve manter os apoios. Se assim não for não será possível aos médicos efectuar a sua formação. No que diz respeito à formação pós-graduada duvido que o Ministério tenha capacidade de resposta para substituir as empresas privadas no papel que desempenham actualmente neste contexto.

ROM – Sente insegurança em relação ao futuro?

CC – Há aqui várias incógnitas pois com o alargamento da UE surgiu uma nova realidade: a realidade dos países de leste. Devo dizer-lhe, contudo, que no que diz respeito à nossa formação não temos receios. Estamos muito bem preparados e é isso que defendemos: podíamos optar por uma atitude que era defender o ganhar mais, isso corresponderia a defender a redução da formação, com especialidades mais curtas, porque assim seríamos especialistas mais cedo e passaríamos logo a ga-

nhar mais. Mas não queremos isso: o que queremos é uma aposta clara na nossa formação, mesmo que signifique prejudicar-nos do ponto de vista da remuneração. A bem da medicina e da prestação de cuidados de saúde em Portugal nós manteremos esta atitude de responsabilidade.

ROM – Então as principais preocupações prendem-se com a manutenção da qualidade da formação?

CC – Exactamente. Se este Ministro não demonstrar muito rapidamente que se irá manter a excelência dos internatos, se não souber em breve responder às questões de deficiência de formação que se começam a perfilar nos Hospitais SA, se não houver um recuo nítido em relação a alguns pontos, como o das urgências em regime de voluntariado, esta Associação irá fazer tudo para demonstrar à opinião pública que este Ministério é incapaz de resolver as questões relativas à formação médica e que é um perigo para o exercício da medicina neste país. Não permitiremos que políticas de visão meramente economicista prejudiquem a formação médica e a boa qualidade dos cuidados de saúde.



Desobediência a determinações da Ordem dos Médicos

“A seguir se transcreve o Despacho fundamento da deliberação tomada pelo Conselho Disciplinar Regional do Centro da Ordem dos Médicos na sua reunião de 27 de Abril de 2004, que determinou a aplicação ao Exmo. Senhor Dr. António Alberto Cardoso Macedo da pena de censura e da sanção acessória de publicidade de pena, nos termos dos artigos 16º e 13º, nº 1, al. b) do Decreto-Lei 217/94, de 20 de Agosto, por violação do disposto no art. 13º, al. a) e f) do Estatuto da Ordem dos Médicos. Mais se declara, que pela presente publicação se executa a sanção acessória de publicidade da pena aplicada.”

Com os melhores cumprimentos,
Pelo Conselho Regional,
O Presidente
Dr. António dos Reis Marques

DESPACHO
Processo Disciplinar nº20/2003

O presente processo foi instaurado com base numa certidão extraída dos autos de procedimento disciplinar de inquérito que corre os seus termos sob o nº 5/2001 neste Conselho Disciplinar Regional do Centro, por a Clínica Médica do Sabugal se ter recusado a identificar quais os seus sócios médicos, e não médicos, respectivas quotas e qual o respectivo Director Clínico. Em consequência, e por não haver

quaisquer outras diligências a requerer, foi deduzida contra o Exmº Senhor Dr. António Alberto Cardoso Machado a seguinte acusação:

Através da alteração do pacto social da Clínica Médica do Sabugal, registada em 02.03.01, o Exmº Senhor Dr. António Alberto Cardoso Machado assumiu as

«A ausência de resposta a solicitações da Ordem dos Médicos tem-se tornado cada vez mais comum, evidenciando os médicos um cada vez menor respeito pelas determinações da Ordem dos Médicos, que têm dificuldade em acatar, dessa forma prejudicando o normal exercício do dever disciplinar».

funções de Gerente da Clínica em questão, a partir daquela data.

No âmbito do processo disciplinar que corre os seus termos sob o nº 5/2001 neste Conselho Disciplinar Regional do Centro da Ordem dos Médicos, foi a gerência da Clínica Médica do Sabugal notificada para juntar aos autos cópia do pacto constitutivo da sociedade, bem

como para identificar quais os respectivos sócios – médicos e não médicos – e respectivas quotas.

Dizia-se ainda no despacho então proferido, que a informação se destinava a instruir processo disciplinar que corria os seus termos neste Conselho Disciplinar Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

Tal pedido foi formulado por ofício datado de 11.09.2002.

Tendo em consideração que aquele ofício não obteve qualquer resposta, foi lavrado novo despacho em que se determinou fosse de novo notificada a Gerência da Clínica Médica do Sabugal para prestar aquelas informações.

Porém, desta feita informou-se ainda a Clínica Médica do Sabugal que nos termos conjugados do artº 11º do DL 217/94, de 20 de Agosto e 9º / 2 do Código Penal, tinha aquela Clínica o dever de prestar a informação solicitada.

Dado que este despacho, notificado à Clínica em questão no dia 19.12.2002, não obteve qualquer resposta, foi proferido novo despacho, a 17 de Abril de 2003, em que se solicitavam aquelas informações e se informava a Clínica em questão que, se não fornecesse aquelas informações os sócios médicos incorriam em responsabilidade disciplinar, nos termos das al.) a) e f) do artº 13º do Estatuto da Ordem dos Médicos.

Notificada deste despacho, a Clínica Médica do Sabugal, mais uma vez, não respondeu.

À data em que foram lavrados e expedidos os ofícios supra mencionados o arguido era gerente da clínica em questão.

Ao não dar resposta às questões que lhe eram colocadas pelo Ilustre Relator no exercício das funções que lhe foram designadas, cometeu o arguido infracção disciplinar por violação do

disposto no artº 13º al) a) e f) do Estatuto da Ordem dos Médicos.

O arguido bem sabia que a sua conduta era disciplinarmente punível e assim agiu com o intuito de se furta à realização de justiça disciplinar perante a Ordem dos Médicos.

A desobediência a determinações da Ordem dos Médicos, quando estas correspondam ao exercício de poderes vinculativos atribuídos por Lei, como é o caso, é punível com pena de suspensão, nos termos do artº 17º do DL 217/94, de 20 de Agosto. Nos termos do artº 12º al. c) do mesmo diploma, a pena de suspensão pode ir até cinco anos.

Face à gravidade da conduta, crê-se que independentemente da sanção que a título principal venha a ser aplicada ao arguido, deve o mesmo ser ainda punido com a sanção acessória de publicidade de pena. Regularmente notificado da acusação

deduzida não apresentou o arguido qualquer defesa.

Cumprir decidir.

Consideram-se provados os factos constantes na acusação proferida, que aqui se dão por reproduzidos para todos os efeitos legais.

Todavia, não há indícios suficientes de que o arguido tenha agido com dolo, mas subsiste a negligência, também punível.

Por outro lado, o arguido é primário. Assim, e pelos motivos supra expostos, julga-se adequado punir o arguido na pena principal de censura, uma vez que a sua conduta não pode deixar de ser considerada grave. Por três vezes foi convidado a pronunciar-se e nada disse, dessa forma obstando à descoberta da verdade e à realização do procedimento disciplinar.

Por outro lado, tal atitude – ausência de resposta a solicitações da Ordem

dos Médicos – tem-se tornado cada vez mais comum, evidenciando os médicos um cada vez menor respeito pelas determinações da Ordem dos Médicos, que têm dificuldade em acatar, dessa forma prejudicando o normal exercício do dever disciplinar.

Por esse motivo, justifica-se que a infracção praticada seja ainda sancionada com a sanção acessória de publicidade da pena.

Propõe-se por isso que o arguido seja condenado na sanção de censura e na sanção acessória de publicidade da pena, nos termos dos art.ºs 16.º e 13.º n.º 1 al. b) do DL 217/94, de 20 de Agosto, por violação do disposto no artº 13º al) a) e f) do Estatuto da Ordem dos Médicos.

Coimbra, 26 de Abril de 2004

O Vogal Relator,
Dr. Óscar Gonçalves

Ainda a suspeição de negligência médica



Maria José Cardoso
Presidente do Conselho Disciplinar SRN

Ao fim de quase seis anos de trabalho neste Conselho Disciplinar, ainda não consigo deixar de me interrogar quanto às participações por alegada negligência médica. Na realidade, a imensa maioria, depois de criteriosamente analisada, leva ao arquivamento dos processos sem nenhuma dúvida de qualquer falha no tratamento proporcionado. Daqui a minha interrogação: será a prática médica tão excepcionalmente boa em Portugal ou será que quase somente se queixa quem não tem razão para tal?

Para reflectir, temos o processo disciplinar que hoje publicamos instaurado na sequência da queixa de uma médica pelo tratamento dado a sua Mãe, ao invés de analisar profundamente a sua própria actuação.

PROPOSTA DE ARQUIVAMENTO

1. O presente processo foi instaurado na sequência de participação, datada de ... de ... de ..., subscrita pela Ex.ma. Senhora Dra.

2. Na participação é alegado o seguinte:

«Na qualidade de médica e de filha, serve a presente para colocar à apreciação da Ordem dos Médicos, uma situação que eu considero grave, tanto do ponto de vista médico, como do ponto de vista da ética relacional.

Já há cerca de 7 anos, que foi diagnosticada à minha mãe uma LLC, tendo eu, na altura, solicitado ao hematologista Dr. ... , orientação para o tratamento da doença, conforme relatório que anexo (doc. 1).

A minha mãe foi-se mantendo estável, apenas com algumas intercorrências (infecções respiratórias, crises hemorroidárias, dores osteoarticulares, etc.), que eram resolvidas em ambulatório, com a preocupação de evitar a frequência de ambientes hospitalares.

Em ... de ..., observei a minha mãe com edemas acentuados dos membros inferiores, febre e sinais inflamatórios sugestivos de uma erisipela do membro inferior esquerdo.

De imediato recorri, com ela, ao ..., onde trabalho, tendo-se optado pelo internamento, que durou 10 dias, durante os quais teve uma evolução favorável.

Após a alta, contactei o Dr. ..., colocando-o ao corrente da situação da minha mãe, tendo-se então, atendendo ao quadro clínico (fibrilação auricular e doença hematológica), efectuado hipocoagulação com Varfine, com vigilância semanal ou quinzenal, em função do INR. Desde essa altura até ao internamento no ..., a minha mãe sempre tomou o Varfine, à excepção de um pequeno período de 4 dias, em que foi necessário tratar uma problema osteoarticular agudo, com anti-inflamatório injectável.

Nos 2 meses seguintes a seguir à alta do ..., a minha mãe ficou exclusivamente aos meus cuidados, em minha casa. Após este período e dada a estabilização da sua situação clínica, alternou a sua estadia entre a minha casa e a casa do filho mais velho.

Na sequência de desentendimentos familiares, a partir de Setembro, a minha mãe passou a residir unicamente em casa do filho mais velho, não me tendo sido dada a oportunidade de a acompanhar medicamente.

A 14 de Setembro a minha mãe teve rectorragias. O meu irmão contactou telefonicamente o Dr. ..., que o aconselhou a conduzir a minha mãe ao Hospital ..., não chegando a efectuar qualquer observação prévia.

Tive apenas conhecimento do internamento da minha mãe, na manhã do dia 18 de Setembro, pelas 10h:30m, por contacto telefónico do Dr. ..., solicitando-me informação clínica da sua doença.

Inicialmente recusei a informação por ter ficado revoltada e frontalmente contra o seu internamento naquele Hospital, por sangramento de hemorróides. No entanto, reconhecendo que a atitude não era correcta, na tarde desse mesmo dia, dirigi-me ao Hospital de ..., tendo tido um encontro breve com o Dr. ..., tendo-lhe cedido cópias de todos os exames em meu poder, desde o início do diagnóstico da doença da minha mãe. A única questão que o colega me colocou na nossa conversa, foi a eventual introdução de quimioterapia, opção pela qual eu discordava, porque sabia, pelo Dr. ..., que a minha mãe não reunia os critérios necessários para a sua introdução.

No dia 19 de Setembro e após conversa telefónica com o Dr. ..., informei o Dr. ..., que o hematologista mantinha a decisão da não citoredução, informando-o inclusive da disponibilidade do Dr. ... para dialogarem, se julgasse necessário, o que foi perentoriamente recusado.

À data da alta (25 de Setembro), a minha mãe é medicada com Lanoxin, Cartia, Pantoc, Enalapril Smg e Aulin (do c.2). Não houve qualquer cuidado em a medicar para a fibrilação auricular.

A minha mãe foi referenciada, no dia 28/9, para uma consulta de Hematologia Clínica no ...

No dia 13 de Outubro a minha mãe é acometida de um tromboembolismo pulmonar, na sequência do qual veio a falecer em 29 de Outubro passado.

No dia 16 de Outubro e após ter tido conhecimento da situação clínica da minha mãe, solicitei esclarecimentos ao Director Clínico do Serviço de ... cuja resposta anexo (doc. 3)

Dado o atrás exposto, considero que devo apresentar queixa sobre três aspectos essenciais:

1.º - Erro Médico

A data da alta do Hospital ..., a minha mãe não é hipocoagulada para a insuficiência cardíaca nem para a fibrilação auricular, situação que esteve na origem do TEP (conforme observação clínica efectuada a 14/10 pela Dra. ..., que consta no processo n.º... do ... e que passo a citar: '14/10 -Hematologia

- *O episódio tromboembólico teve relação com a suspensão da hipocoagulação e não com a doença hematológica. A doente era hipocoagulada com Varfine por fibrilação auricular"). Solicitei relatório ao ..., que ainda não recebi.*

2.º - Negligência Médica

Dada a situação clínica da minha mãe, não foi solicitada a consulta de hematologia com a urgência com que se justificava; o pedido da consulta foi efectuado apenas 3 dias após a alta e sem qualquer carácter de urgência (doc. 4 e 5). A consulta foi marcada para o dia 31/10, tendo ela falecido a 29/10. Além disso, submeteram-na a exames médicos tão agressivos e causadores de sofrimento quanto desnecessários (aspirado medular da crista ilíaca e biópsia medular - doc.6 e 7), uma vez que o diagnóstico da doença já estava feito há 7 anos.

3.º - Falta de Ética Relacional

São efectuados, na nota de alta (doc. 2) do Hospital ..., comentários ("após a alta - em Março - terá iniciada hipocoagulação oral com varfina, não sabendo a filha qual o motivo do seu início - FA? Poliglobulia e hiperviscosidade??") sobre a minha pessoa que são falsos, que desconheço a sua base uma vez que nunca discuti com o Dr. ... a hipocoagulação, que são desenquadrados do que deve ser uma nota de alta e que são reveladores de um total desconhecimento da minha atitude perante a doença da minha mãe, ao longo destes 7 anos.

Solicito, assim, à Ordem dos Médicos, averiguação da situação exposta e actuação em conformidade.

Sem outro assunto, manter-me-ei disponível para as questões que me forem solicitadas e apresento os meus melhores cumprimentos».

3. A participação anexava os documentos referenciados pela participante ao longo da exposição, os quais constam dos

autos e aqui se dão como integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.

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

«Com data do correio de ..., recebi a sua carta comunicando-me a abertura de um processo disciplinar com base na exposição da Sr. Dra. D. ..., relativamente a factos alegadamente ocorridos com a sua mãe num internamento tido no Hospital de ...; não me foram enviadas cópias de sete outros documentos referidos naquela exposição.

Presumo que a mãe da Sra. Dra. ... seja a Sra. D. ..., nome nunca referido nos documentos enviados. Caso o seja, confirmo ter sido seu médico assistente durante o internamento no serviço de ..., de 14 a 25.9.

Com base nos registos do processo clínico e na memória possível, gostaria de expor a minha posição relativamente a este caso.

A doente recorreu ao serviço de urgência do ... na 6.ª feira, dia 14.9. ..., pelas 10:24h, com informação do médico assistente referindo ter a doente "hematúria macroscópica e/ou metrorragias Foi observada pelos Colegas do SU, de Ginecologia e Cirurgia Geral, tendo também efectuado análises de sangue, gasimetria arterial e ECG. Nesse dia era eu o residente de Medicina Interna, tendo-me sido proposto o seu internamento, em hora que não posso precisar mas que terá sido muito próxima daquela em que foi aceite e efectuado (20:32h), após minuciosa observação da doente.

«Na qualidade de médica e de filha, serve a presente para colocar à apreciação da Ordem dos Médicos, uma situação que eu considero grave, tanto do ponto de vista médico, como do ponto de vista da ética relacional».

Foram postos como problemas clínicos principais rectorragias de etiologia não esclarecida, LLC provável, poliglobulia sem hipO2 significativa, fibrilação auricular e o estar hipocoagulada desde Março /..., por motivo não conhecido.

Apenas tive contacto com a filha por telefone no dia 18.9. ..., não me lembrando com certeza de se fui eu que a contactei ou fui por ela contactado; colhi os elementos clínicos possíveis, confirmando que não me foi dada uma explicação sobre qual o motivo que justificou o início da hipocoagulação e tendo recebido uma inexplicável recusa no fornecimento dos resultados dos exames complementares de diagnóstico

anteriores; tomei conhecimento também que o Sr. Dr. ... já não observava a doente "há muito tempo", sendo mantido informado telefonicamente pela filha e orientando o tratamento. Não posso precisar se no mesmo dia ou no dia seguinte, fui procurado pessoalmente pela Sra. Dra. ..., que só então me cedeu para fotocopiar, alguns elementos do passado da doente, a saber: relatório (e resultado de citologia de medula óssea) do Sr. Dr. ... com data de 6.7. ... referindo o diagnóstico de "Doença linfoproliferativa crónica com expressão leucémica, de baixo grau de malignidade. Leucemia linfóide crónica (2)"; relatório de fenotipagem celular confirmando o diagnóstico; "fio w-sheet" das análises efectuadas no ..., referente ao internamento de Março/...; resultado de análises efectuadas no ambulatório em 23.4.

Nesse encontro, terei por certo (o que é prática minha habitual) informado a filha de todos os problemas acima referidos concernentes à sua mãe, incluindo o problema da suspensão da hipocoagulação, tanto mais que a decisão desta tinha sido já tomada pelos médicos do SU, onde lhe foi administrada vitamina K EV. Por certo terei também então referido a opinião expressa na consultadoria de Oncologia Médica entretanto pedida e efectuada em 17.9, em que se punha como problemas: "linfocitose grave com poliglobulia e sem hipoxemia, antecedentes de 'LLC' insuficiência cardíaca com FA (hipocoagulada), hemorragia rectal / anal (pela hipocoagulação?)" e se sugere "obter informação do CH ..., fazer mielograma, ver ecografia abdominopélvica (entretanto pedida), aumentar hidratação oral 1 EV" e se concluiu referindo "após mielo grama é de ponderar a introdução de clorambucil 1 hidroxioureia para cito-redução, associada a alopurinol". Tinha feito mielograma nesse mesmo dia 18.9, ainda antes do contacto com a filha da doente.

Já não me lembro ao certo em que dia (dia seguinte?), fui contactado por uma hematologista clínica do ... (se não me enganar, mas sem absoluta certeza, a pedido da própria Dra. ...), inda-

gando sobre o estado da doente e quando expliquei o seu quadro, tive concordância da sua parte quanto à provável necessidade de terapêutica cito-reutora. Não foi então explicitamente pedida consulta por não estarem ainda disponíveis os resultados de vários exames, mas fiquei certo da sua disponibilidade para futuro seguimento. Em 20.9, após observação de alguns exames, a Oncologia Médica do ... volta a observar a doente, sugerindo o pedido de mais alguns exames complementares para exclusão de causas secundárias da poliglobulia, o pedido de apoio de Hematologia Clínica para ajudar ao esclarecimento do quadro he-

matológico e a manutenção de boa hidratação.

Entendi manter a suspensão da hipocoagulação sobretudo por o quadro de rectorragias/anorragias não estar completamente esclarecido (apenas foi feita sigmoidoscopia), mas também por ter doença hematológica grave com elevada linfocitose (de 100 a 140.000 leucócitos com 80 a 90% de linfócitos) e poliglobulia (chegando a ter um hematócrito de 63,9%), um quadro clínico compatível com síndrome de hiperviscosidade (que obrigou a flebotomias repetidas e punha à consideração fazer-se terapêutica cito-reutora), não haver referência a antecedentes clínicos de AVC ou

AIT, ter antecedente de hérnia do hiato esofágico medicada á entrada fazendo pensar que teria andado sintomática num passado recente e não estar esclarecido com toda a certeza do motivo da hipocoagulação iniciada noA referida 'erisipela com descompensação cardíaca secundária" poderia por exemplo, ter-se tratado de uma trombose venosa dum membro inferior com eventuais sinais inflamatórios, levando o médico do ... a iniciá-la e neste caso teria uma duração limitada. Substitui o Varfine por Fraxiaprina que fez durante todo o internamento e iniciou na alta anti-agregação com AAS; quer durante o internamento como após a alta esteve sempre medicada com inibidor da bomba de protões.

O relatório de alta, efectuado a 26.9, por certo anexado à exposição da Sra. Dra. ..., espelha bastante bem a actuação por mim tida no seguimento da doente. Esta actuação teve no entanto alguns condicionalismos, de que referiria como muito importante, o facto de os dois filhos da doente com quem contactei, recusarem estabelecer qualquer contacto entre si, tendo até a Sra. Dra. ... referido que só o faria através de advogado, o que me tornava praticamente impossível tomar uma atitude concertada relativamente ao tratamento. A gravidade potencial do quadro e a escassa informação inicial apenas parcialmente colmatada ao 4.º dia de internamento tiveram também a sua influência no desenvolvimento

«Inicialmente recusei a informação por ter ficado revoltada e frontalmente contra o seu internamento naquele Hospital (...). No entanto, (...) na tarde desse mesmo dia, dirigi-me ao Hospital de ..., tendo tido um encontro breve com o Dr. ..., tendo-lhe cedido cópias de todos os exames em meu poder, desde o início do diagnóstico da doença da minha mãe».

do estudo da doente.

Refiro ainda que, não me foi absolutamente claro inicialmente, com quem iria ficar a doente após a alta, embora posteriormente me tenha apercebido que se iria manter em casa do filho. Este facto é relevante uma vez que, quando contactado pelo filho (em data que não posso precisar), me foi dito que seguiria após a alta as orientações por mim sugeridas; caso fosse a filha que ficasse com a incumbência da doente, certamente que algumas das minhas orientações teriam sido outras, nomeadamente o contacto com o Sr. Dr. ... , pois obviamente a doente iria continuar a ser por ele orientada e a ele deixaria o critério de tratamento posterior.

Relativamente à exposição da Sra. Dra. ..., gostaria ainda de referir o seguinte:

- *Refere que desde Setembro a doente habitava com o filho, pelo que provavelmente terá sido dele a decisão de contactar o médico assistente (Dr. ...) e também, provavelmente a conselho médico assistente, de a trazer ao SU*

- Pelo acima referido, não é de modo nenhum verdadeiro que “a única questão que o colega

me colocou na nossa conversa, foi a eventual introdução de quimioterapia”, pois não só referi todos os problemas da doente como inclusivamente e de forma que penso delicada, sugeri alguma forma de entendimento com o irmão que facilitasse a tomada de atitudes relativamente à sua mãe

- Não manifestei qualquer recusa em contactar o Dr. ..., não o tendo contactado porque entretanto me apercebi que a doente iria ficar ao cuidado do filho, que não mantinha qualquer contacto com ele, nem pretendia entrar em contacto com a irmã para estabelecimento de uma estratégia em comum dos dois; tinha a opinião da Oncologia Clínica do ... sugerindo a cito-redução e tinha também o contacto com a hematologista clínica do ... que mostrou disponibilidade para o seguimento futuro

- É falso que “não houve qualquer cuidado em a medicar para a fibrilação auricular”, tanto mais que teve alta medicada com digoxina, que fazia já anteriormente. Pelos motivos acima referidos entendi não manter a hipocoagulação, que não é um tratamento da fibrilação auricular mas uma prevenção de eventuais complicações cardioembólicas sistémicas. Não me pareceu também que fosse correcto manter a hipocoagulação durante uma eventual cito-redução a decidir na Hematologia Clínica — A demora na marcação da consulta não é da minha responsabilidade, mas na alta não me pareceu ser extremamente urgente, dada a estabilidade da doente, ter havido redução significativa do hematócrito com as flebotomias e ter havido alguma descida

da no número de linfócitos.

- *O facto de em 13.10. ... a doente ter sido “acometida de um episódio de tromboembolismo pulmonar” de que infelizmente terá vindo a falecer, não teve necessariamente relação directa com o ter suspenso a hipocoagulação. Nesse dia, a doente recorreu ao SU do ... tendo então nas análises efectuadas: Hgb 18,2 hematócrito de 57,2 %, elevação brutal dos leucócitos para 242.000/mm³ (quase o triplo dos valores da alta) elevação de ureia (90 mg/dl) com creatinina normal (1,1 mg/dl) sugerindo desidratação e tendo portanto alterações causadoras de acentuada hiperviscosidade, o que certamente é favorecedor do aparecimento de fenómenos trombóticos. Aliás, na carta de transferência do SU do ... para o ... refere-se especificamente o diagnóstico de síndrome de hiperviscosidade.*

Pelos motivos expostos não me parece que:

- *Tenha havido erro médico na suspensão da hipocoagulação, sendo sabido que a análise risco-benefício quase sempre não é um mero exercício matemático linear*

- *Negligência médica no não pedido de consulta urgente de Hematologia Clínica, dado o*

estado da doente parecer estável e até com alguma melhoria com as atitudes tomadas, pelo que não era previsível uma descompensação a curto prazo; apesar disso, o pedido foi prontamente feito e a marcação não me parece ter sido tão excessivamente demorada, pelo menos

«São efectuados, na nota de alta (doc.2) do Hospital ..., comentários (“após a alta - em Março - terá iniciada hipocoagulação oral com varfina, não sabendo a filha qual o motivo do seu início - FA? Poliglobulia e hiperviscosidade??”) sobre a minha pessoa que são falsos, (...) que são desenquadrados do que deve ser uma nota de alta».

para os padrões nacionais

- *Tenham sido feitos exames desnecessários, uma vez que quando foram pedidos e realizados não era ainda conhecido com certeza o diagnóstico anterior e a doente apresentava alterações hematológicas não habituais na LLC, sugerindo poder ter outra doença associada*

- *Falta de ética relacional, uma vez que me limitei a expressar uma dúvida legítima ao médico assistente (a quem o relatório era dirigido) sem fazer qualquer comentário sobre a Sr.a Dr.a ... nem pôr em causa o tratamento por ela dado á sua mãe durante os 7 anos anteriores. O facto de ter escrito "fibrilhação?" e "poliglobulia e hiperviscosidade??" apenas pretende sublinhar que considero a segunda hipótese menos provável que a primeira. Já fiz milhares de notas de alta, pelo que não é certamente qualquer pessoa, mesmo Colega, que me ensina aquilo que deve ou não estar enquadrado no que deve ser uma nota de alta. Que melhor prova poderia haver da minha boa fé e boa ética relacional do que o facto de ter sido eu que anexeí ao relatório de alta os resultados de todos os exames pertinentes, que são aliás usados como pretensa "prova incriminatória" contra mim?*

Estranhado por este pedido de instauração de processo disciplinar, tanto mais que é a primeira vez em vinte e sete anos de trabalho

que a minha actuação é posta em causa, agradeço Sr.a Presidente que esclareça até às últimas consequências esta situação, ficando à disposição para o que entender necessário».

5. Em 26 de ... de ... e ... de ... de ... foram juntos aos autos, respectivamente, cópias dos processos clínicos do ... e do Hospital ..., referentes à Ex.ma. Senhora D.

6. Solicitada a emissão de parecer ao Colégio da Especialidade de Hematologia Clínica, foram recebidos dois pareceres, datados de ... de ... de ..., sendo um subscrito pelo Exmo. Senhor Dr. ... e outro pela Ex.ma Senhora Dra. D.

7. Mediante ofício datado de ... de ... de ..., o Exmo. Senhor Presidente do Colégio da Especialidade de Hematologia Clínica informou que aqueles pareceres foram apreciados em reunião da Direcção do Colégio, tendo merecido a concordância da mesma.

8. O parecer subscrito pelo Exmo. Senhor Dr. ... tem o seguinte teor:

«1 - A fibrilhação auricular com insuficiência cardíaca de que a doente sofria era indicação formal para terapêutica anticoagulante oral com antivitamínicos K, tratamento a que a doente era submetida antes do internamento no Hospital de

2 - A doente apresentava outros factores de risco para fenómenos tromboembólicos nomeadamente poliglobulia e hiperviscosidade.

3 - Com base nos dados do processo somos de opinião que a doente reunia condições para manter a terapêutica

anticoagulante no ambulatório»

9. Por sua vez, o parecer da Ex.ma Senhora Dra. D. ... tem o seguinte conteúdo:

«A Fibrilhação Auricular, particularmente se associada a Insuficiência Cardíaca é indicação formal para profilaxia da doença tromboembólica, com inibidores da vitamina K (Varfine ou Sintrom).

- A doente apresentava outros factores de risco trombótico, nomeadamente poliglobulia e hiperviscosidade.

- Com base nos dados que constam no processo, a doente teria condições para fazer a referida terapêutica em ambulatório».

10. Em ... de ... de ..., foi junta aos autos cópia do processo clínico do Hospital de ..., referente à Ex.ma. Senhora Dra. D.

11. Analisados os elementos constantes dos autos, considero serem de realçar os seguintes factos:

11.1. A Ex.ma. Senhora D. ..., nascida a ... de ... de ..., e tendo, na altura dos factos em análise, 78 anos, sofria de Leucemia Linfóide Crónica, desde 1994, com uma linfocitose na ordem dos 20-30 x10⁹/L.

11.2. Era seguida pela sua filha, a Senhora Dra. ..., aqui participante, que discutia o caso clínico, pessoalmente ou telefonicamente, com o Senhor Dr. Este só a observou em ... de ... de

11.3. Até Setembro de ..., não havia critérios, clínicos ou biológicos, para tratamento do processo linfoproliferativo.

11.4. Entre 03 e 10 de Março de ..., esteve internada no ..., por erisipela dos membros inferiores. Neste internamento foi verificado haver fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, que foi resolvida com aumento da dose do digitalico. Foi efectuado um ecocardiograma, que mostrou haver uma função ventricular globalmente conservada. Teve alta medicada com dieta hipossalina, digoxina, ticlopidina, amlodipina, furosemda, omeprazol, aminofilina e ciprofloxacina.

11.5. Ainda em Março, e após conversa havida entre a participante e o Senhor Dr. ..., foi por eles decidido iniciar hipocoagulação com varfarina.

11.6. Entre 14 e 25 de Setembro de ..., por rectorragias, a doente foi internada no Hospital de ..., ao cuidado do Senhor Dr.

11.7. Durante o internamento foi verificado haver leucocitose marcada (96.000 — 139.000 /mm³) com 80~90% de linfócitos, tendo sido sujeita a 4 flebotomias

11.8. Teve alta com os diagnósticos de leucemia linfóide crónica, poliglobulia, FA com RV controlada, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, hemorróides grau IV, hérnia do hiato, infecção do tracto urinário. Foi medicada com digoxina, aspirina, pantoprazole, enalapril. Foi marcada consulta para Hematologia Clínica no

11.9. Em 12 de Outubro, foi levada ao Serviço de Emergência

«A gravidade potencial do quadro e a escassa informação inicial apenas parcialmente colmatada ao 4.º dia de internamento tiveram também a sua influência no desenvolvimento do estudo da doente».

do Hospital de . . . , por dispneia aguda. Foi transferida para o Hospital de ... com os diagnósticos de leucemia linfóide crónica, trombo-embolismo pulmonar, poliglobulia e síndrome de hiperviscosidade. Apresentava um valor de hemoglobina de 18,3 g/dL, neutrofilia de $260,0 \times 10^9/L$ com linfocitose de 92 %.

11.10. Entre 25 de Setembro e 12 de Outubro, a Sra. D. ... não terá sido observada pelo seu médico assistente ou por outro qualquer.

11.11. A doente veio a falecer em 29 de Outubro de ..., no Hospital de ...

11.12. Não foi realizada autópsia.

12. Em meu entender, estes factos permitem concluir o seguinte:

12.1. O falecimento da Senhora D. ... terá sido causada por trombo-embolismo pulmonar.

«Não nos parece existir “falta de ética relacional” no que foi escrito na Nota de Alta elaborada pelo Senhor Dr. ..., pois trata-se apenas da exposição de dúvidas clínicas sobre a doente em apreço de um médico para outro colega».

12.2. Não é claro que a causa directa para tal facto tenha sido a paragem da hipocoagulação, pois verificou-se a co-existência de um síndrome de hiperviscosidade com uma neutrofilia marcada.

12.3. Ainda relativamente ao valor da hipocoagulação, esta não foi instituída à data da alta do internamento de Março, mas apenas após conversa havida entre a participante e o Dr. . . . Note-se que este não chegou a observar a doente.

12.4. O pedido da consulta de Hematologia Clínica, efectuada pelo Senhor Dr. ... aquando da alta, a 25 de Setembro, terá sido marcada para 31 de Outubro, cerca de 1 mês depois, o que nos parece razoável para a situação clínica em apreço.

12.5. Os exames efectuados no internamento de Setembro (aspirado de medula óssea e biópsia óssea) parecem-nos acertados pela poliglobulia que a doente apresentava.

12.6. Por último, não nos parece existir “falta de ética relacional” no que foi escrito na Nota de Alta elaborada pelo Senhor Dr. ..., pois trata-se apenas da exposição de dúvidas clínicas sobre a doente em apreço de um médico para outro colega.

Em face do exposto, não existindo erro médico, negligência médica ou qualquer falta de ética por parte do médico participado, proponho o arquivamento do processo.

Porto, ...

O Relator,



Miguel Sousa Neves

Preencher uma lacuna ...

A **Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS)** foi legalizada em cartório a 19 de Maio deste ano, teve a 1ª Assembleia Geral no dia 17 de Julho no Auditório da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos e está reconhecida como Associação em Diário da República – III série, nº 195 de 19 de Agosto passado.

A **1ª Assembleia Geral** contou com as presenças do senhor Bastonário e do senhor Presidente da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos – associados fundadores - e teve o apoio expresso de todos os Presidentes de Secção da Ordem que são também fundadores num grupo inicial de 128 médicos (que neste preciso momento já alargou a mais de 200 e que pretendemos venha a abarcar o maior número possível de colegas).

Nesta Assembleia foram eleitos, por decisão unânime, os 1ºs Órgãos Sociais da Associação. Aceitei ser Presidente da Direcção, o colega João Bispo é Vice Presidente e os Professores Drs. Rui Moreno e João Westwood aceitaram os lugares, respectivamente, de Presidentes da Mesa da Assembleia Geral e Conselho Fiscal.

A Direcção eleita tem como objectivo primário criar as condições necessárias para que a Associação possa vir a desenvolver na plenitude o seu objectivo que é “ser um palco privilegiado de discussão de todos os assuntos relacionados com a gestão da saúde em Portugal”.

A **25 de Agosto fomos recebidos pelo senhor Ministro da Saúde** a quem apresentámos a Associação e com quem tivemos a oportunidade de conversar durante cerca de 2 horas de forma franca e aberta sobre muitos dos assuntos que têm a ver com a situação actual do Sistema Nacional de Saúde.

O senhor Ministro aceitou o nosso convite de poder vir a ser o 1º associado honorário desta Sociedade e de proferir uma palestra, em Outubro e no âmbito da nossa primeira actividade, intitulada “*a minha visão da saúde em Portugal: presente e futuro*”.

A **SPGS** aparece por vontade de um grupo de colegas com formação específica em gestão de Unidades de Saúde que sentiram que os médicos têm que assumir um papel de liderança no processo de gestão da saúde em Portugal.

Num passado não muito longínquo muitos médicos preocupavam-se unicamente com o seu trabalho prin-

cipal que era tratar da melhor forma os pacientes, “ignorando” o aspecto financeiro da sua actividade. Hoje em dia, e mercê das mudanças que vão ocorrendo no Serviço Nacional de Saúde “os custos” do que fazemos começam a ter de ser contabilizados/analizados por todos nós.

Se os médicos – conhecedores profundos do meio onde trabalham e com sensibilidade própria para lidar com a saúde/doença dos seus concidadãos – conseguirem adquirir capacidade científica em gestão, **então poderão assumir papéis de liderança de todo um processo de mudança** que é inevitável mas que deve ser controlado por quem faz parte da **base operacional** da pirâmide das organizações de saúde.

Estas organizações (centros de saúde, hospitais, clínicas, consultórios...) deverão estar sempre centradas no utilizador “*patient focused care*”, deverão poder trabalhar cada vez mais em rede com sistemas leves de articulação entre si “*loosely coupled systems*” e a avaliação da sua performance “*a alma do que se faz na saúde*” não poderá nunca ser reduzida a uma única dimensão medida.

A saúde tem que ser encarada como uma trajectória de vida e o **negócio** da saúde “*core business*” é saber gerir da melhor forma essa trajectória **optimizando o trajecto...** “*vamos fazendo caminho, caminhando*”.

Essa gestão do percurso das pessoas envolve dois aspectos essenciais:

1. a pessoa tem que ser “ensinada” a saber gerir a sua própria saúde.
2. em caso de doença o médico e toda a estrutura envolvente têm que agir da maneira mais eficaz e eficiente.

**“eficiência: to do the things right
eficácia: to do the right thing”**

Os mecanismos de coordenação que se relacionam com os médicos não poderão ser por supervisão directa ou standardização ou até com base apenas nos resultados mas **têm que ser** essencialmente **por ajustamento mútuo** e também com base nas qualificações.

Na Saúde há um acto de organização permanente onde o **commitment** “*eu estou porque gosto*” é essencial e para isso é importante que os Conselhos de Administração/Dirigentes/Chefes entendam que, embora estejam no topo da hierarquia e da pirâmide organizacional

com elevadas responsabilidades, a **base operacional** é que é a parte mais importante e daí que nenhuma reforma poderá ter sucesso se não tiver o apoio da maioria dos médicos.

Os líderes deverão ser reconhecidos como tal pelos seus pares e devem ser capazes de reconhecer, inspirar, motivar, ter sensibilidade em relação às equipas, aumentando a performance ... optimizando as competências. Não devem ser de uma **obesidade institucional** mas sim saber dar a cada um o que precisa para que possam dar o seu máximo potencial. Penso que alguns dos nossos actuais "Chefes", embora reconhecidos como excelentes gestores noutras áreas de intervenção, poderão não ter o conhecimento nem a sensibilidade para poder exercer uma liderança capaz no campo muito particular que é a **saúde**.

Terá que haver necessariamente uma cultura de *voice* (ao contrário da cultura algo habitual do silêncio que *empurra* para o afastamento e a negligência) e **fiabilidade** e é aqui, ao nível da gestão e liderança de processos, que a **Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde** poderá vir a dar o seu contributo mais válido.

NOTA FINAL: A SPGS está aberta a todos os

médicos interessados na gestão de saúde e, até à próxima Assembleia Geral a realizar em Outubro, poderão ainda tornar-se associados fundadores. Para isso deverão contactar a SPGS através do e-mail spgsaude@sapo.pt ou o fax 252688939.

Dignificação da classe médica

Ultimamente muito se tem falado à cerca da dignificação da classe médica. Algo que parece ter havido no passado e inexistente hoje.

Todos os candidatos às próximas eleições da Ordem reivindicam a necessidade de voltar a ver atribuída à Classe a dignidade de outrora. Muitos foram, por certo, os factores que contribuíram para esta quebra de dignidade. A sociedade sofreu alterações profundas, as universidades democratizaram-se, políticos tentaram denegrir a nossa imagem, sem dúvida nenhuma.

No entanto, penso que deveríamos fazer uma análise introspectiva. Não

foram só os factores externos que contribuíram para a quebra da dignidade. Cada médico, ao iniciar a sua carreira, abraçou algo mais profundo do que uma mera profissão. Cada um de nós foi chamado a ser defensor da vida humana.

Cada doente que nos procura, ou que, não nos procurando chega às nossas mãos necessitando de auxílio, espera do médico uma atitude de dignificação da vida humana. Cada ser humano, da gestação à morte, espera do médico o mesmo cuidado, a mesma atenção devida a qualquer ser humano em qualquer fase da vida.



Maria Helena Martins

Especialista em Medicina Geral e Familiar

Será que nós, médicos, temos dignificado a vida? Só quando dignificarmos os outros, poderemos esperar dignidade.

Será que a chama da nossa arte se está a apagar? Cada um de nós, através da sua actuação diária, poderá ser a brasa que atíça a chama. Então, a dignidade será alcançada em pleno.



António Paes Cardoso

Compromisso de Cuidados Médicos Centrados no Doente


O American College of Chest Physicians enviou recentemente aos sócios desta Associação uma carta pedindo a aceitação e divulgação de um texto, contendo um compromisso que constitui uma espécie de aditamento ao Juramento Hipocrático adaptado aos dias de hoje e que se pretende seja assumido por todos os elementos da classe médica.

Este texto transcreve-se a seguir na sua versão original e tradução em português, em que se procurou conser-

var, dentro do possível, o espírito do documento original.

O **Compromisso de prestação de cuidados médicos centrados no doente**, foi apresentado na Assembleia Geral do "Chest" 2003 e Assembleia Científica Internacional do American College of Chest Physicians.

Com base neste documento propõe-se criar uma insti-



THE AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS
PATIENT-FOCUSED CARE PLEDGE

I will strive to provide patient-focused care wherever and whenever I have the privilege of caring for patients. I will also work to ensure that all health-care systems in which I provide care are patient-focused. Patient-focused care is compassionate, sensitive to the everyday and special needs of patients and their families, and based upon the best available evidence. It is interdisciplinary, safe, and monitored. To ensure the provision of patient-focused care in my professional environments, I shall willingly embrace the concepts of lifelong learning and continuous quality improvement.

TRADUÇÃO:

AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS
COMPROMISSO DE CUIDADOS MÉDICOS CENTRADOS NO DOENTE

Esforçar-me-ei por prestar cuidados médicos centrados no doente, onde e sempre me seja concedido o privilégio de ter doentes a meu cargo. Esforçar-me-ei, também, para assegurar que todos os sistemas de saúde em que me integro tenham uma actuação centrada no doente. Os cuidados administrados aos doentes, são compassivos, sensíveis às suas necessidades específicas diárias, bem como às dos seus familiares e apoiados pela melhor evidência médica disponível. São interdisciplinares, seguros e monitorizados. Para assegurar no meu ambiente profissional cuidados médicos centrados no doente, estou disposto a aceitar com convicção os princípios de formação permanente e da melhoria contínua da qualidade. *Assinatura*

tuição que pretende usar este compromisso como base de trabalho para uma iniciativa especificamente concebida para desenvolver modelos interdisciplinares de cuidados de saúde centrados no doente, com vista a serem adoptados nos hospitais ou outras instituições que prestam cuidados de saúde, e, igualmente, integrar programas de formação de âmbito nacional.

O texto, como poderá verificar-se pela sua leitura, centra no doente toda a prestação de cuidados de saúde, destacando, muito especificamente, a qualidade e eficácia que estes cuidados devem ter, englobando, com especial atenção, os seus familiares.

As falhas muito frequentes no atendimento do doente, mais do que no seu tratamento, que se verificam nas nossas instituições de saúde, poderão ser corrigidas com um grande esforço individual de mentalização e por acções eficazes de formação.

Além do mais, este documento tem, também, a meu ver, o máximo de acuidade e oportunidade nos tempos actuais, em que se deve procurar o lícito combate ao desperdício e a rentabilização dos sistemas dos Sistemas de Saúde não colidam com a qualidade de cuidados prestados ao doente.

Este tipo de iniciativas poderá, eventualmente, aumentar os gastos com a Saúde. Sabe-se, no entanto, que o custo social da Saúde não se deve equiparar a um prejuízo e que se impõe uma visão mais ampla do conceito clássico de lucro.

Um Sistema de Saúde, embora com alguma especificidade, não pode ignorar os dois requisitos base de qualquer bom sistema e que são a Universalidade e a Eficácia, de certo modo incompatíveis com uma vida clássica de lucro.

De igual modo, esse Sistema não deverá alhear-se de um conceito empresarial moderno, o C.R.M. (Customer Relationship Management), visto que o doente tem que ser considerado como um "cliente" do Serviço Nacional de Saúde, e que assim justifica, não só que todas as atenções sejam centradas nele, como que sejam motivo de privilégio para quem os trata.

Subscrevo as palavras de Richard S. Irvin no seu "discurso inaugural da sua presidência do American College of Chest Physicians" em 26 de Outubro de 2003.

"Para mim, os cuidados médicos centrados no doente podem facilmente ser definidos: penso que são os cuidados que queremos que as nossas famílias recebam sempre. Contudo isto não significa que sejam os cuidados que nós queremos apenas para as nossas famílias, mas sim os que queremos que todos os nossos doentes recebam."

Porto, 31/08/2004

ENVIE-NOS OS SEUS ARTIGOS

Para que a revista da Ordem dos Médicos possa sempre ser o espelho da opinião dos profissionais de todo o país, agradecemos a colaboração de todos os médicos que desejem partilhar as suas opiniões, experiências e ideias com os colegas, através do envio de artigos para publicação na ROM.

Para que isso seja possível, deverão enviar os artigos em disquete e impressos em papel, acompanhados de uma fotografia alusiva ao tema em destaque e uma foto do autor. Preferencialmente os artigos não devem ter mais do que quatro páginas e serão sempre sujeitas à aprovação da Direcção da Revista da Ordem dos Médicos.

Uma história exemplar

Em fins de 2003 a Senadora Hillary Rodham Clinton (HC) publicou um livro de memórias (Living History, versão da Headline Book Publisher, London) onde desdobrou vários episódios da sua vida como jovem, estudante, mulher, defensora dos direitos da mulher e First Lady dos EUA e onde deu a conhecer momentos importantes da sua vida profissional como advogada, política, embaixadora e senadora do estado de Nova York a que acedeu por votação e no termo de renhida campanha eleitoral. A sucinta apreciação que se segue circunscreve-se à experiência obtida na orientação da política de saúde daquele país.

O interesse didático e cívico da experiência americana para o caso português, não deve ignorar as diferenças essenciais entre as realidades históricas, económicas e sociais óbvias entre os dois países, não obstante as raízes culturais e a abordagem profissional comuns a ambos. Justifica-se ainda outra advertência já que a concepção do Serviço médico em Portugal está definida em três valências (assistencial, ensino e investigação) que estruturam a carreira médica, enquanto o livro debruça-se essencialmente sobre aspectos assistenciais. Uma outra razão de interesse do livro são os fenómenos que descreve, os mecanismos que os condicionam e os efeitos que provocam que serão semelhantes nos dois países. O relato e a experiência americanas têm ainda uma razão de interesse nos comentários pessoais com o espírito de observação apurado, inteligente e oportuno aliado ao subtil sentido de humor da autora.

Dois episódios são aqui recordados como introdução geral ao tema, um deles sobre as instalações telefónicas da Casa Branca então próprias de um tempo passado e que aguardavam remodelação – para fazer uma chamada

os novos inquilinos surpreenderam-se com a necessidade de levantar o auscultador, aguardar a intervenção de uma operadora e esperar que se estabelecesse a ligação. O outro apontamento é uma apreciação genérica sobre o sistema de saúde dos EUA quando comenta ser esse o melhor lugar do mundo para se fazer uma transplantação cardíaca; mas não tão bom para a esperança de vida de um recém nascido para o seu primeiro ano de vida (ocupava então o 18º lugar entre as nações industrializadas).

A apreciação que se segue foi enquadrada nas seguintes alíneas: antecedentes, abordagem, implementação da reforma, a derrota e as vitórias.

Antecedentes da organização assistencial...

As principais medidas reformadoras durante o século XX estão representadas no quadro I.

...A abordagem da situação assistencial

Um dos princípios do serviço de saúde fora defendido pelo Presidente no seu discurso inaugural, ao recordar que “teremos de fazer escolhas difíceis para controlar os custos de saúde... e tornar a saúde acessível a toda a gente.” Um senador democrata interpretaria este sentido de universalidade ao observar “se os criminosos têm direito a um advogado o trabalhador americano também tem direito a um médico”. Em cumprimento do programa eleitoral, foi nomeada uma “task force” coordenada por HC e que assumiu as preocupações do Presidente: controlar os gastos e elaborar um plano assistencial de modo a facultar à população os “cuidados necessários de saúde” ou “affordable health care”. Desde cedo HC apercebeu-se das dificuldades da tarefa pelo confronto com situações concretas bem documentadas e relacionadas com o custo médico cada

Quadro 1

1933 – 45	F.D. Roosevelt	“New Deal”
1945 – 53	H. Truman	“Fair Deal”
Anos 40/50	–	Contratos
1963 – 69	L. Johnson	Medicare – Medicaid
1969 – 74	R. Nixon	“Employer – mandate”
1974 – 77	G. Ford	Cobertura Universal
1977 – 81	J. Carter	Cobertura Universal

O “New Deal” foi um plano de reconstrução económica que teve uma componente assistencial. O “Fair Deal” tentou a cobertura universal de saúde. O Contrato refere-se a uma ligação entre o empregador – empregado – seguros. O “Medicare” destinava-se às pessoas com mais de 65 anos de idade e o “Medicaid” às de menores recursos ou deficientes. Constituem o maior sucesso americano de saúde no Séc. XX e prestam assistência a 76 milhões de pessoas. No “Employer Mandate” procurou-se que o empregador assegurasse parte das regalias do empregado. A indústria dos seguros de saúde tornou-se poderosa com o correr dos anos mas opõe-se à cobertura universal por recear limitações quer nos montantes que auferem quer na sua capacidade de rejeitar certos doentes de alto risco. Os resultados das várias iniciativas ficaram sempre aquém das esperanças iniciais.

vez maior, casos de pessoas angustiadas, enredadas em situações injustas e dificuldades burocráticas num número apreciável de situações. Também preocupante era a existência de 37 milhões de pessoas, geralmente trabalhadoras, sem qualquer tipo de seguro e cujo número oscilava conforme as circunstâncias. No início dos anos 90 o número de americanos que perdiam a cobertura de saúde andava pelos 100 mil por semana e era de 2 milhões os que perdiam temporariamente a cobertura por mudança de emprego. Ainda delicado era o pequeno negócio não poder suportar o prêmio cada vez mais elevado do seguro e o estado de endividamento progressivo do doente quando limitado exclusivamente ao serviço de urgência.

Outra série de fenómenos relacionava-se com a farmácia, o custo de medicamento prescrito e a entrega por vezes atrasada ou mesmo negada pelo seguro. A eficácia do tratamento perde-se ou ressent-se quando o doente não avia a receita na farmácia ou reduz a dose prescrita. O dilema desses doentes colocava-se ocasionalmente entre renda de casa e a farmácia.

O custo do medicamento inscreve-se numa estrutura que pode "minar a economia, destruir a competição americana, corroer o salário dos trabalhadores, aumentar a falência das empresas e inflacionar o défice orçamental." HC refere como exemplo de verbas mal gastas o dispêndio em 1992 de 45 biliões de dólares em custos administrativos de verba inicialmente destinada a médicos, enfermeiros, hospitais e outros centros provedores de cuidados.

A "task force" admitiu no início a perspectiva de expansão do sistema medicare pela diminuição da idade de admissão no sistema para os 55 anos. No entanto o Presidente favoreceu o sistema designado por "managed competition", que seria mais sensível às leis do mercado e no qual deposi-

tava esperança para uma redução dos custos. As estruturas importantes do sistema proposto por HC seriam o **Governo** para precisar o tipo de regalias atribuído ao doente e as condições de funcionamento das cooperativas. As **Cooperativas** para negociar com as companhias de **Seguro** as modalidades de prestação das regalias, os preços e qualidade dos serviços. A **Administração** para monitorizar os preços e qualidade acordados e as condições de cumprimento junto do doente. O **Doente** teria a liberdade de escolha do seu **Médico** o que constituía para HC "um item não negociável" segundo o Presidente.

A derrota...

Cedo começaram as dúvidas quando o projecto começou a ser discutido. Em primeiro lugar do próprio Congresso que teria de passar em matéria de saúde por uma curva de aprendizagem já que mais de um congressista desconhecia a diferença entre o medicare e medicaid ou até mesmo a própria cobertura de que era beneficiário. Era também necessário assegurar um apoio público importante. Os eventuais interessados queixavam-se da falta de clareza e simplicidade bem como das centenas de páginas do plano enquanto os membros do Partido Republicano levantavam problemas ou dúvidas a um ritmo mais acelerado que as próprias explicações facultadas. Também as corporações interessadas, agrupando os 85 % de pessoas com problemas de saúde aparentemente resolvidos, opunham-se à proposta. A Associação Americana de Pessoas Reformadas (AARP) estava dotada de uma verba de 300 milhões de dólares para derrotar a proposta a que se opunham 15 milhões da campanha de esclarecimento da task force. Além disso as companhias farmacêuticas e as indústrias de seguros não aprovavam a proposta. Havia finalmente a oposição política do Partido Republicano.

A própria HC reconhecia que o ou-



A. Coutinho de Miranda

Antigo Chefe de Serviço e Director Clínico do Hospital Curry Cabral

tro lado possuía melhores ferramentas em dinheiro, jornais e organização. Uma última campanha de informação de grande fôlego foi o "Health Security Express". Esta campanha que iria percorrer um circuito nacional de autocarro da costa leste até Washington com várias sessões de informação e que se destinava ainda a demonstrar o apoio popular da reforma de saúde. Esta campanha encontrou em cada nova sessão uma resistência organizada cada vez mais violenta das forças que se opunham ao plano de saúde. Após regresso à capital HC retomou contactos com o Partido Republicano, mas as hipóteses de chegar a uma plataforma de entendimento tornavam-se cada vez mais difíceis. Com a deserção dos últimos aliados republicanos HC admitiu a derrota legislativa do plano.

...E as vitórias

A experiência surtiu no entanto alguns efeitos favoráveis. A indústria farmacêutica e os fornecedores de serviços refrearam, ainda que temporariamente, o aumento de preços. No Congresso o ambiente tornou-se favorável a algumas iniciativas legislativas do Partido Democrático - as pessoas que mudam de emprego passaram a manter as regalias de saúde enquanto procuravam novo emprego e o programa geral de seguro da criança foi alargado de modo a incluir filhos de pais com recursos limitados (nem tão baixos para aceder ao medicaid, nem tão altos para suportar o seguro).

HC esteve mais directamente envolvida noutras medidas tais como o alargamento do internamento das parturientes por um período superior a 24 horas, a melhoria do plano de vacina-

HISTÓRIAS da HISTÓRIA

ção com protecção das crianças com mais de 2 anos de idade para 90% das doenças mais frequentes, os planos de prevenção de grande envergadura dos cancros da mama e da próstata, investigação na diabetes, campanhas anti-tabágica e de combate contra a SIDA.

Na segunda legislatura HC adoptou como estratégia a escolha de projectos mais discretos com alvos melhor definidos e de mais fácil execução, de preferência a outros mais ambiciosos e mais complexos que despertavam a oposição política do congresso. Assim procurou salvaguardar as conquistas já obtidas, melhorar as condições de bem estar social, contrariar as tentativas de redução financeira nos serviços de apoio legal e educação, medicare e medicaid e iniciou um *lobby* junto de democratas e republicanos para redução nos preços das vacinas.

A família continuou a merecer uma atenção especial com a "licença médica", ou ausência sem vencimento para acompanhamento de uma emergência, ida ao hospital, ou prestação de assistência conjugal ou familiar durante vários meses na doença grave ou terminal (neoplasia e insuficiência cardíaca).

A criança também continuou com apoios pós-escolares e centros de dia pré-escolares. Estas iniciativas possibilitaram ainda uma maior liberdade e qualidade de vida à mãe e eram acompanhadas quando necessário por medidas de correção de deficiências da criança relacionadas com o domínio da língua e da matemática. Com idêntico objectivo procurou aumentar o salário mínimo e dinamizar programas tais como "mais

professores na escola" e " mais polícias na rua" para contrariar a violência juvenil assim como a ocupação de tempos livres no Verão que beneficiaram



Dia do éter, 16 de Outubro de 1846 – excisão do tumor maxilar de Gilbert Abbott. O Dr. J.C. Warner manobra o bisturi enquanto o Dr. W. Morton suporta o inalador com éter. O cirurgião diria no fim da experiência bem sucedida: «Senhores, isto não foi nenhum embuste». A medicina americana, ainda muito incipiente, começava a firmar-se, com uma inovação impressionante.

um milhão e trezentas mil crianças. Promoveu conferências de sensibilização na Casa Branca sobre os cuidados da criança e a aprendizagem e desenvolvimento do adolescente. Obte-

ve 20 biliões de dólares para melhorar os cuidados às crianças necessitadas a escalonar nos 5 anos seguintes (saúde e educação) no que constituiu a maior expansão do seguro de saúde desde a introdução do medicaid em 1965.

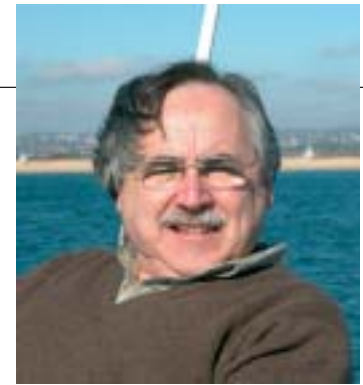
Do lado assistencial além das medidas já referidas interrompeu a redução do número de pessoas seguradas que se vinha a verificar nos últimos 12 anos e ocupou-se de importantes questões como assistência aos doentes neoplásicos, ao idoso, HIV/SIDA no país e no estrangeiro. Manteve o *lobby* antitabágico e teve uma acção assistencial exemplar decisiva no apoio aos soldados com o "Síndrome da Guerra do Golfo".

Também simplificou o processo de adopção de crianças e tornou possível em circunstâncias precisas a entrega de crianças aos pais não biológicos em desfavor dos pais biológicos.

Ao elaborar as considerações precedentes absteve-me de introduzir factos do meu conhecimento ou qualquer interpretação de ordem pessoal, exceptuando a escolha das ilustrações históricas, as divisões do texto e a disposição dos assuntos, incluindo a elaboração do Quadro I. Para quem teve a paciência de ler o texto até aqui, permito-me insistir sobre a recomendação do então presidente Clinton à *task force*: "a liberdade de escolha do médico pelo doente é um item não negociável". Verdade quase axiomática o "item não negociável" é tam-

bém uma proclamação de independência profissional médica proferida por um autêntico estadista que se apercebeu da essência do problema em discussão.

De vez em quando... eu conto uma história!



Raul de Amaral-Marques
Médico Pneumologista e Imuno-Alergologista

... provavelmente mulato!

Esta vida de médico e de docente também tem as suas coisas boas. Congressos, conferências, cursos, acções de formação fora de casa. Melhor ainda quando nos deslocamos a locais exóticos, distantes, diferentes. É verdade que, como o Prestes João, já percorri mais de meio mundo. Mas agora, que me aposentei do Hospital, que deixei de ser professor dos meus alunos da Faculdade, deixei também de viajar tanto e de me deslocar a tantos congressos... lugar aos mais novos!

Uma certa ocasião recebi um convite para ser conferencista numa reunião em Macau, na altura ainda sob tutela de Portugal! Talvez a única oportunidade, para mim, de me deslocar àquele pedaço de terra ou de ilha ainda sob bandeira portuguesa!

Um voo por etapas, de Lisboa a Amsterdão, depois Hong Kong, por cima do Pólo Norte. Dois dias nessa urbe imensa e populosa... um cheiro de China, a relembrar o Senhor Ventura de Miguel Torga.

A saga das compras, dos relógios de imitação, o percurso pelas ruelas escuras, peçadas de gente, quais formigas apressadas, os mistérios da Flor de Lótus, o cheiro do tabaco misturado com ópio...

Em terra de caracteres chineses, dos "éles" em vez dos "érres", os "hidrofoils" de Stanley Ho, baptizados com nomes portugueses, a abarrotar de jogadores para os casinos do mesmo senhor, faziam a diferença e anunciavam presença de Portugal. Mar das pérolas atravessado em 45 minutos e eis-nos chegados à cidade de Macau. Um sentimento diferente, a sensação, não de algo nos-

so, mas de alugado ou emprestado, cedido a prazo. Mandarin ou cantonês, as línguas ou dialectos dominantes, depois o inglês e o português, apenas nas repartições do estado, nalguns hotéis, em poucas pessoas com quem nos cruzamos nas ruas.

O mítico Hotel Lisboa, o jogo, as pérolas, a visita ao templo da deusa que deu o nome à cidade, as pontes, as ilhas de Taipa e Coloane, as montras das casas de penhores a abarrotar de Rolex de ouro, cravados de diamantes, perdidos ao jogo... mas também as Portas do Santo Nome de Deus, o Jardim de Camões e a sua gruta, local onde provavelmente ajeitou ainda algumas estrofes dos seus Lusíadas. E a pastelaria "Bolo de Arroz"... "two coffees and two pasteles de nata..." assim dizia o empregado chinês.

Na segunda noite de estadia na ilha, integrei num pequeno grupo de congressistas de Lisboa e do Porto, com o pretexto de irmos jantar e descobrir um pouco da comida macaense. Não queríamos a comida portuguesa e tínhamos receio da chinesa, dos miolos de macaco, da cobra, ou de uma civeta infectada por um qualquer vírus chinês.

A hesitação era patente... um, mais afoito, entrava num restaurante, e o grupo ficava à porta, expectante... lá saía a dizer que não tinha aspecto... e, assim se passaram uns bons 30 ou 40 minutos, num entra que não entra, num escolhe que não escolhe...

Às tantas, já a hora era tardia e a noite se tinha escurecido, passa perto de nós um senhor de feições chinesas, gabardina clara e chapéu de

feltro mole, aí pelos 60 a 70 anos, que reparou na nossa indecisão e nos perguntou, num português correctíssimo, se precisávamos de ajuda. Lá lhe explicamos da nossa procura e lhe contámos das nossas indecisões até ao momento. Prontificou-se a indicar-nos um restaurante que ele achava que nos iria servir o que pretendíamos e mais, como ficava no caminho de sua casa, resolveu acompanhar-nos até ao local e recomendar-nos ao chefe de mesa. Cinco minutos a pé... tempo para uma conversa breve...

Iniciei um diálogo de circunstância perguntando-lhe, admirado, da correcção do seu português, sendo chinês... Disse-me que era macaense, filho de pai português e de mãe chinesa, funcionário público aposentado, um quadro superior, a viver em Portugal há mais de 40 anos, na Amadora, e que vinha, com uma certa regularidade a Macau. Que era casado, que tinha duas filhas e avô de duas netas lindas... todos a viver na linha de Sintra. Que tinha trabalhado nas Finanças e que se deslocava, agora que estava aposentado, com uma frequência maior a Macau, a fim de tratar de negócios...

Quase a chegar ao tal restaurante, e mesmo antes de nos despedirmos, pergunto-lhe tal e qual assim: "E como é que aconteceu ser macaense?" e ele respondeu-me desta maneira simples e espontânea: "olhe, sabe, o meu pai era militar, capitão do exército, e veio cumprir serviço aqui para Macau. Conheceu a minha mãe e eu nasci assim... se, por acaso, ele tivesse ido para Moçambique, provavelmente, eu teria sido mulato".

Congresso Nacional de Cuidados Paliativos, de 17 a 19 de Novembro: um congresso para todos os médicos

Vai decorrer em Lisboa, na Fundação Calouste Gulbenkian, de 17 a 19 de Novembro, o Congresso Nacional de Cuidados Paliativos, que conta com o apoio da Ordem dos Médicos. O painel de temas e de prelectores (nacionais e estrangeiros) deste congresso é abrangente e tem interesse para todas as especialidades médicas. Os temas vão desde o controlo sintomático, a aspectos da dignidade e algumas questões relativas à organização dos cuidados paliativos. A Comissão Organização convida todos os colegas a participar neste encontro. Para mais informações, contactar: Fundação Grunenthal (Anabela Alcaravela) - Telef.: 21 472 63 00; Fax: 21 471 09 10; E-mail: anabela.alcaravela@grunenthal.pt

Estudo de opinião sobre a enxaqueca

A mais vasta pesquisa internacional a envolver doentes com enxaqueca comprovou que apesar da disponibilidade de terapêuticas eficazes, especificamente desenvolvidas para lidar com a enxaqueca, a maioria dos doentes afectados ainda não recebe o tratamento mais adequado. De acordo com os resultados de fase quatro do estudo MAZE (*Migraine and Zolmitriptan Evaluation*), apresentados numa reunião promovida pela *European Federation of Neurological Societies*, uma percentagem substancial dos doentes com enxaqueca experimentam, sem sinais de sucesso, diversos tipos de analgésicos e anti-eméticos antes de consultarem um médico. Foi questionado junto dos doentes qual a forma de tratamento utilizada na última crise de enxaqueca. 89% recorreu a medicação, 52% fez uso de um analgésico ou de um anti-emético e apenas 20% utilizou um triptano. De entre os doentes medicados, 72% necessitou de dose adicional do medicamento tomado inicialmente ou de optar por outro tratamento, situação significativamente mais baixa em doentes medicados, desde o início, com um triptano. As quatro fases da iniciativa MAZE acumularam dados sobre a prevalência da enxaqueca (MAZE I), as terapêuticas disponíveis direccionadas para doentes com enxaqueca (MAZE II), o impacto da enxaqueca na qualidade de vida e no contexto familiar dos doentes (MAZE III) e as circunstâncias práticas que envolvem actualmente o contexto do tratamento em doentes com enxaqueca (MAZE IV).

Epidemia de tuberculose multiresistente

Especialistas norte-americanos alertam para a possibilidade de ocorrer uma epidemia de tuberculose multiresistente, com base nos resultados de dois estudos publicados no jornal *Nature Medicine*. Este alerta coincide com um relatório que afirma que os esforços da OMS para controlar a tuberculose multiresistente não estão a ter os resultados esperados. Segundo os especialistas estes dados sugerem que a doença poderá reaparecer de forma perigosa, com novas estirpes ainda mais difíceis de tratar. A tuberculose é responsável pela morte de dois milhões de pessoas por ano.

Associação Portuguesa de Cirurgia Craniomaxilofacial XII CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA ORAL E MAXILOFACIAL

4 a 6 de Novembro de 2004

Lisboa

CORINTHIA ALFA HOTEL

CONTACTOS:

Secretária do Congresso: Manuela Oliveira
Tel: (+351) 218427100 ou (+351) 919051274

BOLETIM DE INSCRIÇÃO

Apelido:.....Nome:.....
Morada:.....
Tel:.....Fax:.....e-mail:.....
Especialidade:.....
Local de trabalho:.....Cargo:.....
Acompanhante(s):.....

CONGRESSO	Até 30-09-04	Depois de 30-09-04
Sócios da APCCMF	350 €	450 €
Não sócios da APCCMF	420 €	520 €
Internos (Residentes) da APCCMF (1)	250 €	350 €
Internos (Residentes) não-APCCMF(1)	300 €	400 €

(1) Necessário certificado oficial

CURSOS PRÉ-CONGRESSO	Até 30-09-04	Depois de 30-09-04
Cirurgia da base do crânio	150 €	200 €
Microcirurgia peri-apical	200 €	250 €
Implantologia avançada	300 €	400 €

NOTA: O valor da inscrição inclui documentação oficial do Congresso, acesso a todas as sessões científicas, cafés e almoços de trabalho.

JANTAR DE CONVÍVIO (4 Nov): 60 €; **CEIA DE GALA (5 Nov):** 100 € (limitado a 170 lugares, inscrições por ordem de chegada)

RESERVA DE HOTEL

Hotel Escolhido: _____ Nº. de Noites _____

Chegada: ___/___/___ Partida: ___/___/___

Nota: Hotel oficial do Congresso - **Corinthia Alfa Hotel**

Novotel a 500m do local do Congresso

Corinthia Alfa Hotel ***** Novotel ***

Quarto Single	150€	110€
Quarto Duplo	180€	140€

Preços c/pequeno almoço incluído

Hotel Escolhido: _____ Nº. de Noites _____

Chegada: ___/___/___ Partida: ___/___/___

Nota: Hotel oficial do Congresso - **Corinthia Alfa Hotel** Novotel a 500 m do local do Congresso

PAGAMENTO: em Euros (€ pode ser efectuado por cartão de crédito, ou por cheque à Ordem de "Viagens Terra Nova".

Cartão de crédito, por favor preencha: Eu autorizo o débito do

PAGAMENTO TOTAL, ao meu cartão de crédito:

VISA * AMERICAN EXPRESS * EUROCARD/MASTERCARD *

Nº do Cartão de Crédito _____ Data de

Validade ___/___/___

C V V (três últimos números no verso do cartão) ___/___/___

Data de autorização ___/___/___

Assinatura (Titular do Cartão) _____

Por favor, envie esta Ficha de Inscrição para:

TERRA NOVA Viagens e Turismo

C/O Congress Department Telefone: (351) - 21 8437980

Praça Francisco Sá Carneiro, 12-A Fax: (351) - 21 8403766

1000-160 LISBOA - PORTUGAL e-mail:

m.carrilho@viagensterranova.pt

12.º Congresso Internacional de Endocrinologia

Decorreu recentemente no Centro de Congressos de Lisboa o 12.º Congresso Internacional de Endocrinologia, evento que reuniu durante cinco dias representantes de 85 países. Este Congresso, além de ser o maior evento endocrinológico do ano, é igualmente o mais representativo do mundo. 50% da produção científica apresentada foi proveniente de 5 países - Estados Unidos, Japão, Reino Unido, França e Itália. Todavia, é importante salientar que países cientificamente emergentes como a Finlândia, Polónia, Dinamarca, Portugal, Grécia, Nova Zelândia, Rússia, Tailândia, Jugoslávia, Coreia e Singapura representaram 10% dos trabalhos apresentados. Durante o Congresso foram apresentadas novas formas de diagnóstico com recurso à biologia molecular, passando pelas novas formas terapêuticas no tratamento da Obesidade, Diabetes e Osteoporose, tumores da hipófise e disfunção eréctil, e até as novas condições do exercício da medicina como a telemedicina.

Asma: terapêutica ajustável

Um relatório recente intitulado «*é tempo de ajustar*» revela que praticamente em cada três doentes asmáticos crê que o seu tratamento actual não o impede de possuir preocupações relacionadas com uma exacerbação, facto que demonstra uma distinta falta de confiança nas terapêuticas actualmente disponíveis. O relatório refere a vontade crescente, demonstrada por 80% dos doentes, em assumir a responsabilidade de um maior controlo sobre a sua própria condição e que é um facto consensual, entre doentes e prestadores de cuidados de saúde, que os sintomas da asma oscilam cronologicamente e que os doentes atravessam, com regularidade sucessiva, períodos de um controlo efectivo e fases de agravamento da patologia. De forma significativa, 88% dos doentes compreende a importância de uma intervenção precoce e da administração de tratamento assim que se verifica um agravamento dos sintomas. Uma abordagem terapêutica baseada num princípio ajustável poderá permitir que os doentes assumam um maior controlo sobre os seus próprios sintomas. «*É tempo de ajustar*» é um documento apoiado pela EFA e cujo desenvolvimento esteve a cargo do Grupo AstraZeneca.

Nova terapêutica contra o cancro

A Eli Lilly and Company anunciou que foi autorizada pela Comissão Europeia (CE), a introdução no mercado do medicamento citostático, Alimta® (pemetrexed), para duas indicações distintas de cancro. Isto, significa que o pemetrexed pode ser facultado a dois grupos distintos de doentes cada um dos quais se debate com estas formas devastadoras de cancro. A data de lançamento e a sua disponibilidade no mercado europeu vai variar em cada Estado Membro. Pemetrexed, em combinação com cisplatina, torna-se agora o primeiro tratamento de quimioterapia aprovado na União Europeia para ajudar a prolongar a vida dos doentes com mesotelioma pleural maligno. Pemetrexed, administra-

do em monoterapia, é também um novo tratamento de segunda linha em doentes que sofrem de cancro do pulmão de não-pequenas células.

Encontro de Cardiologia Pediátrica

A Secção de Cardiologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria realizou pela primeira vez em Portugal um *workshop* sobre as «novas indicações nas cardiopatias congénitas». Esta patologia aumenta o risco de desenvolvimento de doenças graves do tracto respiratório inferior em bebés infectados pelo Vírus Sincicial Respiratório. De acordo com estudos publicados em 2004, a taxa de mortalidade global por infecção por esse vírus é cinco vezes mais elevada em crianças com cardiopatia congénita do que nas crianças que não têm esse factor de risco. O encontro teve lugar em Setembro, na Quinta das Lágrimas, em Coimbra e contou com o apoio da Abbott.

Dia Mundial do Coração

No Dia Mundial do Coração, 26 de Setembro, a World Heart Federation advertiu que as crianças com excesso de peso têm uma probabilidade entre três e cinco vezes maior de sofrer um ataque cardíaco antes de chegar aos 65 anos. Os estilos de vida cada vez menos saudáveis seguidos pelas crianças (dietas inadequadas, obesidade, tabaco, inactividade física, etc.) são a principal causa do aparecimento cada vez mais frequente de doenças cardíacas em idades precoces. Por estas razões, o Dia Mundial do Coração foi dedicado às doenças cardiovasculares nas crianças e adolescentes.

7º Congresso Nacional de Pediatria

Com o objectivo de discutir não só as questões técnicas e científicas, mas também as vertentes social, de educação e de apoio à criança, o 7º Congresso Nacional de Pediatria decorreu entre os dias 23 e 25 de Setembro, no Centro Cultural de Belém. A oncologia, como vertente fundamental da pediatria, o futuro da pediatria em Portugal, a obesidade no adolescente, a alergia na criança, o futuro da cardiologia fetal, as perspectivas actuais da terapêutica farmacológica em arritmias nas idades pediátricas, a dor em pediatria, aspectos éticos na relação médico-doente e o controlo da infecção num serviço de pediatria, foram alguns dos muitos temas abordados durante estes três dias de trabalhos.

Prémio DuPont de Ciência

Sérgio Moreno, Professor de Investigação do Conselho Superior de Investigações Científicas, em Espanha, é o vencedor da XIV edição do Prémio DuPont de Ciência no valor total de 30.000 euros. O Júri, presidido por Santiago Grisolia, decidiu por unanimidade conceder o galardão a Sérgio Moreno pelas suas importantes contribuições no campo da investigação celular, relacionadas com o controle do ciclo celular, que contribuíram para um maior conhecimento da regulação da divisão celular na investigação sobre o cancro. Sérgio Moreno trabalha actualmente no Instituto de Biologia Molecular e Celular do Cancro da Universidade de Salamanca



120 perguntas sobre Hepatite C Quimera

A editora Quimera lançou «120 perguntas sobre Hepatite C», da autoria de Patrick Marcellin e Thomas Laurenceau, com coordenação científica da edição portuguesa de Rui Tato Marinho, José Velosa e Miguel Carneiro de Moura. Esta edição foi adaptada à realidade nacional, adaptação da qual nasceram muitas perguntas que não constavam do original. Segundo explicou Rui Tato Marinho este é um livro muito importante para os doentes e seus familiares, «mas também para os médicos, que podem aprender muito ao lê-lo». Este livro pretende minorar o «drama pessoal que pode representar a má informação» e ser mais um passo na desmistificação e na luta contra a discriminação e o estigma que estão associados a esta patologia. A edição deste livro contou com o apoio da Roche, uma participação que foi definida por Adriano Treve, Director Geral da Roche Portugal, da seguinte forma: «a indústria farmacêutica não se limita a vender medicamentos, tem também responsabilidades ao nível da saúde pública na divulgação de informação sobre as várias doenças».



Cirurgia da Laringe

João Olias (coordenação), Fernando Vilhena de Mendonça (ilustrações científicas), Miguel Magalhães, Luís Oliveira, Pedro Montalvão, Rui Fino, Lúgia Ferreira e Hugo Estibeiro.
Círculo Médico

O livro «Cirurgia da Laringe - Atlas de Técnicas Cirúrgicas - Guia de Dissecção» foi apresentado no decorrer do Congresso Nacional do 51º Aniversário da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia no final de Maio. O cancro da laringe mata 500 portugueses/ano e altera a qualidade de vida de milhares de sobreviventes. O tipo de cirurgias praticadas em fases precoces da doença garante uma vida de qualidade com manutenção da função fonatória e de deglutição, sem perturbações respiratórias. Esta obra percorre aspectos da história, embriologia, anatomia, diagnóstico e técnicas cirúrgicas aplicadas ao tratamento do cancro da laringe. Um livro com aspectos únicos, nomeadamente a descrição da técnica pioneira «reconstrução circunferencial da traqueia». Edição completada por versão multimédia onde é possível consultar vídeos de diagnóstico e técnicas cirúrgicas.



Era uma vez... o stress e a depressão

António Gomes Bento, António Sampaio, Bernardo Barahona Corrêa, Joana Alexandre, Maria Antónia Frasilho, Maria Filomena Patrício, Maria Helena Lopes e Soledade Coutinho Varela
Padrões Culturais Editora

Livro de contos de vários psiquiatras onde se descobrem relatos de vivências relacionadas com o stress e a depressão. Apesar dos estilos de escrita naturalmente diferentes, podemos encontrar um ponto comum em todas as histórias ficcionadas desta colectânea: o stress e a depressão como traços humanos que marcam tanto médicos como doentes, quer nas suas vivências enquanto pessoas e/ou profissionais, quer no contexto da relação terapêutica. «Podia ser que escrevesse um livro a contar a sua história», divagava uma das personagens que se encontram num dos contos, mas enquanto isso não sucede, fazem-no estes psiquiatras, cuja ficção nos toca como sendo realidade, pois é incontornável que «há vidas quebradas por tristezas tão profundas que não cabem em nome algum». «É mesmo importante viver intensamente cada dia da vida»...



Exposição de pintura na OM

A galeria da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos recebeu, entre os dias 28 de Setembro e 8 de Outubro, uma exposição colectiva de pintura com os artistas Paulo Simões e Susana Fragoso. Paulo Simões é licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa e assistente hospitalar de cirurgia geral no Hospital de Santa Cruz, Carnaxide. Este artista médico tem um curso de introdução à pintura, da Sociedade Nacional de Belas Artes. A artista plástica Susana Fragoso além da pintura, faceta que expôs na Ordem, faz fotografia e desenvolveu em 2003 uma linha de joalheria e em 2004 uma linha de bijuteria.





1.ª Série - Agosto

Portaria n.º 985/2004, de 2004-08-04

Ministério da Saúde
Cria a Rede Nacional para a Qualidade de Utilização do Medicamento (QualiMED)

Portaria n.º 1028/2004, de 2004-08-09

Ministério da Saúde
Transfere para a Comissão de Avaliação de Medicamentos (CAM) as competências atribuídas anteriormente à Comissão Técnica de Medicamentos, bem como à Comissão de Farmacovigilância, regendo-se em termos de composição e funcionamento pela Portaria n.º 72/96, de 7 de Março

Decreto-Lei n.º 203/2004, de 2004-08-18

Ministério da Saúde
Define o regime jurídico da formação médica, após a licenciatura em Medicina, com vista à especialização, e estabelece os princípios gerais a que deve obedecer o respectivo processo

Decreto-Lei n.º 206/2004, de 2004-08-19

Ministério da Saúde
Regulamenta o artigo 15.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro

Decreto-Lei n.º 207/2004, de 2004-08-19

Ministério da Saúde
Cria o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, S.A., com a natureza de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, e procede à extinção do Hospital José Joaquim Fernandes, S.A., de Beja, e do Hospital de São Paulo, de Serpa

Lei n.º 45/2004 de 2004-08-19
Assembleia da República
Estabelece o regime jurídico das perícias médico-legais e forenses

Lei n.º 46/2004 de 2004-08-19
Assembleia da República
Aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano

Decreto-Lei n.º 214/2004, de 2004-08-23

Ministério da Saúde
Cria o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, S.A., com a natureza de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, e procede à extinção do Hospital do Barlavento Algarvio, S.A., e do Hospital Distrital de Lagos

Decreto Regulamentar Regional n.º 31/2004/A, de 2004-08-25

Região Autónoma dos Açores - Presidência do Governo
Altera o quadro de pessoal do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Decreto Regulamentar Regional n.º 33/2004/A, de 2004-08-26

Região Autónoma dos Açores - Presidência do Governo
Altera os quadros de pessoal dos Hospitais do Divino Espírito Santo, de Santo Espírito e da Horta, dos Centros de Saúde de Ponta Delgada, da Ribeira Grande, da Povoação, de Vila Franca do Campo, do Nordeste, de Angra do Heroísmo, da Praia da Vitória, de Vila do Porto, de Santa Cruz da Graciosa, da Calheta, das Velas, de Santa Cruz das Flores e da Horta e da Unidade de Saúde de Ilha do Pico

Decreto Regulamentar Regional n.º 32/2004/A, de 2004-08-26

Região Autónoma dos Açores - Presidência do Governo
Cria no Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo o serviço especializado de epidemiologia e biologia molecular, dotado de autonomia técnica

Portaria n.º 1069/2004, de 2004-08-26

Ministérios das Finanças e da Saúde

Autoriza o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde a iniciar um procedimento prévio à contratação para a aquisição de serviços referente à realização de auditorias financeiras ao exercício de 2003 dos serviços do Serviço Nacional de Saúde englobados no sector público administrativo

2.ª Série - Agosto

Despacho n.º 15 626/2004, de 2004-08-04

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Determina que o disposto no Despacho n.º 9826, de 2004.05.19 (ensino e formação dos profissionais de saúde aos alunos das escolas públicas, sem que para o efeito sejam exigidas directas contrapartidas financeiras aos alunos e às escolas) é também aplicável aos hospitais do sector público administrativo.

Despacho n.º 15 846/2004, de 2004-08-05

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

Cria uma comissão de acompanhamento do Plano Nacional de Saúde

Aviso n.º 8191/2004, de 2004-08-16

Ministério da Saúde - Departamento de Modernização e Recursos da Saúde

Torna pública a abertura de concurso de ingresso nos internatos complementares hospitalares de clínica geral e de saúde pública.

Despacho conjunto n.º 554/ 2004, de 2004-08-30

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde
Aprova, ao abrigo do disposto no n.º 9 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, as condições de lançamento da parceria relativa à construção e gestão do novo hospital de Cascais, incluindo o programa de concurso e o caderno de encargos